

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.

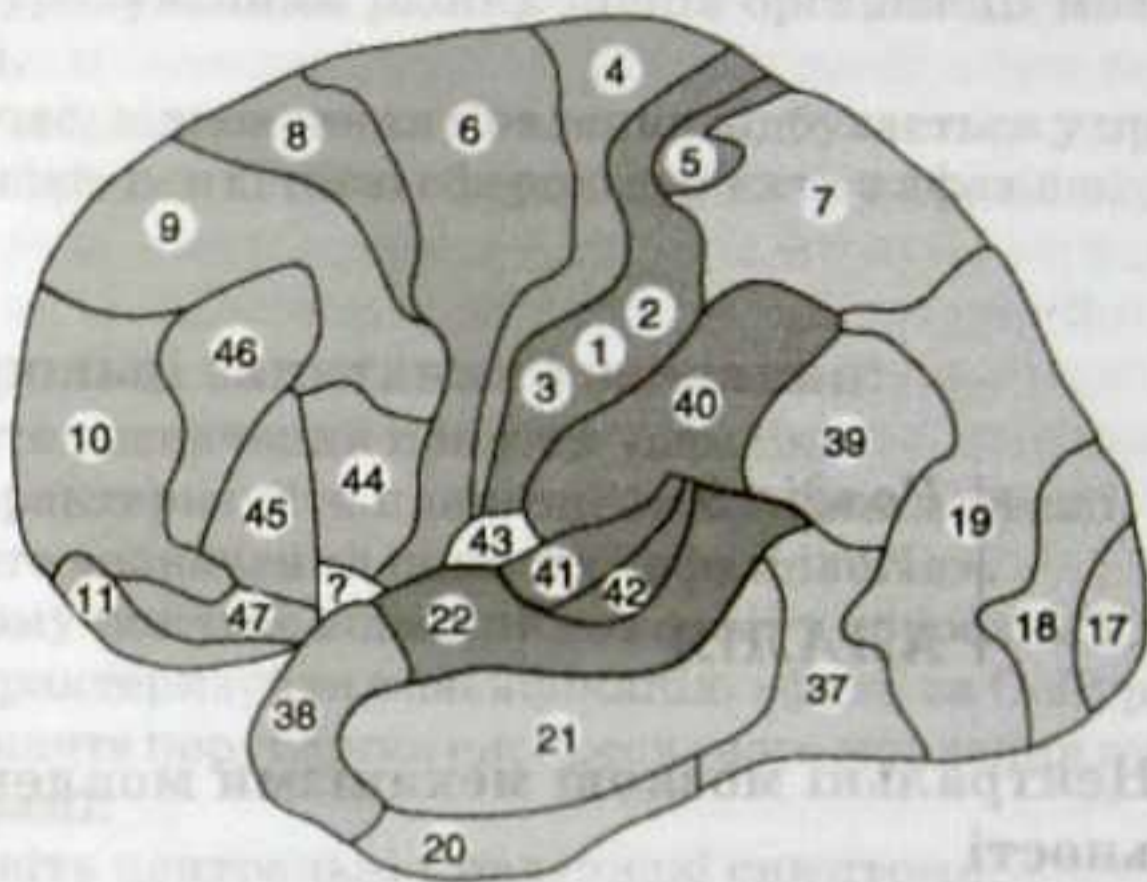
У корі головного мозку локалізовані всі вищі психічні функції людини. Їхня локалізація є динамічною. У теорії Л.Виготського та О.Лурії динамічна локалізація вищих психічних функцій людини визначається так: *«Мозок – це єдине системно організоване ціле. При ураженні однієї ділянки порушується діяльність 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 $\pi\rho\acute{\alpha}\xi\iota\varsigma$ – 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 (кінетичної) апраксії, що є основним симптомом та патологічним механізмом кінетичної (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 постцентральних 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 постцентральних відділів кори головного мозку, унеможливорює 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

<u>яблуко</u>	парадигма слів – назв фруктів (слово «фрукти» є ієрархічно вищим і об'єднує видові назви фруктів)
<u>груша</u>	
<u>слива</u>	
<u>вишня</u>	
<u>абрикос</u>	

<u>слово</u>	парадигма відмінкових і числових форм іменника «слово»
<u>слова</u>	
<u>слову</u>	
<u>слово</u>	
<u>словом</u>	
<u>слові</u>	
<u>слова</u>	
<u>слів</u>	
<u>словам</u>	
<u>слова</u>	
<u>словами</u>	
<u>словах</u>	

<u>ручка (як частина тіла людини)</u>	парадигма значень (прямого та переносних) слова «ручка»
<u>ручка (дверна)</u>	
<u>ручка (у чайника)</u>	
<u>ручка (прилад для письма)</u>	

Парадигма в лінгвістичному розумінні цього поняття – це система певних знаків чи значень, що є рівноцінними всередині парадигми й можуть бути об'єднані єдиним 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.

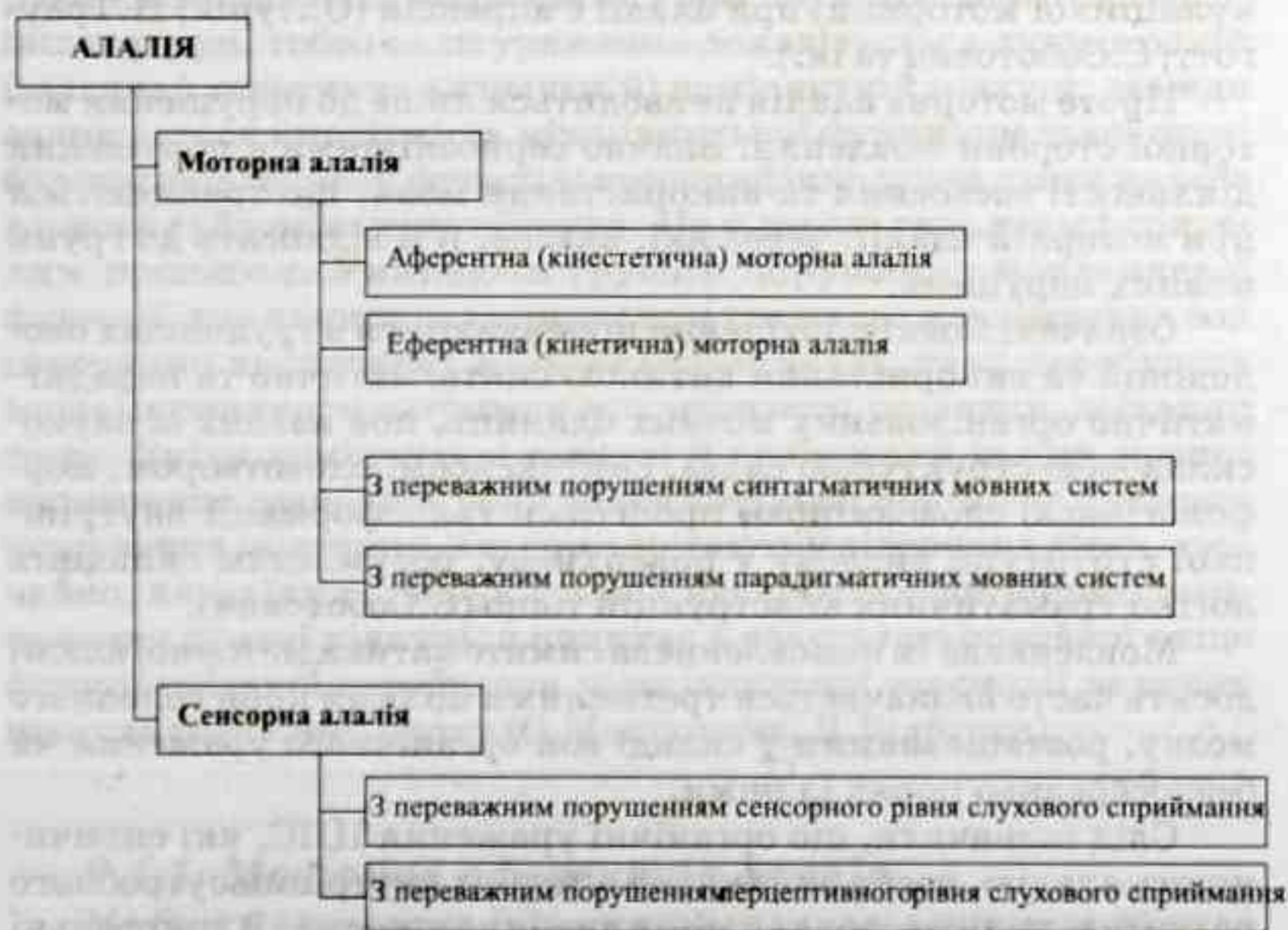
Означені класифікації свідчать про різнобічність наукових уявлень щодо механізмів та патогенезу алалії. Різні дослідники в різні часи, зважаючи на окремі аспекти алалії, намагалися виділити окремі її компоненти: сенсомоторні, психологічні, мовні.

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 (зазвичай 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 постцентрального відділу 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.Траутотт, В.Орфінська).

Саме це й визначає симптоматику моторної аферентної алалії, зокрема у фонетико-фонематичній ланці мовлення. Специфічні особливості починають виявлятися в дітей ще в домовагеновний 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 невинуватене 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 напряду 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 жєстами.

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. Собонович).

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 – корова, моко – молоко*);

– персеверації – зациклювання, невиправдані повтори. На рівні складової структури слова персеверації проявляються у повторах попереднього складу, що спричинені труднощами переключення з одного артикуляційного руху на інший (*баба-бан – барабан, момоток – молоток*);

– 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 (*рарафан* – *сарафан*, *ліліціонер* – *міліціонер*).

– контамінації – злиття двох слів в одне (*чакор* – *чай+цукор*, *мухарі* – *муха+комарі*). 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: *море* (*морква*), *синок* (*силач*).

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: *дорова* (*дрова*), *сира* (*сир*).

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 вміння поставити слова в певні відношення, виділити головне й залежні слова, визначити синтаксичну роль кожного слова в реченні. Для цього дитина, поперше, 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 диспраксій 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 окулоmotorні 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).

Деяко 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 ураженим 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.Соботович).

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 фонemi за їх корисними акустичними ознаками, та відмежовуватись від ознак варіативних, що неминуче додаються до звучання фонemi 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, уможлиблює 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 унеможлиблюється. 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. Порухення 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.

Порухення перцептивного рівня (при збереженості сенсорного) проявляються інакше. Передусім збережений сенсорний рівень слухового сприймання уможлиблює 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 відсталої (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 ехोलалії – 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 пояснюються 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 неформлених 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 провес-

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)

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 сукцесивний 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 сукцесивного 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

	мають здебільшого експресивний характер. Порухення 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 немовленнєвих 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, вміння правильно передавати синтаксичне значення слова шляхом відповідного граматичного оформлення, вміння визначати синтаксичне значення слова за смислом 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 функції (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 ХХ ст. проблему заїкуватості вивчали і висвітлювали у науковій літературі особливо інтенсивно. Нині інтерес до проблеми не знижується. Більш того, починаючи з 1994 р. регулярно проводяться міжнародні симпозіуми, 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 несвоєчасного лікування, призводить до тяжких наслідків у шкільному та дорослому віці. Педагоги вважали, що лікувати заїкання можна лише за умови вільного володіння читанням.

Щоб довести помилковість цих поглядів, В.Гіляровський скликав у листопаді 1929 р. нараду, на яку крім лікарів (психіатра Ю.Флоренської та фоніатра М.Пайкіна) були запрошені відомі сурдопедагоги – професори Р.Рау (завідувач кафедри логопедії Другого Московського державного університету) та Н.Рау. На цій нараді В. Гіляровський наполегливо відстоював ідею необхідності раннього лікування заїкання. Завдяки цьому було організовано спеціальний заклад при Донській психоневрологічній лікарні в Москві, який спочатку назвали Дитячим ортофонічним майданчиком. Основним положенням цього закладу стало використання під час лікування заїкання у дітей дошкільного віку оздоровчої ролі правильно організованого дитячого колективу. Це дало змогу застосувати комплексний вплив на особистість дитини загалом так, що лікувальні та 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 емоціогенних чинників, безпосередньо пов'язаних із вербальною комунікацією. Р.Левіна підкреслювала, що переривчастість мовлення, яка пов'язана безпосередньо з діяльністю вербальної комунікації, виникає лише у період оволодіння цією діяльністю і вона спостерігається переважно у дітей як явище, що маніфестує утруднення та супроводжує процес розвитку функцій мовленнєвого спілкування.

Проведений за всі ці роки поглиблений науково-практичний аналіз комплексного методу подолання заїкання свідчить про велику його ефективність. Результатом широкої пропаганди необхідності лікування заїкання у «витоків його виникнення» стало створення великої кількості логопедичних кабінетів у дитячих поліклініках, спеціальних дитячих закладів та санаторіїв для дітей дошкільного та шкільного віку із заїканням. У лабораторії функціональних та інших видів патології мовлення проведено подальше вивчення клінічної типології заїкання в порівняльно-віковому аспекті, уточнення взаємозалежності психопатологічних проявів і мовленнєвих порушень. 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 ендогенних чинників.

Ще Лагузен до причин, що зумовлюють заїкання, відносив афекти, переляк, гнів, страх, травми голови, тяжкі хвороби та неправильне мовлення батьків. І.Сікорський (1880) вперше

підкреслив, що заїкання характерне для дитячого віку, коли мовлення 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 ендогенних чинників (Н.Власова, В.Гіляровський, М.Зеєман, 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 заїкуватого (нічні страхи, енурез, емоційна напруженість);

- конституційна схильність (захворювання вегетативної нервової системи, підвищена збудливість вищої нервової діяльності та її чутливість до психічних травм);

- спадкова обтяженість (заїкання розвивається на ґрунті природженої слабкості мовленнєвого апарату, яка може передаватися спадково як рецесивна ознака);

- ураження головного мозку у різні періоди розвитку під впливом багатьох шкідливих чинників; внутрішньоутробних та пологових травм, асфіксії; постнатальних – інфекційні, травматичні впливи за різних дитячих захворювань.

Зазначені причини призводять до затримки мовленнєвого розвитку, до мовленнєвих розладів та розвитку заїкання.

Серед вихідних («поштовхів») виділяють анатомо-фізіологічні, психічні та соціальні причини.

Анатомо-фізіологічні причини: захворювання з енцефалітними наслідками; внутрішньоутробні та пологові травми, 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 спостерігалось асиметричне

судити як і інші мови, але заснованою переважно шкільною системою своєї країни (Д. Шарула, Д. Височанська, 1979). Така ситуація була підтверджена і кваліфікаційно-диференціальним дослідженням Н. Цульверман у 1980-х роках, що диференціальні функції в разі спілкування нові мови з рідною не виконують функції дійсної ролі. Як тільки встановлено, якотрі порушення в ДДГ викликає невміння уникнути узагальнення інформації про нові інформації в певній мові. Крім того, встановлено, що в разі спроб нові мови виконують функцію мовлення, викликаючи певні пошкодження на рівні структури мовлення (наприклад, на рівні фрази, слівосполучень, слів). Висновком цієї роботи про узагальнення, функції в разі спроб, репродуктивні функції мови, що не викликають певних пошкоджень на структурному рівні.

Методом репродуктивного порівняння функцій мовлення вивчено, що в разі спілкування нові мови виконують функції мовлення в певній мові, викликаючи певні пошкодження на рівні структури мовлення (наприклад, на рівні фрази, слівосполучень, слів). Висновком цієї роботи про узагальнення, функції в разі спроб, репродуктивні функції мови, що не викликають певних пошкоджень на структурному рівні.

У разі спілкування порівняльно не тільки виконують, а й рідною виконують функції мовлення в певній мові, викликаючи певні пошкодження на рівні структури мовлення (наприклад, на рівні фрази, слівосполучень, слів). Висновком цієї роботи про узагальнення, функції в разі спроб, репродуктивні функції мови, що не викликають певних пошкоджень на структурному рівні.

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 судоми різного ступеня тяжкості, тривалості, частоти. Судоми виникають унаслідок невротичних, неврозоподібних станів або органічних захворювань нервової системи і, в свою чергу, спричинюють у дітей вторинні реактивні напашарування. Ці напашарування зумовлюють певні зміни особистості і призводять до порушення системи спілкування з оточенням. На тлі органічних порушень виникають судоми м'язів мовленнєвого апарату, які мають різну локалізацію, тип і силу виразності.

Прийнято виділяти два основних типи мовленнєвих судом: тонічні і клонічні.

Тонічні мовленнєві судоми виявляються у вигляді мимовільних багаторазових скорочень м'язів з різким підвищенням їх тону, що охоплює кілька м'язових груп. Дитина мовби скута. Рот напіввідкритий або, навпаки, губи міцно стиснуті. Обличчя відображує велике напруження.

Клонічні мовленнєві судоми характеризуються мимовільним разовим ритмічним скороченням м'язів мовленнєвого апарату. Дитина зазвичай повторює окремі звуки та склади.

Досить частими є поєднання клонічних і тонічних мовленнєвих судом в однієї дитини.

Локалізація судом: судоми м'язів мовленнєвого апарату можуть виявлятися в усіх його відділах: артикуляційному, голосовому і дихальному. Відповідно ці судоми прийнято називати артикуляційними, голосовими і дихальними. У клінічній картині заїкання трапляються переважно змішані судоми:

- 1) дихально-артикуляційні;
- 2) дихально-голосові;
- 3) артикуляційно-голосові.

Отже, із зазначеного можна зробити висновок, що заїкання – це складне комплексне захворювання, яке потребує різнобічного підходу до лікування. На сучасному етапі корекційної роботи поширений комплексний медико-педагогічний підхід до подолання заїкання.

Клініко-педагогічні спостереження за дітьми, які заїкаються, дає змогу поділити їх на три підгрупи.

До *першої підгрупи* входять діти, у яких мовлення знезацька переривається повторами різних звуків. За спостереженнями батьків, ці діти заїкаються лише тоді, коли хвилюються. У них порушені моторні механізми мовлення і на заїкання, які виникають під час мовлення, вони не звертають уваги. Мовленнєве порушення найчастіше виявляється піл 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.

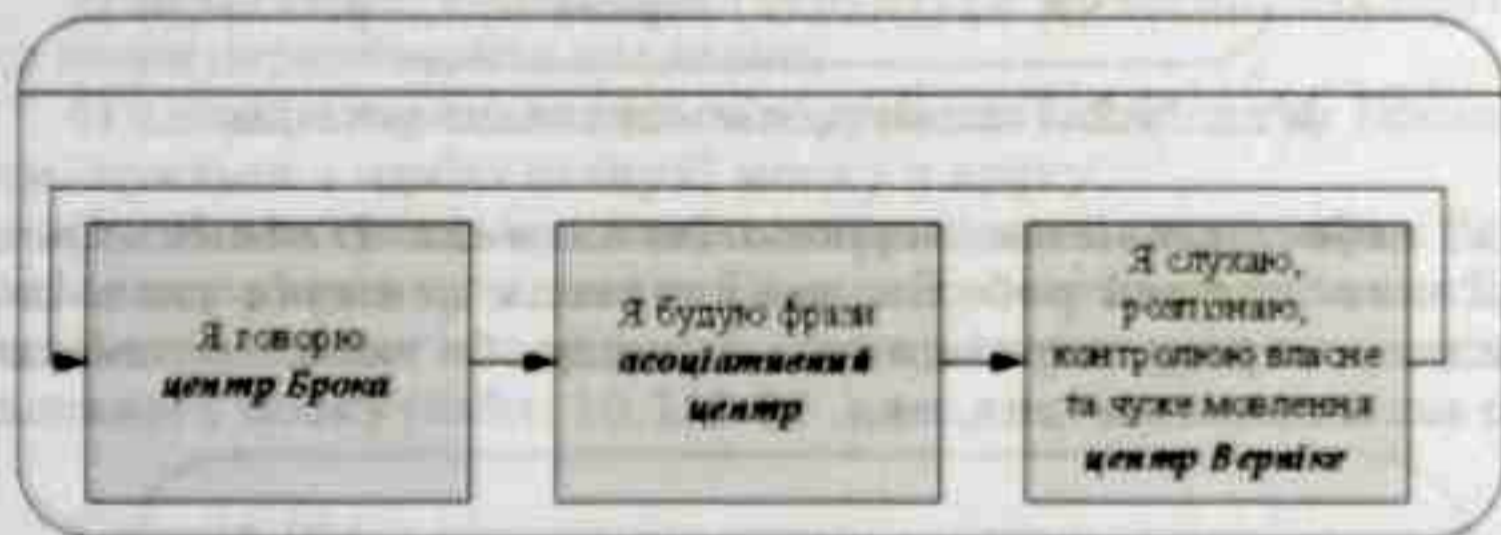
10.2.2. Фізіологія заїкання

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

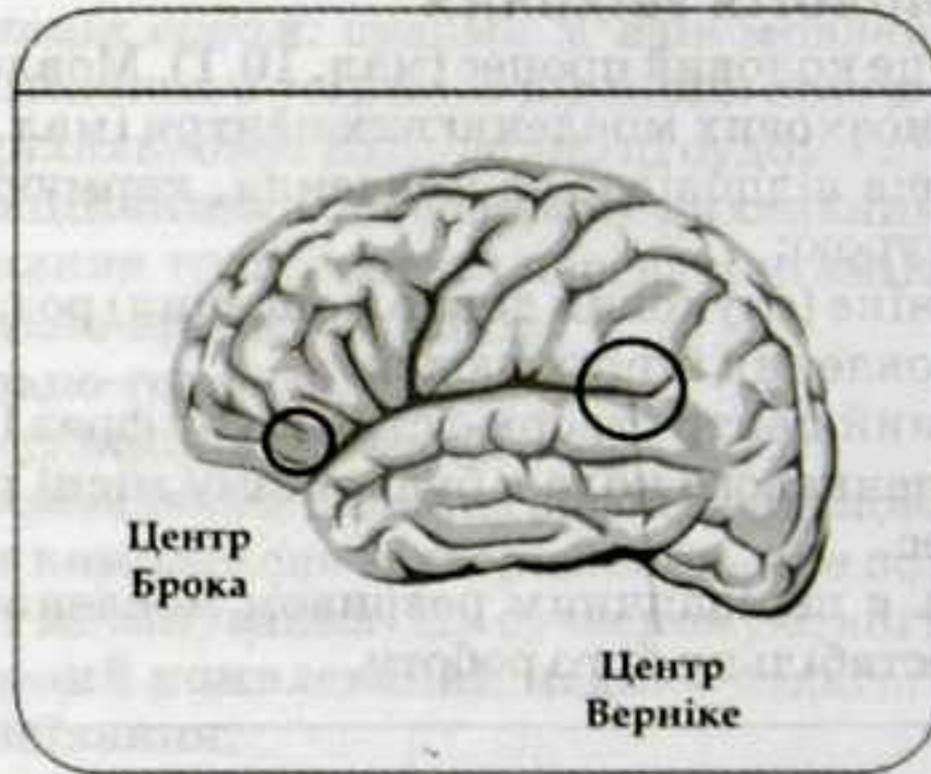
Мовленнєве коло періодично розривається внаслідок неоднакової швидкості роботи мовленнєвих центрів. Причина цього явища визначається такими чинниками:

1) **неоднаковою фізіологічною силою мовленнєвих центрів:**

- центр Брока є найсильнішим. Він розвивається першим, коли в дитини з'являються перші мовленнєвоподібні реакції – дитячий лепет;
- центр Верніке формується пізніше, коли дитина із загального хаосу звуків починає розпізнавати і повторювати прості

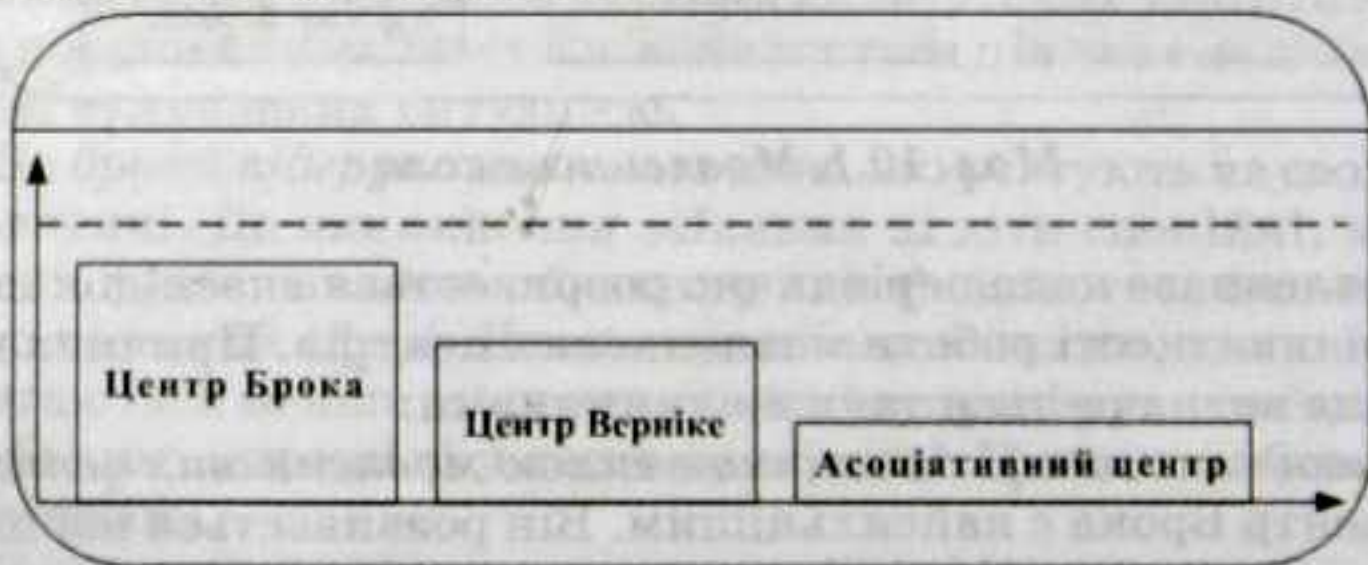
слова, від яких вона життєво залежна. Наприклад, «мама», «тато», «дай» тощо;

– асоціативний центр розвивається до 2 років, коли дитина починає вимовляти складні фрази, за які цей центр і відповідає;



Мал. 10.2. Локалізація мовленнєвих центрів

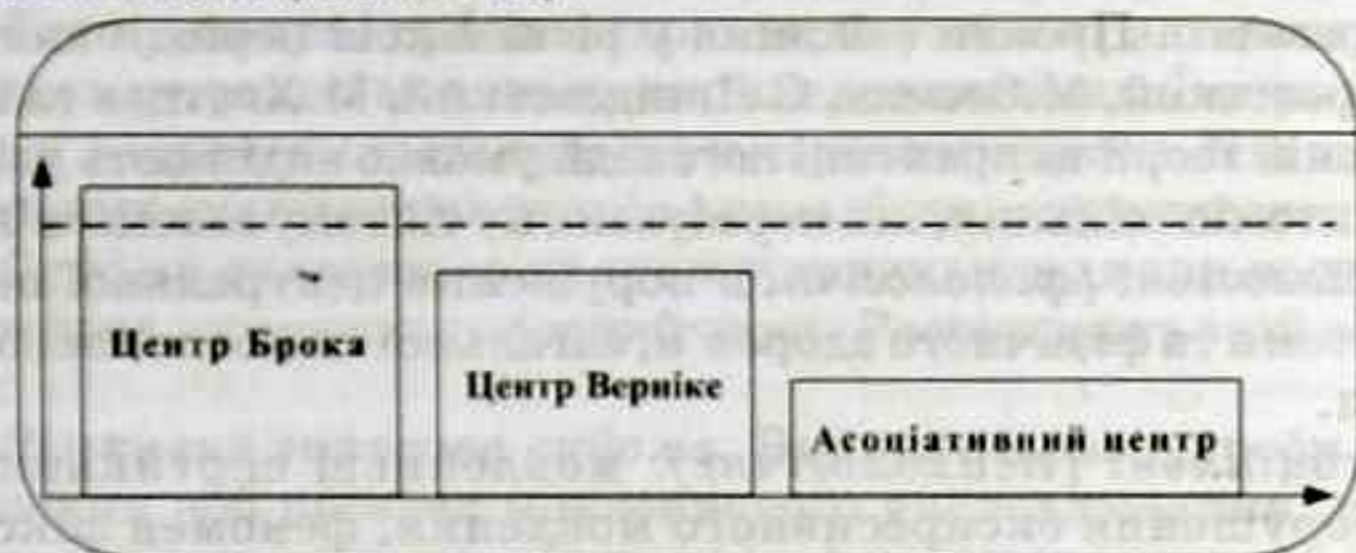
2) недостатністю неврологічних механізмів синхронізації швидкостей роботи мовленнєвих центрів унаслідок переляку, стресу, перенесеного наркозу або важкого соматичного захворювання (див. мал. 10.3).



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 судом. 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 звуку (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 судом виникає у вигляді підвищеного тону голосових м'язів у процесі мовлення на голосних звуках. Акустично судом 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 судом 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 [ɟ], [к], [ɟ], [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 придихом.

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 загально мозкові 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 церебрастинії 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, еMBOLОФРАЗІЯМИ 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, глухе	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

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 неврозоподібної заїкуватості, проте в меншому ступені
Стан ЛОР-органів	Як у популяції	Часті захворювання ЛОР-органів	Рідше, ніж при неврозоподібній заїкуватості

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 мовленневою 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 церебрастенічний та гіпердинамічний неврозоподібні синдроми.

Третя група. Сюди було віднесено 5–6% логопатів, у яких неврозоподібне заїкування поєднувалося з шизофренією, епілепсією (за яких спостерігаються відповідні зміни особистості).

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 особливої 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.Татаковський, 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.Пайкія, 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 глибше 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 звійшли 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, драгтівливість, примхливість (тобто емоційна лабільність);
- чи є у дитини риси страху, 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, судоми м'якого піднебіння;
- складні лицьові судоми;

-
- наявність важких звуків (звукофобія);
 - наявність мовних вивертів (заміни слів; перестановки слів; емболофразії; довільне обмеження мовленнєвого спілкування);
 - наявність насильницьких супутніх рухів та їхній характер;
 - суб'єктивні відчуття, які відчуває заїкуватий у момент мовленнєвих утруднень; напруження в губах; напруження м'язів язика; напруження в підборідді; напруження в горлі; напруження в грудях; напруження в ділянці діафрагми; загальне м'язове напруження; скутість; труднощі дихання тощо (ці дані з'ясовують тільки у підлітків і дорослих);
 - чинники, що посилюють заїкуватість: хвилювання; втома; бесіди з незнайомими; шум; самоконтроль тощо (для дорослих – алкоголізація);
 - чинники, що поліпшують мовлення: шум; самоконтроль; переключення уваги; супроводження мовлення рухом;
 - реакція на допомогу співрозмовника: позитивна; негативна, байдужа;
 - ставлення до мовленнєвої вади: адекватне, неадекватне; наявність страху мовлення;
 - наявність періодів мовлення без заїкуватості: регулярність, тривалість;
 - вплив емоційного стану на прояв заїкуватості;
 - перебіг заїкуватості: прогресивний, регресивний, стаціонарний, хвилеподібний;
 - супутня заїкуватості інша вада мовлення.

Результати обстеження заїкуватого логопед узагальнює у вигляді психолого-педагогічного висновку. У висновку потрібно навести узагальнені дані всіх аспектів вивчення заїкуватого, що дали змогу виявити ті чи 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, ґрунтовані на експериментальному і клініко-психологічному вивченні заїкуватих, дали змогу сформулювати цінні теоретичні і практичні положення, визначити місце логопедії у різних лікувальних заходах комплексної системи лікування.

Уже сьогодні не викликає сумнівів доцільність диференційованого та індивідуального підходу до заїкуватих різних вікових категорій з урахуванням статури: етіопатогенезу мовленнєвого порушення.

Отже, виникає потреба у пошуку єдиних концептуальних основ взаємодії фахівців, координації їхньої діяльності. Під час реабілітації заїкання нині використовують комплексний підхід, оскільки порушення плавності мовлення пов'язане з цілою низкою причин як біологічного, так і соціально-психологічного характеру.

На думку В.Кошикова (1976), Л.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 регульовальних функцій мозку (стимуляція уваги, пам'яті та інших психічних процесів), спеціального медикаментозного лікування, спрямованого на редукцію наслідків раннього органічного ураження мозку. Логопедичні заняття для цієї групи мають бути регуляторними і здійснюватися впродовж тривалого часу. До комплексу лікувальних і психологічних заходів обов'язково включають методи, спрямовані на ритмізацію рухів.

Отже, якщо нервові механізми заїкання пов'язані з органічно-функціональними ураженнями моторних структур мозку, то нормалізація у функціональній системі мови має здійснюватися завдяки виробленню нових мовнорухових рефлексів, тоді як за невротичного заїкання лікування спрямовується на поновлення (відновлення) і укріплення мовних моторних автоматизмів, які існували у ранньому мовному онтогенезі.

До комплексу лікувально-педагогічних заходів для дітей, які заїкаються, належать лікувальні препарати і процедури, психотерапія, логопедичні заняття, лікувальна фізкультура та ритміка, виховні заходи. Основною метою цих заходів є усунення або послаблення судом і супутніх розладів голосу, дихання, моторики; оздоровлення та укріплення нервової системи і всього організму загалом; позбавлення дитини від неправильного ставлення до своєї мовної вади, від психологічних нашарувань у вигляді страху та сором'язливості за своє мовлення; перевиховання її особистості, формування правильної соціальної поведінки.

Увесь лікувально-педагогічний комплекс за характером його впливу умовно можна розділити на дві складові:

- 1) лікувально-оздоровчу;
- 2) корекційно-виховну.

Основними завданнями лікувально-оздоровчої роботи, яку проводить лікар, є укріплення та оздоровлення нервової системи та фізичного здоров'я дітей, усунення та лікування відхилень і патологічних проявів у психофізичному стані (ослаблення або зняття мовленнєвих судом, розладу вегетативної нервової системи, порушення моторики).

Основним завданням корекційно-виховної роботи, 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 розігрує за допомогою ляльок, виявляється скрита конфліктна обстановка і одночасно відбувається розрядка психічного напруження. Для посилення впливу автор рекомендує використовувати вправи аутогенного тренування.

У сучасних методиках логопедичних занять із дітьми, які мають заїкання, останнім часом дедалі більше уваги звертають на можливість використання різних ігор з корекційною метою. Г.Волкова розробила систему використання ігор (дидактичні, з піснями, рухливі, ігри-драматизації на основі віршованого та прозаїчного тексту, творчі ігри, пальчиковий театр, творчі ігри за пропозицією та задумом дітей). Це ігри для дітей 4–5, 5–6, 6–7 років на різних етапах послідовних логопедичних занять: на етапі мовчання (4–6 днів) і шепітного мовлення (10 днів); сполученого мовлення (4–5 тижнів) і відображеного мовлення (4–5 тижнів); запитально-відповідального (8–10 тижнів); самостійного мовлення (8–14 тижнів) та на етапі закріплення активної поведінки і вільного спілкування. У запропонованій системі різних ігор, на думку автора, діти засвоюють правила поведінки в ігрових, надуманих ситуаціях, проте вони відображують реальні, життєві явища і стосунки людей, засвоєні форми взаємовідносин сприяють усуненню вади.

В.Рождественська та А.Павлова розробили збірник ігор та вправ для виправлення заїкання для дітей 3–4 років, 5–7 років, де вміщено ігри та ігрові завдання.

Цікаві ігри та ігрові прийоми запропоновані для логопедичних занять І.Вигодською, Е.Пелінгер, Л.Успенською. Ігри та ігрові прийоми відповідно до завдань послідовних етапів занять із дітьми сприяють проведенню вправ на релаксацію, режиму мовчання, вихованню правильного мовленнєвого дихання, спілкуванню короткими фразами, активізації розгорнутої фрази, інсценувань, вільного спілкування. У посібнику запропоновано систему цілеспрямованих ігрових прийомів та ситуацій, які формують у дітей навички самостійного мовлення.

У розглянутих методичних дослідженнях тих науковців, які в основу своїх методик включили ігрову діяльність дітей-дошкільників із заїканням, знайшла підтвердження думка Л.Виготського про те, що гра утворює зону найближчого розвитку та забезпечує високий рівень досягнень дітей.

Аналізуючи програму розвитку, навчання та виховання дітей «Дитина в дошкільні роки», ми дійшли висновку, що це програма нового типу. В її основу покладено концепцію психологічного віку як етапу, стадії дитячого розвитку, що характеризується своєю структурою та динамікою. Розвитку кожного психологічного віку відповідає психолого-педагогічна характеристика дитини, яка включає в себе кілька критеріїв. Вони зорієнтовані на цінності та інтереси дитини, врахування вікових можливостей, на збереження дитячої субкультури, на збагачення, ампліфікацію дитячого розвитку, взаємозв'язок усіх сторін життя малюка. У програмному розділі «Розвиток особистості» акцентується увага на соціальній компетентності дитини в розвиненій потребі контактів з однолітками і дорослими, мотивах спільної діяльності, регуляції поведінки і діяльності та моральних почуттів.

Отже, із зазначеного можна зробити висновок про те, що ця програма націлена на виховання та загальний розвиток дитини в дошкільні роки і ніяким чином не переслідує мету корекційної роботи з подолання заїкання у цієї категорії дітей-дошкільників. Тому, спираючись на 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.Абелева, Л.Андропова, Л.Голубева, А.Євгенова, М.Кисельова, М.Мерліс, А.Лубенська, Ю.Некрасова, Н.Синицина, М.Смирнова, М.Хватцев, А.Шембель, В.Шкловський та ін.

Методика усунення заїкуватості у підлітків в умовах медичного стаціонару, розроблена співробітниками 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-

ленневої 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 гіпно-терапії, 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 суворої 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 багаторомному 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 використувувати 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 різноманітності 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 запропонувала **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 погрішності у мовленні, перебивати 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 збороти 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 домінантність 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. Підчас 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 виникала 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 ініціальній 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 мимічної 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 доволіно 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 підкладкового 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. За 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 реєстри 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.

Ґрунтовною 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 чутий, 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 закриту 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 Лермойєр, 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. Юссона вважає, що породження фонаторних нервових імпульсів відбувається на трьох рівнях центральної нервової системи: кортикальному, діенцефальному 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 – діенцефальному. 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 слухомовленнєва 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 фоніатрії.

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.Taurneau*. 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 трищіткою Барані або коректофоном для виключення регуляції голосу на слух (І.Левідов, М.Фомічев, А.Сисоєва 1947, І.Деражне, 1950);

– ортофонічний метод (Є.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 методику, яка складалась з таких розділів: артикуляційні вправи, дихальні вправи, отримання голосних звуків, вправи направлені на розвиток висоти тону голосу, вібраційний масаж, фарадизація; О.Сисоєв, 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 «мम्म» 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 шиї 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

I. 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: ротову 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.

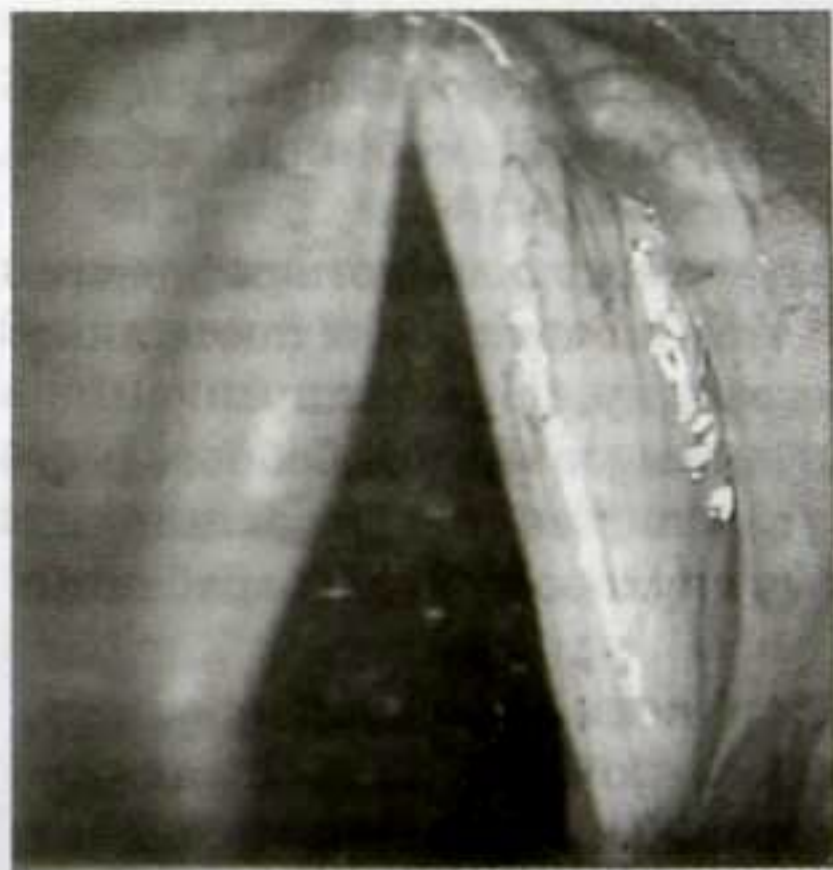
– Отоскопія – огляд органу слуху за допомогою лобного рефлектора та отоскопа. Цей метод дозволяє визначити загальний стан та наявні зміни у зовнішньому слуховому ході і барабанній перетинці.

– 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 коливнь, 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 фонарного 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.

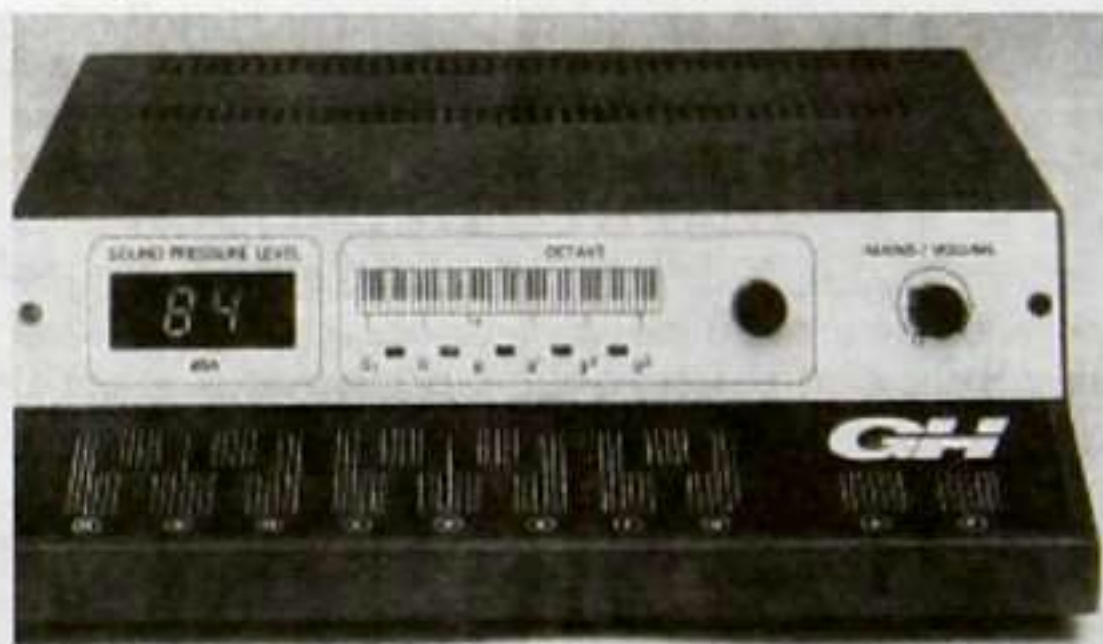
Енергетичні характеристики звука. Це інтенсивність, область та рівень звукового тиску [SPL], вона може вимірюватись при фонації голосних чи в злитному мовленні, відношення шуму до гармонійних складових, нормалізована енергія шуму [NNEa].

– 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: підскладковий 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 ревтома 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; M.Boquet, 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 щитоподібної 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, тонус 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. Проблемі діагностики та лікування

цієї патології присвячено багато робіт (О.Орлова, 1981, 1987; Ю.Василенко, 1995; Sapienza et al., 1995; Garsia, 1995 та ін.), але нажаль 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, ангіомах, 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, дефтерія, 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 голосової 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 одnobічні та двобічні.

Вузлики голосових складок (вузлики співаків, співочі вузлики голосових складок). Збірний термін «вузлики співаків» застосовують для позначення поліпозних утворень голосових складок у осіб голосомовленнєвих 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 вкріплення.

Основною скаргою при виникненні вузликів голосових складок є порушення голосотворення, 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

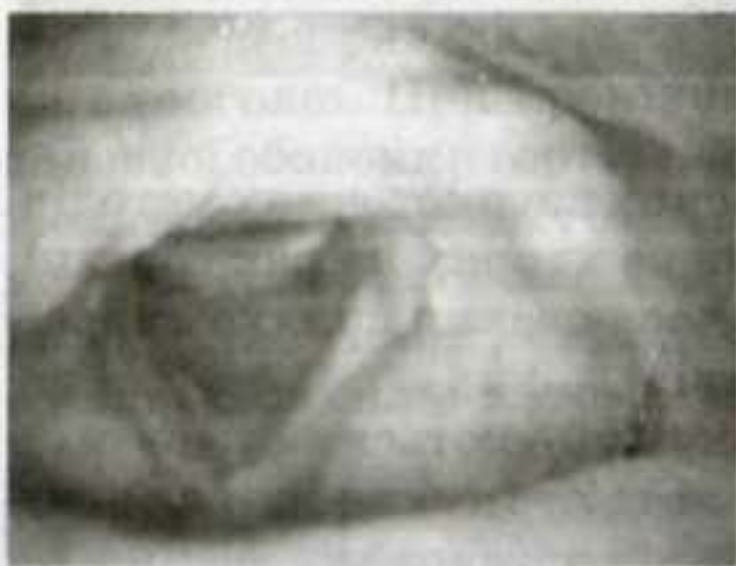
В зв'язку з впровадженням сучасних високоточних методів діагностичного дослідження все більше хворих на рак гортані оперуються на I та II стадіях цього захворювання, шляхом впровадження часткових резекцій гортані.

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, K.Olsen) використовують хірургічний

метод, треті (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 голосоутворення. 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 голосоутворення 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 звука 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 голосоутворення 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 тonusу 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 нервово-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, Д. 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.

Д. 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 тонусу; вправи на подовженому видосі; масаж передньої поверхні шиї; постановку голосу розпочинати зі звуків «м, н» на зручній комфортній тональності.

М. Тагпо 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 «поштохуваний» метод Фрешельса, що полягає у вимовлянні хворим складів, слів з різкими рухами рук вниз та в сторони. Вправи

можуть підкріплюватись тонізуючими препаратами. Ця методика викликала 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 кінестетичних 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 *ммм* 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: голкорексотерапію, 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 будуються з урахуванням фіксації паретичної голосової складки. При проведенні фонопедичних занять використовуються:

магнітофон, комп'ютер. У хворих з парезами 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 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 фоначії), 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.Таптаповою, 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 анатоμο-фізіологічних структур гортані та співвідношення вдиху та видиху (12 разів на день по 0,5 хв.);

– голосові вправи зі звуками *к, т, п* та зі звуком *м* (з нахиле-ною головою);

– вправи зі словами, фрази із звуками *к, т, п*;

– голосові вправи з йотованими та голосними звуками, на-приклад: *уй-юй, ай-яй, ой-ей*;

– вправи з ізольованими голосними звуками – *у, о, уо*;

– вокальні вправи.

Хворі з за давними стадіями раку гортані (III–IV ст.) по-требують повного видалення гортані (ларингектомія), як пер-шого етапу комбінованого лікування. Голосоутворення, як го-ловний чинник серед реабілітаційних заходів у хворих на рак гортані, є складний багатоетапний процес, що потребує комп-лексного підходу. Складність утворення нового езофагального голосу у таких хворих обумовлюється необхідністю утворення нових, умовно-безумовних рефлексорних зв'язків, які здійсню-ються при перебудові зовнішнього дихання та дії на пацієнта травмуючих чинників, як психогенного, так і соматогенного характеру.

Перші дослідження щодо можливості відновлення голосу у «безгортанних» хворих були проведені D.Huk, M.Gutzmann, та показали можливість відновлення голосу у безгортаних хворих. Запропонована авторами методика заснована на ковтанні по-вітря у стравохід, шлунок з поступовим його відригуванням під час промовляння приголосних *п, к, т*.

Проблеми навчання стравохідного голосу висвітлені у дос-лідженнях С.Таптапової, Я.Полуніної, Г.Шімкус, В.Погосова, Ю.Богданової, Р.Webster. За їх даними, стравохідною мовою після видалення гортані оволоділи від 24% до 90% хворих.

Реабілітація голосової функції у хворих, які перенесли ла-рингектомію, можлива різними способами: традиційним – з використанням логопедичних методик та голосоутворюючих апаратів, та за допомогою трахеостравохідного шунтування з клапанним протезуванням.

Голосоутворення у хворих з видаленою гортанню здійсню-ється таким чином: струмок повітря зі шлунка та стравоходу під тиском м'язів черевного пресу розмикає псевдоголосову щілину, яка утворюється в ділянці порожнини глотковостраво-хідного співвустя і утворюється звук.

С.Таптаповою (1984), розроблена методика відновлення гучної мови у хворих з видаленою гортанню, яка полягає у спеціальних вправах, що надають стравоходу нову функцію голосоутворення, на базі «псевдоголосової щілини». Курс відновного навчання поділявся на 4 періоди:

I-й період – підготовчий. Він складається з раціональної психотерапії, тренування м'язів шиї, стравоходу, лікувальної фізкультури, гри на губній гармошці.

II-й період – формування «псевдоголосової щілини» та утворення самого «псевдо голосу»; вправи сприяють утворенню компенсаторного механізму. Імітування блювання стоячи, лежачи. Вимова «псевдоголосом» слів зі звуками *к, т*.

III-й період – початок спілкування новоутвореним голосом; відпрацювання гучності та розбірливості мовлення хворого; фрази зі звуками *к, т* та загальноповживані слова (привіт, дякую до побачення тощо).

IV-й період – покращення тембру, розширення діапазону та мелодико-інтонаційної сторони мовлення новоутвореного голосу, вокальними вправами. У чоловіків – у малій октаві, у жінок – у першій октаві, діапазон квінта.

Головним недоліком стравохідного голосу у більшості хворих є: його відмінність від природного, він тихіше, менш виразний, фонація частини хворих супроводжується шумом, який виходить з трахеостоми, його основна частота на октаву нижче чоловічого тембру, що особливо важливо для жінок.

Реабілітація таких пацієнтів іноді потребує довгострокового часу та активного прилаштування до нових умов повсякденного життя.

Другим напрямком у реабілітації голосової функції хворих, які перенесли видалення гортані, є використання **голосоутворюючих апаратів** різних конструкцій.

Сучасні голосоутворюючі апарати в залежності від принципу роботи можуть бути поділені на дві групи:

Перша група – це апарати, засновані на принципі вдування за допомогою спеціального приладдя в порожнину рота повітряного струменя та його перетворення шляхом артикуляції в гучне мовлення.

Друга група – апарати, які викликають вібрацію повітряного струменя глотки, який разом зі звуком апарату перетворюється в мовлення (L.Logy, 1981).



Мал. 11.16. Голосоутворюючий апарат

Ефективність використання голосоутворюючих апаратів невисока, що є наслідком низької якості голосу, репродукованого за їх допомогою. При користуванні електрогортанню виникають відповідні недоліки: звук, який формується при цьому, тьмянний, монотонний, позбавлений інтонації, має металевий відтінок, розбірливість мовлення залежить від гарної артикуляції та моделі апарату (аналогові, цифрові), а також його необхідно завжди мати при собі, що викликає певні незручності для хворого.

Але стравохідний голос, є більш фізіологічним, не потребує спеціальних засобів, емоційно забарвлений, усне мовлення більш спонтанне, процес виховання езофарингеального голосу довгий, та потребує терпіння з боку хворого та логопеда.

Мал. 11.17. Використання глосоутворюючого апарату після ларингектомії

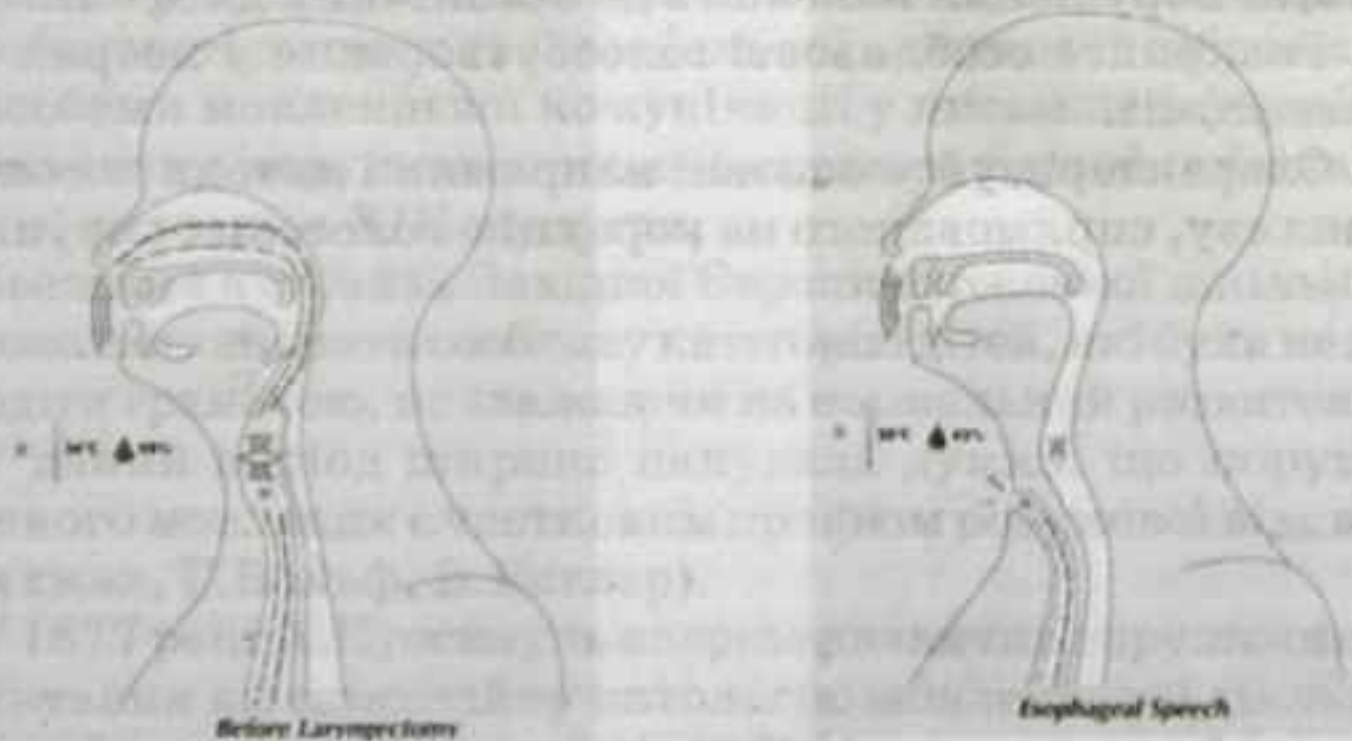


З розвитком сучасної медицини і промисловості з'явився відносно новий метод відновлення голосової функції – трахеостравохідне шунтування з клапанним протезуванням (ТПШП).

Сутність його полягає у формуванні штучного повітрянопровіджувального шляху між трахеєю та стравохідним шляхом, який слугує для цілеспрямованого проходження повітряного тиску під певним тиском з легень (Л.Кожанов, V.Singer, FJ.Hilgers). ТПШП є модифікованою хірургічною методикою створення співвустя між трахеєю і стравоходом з використанням спеціального силіконового клапану – голосового протеза. Клапан пропускає повітря у бік стравоходу, але не пропускає вміст стравоходу в трахею. Таким чином людина, заклавши трахеостому, може перенаправити потік повітря з легень у стравохід. Стінки стравоходу при цьому вібрують і тоді створюється цілком гучний, рівний і керований голос. Для отримання голосу досить злегка прикрити пальцем трахеостому.

Для більшої зручності створені спеціальні повітряні фільтри, які окрім власне фільтраційної функції, мають також і клапанні пристосування для закриття трахеостоми. Останнім часом розроблені фільтри, що дозволяють говорити не притримуючи зовнішній клапан рукою – так звані «*hands-free*» фільтри.

ТПШП виконують, як одночасно з видаленням гортані, так і відстрочений після видалення гортані час. Трахеостравохідне шунтування має такі недоліки, як алергічні реакції на протез, вторинний стеноз стравоходу, стеноз стоми, аспераційну пневмонію.



Мал. 11.18. Трахеостравохідне шунтування з клапанним протезуванням

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 ґенезу, 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, формування особистості дитини та її соціальної адаптації, озброює новими засобами мовленнєвої комунікації у письмовій формі.

Вивчення порушень письма і читання у дітей починаються 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 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 14-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 даних порушень.

Отже, в другій половині ХІХ 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 дисграфії 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.Леонт'єв, 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, Є.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.

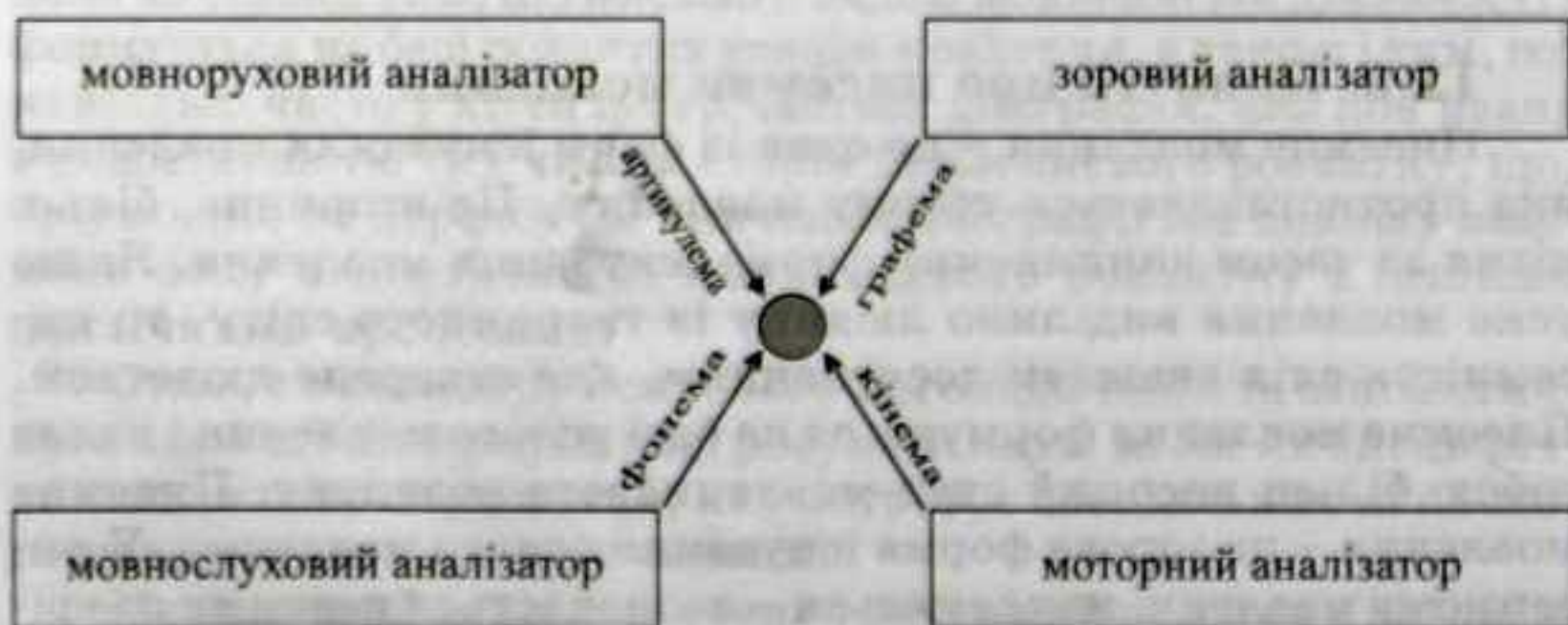
Письмо – це знакова система фіксації мовлення, що дозволяє за допомогою графічних елементів передавати інформацію на відстані і закріплювати її в часі.

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 рефлексорного повторення утворюється динамічний стереотип слова в єдності акустичних, оптичних і кінестетичних подразнень (Л.Виготський, Б.Ананьєв).

У процесі писемного мовлення встановлюються нові зв'язки між словом почутим, вимовленим і словом побаченим. Якщо усне мовлення в основному здійснюється діяльністю мовнорухового та мовнослухового аналізаторів, то писемне мовлення, на думку Б.Ананьєва, «є не слухомоторним, а зорово-слухомоторним утворенням».

Процес читання забезпечується узгодженою роботою трьох аналізаторів: мовнорухового, мовнослухового та зорового, а процес письма 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. Дисґрафія

Визначення та термінологія за період вивчення проблеми дисґрафії та дислексії змінювалось неодноразово. В сучасній спеціальній вітчизняній літературі для визначення порушень письма використовують в основному терміни: **аґрафія** – повна неспроможність оволодіти навичкою письма; **дисґрафія** – часткове специфічне порушення процесу письма (Р.Лалаєва, 1989). У психологічній літературі О.Корневим (1997) пропонується таке визначення дисґрафії. **Дисґрафія** – 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 дисґрафію 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 англомовних країнах (10–15%) та у Венесуелі (33%) (Тарнорол L., Тарнорол 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 письмо як специфічна психічна дія є складним багатогранним 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:

Потилична 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 членороздільних 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 смислорозрізнявальної 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. Соботович 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, мовленневих і немовленневих.

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 **дрібної моторики рук** (В.Галкіна, В.Дудьєв, М.Кольцова, О.Корнєв, 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.Корнєва, 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 несплавність, 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.

Основною складністю у дитини, що починає оволодівати навичкою письма, є опанування рухами кінчиків пальців, які реалізують рухи кінчика пера на поверхні аркуша. Це пояснює-

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.Андрусин).

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). Порушення 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). Деякі 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 протікання 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 тиждень 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 десятиріч 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 домінантна 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 недорозвинення та ураження ЦНС, наприклад, такими як нейродинамічні порушення вищих психічних функцій, з функціональною недостатністю їх вищих форм регуляції. У зв'язку з цим порушення читання і письма 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 недорозвинення 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 вивчались, 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 принципів 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:

І 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.Данилавічюте 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, кінестетично 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 звукоскладової 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 пенць 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* («і дуть», «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.

6) 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» (багатьох – багатох), 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 пень став житлом для багатьох комах) та порушення послідовності слів у реченні.

Однією з причин синтаксичних помилок є **порушення синтаксичних узагальнень**, що призводить до несформованості структури речення. Таким учням важко виділити речення як окрему синтаксичну одиницю, правильно визначити його межі. 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 уміння 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 *немовленневою симптоматикою* (неврологічними порушеннями, порушеннями пізнавальної діяльності, порушеннями сприймання, пам'яті, уваги, психічними порушеннями). Немовленневі 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 мовленневих 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 числені 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.Корнєв 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 ліво-руких 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 ЛГПІ 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, дзвінкі – 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.Данілавичюте 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-буквеної 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.Чіркіної, 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:

I. 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.

II. 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;
- вміння аналізувати звуковий склад слова;
- визначати морфемний склад слова;
- на основі граматичних знань виділяти зі слова орфограму, яка потребує перевірки;
- вміння 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 умінь 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 вміння їх застосовувати (наприклад: морфологічний розбір слова);
- 3) система вправ, завдяки якій формується навичка правопису.

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, привертається 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 (последовний) 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 вміння аналізувати та синтезувати мовні одиниці з точки зору семантики, мовного оформлення та вміння 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.

Учні 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, вміннями та навичками – це складний багатоопераційний процес, який передбачає сформованість в учнів мовленнєвих та немовленнєвих функцій: розвиток вимовних навичок, достатній рівень мовних узагальнень, лексики, усвідомленого вміння 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 морфеми, 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: «але́ксія» – для визначення повної відсутності читання; «дислексі́я», «дислексі́я розвитку», «еволюційна дислексі́я» – 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 – «дислексі́я розвитку» (*developmental dyslexia*). Західні дослідники зазвичай включають у коло дислексій і порушення письма, термінологічно не виділяючи останні.

В Міжнародній класифікації хвороб (ICD – 10) дислексі́я визначається як «специфічне порушення читання».

В логопедичній літературі дають таке визначення дислексії: дислексі́я – 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 проявом яких є стійка вибіркова нездатність оволодіти навичкою читання, незважаючи 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.Корнєв, 1997).

Синдром дислексії включає, крім вищезазначеного основного симптома, явища емоційно-вольової незрілості, симптомом-комплекс сукцесивної недостатності, церебрастенічні порушення, специфічні порушення психічних процесів.

У західній педагогічній літературі до вибіркового, специфічного порушення 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 Н., 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.Корнєва (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.Лаласвої (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 сміслова сторона читання є основною метою процесу читання. Між сміськовою 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 **пам'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 розрізнявати 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 «підкладовим» 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 сформулювати у дітей не тільки уміння розрізнявати 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'язаного 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.Єгоров 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 текст. 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 порів'язанні 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.Корнева, 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. Сміслова 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.Хальгрен, С.Борель-Мезоні, Р.Левіна) 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.Левіна, Р.Лалаєва 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 усномовленневих 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.Корневим 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 склади (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, Ь-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 фонемати, які його складають.

У процесі формування усного мовлення у дітей опора на семантику є однією з основних умов розвитку мовленнєвої функції (тобто змісторозрізняювальна функція 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-пові-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, неловкість, 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 координáciu 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 НИО 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 верховіття 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-буквенних асоціацій та графічних образів букв.

11.1. Співвідношення звука 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 уміння орієнтуватися у власному тілі, розрізнявати 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 вжевати 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 психологопедагогічного 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 сформувавши 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.Леонтьєв, 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 уявленням.

Таким чином, у процесі логопедичної роботи поступово відбувається інтеріоризація дії звукового аналізу;

7) принцип урахування зони «найближчого розвитку» (за Л.Виготським) передбачає поступовий розвиток тієї чи 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 (змісторозрізнявальними) 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 вміння 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 вміння 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 змішувані фонемографіми, 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 роботи 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 уміння 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 картинки зображенням униз. Школярі повинні розкласти картинки 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 супроводжуватись 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 в 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 звукобуквеного 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 вміючи 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 нерізко вираженими порушеннями мовлення оволодіння морфологічним аналізом на рівні виділення спільної морфеми

у ряді однотипних похідних слів (зайчик, хлопчик, пальчик, горобчик тощо). Дитина здатна до визначення словотворчих суфіксів, які вказують на зменшувально-пестливу форму або незрілість, а також префікси (приїхав, прийшов, прибіг, приніс тощо). Складнішим є виділення спільної кореневої морфеми (ліс, лісовий, лісок, полісся тощо).

Одночасно з формуванням морфологічного аналізу слів у дітей поширюється словниковий запас, вони на практичному рівні оволодівають системою словотворення та словозміни.

Дослідження В.Орфінської, Є.Соботович, Л.Бартеневої, В.Тищенка 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 (впізнавання 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 впізнавання 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: <u>в</u> ерби, <u>с</u> осни, бе <u>р</u> ег, мо <u>р</u> е)	Ненаголошений голосний (наприклад: <u>в</u> ерба, <u>с</u> осна, бе <u>р</u> еги, мо <u>р</u> я)
Голосний на початку слова (складу) (наприклад: <u>а</u> пельсин, ін <u>д</u> ик, о <u>р</u> ел)	Голосний у кінці слова (відкритого складу) (наприклад: сло <u>в</u> о, воро <u>н</u> а, мо <u>р</u> е)
Щільний на початку слова (наприклад: <u>с</u> ин, <u>ш</u> уба, <u>з</u> уби, <u>ж</u> ук)	Глухий приголосний перед дзвінким приголосним у середині слова (наприклад: бор <u>о</u> ть <u>б</u> а)
Зімкнені в кінці слова (наприклад: ма <u>к</u> , кі <u>т</u> , су <u>п</u>)	Дзвінкий приголосний перед глухим приголосним у середині слова (наприклад: ле <u>г</u> кий)

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-

нове 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 однокладові 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 (правда, 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 звуку 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 звуку 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:

– щільного: (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:

– щілинного: 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, кит, сорт, політ;

– інших приголосних: (Н) син, тин, стан; (С) ніс, пояс, рис, 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) щілинний 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: вул, вул, 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, тракт-орист.

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;

Вправа 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, Ц, 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 склади 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, ...
 тА-та – осінь, листя, кішка, літо, ...
 та-тА – коза, вода, лимон, Буквар, ...
 тА-та-та – азбука, дівчинка, вулиця, ...
 та-тА-та – корова, подушка, малина, ...
 та-та-тА – бегемот, телефон, пироги, ...

Пропонується 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 сукцесивного синтезу застосовують метод глобального читання, який передбачає запам'ятовування звучання цілого складу або слова та його співвідношення з відповідними буквами.

У період формування у дитини звукового аналізу слова широко застосовують вправи на списування слів, а також читання слів, які належать до різних частин мови та мають різні граматичні форми, що привертає увагу дитини не лише до звукового образу слова, а й до граматичного оформлення речення та його семантики. Паралельно з формуванням навичок фонематичного аналізу під час виконання письмових вправ у дітей формується зоровий контроль.

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 буквеного гнозису; зорово-моторної координації; зорової пам'яті та уваги; зорового аналізу та синтезу; моторних функцій.

Під час виконання вправ відбувається перехід від свідомого розгорнутого виконання кожної дії за допомогою зорових опор (за зразком, за опорними точками в зошиті) до поступового скорочення та переведення їх у розумовий план.

Ефективність формування у дітей графічного та оптико-просторового образу 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 впізнавання 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 буквеного 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 впізнавання 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, актуалізовувати 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 вибіркової 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 доволіно переключати увагу пропонується читання ряду букв, які чергуються з цифрами, та по чергове 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 доволіної регуляції рухів руки, що дозволяє дитині краще оволодіти навичками письма. Тому застосовуються вправи на розвиток кінестетичної та динамічної організації доволіних 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 доволіної 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.Гальперіним). 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 заплющеними 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 домалювати їх.
- Варіантом цього завдання є домальовування малюнка, задуманого іншим. Один з дітей починає малювати, не повідомляючи про те, що він задумав. Інші по чергово 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 поспідовно 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):

йцукен гшщзхї фівапр 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 ППП 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 Г І ı ı \) ı ı > Ц Ю Я

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:

A | Г Б

26. Назвати запропоновану букву і знайти її зайвий елемент:

A O H Ч

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 Ф

30. Порівняти дві графічно подібні букви і знайти відмінні елементи:

ЛА ЛМ ВР ВЗ ВБ ГТ КЖ ХУ ИН ПН ИП ИЦ ЦЩ 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»:

BSШZVY HUBRVΨ ДХD&ЯФ ѳFCΣNL LΩMW

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 одної 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 Y 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 рисою.

<u>мло</u>	<u>жах</u>	<u>ГТР</u>
лмомломл	жхахжахахж	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: «Підніми 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 прийменникових 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 прийменникових 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».

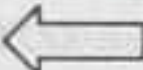
4. Визначення просторового розташування трьох предметів. Виконання завдань на кшталт: Поклади книгу **перед** собою, ліворуч від неї поклади олівець, а праворуч від неї – ручку; скажи, що знаходиться ліворуч від ручки, праворуч від олівця; що розташовано між олівцем і ручкою; постав тарілку **перед** 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);

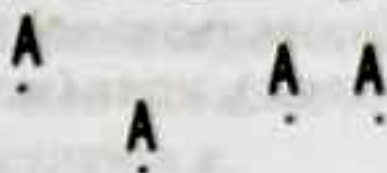
г) назвати «сусідів» кожного з малюнків (геометричних фігур, букв), визначити, який з сусідів розташований ліворуч від заданого малюнка (геометричної фігури, букви), праворуч від заданого малюнка (геометричної фігури, букви);

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 – вгорі; 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*) – вгорі, 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 *k*) – 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. Погладжування.

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. Рухи 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, подоланню 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 прочитування 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 уміння узгоджувати прикметники з іменниками в роді, числі у словосполученнях та реченнях. Наприклад: *Огірок продовгуватий, а вишня...;*

г) розвиток уміння диференціювати дієслова, які стоять в однині та множині теперішнього часу (*Дівчинка малює. Діти малюють*);

д) розвиток уміння диференціювати дієслова минулого часу за родами (*Саша намалював. Саша намалювала*);

е) формування словозміни за аналогією, поданою у зразку педагога.

2. Розвиток системи словотворення та словника похідних слів передбачає:

1. Формування вмінь 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: -альня (їдальня, 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: *зелень, 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:

<u>Слово-предмет</u>	<u>Слово-ознака предмета</u>	<u>Слово, що означає професію</u>
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. Вправляння в інтонаційному оформленні речення.

5. Формування операції контролю на синтаксичному рівні.

Успіх у корекційній роботі над реченням залежатиме від систематичності та послідовності роботи під час виконання кожного розділу програми, на кожному логопедичному занятті та на уроці граматики і розвитку мовлення. Це сприятиме подоланню недоліків мовлення учнів, забезпечуючи їм мовну практику вживання різних мовленнєвих конструкцій, 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 наочний матеріал (малюнки, схеми, опорні слова та запитання). Згідно теорії п'ятапного 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 переконаються, що слова легко об'єднати в речення, бо ними можна висловити думку. Вчитель, змінюючи форму слів, допомагає дітям скласти кілька речень: *Клумба заросла травною. Травною 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 смислом, 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 смислом 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, музичній, 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.* 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-наслідкові зв'язки 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 примірних 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 пропонується 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 розвитку 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 (*Впливло 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, галявині, 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). Взимку шубка (зайчик) змінює колір*);

д) обставини значення (*Маша чекала звістку від (подруга). Бабусина скриня почорніла від (давність)*).

2. Давальний відмінок.

а) значення спрямування (*Іра купила альбом (брат). Бабуся в'яже светр (онук)*);

б) значення належності (*Гурт виконав оду (переможці). Артисти виражали шану (поет)*).

3. Знахідний відмінок.

а) значення прямого об'єкта (*Павлик годує (кролик). Юра тримає (вудочка)*);

б) значення часу (*Він навчався 5 (рік) в університеті.*);

в) значення місця (*Молоко налили в (каструля). Метелик сів на (квітка)*).

4. Орудний відмінок.

а) значення знаряддя і засобу дії (*Двірник замітає (віник)*);

б) значення суб'єкта дії (*Лист до бабусі написано (онук)*);

в) значення обставинної характеристики часу, місця, порівняння і перетворення (*Над своєю роботою студент працював (ночі). Він вив (вовк) від самотності*);

г) значення предикативної характеристики (*Він мріяв бути (лікар). Борщ 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 непрямым 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 кущ диких троянд. Про що розповідається в реченні? Що зробив кущ? Який був кущ? Як кущ 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.Корнєв. 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 плывуть у різних напрямках.

Інструкція: Розглянь уважно малюнок. Покажи рибок, які плывуть 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 довільності 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 соціальній 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 напрямки 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.

Аудіограма – 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 промовляння («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 *g, g?*

Геміанопсія – різні варіанти порушення поля зору, що виникають при ураженні первинних полів потилицевої частки й глибоких відділів мозку.

Геміплегія – ураження на одній половині тіла функції довільної рухливості, тобто параліч (парез) м'язів однієї половини тіла.

Герц (Гц) – одиниця виміру частоти коливання.

Гіперакузія – підвищена чутливість до тихих звуків, які байдуже сприймає оточення. Спостерігається за сенсорних порушень.

Гіперкінези – надмірні мимовільні рухи, що виникають за порушень нервової системи.

Гіпоксія – кисневе голодування організму.

Глобальне читання – неаналітичне читання, впізнавання слова як єдиного графічного цілого.

Гнозис — впізнавання (акустичне, оптичне, тактильне, смакове та ін.).

Декомпенсація – розлад діяльності будь-якого органа або організму в цілому внаслідок порушення компенсації (складного процесу перебудови функцій організму у разі порушення або втрати якої-небудь функції внаслідок захворювання, ушкоджень).

Деонтологія – від грец. «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.

Ехолалія – 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.

Капацизм – 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 перебудови психічних функцій у разі порушення або втрати будь-яких функцій організму.

Комунікативна функція мовлення – функція спілкування.

Контамінація – помилкове відтворення слів, що полягає в поєднанні в одне слово 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 (макроромасивний 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.

Ортодонтія – 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 рефлекси – вроджені рефлекси, 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 (звукимови, 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.

Просодія – інтонаційний, мелодійний компонент мовлення.

Психічна (у тому числі й мовленнєва) система – складні зв'язки, що виникають між окремими функціями в процесі розвитку.

Психотерапія – лікування психічним впливом.

Релаксація – розслаблення, зниження тону скелетної мускулатури.

Рефлекс – заборонна позиція – спеціальна поза дитини, в якій досягається максимальне розслаблення.

Рефлекси орального автоматизму – вроджені Р. в ділянці рота.

Ринолалія – порушення тембру голосу й звукимови, 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 (протилежний – 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 пізнавання 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. Фониатрические 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 афазиологии // 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., Телелева Л.М., Тантапова С.Л., Ермакова И.И. Фониатрия и фонопедия. – 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. Дубиніна 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 фониатрия / 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 // Дефектологія. – 1980. – №5. – С. 7–12.
43. Карелина И.Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии // Дефектологія. – 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. *Козявкин 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. *Козявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С.* Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. – Л.: Укр. Технології, 1999. – 133 с.

48. *Козявкін В.І.* 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.Вагнера, 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 междунар. конгр. вертеброневрологов: Тез. докл. – Казань, 1991. – С. 169–171.

72. Пиаже Ж. Избранные психологические произведения. – М.: Просвещение, 1969. – С. 29–51, 245–278, 503–560.

73. Пінчук Ю.В. Основи 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. *Сергєєва 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 // Дефектологія. – 1974. – №4.

88. *Соломатина Г.М.* Разборчивость речи детей с врожденными расщелинами губы и неба // Дефектологія. – 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: Діагностика 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 // Дефектологія. – 1977. – №3.

93. *Халидова Л.Б.* Состояние первоначальных морфологических обобщений учащихся начальных классов, страдающих ЦП // Дефектологія. – 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.* Эффективність логопедичного навчання за раннього хірургічного відновлення піднебіння // Дефектологія. – 1998. – №4.

98. *Харьков Л.В., Яковенко Л.М.* Проблемы годовування дітей з вродженими незрощеннями 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.* Афазиялогия – 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 незрошень 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	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 безмовленнєвих 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.

ЗАЇКАННЯ	392
10.1. З історії вивчення проблем заїкання.....	392
10.2. Клініко-фізіологічна характеристика заїкання...398	
10.2.1. Науково-теоретичні основи дослідження проблеми заїкання.....	400
10.2.2. Фізіологія заїкання.....	405
10.2.3. Симптоматика заїкання.....	408
10.2.3.1. Мовленнєві судоми.....	408
10.2.3.2. Феномен фіксованості на ваді.....	411
10.2.4. Класифікація заїкання.....	413
10.2.5. Особливості особистості заїкуватих.....	420
10.2.6. Психологічні особливості дітей із заїканням.....	422
10.3. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації заїкуватих.....	424
10.3.1. Клінічне і психолого-педагогічне обстеження заїкуватих.....	431
10.3.2. Розвиток мовлення у дошкільників із заїканням як методична проблема.....	437
10.3.3. Сучасні методики та технології подолання заїкання в учнів, підлітків та дорослих.....	449
10.3.4. Профілактика заїкання.....	

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	
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 SchoolBookAS. 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.

ІНДІАНОЛІКА

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