

**Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет
імені Івана Огієнка**

Н.С. Гаврилова

**ПОРУШЕННЯ
ФОНЕТИЧНОГО БОКУ МОВЛЕННЯ
У ДІТЕЙ**

Монографія

Кам'янець-Подільський, 2011

УДК
ББК
Г

Рецензенти:

М.К. Шеремет, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри логопедії Інституту корекційної педагогіки і психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова;

В.В. Тарасун, доктор педагогічних наук, професор, старший науковий співробітник лабораторії розвитку дитини Інституту спеціальної педагогіки НАПН України;

В.В. Тищенко, кандидат педагогічних наук, доцент,

Гаврилова Н.С. Порушення фонетичного боку мовлення у дітей: Монографія. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2011. - с.

У навчальному посібнику охарактеризовано особливості розвитку фонетичного боку мовлення у дітей в нормі та при таких порушеннях як дислалія, ринолалія та дизартрія з урахуванням сучасних досліджень у галузі анатомії і фізіології, невропатології, нейропсихології, психолінгвістики та логопедії. Розглядається система діагностики відхилень у розвитку фонетичного боку мовлення у дітей та причини, що обумовлюють дане порушення.

Адресується логопедам, студентам, які навчаються за спеціальністю “Корекційна освіта. Логопедія”, невропатологам, батькам, всім, кому не байдужа доля дітей з порушеннями мовлення.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	
РОЗДІЛ I. МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ФОНЕТИЧНОГО БОКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ В НОРМІ ТА ПРИ ДИСЛАЛІЇ, РИНОЛАЛІЇ ТА ДИЗАРТРІЇ.....	
1.1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОНЯТТЯ «ФОНОЛОГІЧНА СКЛАДОВА МОВЛЕННЯ».....	
1.2. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ФОНЕТИЧНОГО БОКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ В ПРОЦЕСІ НОРМАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ.....	
1.3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОНЯТЬ «ДИСЛАЛІЯ», «РИНОЛАЛІЯ», «ДИЗАРТРИЯ»...	
1.4. ПОРУШЕННЯ ФОНЕТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ДИСЛАЛІЄЮ, ДИЗАРТРИЄЮ І РИНОЛАЛІЄЮ ТА ПРИЧИНИ, ЩО ЙОГО ОБУМОВЛЮЮТЬ.....	
РОЗДІЛ II. МЕТОДИКА ВИВЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ФОНЕТИЧНОГО БОКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ТА ПРИЧИН, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ ЦЕ ПОРУШЕННЯ.....	
2.1. ДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИМОВИ ФОНЕМ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ.....	
2.2. ДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ БУДОВИ І РУХЛИВОСТІ ОРГАНІВ АРТИКУЛЯЦІЇ ТА ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ.....	
2.3. ДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ КІНЕТИЧНОГО ТА КІНЕСТЕТИЧНОГО ПРАКСИСУ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ.....	
2.4. ДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ФОНЕМАТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ З ДИСЛАЛІЄЮ, РИНОЛАЛІЄЮ ТА ДИЗАРТРИЄЮ.....	
СЛОВНИК ТЕРМІНІВ.....	
АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК.....	
ДОДАТКИ.....	

ПЕРЕДМОВА

Своєчасне засвоєння правильної вимови фонем, формування вміння контролювати їхню вимову у процесі спілкування з оточуючими – одна з вагомих заповорок повноцінного розвитку дитини. Різні відхилення у розвитку фонетичного боку мовлення у дітей викликають комплекс труднощів у процесі адаптації їх у соціальне середовище, особливо нове, незвичне для них; труднощі у навчанні, особливо в опануванні навичками письма та читання; труднощі спілкування з дорослими та дітьми. Порушення звуковимови часто є причиною формування у дітей комплексів неповноцінності, вони також можуть у майбутньому гальмувати їхню професійну самореалізацію. Усі ці причини вагомі для того, щоби своєчасно виявляти такі відхилення у розвитку дитини і виправляти їх.

Проблема діагностики порушень фонетичного боку мовлення у дітей була предметом дослідження багатьох науковців (М.А. Савченко, В.В. Тищенко, М.Ю. Хватцева, Т.Б. Філічевої та інших) та логопедів-практиків (Г.Й. Блінової, А.Я. Малярчук та інших). Внаслідок дослідження особливостей мовлення у дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією, а також причин, що їх обумовлюють, було створено багатоаспектні характеристики цих дітей такими науковцями, як О.С. Алмазова, А.Г. Іполітова, С.Ю. Конопляста, Є.М. Мастюкова, О.В. Правдіна, Є.Ф. Соботович, В.В. Тарасун, М.К. Шеремет та іншими. Метою нашого дослідження було, в першу чергу, узагальнення уже напрацьованого багатьма поколіннями науковців досвіду і систематизація його, а також створення системних доповнених характеристик стану розвитку фонетичного боку мовлення у цих дітей.

Нами було вибрано для дослідження та опису три групи дітей - ринолаліки, дизартрики та дислаліки - не випадково, оскільки саме у них найвираженіше і первинно порушеним виявляється фонетичний бік мовлення. Також у дослідженні було використано підхід, який базується на аналізі змісту симптомів, які вказують на причини порушень фонетичного боку мовлення у дітей та їх наслідки. Вибір форми викладу матеріалів дослідження було здійснено і з практичних міркувань. Зокрема, тоді коли дитина приходить вперше і необхідно її обстежити, наперед ми не знаємо, який з цих трьох діагнозів притаманний їй, тим більше, що прямої залежності між характером звуковимови, рівнем її недорозвитку і цими порушеннями не спостерігається. А тому підхід, який побудований на спостереженні за зовнішніми симптомами, які вказують на наслідки (характер порушення фонетичного боку мовлення) та причини (недорозвиток чи порушення базових для засвоєння правильної вимови фонем психічних процесів та функцій пізнавальної діяльності) сприятиме формуванню у вчителів-логопедів вміння їх бачити у досліджуваних дітей, розрізняти і розуміти, допоможе сформувати навички аналізу структури порушення фонетичного дефекту, навчить створювати ланцюжки залежностей між причиною і наслідком і навпаки, а отже, точніше визначати характер порушення і правильно ставити діагноз. Такий підхід, на наш погляд, сприятиме розв'язанню ще однієї проблеми: виявлення дітей з комбінованим дефектом (тоді, коли наслідком порушення у дітей фонетичного боку мовлення є декілька причин) і правильної постановки діагнозу їм.

У першій частині посібника нами було розглянуто теоретичні аспекти проблеми розвитку фонетичного боку мовлення у дітей в нормі та при таких порушеннях, як дислалія, ринолалія та дизартрія.

У другій частині ми висвітлили причини, що викликають порушення вимови фонем у дітей та охарактеризували різноманітні порушення звуковимови. Також нами запропоновано до уваги читача комплекс методик для всебічного обстеження дітей з порушеннями фонетичного боку мовлення. За результатами аналізу наукових джерел та на підставі аналізу матеріалів нашого дослідження, багаторічного досвіду роботи з дітьми з порушеннями

мовлення було визначено ряд залежностей між причинами та наслідками, подано якісні характеристики ряду симптомів, які вказують на наявність у дитини передумов для виникнення порушень звуковимови, а також системно описано варіанти прояву вад вимови фонем у дітей.

Крім того, у посібнику подано короткі відомості з анатомії, невропатології та нейропсихології про органи, що забезпечують засвоєння людиною фонем та реалізацію нею мовлення.

Для покращення сприймання матеріалу з анатомії та невропатології, поданого у посібнику, з ряду наукових джерел (К.-П. Беккер, М. Совак «Логопедія», А.В. Нейман «Анатомія фізіологія і патологія органів слуху і мовлення», Л.О. Бадалян «Невропатологія», Є.Д. Хомская «Нейропсихологія», О.І. Свиридов «Анатомія людини» та інших) було підібрано комплекс рисунків, поданих у додатках. Також у додатки винесено розроблені нами картки стану розвитку у дітей окремих психічних функцій та процесів пізнавальної діяльності, що забезпечують засвоєння фонем.

Таким чином, запропонований нами до уваги читача посібник вмістив як теоретичний, так і практичний матеріал, який буде цікавим логопедам, студентам і викладачам факультетів корекційної педагогіки та психології, невропатологам, батькам.

РОЗДІЛ I. МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ФОНЕТИЧНОГО БОКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ В НОРМІ ТА ПРИ ДИСЛАЛІЇ, РИНОЛАЛІЇ ТА ДИЗАРТРІЇ

1.1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОНЯТТЯ «ФОНОЛОГІЧНА СКЛАДОВА МОВЛЕННЯ»

Проведений аналіз наукових джерел (Є.Н. Вінарської, Д.Б. Єльконіна, Л.О. Калмикової, М.А. Савченко, Є.Ф. Соботович, С.Н. Цейтлін та інших) дозволив нам визначити, що поняття «фонологічна складова мовлення» є багатокомпонентним. Це поняття, з нашої точки зору, включає у себе такі елементи, як точність і чіткість вимови кожної фонем, точність вимови кожного слова, а також правильність інтонування, мелодійного оформлення усіх смислових одиниць мовлення, паузацію і акцентуацію.

1. Точність і чіткість вимови кожної фонем забезпечується, з одного боку, вмінням правильно артикулювати кожну з них, а з іншого боку - усвідомленим і правильним сприйманням акустичного образу звука мовлення і вмінням співвідносити його з відповідною артикулемою.
2. Точність вимови кожної фонем у слові забезпечується вмінням переключатися з однієї артикуляції на іншу в процесі вимови, вмінням сприймати фонем в словах у чіткій послідовності. Відомо також, що у словах фонем набувають звучання алофона, тобто змінюють висоту, тривалість звучання. А саме, в процесі вимови слова в залежності від позиції (наголошеної чи ненаголошеної), в якій вона стоїть, від тих фонем, у сусідстві з якими вона знаходиться, від індивідуальних частотних характеристик голосу того, хто говорить, темпу мовлення може змінюватися амплітуда, висота звукової хвилі, проте, як показують дослідження, залишається незмінною її конфігурація, тобто форма звукової хвилі, утворена зміною частоти коливань повітря в процесі вимови однієї фонем. Ця характеристика і є, очевидно, найвагомішою для сприймання її слуховим аналізатором і забезпечення розрізнення фонем між собою.
3. Правильність інтонування, мелодійного оформлення усього мовлення залежить від емоційності самої людини, тобто від усвідомленості нею емоцій (наприклад виявлено, чим гармонічнішою є емоційна сфера, тим плавнішим є перехід від однієї інтонації до іншої; імпульсивним людям характерні різкі інтонаційні переходи, розмова на підвищених тонах). З іншого боку, правильність інтонування, мелодійного оформлення забезпечується активною, узгодженою з мовленнєвим видихом і рухами артикуляційного апарату діяльністю голосових зв'язок.
4. Паузація і акцентуація у вимовному боці мовлення розвивається у дітей паралельно з процесами і функціями пізнавальної діяльності. З одного боку, формується вміння сприймати ритмічно організоване мовлення, виділяти спочатку акцентовані (ті, які найсильніше звучать) частинки мовлення і поєднувати їх зі смисловим навантаженням яке вони несуть, а потім виділяти по-різному ритмічно оформлені та різнонаголошені пачки складів і надавати їм нові значення чи відтінки значень (у слові, у фразі, у реченні, у контексті). А з іншого боку, формується вміння правильно розставляти паузи та наголоси в усному мовленні через розвиток ритмічного, плавного дихання і використання голосових модуляцій.

У нашому дослідженні ми зосередили увагу на дослідженні фонетичного боку мовлення, процесу його формування в нормі та при порушеннях.

1.2. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ФОНЕТИЧНОГО БОКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ В ПРОЦЕСІ НОРМАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ

Усім відомо, що дитина народжується без уміння говорити. Мовленнєвий апарат немовлят на початку ще не пристосований для говоріння. Він адаптується для цієї психофізіологічної роботи впродовж перших півтора-двох років життя дитини. Регулярне тренування органів артикуляції, які забезпечують реалізацію мовлення, здійснюється з перших днів її життя в процесі виконання нею різних форм діяльності. Зокрема, споживання їжі. Дослідження науковців (Є.Ф. Архіпової, Є.Н. Вінарської та інших) показали, що в період грудного годування завдяки тій артикуляційній позиції, яку приймають органи артикуляції в процесі смоктання (губи витягнуті вперед, кінчик язика просунутий вперед, а також активним рухам, виконуваним кінчиком язика і губами) у дітей формується готовність до вимови голосних -а-, -о-, -у- губно-губних -п-, -б-, -м-, губно-зубних -в-, -ф- і передньоязикових фонем -т`-, -д`-, -н`-, -т-, -д-, -н-. У період формування у дитини вміння пити рідину з чашки здійснюється підготовка її артикуляційного апарату до вимови голосних -е-, -и-, -і-; задньоязикових фонем -г-, -х-, -к-, -г`-, оскільки у цей період вони вчаться здійснювати ковтання, розслабляючи і активізуючи м'язи кореня язика і усього піднебінно-глоткового комплексу (піднебінних дужок, м'якого піднебіння і язичка), що призводить до їхнього укріплення, а також формує вміння контролювати, узгоджувати діяльність усіх органів, які входять у склад цього комплексу. І в третій період, коли дитина починає їсти з ложки, у неї формується готовність до вимови найскладніших фонем -с-, -з-, -ц-, -дз-, -ш-, -ж-, -ч-, -дж-, -й-, -л-, -р-, оскільки процес вживання їжі з ложки можливий лише при достатньому узгодженні рухів усіх м'язів язика, що забезпечує розвиток дрібної артикуляційної моторики. А також, органи артикуляції укріплюються у дитини завдяки виконанню нею активних рухів язиком під час дослідження нового, говоріння з дорослими, наслідування їхнього мовлення, жування.

Основним способом, який використовують діти для засвоєння одиниць мовлення, є практика їх вживання. В процесі активної вимови окремих фонем і їхніх комплексів не лише здійснюється активна робота мозку по співставленню і порівнянню їхніх акустичних та кінестетичних ознак, але одночасно формується механізм, що дозволяє дітям навчитися розрізняти фонemi у різних артикуляційних позиціях, у різних за обсягом одиницях мови.

Дослідження ряду науковців (Є.Н. Вінарської, Д.Б. Єльконіна, Л.Т. Журби, Є.М. Мастокової та інших) показують, що у дитини в перші місяці життя розвиток фонологічної складової мовлення відбувається під впливом емоційного спілкування з мамою, а тому і перші комплекси фонем, які вона вимовляє, характеризуються мелодійним і інтонаційним забарвленням, що відповідає мовленню дорослого. Таке інтонаційно-мелодійне оформлення мовлення змінюється, удосконалюється в процесі розвитку дитини, з одного боку, через наслідування спочатку голосу матері, а потім і інших членів сім'ї та чужих людей. Також стимулом для розвитку цієї особливості є необхідність дитини реалізувати свої потреби. Вона хоче, щоб її зрозуміли і допомогли пізнати оточуюче середовище. На цій підставі спочатку формуються у дитини два по-різному забарвлених комплекси фонем: крик, що відображає її незадоволення; гукання та гуління, що відображає стан емоційного комфорту, задоволення (вік 0-2-3 місяці). Поступово, у зв'язку з розвитком пізнавально-комунікативної активності дитини, а отже, з розширенням потреб немовляти, у фонологічній системі мовлення з'являються нові, більш складні відтінки. А саме, спочатку гуління дитини (2-3 місяців) характеризується емоційним забарвленням, але поступово (в період від 4 до 6 місяців) у ньому з'являється вокальне оформлення зі зміною сили звучання. В період від 5-6 місяців і в середньому до 9-10 місяців в мовленні малюка з'являється лепет і псевдослова з висхідною чи низхідною зміною звучання, такою, яку використовують оточуючі його люди в процесі вимови запитальних, окличних, спонукальних чи розповідних речень і окремих слів. Період від 9-10 місяців і до 12-14 характеризується появою в дитячому мовленні пауз між окремими

лепетними та аморфними словами-коренями, а також відповідно ритмічно організованими комплексами звуків чи слів. Після 12-14 місяців у мовленні з'являється оформлена інтонаційно і мелодійно фраза, яка включає декілька аморфних чи повноцінних слів. Використовують таке фразове мовлення діти для забезпечення спілкування з дорослими і іншими дітьми у різних ситуаціях.

Аналіз наукової літератури з проблеми лінгвістики дитячого мовлення (Л.О. Калмикова, М.А. Савченко, Є.Ф. Соботович, С.Н. Цейтлін) показує, що процес розвитку вимови фонем, слів, фраз, речень залежить від точності і чіткості їхнього сприймання. Процес розвитку сприймання мовлення, в свою чергу, теж характеризується конкретною послідовністю і системністю. Спочатку діти вчать розрізняти на слух звуки за інтенсивністю звучання і частотними характеристиками (6-8 місяців), а потім за узагальненими, смислорозрізнявальними ознаками: спочатку у морфемах, потім у граматично оформлених фразах, реченнях (з 1 року 8 місяців). Визначено, що у них спочатку формуються уявлення про звучання фонем, що відповідають їхній власній вимові (з 2 до 4 років), а лише потім фонематичні уявлення, які відповідають мовним нормам, сприйнятим з мовлення оточуючих (з 4 років).

Кожна група фонем засвоюється дітьми поступово (фонемі раннього, середнього і пізнього онтогенезу), в залежності від особливостей сформованості периферійної частини органів мовлення та дозрівання відділів підкірки та кори головного мозку, що забезпечують сенсо-моторний та гностико-праксичний рівень сприймання і відтворення інформації. Послідовність появи фонем у мовленні дітей в процесі нормального онтогенезу та періоди, коли вони з'являються, були визначені та найбільш детально охарактеризовані О.М. Гвоздєвим. Зокрема, було виявлено, що перші найлегші у вимові фонемі –а-, -о-, -у-, -і-, -м-, -п-, -б-, -к-, -г-, -д`-, -т`-, -н`-, -л`-, -с`- в середньому з'являються в мовленні дітей до 1 року і 8 місяців. Після року і 8 місяців малюки навчаються вимовляти такі фонемі, як –х`-, -ц`-, -й-. Вони на цих етапах розвитку опускають в процесі вимови слів першу чи останню приголосну фонему. В рік і 10 місяців до 2 років в мовленні дітей з'являються тверді фонемі мовлення –н-, -т-, -ц-. Від 2 років до 2 років 6 місяців вони починають вимовляти тверді фонемі –с-, -л- потім –и-, -в-, -р-, -з-. Характерним для цього періоду розвитку дітей є сплутування звуків, близьких за артикуляцією. З 2 років 6 місяців до 3 років ними засвоюються наступні фонемі: -ч-, -ш-, -ж-, -щ- і твердий –ц-. До 4 років діти оволодівають правильною вимовою усіх фонем. А до 6 років дошкільники навчаються усвідомлено розрізняти повністю усі звуки мовлення на слух і у вимові у будь-якій позиції у слові.

Таким чином, розглядаючи базові особливості процесу оволодіння фонетичним боком мовлення, ряд науковців (Л.О. Калмикова, М.А. Савченко, Л.П. Федоренко та інші) наголошують передусім на одному з таких провідних характерологічних компонентів, що розвивається у дітей в період від народження і до чотирьох років і визначає їхню мовленнєву компетентність, – уміння керувати мовленнєвими рухами. Зокрема, передбачається, що *фонетичний бік мовлення вважається сформованим у дитини тоді, коли дошкільник набуває здатності керувати м'язами мовленнєвого апарату, координувати рухи периферійних органів мовлення, достатньо для того, щоб забезпечити вимову звуків, складів, слів, речень у відповідності до результатів аналізу, проведеного у відповідності зі слуховим (що забезпечує акустичне сприймання мови на слух) і кінстетичним (що забезпечує сприймання артикуляційних позицій вимовлених звуків) відчуттям.*

Список використаних джерел:

1.Архипова Е.Н. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: доречевой период: Книга для логопеда. – М.: Просвещение, 1989. – 79 с.

2. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребёнка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития: Эмоциональные предпосылки освоения языка: Книга для логопеда. – М.: Просвещение, 1987. – 160 с.
2. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961. – 471с.
3. Соботович Є.Ф. Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку.// Теорія і практика сучасної логопедії: Збірник наукових праць: Вип.1. – К.: Актуальна освіта, 2004. – С. 7-34.
4. Эльконин Д.Б. Развитие речи в дошкольном возрасте. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1958. – 115с.
- 5.Цейтлин С.Н. Язык и ребёнок: Лингвистика детской речи: Учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 240 с.

1.3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОНЯТЬ «ДИСЛАЛІЯ», «РИНОЛАЛІЯ», «ДИЗАРТРИЯ»

Результати аналізу наукової літератури з загальної та спеціальної психології (Є.Н. Винарська, Є.Ф. Соботович, С.Н. Цейтлін та ін.) показують, що у більшості дітей вимова фонем у 4-5 років відповідає мовній нормі. Однак в силу наявності у окремих дітей індивідуальних, соціальних і патологічних особливостей розвитку вікова недосконалість утворення звуків мовлення у них не зникає, а набуває характеру стійкого порушення. Вважається, що ведучими недоліки вимови фонем є при таких порушеннях мовлення, як дислалія, ринолалія та дизартрія.

ДИСЛАЛІЯ

Термін "дислалія" був введений у 1827 році професором Вільнюського університету І. Франком. Ним було вжито його для характеристики усіх порушень мовлення, при яких ведучими були недоліки фонологічної складової мовлення. Пізніше цей термін, але в дещо вужчому значенні, почали вживати Р. Шультесс, А. Куссмауль, Гутцман. До категорії дітей-дислаліків вони відносили тих, у яких порушення вимови фонем було обумовлене порушеннями будови органів артикуляції.

У процесі розвитку логопедії як науки трактування цього терміну постійно змінюється. Зокрема, М.Ю. Хватцевим були віднесені до дислалії ті випадки, при яких порушення вимови фонем були обумовлені ураженням периферійних відділів артикуляційного апарату - вадами будови органів артикуляції чи периферійної іннервації цієї частини мовленнєвого апарату. Також до цієї групи відносили дітей, у яких недорікуватість була обумовлена периферійною туговухістю. У 50-х роках в результаті подальших клінічних досліджень, проведених О.М. Смірноюю, О.В. Правдіною було дане інше трактування дислалії, зокрема були виключені порушення, обумовлені туговухістю. Зокрема, до даної групи почали відносити дітей, у яких недоліки вимови фонем були обумовлені порушенням будови та іннервації органів артикуляції. В 60-х роках у роботах Б.М. Гріншпун, О.В. Правдіної, С.С. Ляпідєвського спостерігається тенденція до поділу порушень мовлення, при яких ведучими є недоліки звуковимови, на дислалію, ринолалію та дизартрію.

На сучасному етапі розвитку логопедії термін «дислалія» хоч і має міжнародне значення, але і надалі немає єдиного його трактування. В окремих підручниках та посібниках з логопедії (Т.Б. Філічевої, Н.А. Чевельової, Г.В. Чиркіної, Л.С. Волкової та ін.) до групи дітей з дислалією відносять усі випадки порушень вимови фонем, обумовлені порушенням будови артикуляційного апарату, зниженням слуху, недостатнім розумовим розвитком дитини (тобто, при розумовій відсталості), а також неправильними умовами виховання дітей в сім'ї. Б.М. Гріншпун до категорії дітей з дислалією віднесено тих, у котрих порушення фонетичного боку мовлення обумовлені вадами будови артикуляційного апарату, а також

тими причинами, які не викликають видимих органічних порушень будови артикуляційного апарату - загальною фізичною ослабленістю дитини в результаті соматичних захворювань, затримкою психічного розвитку (обумовленою мінімальними мозковими дисфункціями), пізнім розвитком мовлення, вибірковими порушеннями фонематичного слуху, несприятливим соціальним оточенням, наслідуванням неправильного мовленнєвого зразка.

Групи причин, що викликають порушення вимови фонем у цих дітей і на які вказує ряд науковців, досить різноманітні і не є рядопокладеними. Зокрема, тут і органічні причини, до яких відносять порушення будови органів артикуляції, мінімальні мозкові дисфункції, соматичні захворювання дитини; соціальні причини, такі як неправильне виховання дітей, неправильні зразки мовлення для наслідування їх дітьми; психологічні причини, такі як порушення фонематичного слуху, зниження фізичного слуху і затримка психічного розвитку. При такому трактуванні недостатньо зрозумілим є поділ на органічну або механічну форму дислалії, причиною якої вважають порушення будови органів артикуляції, та функціональну дислалію, причини якої найбільш різноманітні (психологічні, органічні, і соціальні).

Уже між визначенням дислалії та характеристикою дітей із цим діагнозом зустрічаються окремі неточності. Зокрема, у визначенні вказано, що дислалія – це порушення звуковимови при нормальному слухові і збереженій іннервації мовленнєвого апарату. А уже в описі цього порушення мовлення у ряду авторів (Б.М. Гріншпун, Т.Б. Філічевої, М.Ю. Хватцева, Н.А. Чевельової, Г.В. Чиркіної, та ін.) ми знаходимо, що у дітей з порушеннями слуху може спостерігатися дислалія. У якому значенні вживається цей термін, недостатньо зрозуміло.

Недостатньо чітким є також пояснення причин, що обумовлюють дислалію у дітей. Зокрема, окремі науковці (Б.М. Гріншпун, Н.А. Чевельова та інші) вказують, що причиною дислалії може виступати розумова відсталість чи затримка психічного розвитку. Аналіз наукових джерел (В.Г. Петрова, Є.Ф. Соботович та ін.) показує, що результатом порушення інтелекту у розумово відсталих дітей є таке відхилення, як загальний недорозвиток мовлення, який характеризується системним недорозвитком усіх боків мовлення, в тому числі і фонетичного його боку. У такому випадку говорити, що недорозвиток інтелекту виступає причиною, що обумовлює дислалію, а саме ще одного порушення вимови звуків, недоцільно, оскільки порушення фонетичного боку мовлення у розумово відсталих дітей уже входить у структуру дефекту. Воно виступає частиною наявного у дітей з інтелектуальною недостатністю загального недорозвитку мовлення.

М.А. Савченко в результаті дослідження дітей з порушеннями вимови фонем сформульоване протилежне попередньому твердження, що ті вади, які не пов'язані зі зниженим слухом, порушеннями інтелектуального розвитку, порушенням рухової функції, з тяжким недорозвиненням у дитини лексичного та граматичного боку мовлення, визначають як дислалію. На нашу ж думку, дислалія все ж може спостерігатися у дітей з розумовою відсталістю та затримкою психічного розвитку у тих випадках, коли у цих категорій дітей спостерігаються порушення будови зубо-щелепної системи, губ, язика. Тоді можна вважати, що у розумово відсталих дітей наявне комплексне порушення мовлення: загальний недорозвиток мовлення, обумовлений розумовою відсталістю і ускладнений органічною дислалією.

Л.С. Волковою було виділено 7 груп дітей. Причини виникнення у них недорікуватості були різними: недовірність, обумовлена затримкою у дітей фонетичного розвитку; недовірність, що виникла як результат соціально-педагогічної занедбаності дітей; недовірність, обумовлена акустичними порушеннями; недовірність, обумовлена недосконалістю артикуляційного апарату; недовірність як наслідок залишкових явищ алалії; недовірність при стертій формі дизартрії; недовірність невротичного характеру. Аналіз цих досліджень показує, що виокремлюються у групі дітей з недорікуватістю взагалі і дислалії

зокрема ті, які не підпадають під визначення дислалія, ринолалія і дизартрія, – це діти, у яких порушення вимови виступають наслідком органічного ураження кори головного мозку (які ще характеризуються як наслідки алалії) чи соціально-педагогічної занедбаності. В обох випадках результатом є виникнення у дітей системного загального недорозвитку мовлення. Порушення вимови фонем у цих випадках є лише однією складовою порушення.

Наявність нерізко вираженого загального недорозвитку мовлення у частини дітей з дислалією була виявлена також М.А. Савченко. Її дослідження показали, що у таких дітей поруч з порушеннями звуковимови може спостерігатися первинний чи вторинний недорозвиток фонематичних процесів, наслідком якого є труднощі засвоєння навчального матеріалу з читання і письма.

Аналіз наукових статей О.А. Токаревої показує, що термін “дислалія” також вживається і у значенні «порушення вимови фонем, що обумовлене порушенням нейродинаміки мозку функціональної чи органічної природи». Зокрема, нею було визначено, що такі порушення можуть бути обумовлені моторною, сенсорною і сенсо-моторною недостатністю.

На недостатність діяльності певних відділів кори головного мозку (мінімальну мозкову дисфункцію) як на причину, що може обумовити дислалію вказує Б.М. Гріншпун. Наслідком порушення, як вказує науковець, може бути три типи відхилення у розвитку фонем: акустико-фонематичний, артикуляційно-фонематичний, артикуляційно-фонетичний.

Мінімальна мозкова дисфункція - термін який найбільше використовується в нейрофізіології, нейропсихології (Л.С. Цветковою, А.Л. Сиротюк, Б.М. Семенович та ін.) для означення незначного нерівномірного розвитку окремих мозкових функцій, які не зачіпають інтелекту та розумових здібностей у дітей. Ряд науковців (В.В. Лебединський, Т.Д. Ілляшенко, М.В. Рождественська та ін.) вказують на те, що мінімальна мозкова дисфункція є однією з причин, що зумовлює затримку психічного розвитку, а також вона може бути причиною шкільної неуспішності (О.Н. Корнєв, А.Л. Сиротюк, Б.М. Семенович, Л.С. Цветкова). Охарактеризовано також Є.М. Мастюковою особливості прояву мінімальної мозкової дисфункції у дітей з дизартріями. Зокрема, вона відзначає, що у цих дітей поряд з порушенням вимови фонем спостерігаються незначні порушення уваги, пам'яті, інтелектуальної діяльності, емоційно-вольової сфери, легкі рухові розлади і сповільнене формування ряду вищих кіркових функцій. Відповідно до поданої характеристики можна припустити, що у цих дітей є і затримка психічного розвитку.

Більшу чіткість в формуванні характеристик дітей з мінімальною мозковою дисфункцією внесло нейропсихологічне дослідження, проведене А.Л. Сиротюк, згідно з яким була створена класифікація несформованості, незрілості чи спотвореного формування мозкової організації. Така класифікація базується на аналізі етапів структурно-морфологічного розвитку дитини і включає в себе шість синдромів. Відповідно до локалізації недорозвитку в головному мозку і проявляються особливості психічного стану у дітей. Виявлено, що лише у незначній частини цих дітей є порушення вимови фонем, які переважно зумовлені дизартрією. У окремих із них спостерігається розумова відсталість. Але у переважній більшості з цих дітей при тому, що в загальному мовлення та мислення відповідає віковій нормі, виявлено емоційну нестійкість, порушення уваги, зниження працездатності, неадекватні реакції на те, що відбувається навколо. Такі особливості психічного розвитку цих дітей можуть, на наш погляд, бути сприятливими для формування неправильної вимови фонем.

Аналіз різних позицій, що стосуються мінімальної мозкової дисфункції, дозволив визначити, що її наслідком є завжди системний недорозвиток мовлення, що включає не лише порушення звуковимови, але і фонематичних процесів, а також може викликати незначне відставання у розвитку лексичного та граматичного боків мовлення. А тому порушення

мовлення у цих дітей буде проявлятися переважно системно, можливо, з певними ускладненнями. Причиною порушень звуковимови у цих дітей можна вважати порушення психічних процесів гностико-праксічного рівня, розвиток яких залежить від особливостей функціонування моторних та сенсорних зон кори головного мозку.

Отже, підсумувавши вище сказане, було визначено, що термін «дислалія» на сучасному етапі вживається у значенні *«порушення вимови фонем, обумовлене причинами анатомо-фізіологічного і соціально-психологічного характеру. В залежності від причин, що її викликають, дислалія може бути поділена на дві форми: функціональну і органічну»*.

А також, узагальнення наукових досліджень показує, що дислалія може бути у дітей простою та складною, тобто проявлятися системно у вигляді не лише порушення вимови фонем, але і у вигляді труднощів контролю за їхньою вимовою, усвідомлення цілісності їх звучання ізольовано і у словах. Для означення цього порушення, на нашу думку, доцільно вжити термін *“складна дислалія”*, що дозволить розмежувати два порушення, які різняться між собою як рівнем складності їхнього прояву, так і причинами, що їх обумовлюють. Таким чином, термін *“складна дислалія”* може вживатися і у значенні – *частковий недорозвиток усіх сторін мовлення, обумовлений порушенням нейродинаміки певних відділів кори головного мозку функціонального чи органічного генезу. Порушення фонемного розвитку є лише одним із вагомих компонентів, що входять у структуру цього мовленнєвого дефекту. За структурою можна виділити два типи порушення вимови фонем при «складній дислалії»: сенсорний, і сенсо-моторний (за О.А. Токаревою), або акустико-фонематичний і артикуляційно-фонематичний (за Б.М. Гріншпун). Третій тип порушення - моторний або артикуляційно фонетичний - на нашу думку, відноситься до органічної форми дислалії.*

Корекція вимови фонем у дітей з цим порушенням можлива за умови здійснення їх постановки тими ж методами, що і при інших формах дислалії. Проте потребують перегляду умови формування контролю за їхньою вимовою у зв'язному мовленні, особливості діагностики причин неправильної вимови фонем дітьми з цим порушенням та інші питання.

РИНОЛАЛІЯ

На початку розвитку радянської логопедії порушення мовлення, яке ми відносимо на сучасному етапі до ринолалії, відносили до дислалії. Для означення ж назального відтінку мовлення використовувався термін «гнусавість» (М.Ю. Хватцев, 1961р.). Хоч у цей час уже було запропоновано М. Зеєманом (1955 р.) порушення мовлення, які супроводжуються гнусавістю, називати «ринофонією». Також дослідження уже тих років показували, що гнусавість може проявлятися у вигляді різних порушень тембру голосу. Перший тип порушення, коли повітря проникало в носову порожнину, було названо «відкритою ринофонією» або «відкритою гнусавістю». Другий тип порушення, коли струмінь повітря не проникав в носову порожнину, було названо «закритою ринофонією» або «закритою гнусавістю». Якщо ж було одночасно два типи порушення - і відкрита гнусавість, і закрита гнусавість, то запропоновано вживати термін «змішана ринофонія». У групу дітей з гнусавістю або з ринофонією входили і ті діти, у яких були супровідні порушення артикуляції фонем, і ті, у яких вони були відсутні.

Ринолалія як окреме порушення мовлення була виділена з механічної дислалії в кінці 60-х років С.С. Ляпідевським і Б.М. Гріншпун. В основу цього терміну було покладено два слова, з грецької - rhinos - ніс, lalia - мовлення. З цього часу розвиток терміну йшов різними шляхами. Його заміняли іншими або підбирали для нього різне трактування.

Зокрема, С.С. Ляпідевський (1969 р.) вказує на правомірність виділення ринолалії як самостійного порушення мовлення з механічної дислалії і застосування цього терміну у значенні дефекту усного мовлення, обумовленого порушеннями будови піднебіння і порожнин носа. Він вказує на те, що при ринолалії мають місце поєднання двох дефектів:

дислалії (неправильної звуковимови) і дисфонії (порушення голосу, яке проявляється у носовому відтінку – ринофонії).

О.В. Правдіна (1969 р.) розглядає «ринолалію» як гнусавість, яка, на її думку, може проявлятися у трьох варіантах – як закрита гнусавість, відкрита гнусавість і змішана гнусавість.

К.П. Беккер, М. Совак (1975 р.) для означення порушень, при яких спостерігаються зміни назальності мовлення, пропонують використовувати декілька термінів, значення яких у певній мірі крім спільних особливостей містять відмінності. Зокрема, термін «ринолалія» - запропоновано використовувати у значенні ненормально зміненої назальності. В свою чергу, ними було конкретизовано терміни «закрита ринолалія», «відкрита гнусавість», «гіпоринолалія», які запропоновано застосовувати у значенні зниженої назальності в результаті порушення прохідності носових ходів і носоглотки; терміни «відкрита гнусавість», «відкрита ринолалія», «гіперринолалія» у значенні підвищеної назальності в результаті збільшеної прохідності струменя повітря через ніс; термін «палатолалія» у значенні особливої форми відкритої гнусавості, яка виникає в результаті вродженого незрощення піднебіння і включає у себе одночасно порушення розвитку мовлення.

А.Г. Іпполітовою (1983 р.) було запропоновано застосовувати окремо термін «ринолалія» виключно у значенні порушення мовлення, яке виражається в розладах і артикуляції, і фонації звуків мовлення.

Результати аналізу наукових праць О.С. Алмазової (1973 р., 2005 р.) показали, що нею для означення порушень мовлення, які супроводжуються гнусавим відтінком, використано два терміни: «ринолалія» - у значенні патологічної зміни тембру голосу та спотвореної вимови звуків мовлення; «ринофонія» - у значенні зміни відтінку, тембру голосу, обумовленого порушенням взаємозв'язку носової порожнини з ротоглотковим резонатором в процесі фонації без порушень артикуляції фонем.

Подібного ж трактування термінів «ринолалія», «ринофонія» притримується і І.І. Єрмакова (1984 р., 1996 р.). Вона вказує на те, що порушення, яке характеризується тільки збільшенням носового резонансу голосу, кваліфікується як «відкрита ринофонія», а таке, яке включає спотворену вимову фонем – «ринолалія».

В останні роки Г.В. Чіркіню (1989 р., 2004 р.) було запропоноване таке визначення терміну "ринолалія", як порушення тембру голосу і звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату. Аналіз сучасних наукових джерел О.С. Алмазової теж показує, що причини, що обумовлюють ринолалію у дітей, - анатомо-фізіологічні, які виникають на рівні периферичного відділу мовленнєвого апарату і обумовлюють патологоанатомічні зміни у надставній трубці. Зокрема, визначено, що при ринолалії в силу різних причин (при незрощеннях язичка, м'якого і твердого піднебіння; при наявності аденоїдних розростань, поліпів, доброякісних і злоякісних пухлин, хронічних гайморитів, ринітів, викривлення носової перегородки тощо) порушується механізм піднебінно-глоткового змикання. М'яке піднебіння бере участь в утворенні так званого глоткового кільця або піднебінно-глоткової змички завдяки тому, що переміщується назад і вверх до контакту з валиком Пассавант, м'язи ж бокових стінок глотки з обох боків замикають глоткове кільце, а язичок піднімається вверх і остаточно закриває отвір між ротоглоткою і носоглоткою. Було визначено, що існує тісний функціональний зв'язок між характером піднебінно-глоткового змикання, специфікою функціонування голосових складок та особливостями функціонування дихальної системи. Зокрема, визначено, що рецептори м'якого піднебіння і язичка при змиканні з валиком Пассавант передають імпульси в центральну нервову систему, в результаті чого налаштовується система ротоглоткового резонатора, голосові складки та дихальна система. Виявлено, що при напруженні голосових складок і дихальної системи м'яке піднебіння є малорухливим, а при рівномірних коливаннях

голосових складок, при дзвінкості голосу та при рівномірності дихання функціонування м'якого піднебіння і язичка є чітким та активним.

Таким чином, визначено, що порушення функції м'якого піднебіння і язичка незалежно від причин, що його викликають, призводить до порушення координації діяльності енергетичної, генераторної і резонаторної систем організму, до зниження регулюючого впливу центральної нервової системи на забезпечення функцій дихання, голосоутворення.

Отже, в результаті аналізу наукових джерел було визначено, що на сучасному етапі розвитку науки традиційно використовуються два терміни для означення порушень мовлення, які супроводжуються гнусавим тембром голосу: «ринолалія» і «ринофонія». Термін «ринолалія» позначає порушення тембру голосу і вимови фонем, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами периферичного відділу мовленнєвого апарату. Ринолалія відрізняється від дислалії наявністю гнусавого тембру голосу, хоча окремі причини їх виникнення можуть бути спорідненими.

Термін «ринофонія» використовують у значенні «порушення тембру голосу, обумовлене порушеннями анатомо-фізіологічного та неврологічного характеру». Ринофонія відрізняється від ринолалії відсутністю порушень вимови фонем.

В залежності від характеру порушення піднебінно-глоткового змикання, виділяють три форми ринолалії та ринофонії: закрити, відкрити та змішану.

ДИЗАРТРИЯ

Характеристика дизартрії як мовленнєвого порушення була сформована більше ста років тому. На сучасному етапі розвитку логопедії зустрічається як різноманітне трактування цього терміну, так і сформовані різні його характеристики.

Традиційним є таке визначення: *дизартрія - порушення вимовної сторони мовлення, обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату.*

Ведучим дефектом при дизартрії є порушення вимови фонем. Вони спостерігаються і у дітей з вираженими порушеннями іннервації органів мовлення, і зі стертими проявами дизартрії. Проте, у значної частини дизартриків поруч з цими недоліками спостерігаються порушення темпу, ритму, інтонаційно-мелодійного боку мовлення, а також голосоутворення.

Вади мовлення при дизартрії завжди обумовлені причинами органічного характеру. До них відносять порушення діяльності центральної нервової системи (надалі ЦНС), що можуть виникати як у внутрішньочеревний період розвитку дитини, так і в період народження дитини. Вони можуть бути обумовлені різними несприятливими факторами: гострими хронічними інфекціями, інтоксикаціями вагітної матері, гіпоксіями, травмами плоду тощо. Дизартрія може виникати у дітей і після народження, наприклад, в результаті інфекційних захворювань ЦНС. А також, це порушення мовлення може виникнути і у дорослих як наслідок перенесених ними інсультів, черепно-мозкових травм, при розсіяному склерозі, при захворюваннях Паркінсона тощо.

В останні роки М. Бабадагли, Н. Козьявіною, О. Козьявіною, Т. Пічугіною було запропоноване ще одне визначення дизартрії як мовленнєвого порушення. В його основу покладено психолінгвістичний та нейропсихологічний підходи, згідно яких мовленнєва діяльність розглядається як складна психологічна структура, що має багаторівневу церебральну організацію.

Ними було взято до уваги, що нормальне мовлення передбачає єдність у діяльності когнітивної, нервово-м'язової та м'язово-скелетної систем, а також їх інтеграцію. Когнітивно-лінгвістична активність співвідноситься з внутрішнім програмуванням мовленнєвого висловлювання, з процесами породження думки, формування комунікативного наміру, лексичного розгортання та граматичного оформлення фраз та речень. Нервово-м'язова активність виконує функцію наміру вербального спілкування і реалізується у два етапи. На

першому етапі здійснюється рухове моторне програмування, під час якого відбувається відбір та встановлення чіткої послідовності виконання рухів, що реалізовуватимуть мовленнєвий намір (відбір та організація сенсо-моторних програм). На другому етапі шляхом іннервації дихальних, фонаційних, резонаторних і артикуляційних м'язів, шляхом генерування акустичного сигналу, який контролює і коректує процес реалізації моторної програми відповідно до поставленої мети, здійснюється нервово-м'язове виконання сенсо-моторних програм.

Виходячи з цих позицій, *дизартрія* була розглянута як загальна назва, що об'єднує групи порушень мовлення, які виникають внаслідок розладів м'язового контролю над механізмами мовлення при патології центральної або периферійної нервової системи. Основними клінічними проявами дизартрії виступають порушення вимови фонем та голосу, які поєднуються з порушеннями артикуляційної моторики та мовленнєвого дихання. Розлади артикуляційної моторики при всіх формах дизартрії зумовлені змінами м'язового тону (типу спастичності, млявості чи дистонії), характер якого залежить від локалізації ураження в мозку.

Враховуючи усі попередньо розглянуті позиції, ми прийшли до висновку, що на сучасному етапі термін «дизартрія» застосовується у значенні порушення мовлення, причиною якого є порушення іннервації периферійного відділу мовленнєвого апарату, що виникає в результаті ураження підкіркових відділів мозку. А також, цей термін вживається як назва групи порушень мовлення, які виникають внаслідок розладів тих відділів центральної та периферійної нервової системи, що забезпечують рухливість периферійних органів мовлення, м'язовий контроль за процесом реалізації мовленнєвої програми (групи порушень, оскільки симптоматика кожної з форм дизартрії суттєво відрізняє одну з них від іншої). Основною ознакою дизартрії є наявність рухових розладів таких периферійних відділів, що забезпечують мовлення, як артикуляційний, фонаційний та дихальний апарат. Зумовлені вони порушеннями тону м'язів (типу спастичності, млявості, дистонії). Наслідком цих відхилень є вади фонетичного, інтонаційно-мелодичного та темпо-ритмічного боків мовлення у дітей та дорослих.

Список використаних джерел:

1. Алмазова О.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей: учеб. пособ. для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. - М.: Просвещение, 1973. - 150с.
2. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период: Кн. Для логопеда. – М.: Просвещение, 1989. – 79с.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология: учеб. пособие. – М.: ООО «МЕДпресс», 1998. – 576с.
4. Беккер К.-П. Совак М. Логопедия: пер. с нем.- М.: Медицина, 1981. – 288с.
5. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте. - М.: Мед/Гиз., 1962. - 299с.
6. Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия: Учеб. Пособие для студентов дефектологических фак. пед. ин-тов / под ред. О.Н. Усановой. – М.: Просвещение, 1983. – 95с.
7. Козьяккіна Н., Козьяккіна О., Бабадагли М., Пічугіна Т. Роль ранньої діагностики порушень розвитку мовлення у дітей з ДЦП. / ж-л Дефектологія 2 /2004, С. 27-32.
8. Логопедия: учеб, пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Дефектология" / Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова и др.; под ред. Л.С.Волковой. - М.: Просвещение, 1989. - 528с.
9. Пováляева М.А. Справочник логопеда. – Ростов-на-Дону: “Феникс”, 2001. – 448с.
10. Правдина О.В. Логопедия. Учеб. Пособие для дефектолог. Фак. пед. вузов. – М.: Просвещение, 1969. – 310с.
11. Расстройства речи у детей и подростков / под общей редакцией С.С. Ляпидевского. – М.: Издательство «Медицина», 1969. – 288 с.

12. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. - 2-ге вид., доп. - К.: Освіта, 1992. - 176с.
13. Филичева Т.Б., Чевелёва Н.А., Чирки на Г.В. Основы логопедии. - М.: Просвещение, 1989. – 222 с.
14. Хватцев М.Ю. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста: учеб. Пособ. Для студентов, методистов и воспитателей детских садов. – 2-е изд., перераб. – М.: Государственное учебно-педагогическое издательство министерства просвещения РСФСР, 1961. – 208 с.
15. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т I / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селивёрстова. – М. Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560с.

1.4. ПОРУШЕННЯ ФОНЕТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ДИСЛАЛІЄЮ, ДИЗАРТРИЄЮ І РИНОЛАЛІЄЮ ТА ПРИЧИНИ, ЩО ЇЇГО ОБУМОВЛЮЮТЬ.

На сучасному етапі такі порушення мовлення, як дислалія, ринолалія та дизартрія, класифікують за природою їх виникнення, структурою дефекту і механізмами протікання, ступенем вираженості фонетичного дефекту. Ведучим при цих порушеннях мовлення вважається фонетичний недорозвиток мовлення.

ДИСЛАЛІЯ

Визначають, що за походженням (природою, причинами виникнення) дислалія може бути функціональною чи органічною. Причиною функціональної дислалії (за М.Ю. Хватцевим) вважається функціональна слабкість, яка виникає в окремій групі м'язів периферійного відділу артикуляційного апарату в силу різних обставин, які впливали на дитину у сенситивний період для розвитку вимови нею фонем, у віці від народження до чотирьох років. Причинами органічної дислалії вважають порушення будови органів артикуляції, які або обмежують їхню рухливість, або створюють специфічні умови, додаткові перешкоди на шляху формування правильної артикуляції фонем.

Зокрема, визначено, що функціональна форма дислалії може бути викликана неправильним вихованням дітей (наявністю зразків неправильної вимови фонем в оточенні дитини, сюсюканням з нею, гіперопікою чи гіпоопікою тощо), створенням неправильних умов для розвитку артикуляційної моторики у дітей починаючи від їхнього народження (тривалим смоктанням соски чи пальця, відсутністю грудного годування, соматичними чи частими гострими респіраторними захворюваннями, захворюваннями в області носа і носоглотки тощо). В більшості спостерігається функціональна форма дислалії у дітей з нормальним загальним психічним розвитком, а також у частини дітей з такими особливостями психічного розвитку, які можна вважати сприятливими для виникнення цього порушення: емоційна нестабільність, гіперактивність.

При органічній формі дислалії порушення вимови фонем у дітей зумовлені: 1) аномаліями будови зубо-щелепної системи: діастемою між передніми зубами, наявністю переднього чи бокового відкритих прикусів, прогенією, прогнатією (рис. 1, 2, 3, 4, 5); 2) специфічною будовою твердого піднебіння: високим готичним, низьким пласким (рис. 6, 7); 3) специфічною будовою язика: маленьким язиком, вузьким і довгим язиком, широким товстим і малорухливим язиком (в результаті багаторічного аналізу досвіду логопедичної роботи з дітьми нами було виявлено, що язик та форма твердого піднебіння гармонічно взаємодоповнюють одне одного. А тому при наявності високого готичного піднебіння і язик у дітей довгий, а при низькому піднебінні і язик короткий. Але навіть за таких умов діти

часто самотійно правильно не можуть розташувати їх один відносно одного, що і зумовлює неправильну вимову ними окремих фонем. Поруч з цим, на нашу думку, така будова органів артикуляції є не стільки аномальною, скільки специфічною; 4) аномаліями будови язика: короткою під'язиковою вуздечкою (рис. 8); 5) специфічною та аномальною будовою губ: товстими губами часто з відвислою нижньою губою, короткою малорухливою верхньою губою, незрощенням верхньої губи (рис. 9, 10).

Органічна форма дислалії може спостерігатися як у дітей з нормальним психічним розвитком, з затримкою психічного розвитку, з мінімальною мозковою дисфункцією, так і у дітей зі складнішими відхиленнями: у розумово відсталих дітей, дітей з порушеннями слуху, зору. В останньому випадку вона виступає як ускладнення уже наявного у них загального недорозвитку мовлення.

За структурою дефекту та механізмами протікання визначають сенсорну, моторну й сенсо-моторну дислалію. Причиною сенсорної дислалії вважають порушення фонематичних процесів (фонематичного сприймання, диференціацій, уявлення), що обумовлює труднощі формування механізмів прийому інформації (сприймання звуків мовлення, слів), контролю за процесом сприймання інформації.

Причиною сенсо-моторної дислалії є недорозвиток у дітей сенсо-моторних координацій та кінетичного праксису, що обумовлює у дітей труднощі сприймання акустичних образів слів, відтворення слів, а також контролю за процесом сприймання та відтворення інформації. Дослідження В.В. Тарасун також показали, що причиною труднощів сприймання акустичного образу слова та його відтворення може бути недорозвиток у дітей суцесивного синтезу, психічного процесу, що забезпечує у людини здатність встановлювати елементи в чітко виражених послідовностях. У дослідженнях Н.Я. Семаго, М.М. Семаго такі труднощі пояснюються недорозвитком у дітей довільної організації діяльності психічних процесів та функцій. На гностико-праксичному рівні, що забезпечує процес вимови та сприймання слів, порушення суцесивного синтезу проявляються у вигляді труднощів кінетичного переключення з однієї артикуляційної позиції на іншу (на рівні кінетичного праксису), а також у вигляді труднощів сприймання послідовно розташованих звуків мовлення (на рівні фонематичного сприймання рядів звуків мовлення, образів слів; слухо-моторних координацій). Як показують дослідження Б.М. Гріншпун, сенсо-моторна дислалія може бути також обумовлена порушеннями кінестетичних процесів (кінестетичних відчуттів, сприймання, праксису). Кінестетичні процеси виконують функцію сприймання рухів різних груп м'язів тіла, виконання точних рухів з урахуванням відчуттів, які виникають у м'язах тіла, а також контролю за виконанням рухів. При їхньому порушенні у дітей формуються нечіткі уявлення про артикуляцію фонем і, як наслідок, розвивається нечітке уявлення про звучання звуків, близьких за звучанням, але протилежних за артикуляцією. Звуки мовлення діти чують, сприймають і розрізняють при називанні їх оточуючими людьми, але неправильно контролюють вимову фонем у власному мовленні, формуючи стійкі заміни одних фонем іншими.

Моторна дислалія обумовлена порушенням механізмів, що забезпечують виконання рухів органами артикуляції (порушенням будови органів артикуляції).

Таким чином, *аналіз науково-теоретичних джерел показує, що причинами порушень фонетичного боку мовлення у дітей при дислалії може бути функціональна слабкість, що виникає в межах конкретної групи м'язів у периферійному відділі мовленнєвого апарату, порушення будови органів артикуляції, а також порушення нейродинаміки окремих відділів кори головного мозку, наслідком яких є недорозвиток фонематичних процесів (сприймання, диференціацій, уявлення, аналізу, синтезу), кінестетичних процесів (відчуття, сприймання, праксису), кінетичного праксису.*

Аналіз наукових джерел також показує, що підходи до аналізування особливостей порушень вимови фонем при дислалії також різні. Зокрема, в залежності від того, яким є порушення - фонетичним чи фонематичним - Б.М. Гріншпун виділяє акустико-фонематичний, артикуляційно-фонематичний і артикуляційно-фонетичний тип порушення вимови фонем. Для дітей з акустико-фонематичним типом порушення характерні взаємозаміни одних звуків іншими, близькими за артикуляцією і за звучанням: наприклад, глухість – дзвінкість (д-т, с-з, г-к тощо), окремі голосні між собою (о-у, е-и). Особливо значні труднощі спостерігаються у цих дітей при диференціації фонем за названими ознаками на слух.

При артикуляційно-фонематичному типі порушення у дітей заміни одних звуків мовлення іншими відбуваються на основі їхньої артикуляційної близькості, а тому відбуваються між групами звуків, які різняться між собою однією артикуляційною ознакою. Зокрема, шиплячі-свистячі фонемати, артикуляція яких різниться позицією кінчика язика у ротовій порожнині, тверді-м'які фонемати, артикуляція яких різниться участю середньої частини язика, фрикативні-африкати, артикуляція яких відрізняється способом творення тощо.

При артикуляційно-фонетичному типі порушення у дітей спостерігається спотворена вимова звуків або їх пропуски. Приклади спотвореної вимови кожної з фонем можуть бути різні, але їхнє звучання завжди наближене до фонетичної норми. Зокрема: гаркава, або ще кажуть - увелярна вимова -р-, одноударна вимова -р-; міжзубна вимова -с-, губно-зубна вимова -с- тощо.

Опираючись на науково-обґрунтовані дані фонетики про артикуляційні ознаки фонем, М.А.Савченко було обґрунтовано також *фонетичний підхід*, який можна застосовувати для аналізу порушень вимови фонем у дітей, згідно якого вони були класифіковані за п'ятьма ознаками: 1) місцем утворення звука; 2) способом утворення перепони; 3) роботою голосових складок; 4) участю середньої частини язика; 5) участю м'якого піднебіння.

Для характеристики неправильної вимови ряду звуків також свого часу науковцями була запропонована спеціальна термінологія, якою користуються і тепер. Зокрема, спотворена вимова фонем -р-, -р`-, або їх відсутність – *ротацізм*, спотворена вимова фонем -л-, -л`-, або їх відсутність – *ламбдацізм*, спотворена вимова фонем -й-, або його відсутність - *йотацізм*, спотворена вимова фонем -ш-, -ж-, -ч-, -дж-, або їх відсутність - *шиплячий сигматизм*, спотворена вимова фонем -с-, -з-, -ц-, -дз- або їх відсутність - *свистячий сигматизм*, спотворена вимова фонем -к-, -г`-, або їх відсутність - *каппацізм*, спотворена вимова фонем -г-, або її відсутність - *гамацізм*, спотворена вимова фонем -х-, або її відсутність - *хітизм*. У тому випадку, коли спостерігаються заміни одних фонем іншими, до запропонованих назв додають префікс пара-: *парасигматизм*, *параротацізм* тощо. Також, М.Ю. Хватцевим було запропоновано термін *теттизм*, який позначав таке порушення, коли більшість приголосних фонем замінялися в мовленні на -т-, -д-.

Ступінь вираженості вади фонологічної складової мовлення при дислалії визначають на підставі підрахунку кількості порушених у вимові фонем та артикуляційних груп, до яких вони відносять. Таким чином, вважається, що при простій (мономорфній) дислалії порушена вимова однієї фонемати чи кількох фонем однієї артикуляційної групи; при складній (поліморфній) – виявляються порушеними у вимові багатьох фонем кількох артикуляційних груп.

РИНОЛАЛІЯ

У дітей з ринолалією теж ведучою вважається вада вимови фонем, яка виникає у результаті порушень будови чи функціональної слабкості окремих органів артикуляційного апарату.

За класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, *ринолалію* віднесено до порушень голосу. Вважається, що саме незбалансований резонанс провокує розвиток усіх інших порушень вимовного боку мовлення у цих дітей. Хоч аналіз причин, що лежать в основі виникнення цього порушення мовлення, вказує, що це не єдиний фактор, який впливає на формування у цих дітей артикуляцій звуків мовлення. Визначено, що дійсно патологічні зміни тембру голосу при ринолалії пов'язані з порушенням функціонування м'якого піднебіння і язичка. Вони в нормі беруть участь в піднебінно-глотковому змиканні. В процесі мовлення м'язи бокових стінок глотки скорочуються, а м'яке піднебіння і язичок піднімаються вгору і доторкаються до валика Пассавант, який знаходиться на задній стінці глотки. Завдяки цьому носоглотка тимчасово виявляється ізольованою від ротоглотки, завдяки чому струмінь повітря точно спрямовується у ротову порожнину.

На сучасному етапі такі науковці як І.І. Єрмакова, Г.В. Чіркїна, А.Г. Іпполітова та інші, в залежності від характеру порушення піднебінно-глоткового змикання, характеризують дві форми ринолалії: закриту і відкриту. О.С. Алмазова, М. Зеєман, О.В. Правдіна та інші виділяють три форми ринолалії: закриту, відкриту і змішану.

Відкрита ринолалія виникає при недостатньому функціонуванні або при частковій чи повній відсутності тих органів артикуляції, які забезпечують піднебінно-глоткове змикання (язичка, м'якого піднебіння). Вхід у носоглотку в цих дітей частково або повністю відкривається, завдяки чому струмінь повітря проходить у них не лише через рот, але частково і через ніс. Фонема при відкритій ринолалії у переважній більшості утворюються при підвищеному резонуванні. З тембру голосу переважно виключені низькі частоти, завдяки чому голос набуває металевого відтінку.

При закритій ринолалії в носовій порожнині у цих дітей знаходяться ті перешкоди, які заважають проходженню струменя повітря через ніс. Воно проходить лише через рот. Фонема при закритій ринолалії утворюються при пониженому носовому резонуванні завдяки чому голос у цих дітей глухуватий.

Причиною змішаної форми ринолалії є поєднання непрохідності носа і недостатності піднебінно-глоткового змикання функціонального чи органічного походження.

В залежності від причин, що обумовлюють це порушення мовлення, усі дослідники виділяють дві форми ринолалії: функціональну і органічну. У свою чергу, органічна ринолалія, як вказують О.С. Алмазова, Г.В. Чіркїна та інші, може бути вроджена і набута.

Є різні погляди щодо причин, які зумовлюють виникнення ринолалії у дітей. Функціональними причинами ринолалії є неправильна звичка, яка залишається після усунення аденоїдних розростань (рис. 11), поліпів чи фібром в області носової порожнини (рис. 12, 13, 14), а також астенія м'якого піднебіння і язичка (15, 16). Г.В. Чіркїна вказує також на таку причину закритої ринолалії, як істерія. О.С. Алмазова ж відзначає, що ця причина обумовлює не стільки ринолалію скільки відкриту ринофонію (яка характеризується лише гнусавим відтінком мовлення без порушень артикуляції фонем).

Органічними вродженими причинами відкритої ринолалії є порушення будови тих органів артикуляції, які забезпечують піднебінно-глоткове змикання: короткий язичок, незрощення м'якого, твердого піднебіння і язичка (рис. 17, 18, 19). Органічною набутою причиною відкритої ринолалії є незрощення (перфорації) твердого і м'якого піднебіння. Часто, як зазначають ряд авторів (С.Ю. Конопляста, М.К. Шеремет та інші), паралельно з назрощеннями твердого, м'якого піднебіння і язичка у дітей спостерігається порушення іннервації м'язів язика, що ускладнює наявні у цих дітей порушення артикуляційної моторики, обумовлюючи підвищений тонус м'язів кореня язика та слабкість м'язів кінчика язика. Погляди на те, які терміни вживати для називання такого комбінованого дефекту, схилиються на сучасному етапі до варіанту: відкрита ринолалія (обумовлена незрощеннями твердого, м'якого піднебіння і язичка), ускладнена дизартрією. Ми теж притримуємося

такого варіанту, оскільки вважаємо, що провідною у цьому випадку причиною, що обумовлює порушення мовлення у дітей, є незрощення твердого, м'якого піднебіння і язичка. Ряд науковців (Г.В. Чіркїна, О.С. Алмазова) вказують на те, що причиною відкритої ринолалії є порушення іннервації м'якого піднебіння та язичка, які можуть виникати внаслідок дифтерії, грипу, ураження язикоглоткового і блукаючого нервів, псевдобульбарного параліча. Проте аналіз наукової літератури показує, що в результаті порушення іннервації артикуляційного апарату виникає таке порушення мовлення, як дизартрія. При характеристиці особливостей мовлення дітей з окремими формами дизартрії (бульбарною, псевдобульбарною) виявлено у окремих дітей гнусавий відтінок мовлення. Чи доцільно у цьому випадку вважати, що у цих дітей одночасно є і ринолалія і дизартрія? Ми вважаємо, що ні. Логічно припустити, що у цих дітей поруч з дизартрією, що обумовлює порушення звуковимови, спостерігається не стільки ринолалія, скільки ринофонія - гнусавий відтінок мовлення.

Органічними причинами закритої передньої форми ринолалії є викривлення носової перегородки (рис. 20, 21), набряки слизової оболонки носа та її хронічні гіпертрофії, поліпи чи пухлини носової порожнини (рис. 13). Причинами задньої закритої ринолалії є аденоїди, фіброми та поліпи в області носоглотки, зрощення м'якого піднебіння з задньою стінкою глотки (рис. 11, 12, 14).

Найсуттєвішим проявом порушення вимови фонем при ринолалії є підключення носового резонатора і зміни аеродинамічних умов при вимові усіх ротових звуків. Звуки при цьому набувають назального відтінку, змінюється характерний тон приголосних фонем.

Поряд з цим, при вимові окремих приголосних фонем, через напруження, що виникає в області гортані, виникає їх додаткова артикуляція. Можуть спостерігатися і пропуски окремих фонем при вимові слів. Порушення їх вимови за місцем і способом утворення: заміни -к- на -х-, шепелява чи пом'якшена вимова звуків -с-, -з-, -ц-, -дз-, -ш-, -ж-, -ч-, -дж-, оглушення сонорних звуків в кінці слова, відсутність вібранта -р-, заміна його звуком -и, поява в мовленні додаткових звуків (шипіння, свисту, храпу, гортанності тощо.); заміна свистячих звуків на -ф-, змазана вимова приголосних звуків при їх збігові тощо.

Аналіз фонетичного боку мовлення у дітей з ринолалією показує, що неправильна вимова фонем у них зумовлена не лише порушеннями піднебінно-глоткового змикання та недостатньо диференційованим струменем повітря, але й такими порушеннями як незрощення верхньої губи, які часто супроводжують незрощення твердого піднебіння, м'якого піднебіння і язичка. Слід вказати і на те, що у дітей з ринолалією можуть спостерігатися порушення будови і інших органів артикуляції: зубо-щелепної системи - прогенія, прогнатія, передній чи боковий відкритий прикус, рідкі зуби чи відсутність окремих зубів. У цих дітей є специфічні особливості і функціонування м'язів язика. Зокрема, у дітей з незрощенням твердого і м'якого піднебіння в силу того, що язик тривалий час виконує функцію obturatora, тобто закриває прохід у носову порожнину, найбільше розвивається тонус м'язів спинки та кореня язика при відносній слабкості м'язів кінчика язика. Такі особливості сформованості органів артикуляції обумовлюють найскладніші вади вимови при цьому порушенні мовлення.

В цілому, ряд науковців (І.І. Єрмакова, М. Зеєман, А.Г. Іпполітова, Г.В. Чіркїна та інші) вказують на надзвичайно велику різноманітність порушень вимови звуків у цих дітей і їх залежність не лише від особливостей порушень будови органів артикуляції, але також від здатності цих дітей самостійно використовувати компенсаторні прийоми для пристосування органів артикуляції для вимови звуків, індивідуальної форми, об'єму ротової і носової порожнин. Є також вікові, індивідуально-психологічні та соціально-психологічні фактори, що впливають на рівень вираженості та особливості прояву порушення у цих дітей фонетичного боку мовлення.

Ряд науковців (А.Г. Іпполітова, Г.В. Чіркїна та інші) також вказують і на те, що порушення вимови фонем при ринолалії можуть ускладнюватися фонематичними розладами, що викликає труднощі здійснення контролю за процесом формування та застосуванням власного мовлення. Рівень недорозвитку фонологічної складової мовлення у цих дітей також може бути різним, проте чіткої класифікації структури дефекту при цих порушеннях у науковій літературі не подано.

Таким чином, ми прийшли до висновку, що *ведучими при цьому порушенні мовлення є недоліки фонетичного боку мовлення, які усуваються шляхом постановки фонем подібно, як і при дислалії чи дизартрії. Порушення інтонаційно-мелодичного боку мовлення у цих дітей є наступним істотним компонентом їхнього мовленнєвого дефекту, який необхідно враховувати на всіх етапах здійснення корекції: постановки фонем, автоматизації, диференціації та введення їх в мовлення.*

ДИЗАРТРИЯ

Найбільш традиційною в логопедії є клінічна класифікація форм дизартрій, в основі якої лежить виділення уражень мозку різної локалізації. Вона створювалась поступово, починаючи з 1911 року, коли Gutschmann запропонував виділити дві її форми: центральну і периферичну. У подальшому відбулось багато змін у цій класифікації завдяки дослідженням, проведеним М.С. Маргулісом, О.В. Правдіною, О.М. Винарською, К.А. Семеновою, Є.М. Мاستюковою та іншими. На сучасному етапі в залежності від місця локалізації ураження в корі головного мозку виділяють наступні форми дизартрії: бульбарну, псевдобульбарну, екстрапірамідну (або підкіркову), мозочкову, кіркову. Окремо розглядають і стерту форму дизартрії, яку вважають наслідком псевдобульбарного парезу.

Бульбарна дизартрія вважається наслідком ураження пар черепно-мозкових нервів чи відповідних ядер, в яких вони беруть початок. Відомо, що функцію мовлення забезпечують в основному чотири пари черепно-мозкових нервів та ядер – лицьовий нерв (рис. 24), трійчастий (рис. 23), під'язиковий (рис. 27) та язико-глотковий (рис. 22) а, також процес дихання і голосоутворення забезпечується додатковим (рис. 25) та блукаючим (рис. 22, 25, 26) нервами. Наслідком їхнього ураження може бути односторонній чи двосторонній парез або параліч м'якого типу. Інколи на фоні м'якого парезу у м'язах можуть спостерігатися фібрилярні чи фасцикулярні гіперкінези, поява яких пояснюється патологічним процесом подразнення нейронів, які ще не встигли загинути.

Псевдобульбарна дизартрія виникає внаслідок ураження великих нервових моторних клітин Беца, які розташовані у п'ятому шарі кори головного мозку у передній центральній звивині, задніх відділах верхньої і середньої лобної звивини і в парацентральної дольці. Цю частину мозку відносять до пірамідного шляху (рис. 28, 29, 30) через який моторного типу інформація проходить від центру до периферії. Досліджено, що розташування рухових центрів у передній центральній звивині є нерівномірним: рухові центри м'язів нижніх кінцівок знаходяться в верхніх відділах передньої центральної звивини, рухові центри м'язів верхніх кінцівок розташовані в середній частині центральної звивини, а рухові центри м'язів обличчя, шиї, глотки, язика, гортані знаходяться у нижній частині передньої центральної звивини. Таким чином, можна вважати, що псевдобульбарна дизартрія є наслідком ураження, що виникає в області нижньої частини передньої центральної звивини кори головного мозку. Наслідком такого ураження є парези змішаного типу, найчастіше спастико-паретичний. Також, вважається, що стерта форма дизартрії є наслідком мінімального локального ураження нервових клітин пірамідного шляху, в результаті якого у дітей виникає локальний вибірково-паретичного типу конкретної групи м'язів, які забезпечують виконання рухів органами артикуляції людиною.

Екстрапірамідна (підкіркова) дизартрія є наслідком ураження частини екстрапірамідної системи (рис. 30, 31, 32), а саме, стріопалідарного її відділу. В цілому,

екстрапірамідна система включає в себе структури кори великих півкуль, підкіркові ганглії, мозочок, ретикулярну формацію, низхідні і висхідні шляхи. Стріопаллідарна система розділяється за своїми функціональними і морфологічними особливостями на стріатум і паллідум. В склад стріарної системи входить хвостате ядро і шкаралупа, а паллідарна система включає біду кулю, чорну речовину, червоне ядро, субталамічне ядро. Стріарна система включає в себе багато дрібних і великих нервових клітин і мало волокон, а паллідарна система - навпаки – мало великих нервових клітин і багато волокон. Стріопаллідарна система забезпечує узгоджені рухи усіх частин тіла. Її функціонуванням забезпечується руховий автоматизм, а саме, відбувається удосконалення рухів через формування їх економності, яка переходить в автоматичність. При ураженні стріопаллідарної системи переважно виникають порушення спастико-ригідного, спастико-гіперкінетичного та спастико-атактичного типів.

Мозочкова дизартрія – виникає внаслідок ураження провідної системи мозочка (рис. 33), яка забезпечує його взаємозв'язок як з відділами кори головного мозку, так і з підкірковими утвореннями (ретикулярною формацією, стріопаллідарною системою, вестибулярним апаратом), через які інформація передається до м'язів організму людини. Найважливішою функцією мозочка є забезпечення виконання точних і цілеспрямованих рухів. Спочатку наші рухи носять орієнтовний характер (ми, наприклад, однаково виконуємо рух рукою вверх і для того, щоб дістати яблуко на гілці, і щоб повісити щось на шнурок), але на певному етапі, завдяки точній та узгодженій роботі м'язів-антагоністів, наші рухи стають спрямованими на досягнення конкретної мети. В цілому, мозочок і його провідна система контролюють рівновагу м'язів тіла, стабілізують центр тяжіння, регулюють узгоджену діяльність м'язів-антагоністів, які забезпечують згинання та розгинання, забезпечують координацію тіла у просторі тощо. При ураженні мозочка переважно виникають порушення атактико-гіперкінетичного типу.

Кіркова форма дизартрії – виникає при ураженні первинних зон кори головного мозку, які забезпечують у людини елементарні відчуття, а також реалізацію моторних програм. Наслідком ураження первинних кіркових зон є наявність у дитини симптоматики змішаного типу, яка переважно включає три групи симптомів: вибіркового парезу спастичного типу, порушення кінестетичного та кінетичного праксису.

Таким чином, можна вважати, що є окремі труднощі при діагностиці та розмежуванні форм дизартрії. Симптоми, що їх характеризують, можуть бути подібні за своїми проявами. При одній і тій же формі дизартрії може спостерігатися декілька синдромів. Є окремі труднощі і при диференціації кіркової форми дизартрії, яку сплутують з таким порушенням мовлення, як моторна алалія, та стертою формою дизартрії. В свою чергу, стерту форму дизартрії недостатньо розмежують з дислалією тощо.

У зв'язку з цим, поруч з запропонованим поділом було сформовано і класифікацію дизартрій на основі синдромологічного підходу. Спочатку вона була представлена Є.С. Алмазовою в 1973 році як така, що запропонована та апробована в Московській обласній лікарні для дітей з порушеннями мовленнєвого апарату. А пізніше (у 1979 році) ця ж класифікація була представлена та охарактеризована І.І. Панченком. В її основу покладено принцип системного підходу до аналізу особливостей діяльності центральної нервової системи. Було взято до уваги, що кора головного мозку функціонує в нерозривному зв'язку з екстра пірамідною та пірамідною системами, ретикулярною формацією і мозочком. У ній також враховано те, що існують функціональні залежності між різними рівнями пірамідної та екстрапірамідної систем. Опіраючись на вище сказане, *на основі синдромологічного підходу було виділено змішані форми дизартрії. Зокрема, запропоновано поділ дизартрії на п'ять форм: спастико-паретичну, спастико-ригідну, спастико-гіперкінетичну, спастико-атактичну, атактико-гіперкінетичну.*

При спастико-паретичній формі грубо знижена сила, амплітуда довільних артикуляційних рухів. При цьому значне напруження в області дихального, голосового та частково артикуляційного апарату у цих дітей поєднується з в'ялістю рухів, здійснених іншими частинами периферійних органів мовлення. У цих дітей також спостерігається дискоординація в роботі м'язів органів артикуляції, фонації та дихання.

При спастико-ригідній формі дизартрії спостерігаються грубі зміни м'язового тону, які виникають на фоні спастичного парезу. При спробах довільного мовлення різко наростає тонус м'язів органів артикуляції, фонації та дихання.

При спастико-гіперкінетичній формі дизартрії спастичний парез поєднується з атетоїдними та хореїчними гіперкінезами. Рухи органів артикуляції у дітей при цьому хаотичні, неритмічні. В процесі довільного мовлення посилюються гіперкінези, у зв'язку з цим голос у дітей затихає, а мовлення погіршується, стає нечітким, малорозбірливим.

При спастико-атактичній та атактико-гіперкінетичній формах дизартрії артикуляційні рухи втрачають свою точність, координованість. На фоні гіпотонії м'язів може відбуватися підвищення їх тону. Мовлення у цих дітей скандоване, дещо сповільнене. Голос монотонний, немодульований, хриплий, часто переривається, сила його в процесі мовлення зменшується. Проте при немовленнєвій фонації голос сильний і дзвінкий.

З урахуванням місця локалізації ураження та симптоматики, зумовленої цим ураженнями, G.R. Duffy (завідувачем відділу патології мовлення неврологічної клініки Мейо у м. Рочестер) було запропоновано виділити 6 основних форм дизартрії: мляву, спастичну, атактичну, гіпокінетичну, гіперкінетичну, а також змішані та неуточнені форми.

Основною ознакою кожної з описаних форм дизартрії вважають вади вимови фонем. В залежності від типу порушення вимови фонем, їхні недоліки цьому порушенню мовлення поділяють на: 1) антропофонічні (спотворена вимова фонем) 2) фонологічні (відсутність, заміна, сплутування одних фонем з іншими).

Підсумувавши вище сказане, можна зробити висновок, що для усіх форм дизартрії провідною причиною, що обумовлює специфіку вимови фонем, є порушення тону м'язів. Характер цього недоліку залежить від локалізації ураження в мозку. В цілому, виділяють такі основні форми порушення тону м'язів мовленнєвого апарату при дизартрії: спастичність, гіпотонію, дистонію, дискоординацію, порушення реципрокної іннервації, диспраксію (недостатність артикуляційного праксису).

При спастичності у м'язах мовленнєвого апарату спостерігається напруження, яке особливо проявляється в процесі виконання довільних рухів. Порушення може бути повним і розповсюджуватися на м'язи органів дихання, фонації, ший, губ, лиця, язика, та більш локальним і охоплювати лише окремі м'язи язика тощо. Характерною при цьому є пом'якшена вимова фонем. Спостерігаються труднощі при виконанні довільних рухів органами артикуляції, що призводить до нечіткості вимови фонем, недостатності їх диференціації.

При гіпотонії спостерігається млявість тону м'язів органів мовлення. Язик у дітей з цим типом порушення тонкий розпластаний, губи мляві розімкнені, м'яке піднебіння опущене, пасивне і слабе, а також спостерігається гіперсаливація. У дітей спостерігається гнусавий відтінок мовлення, струмінь видихуваного повітря через рот надзвичайно слабкий. У них також порушується вимова усіх зімкнених та зімкнено-прохідних фонем (-п-, -п'-, -б-, -б'-, -т-, -т'-, -д-, -д'-, -ч-, -дж-, -ц-, -дз-). Виникають і труднощі при палаталізації усіх фонем мовлення. Спостерігається відсутність чи спотворена вимова найскладніших фонем мовлення (-с-, -с'-, -з-, -з'-, -ш-, -ж-, -р-, -л-). Особливо характерними для цих дітей є міжзубний та боковий сигматизми.

При дистонії у дітей спостерігається часта зміна тону м'язів: у стані спокою тонус м'язів слабкий, але при спробі говорити він зростає. Характерною особливістю вимови фонем

у цих дітей є їх непостійна і різна артикуляція: спотворена вимова фонем може замінятися їх замінами і пропусками, чи навпаки.

Обмеження рухливості органів мовлення при дизартрії можуть ускладнюватися насильницькими недовільними рухами чи синкінезіями. І хоча прямої залежності між вадами вимови фонем та цими рухами не було встановлено, проте такі симптоми важливо враховувати як при діагностиці порушення мовлення в цілому, так і в процесі корекції порушень звуків мовлення у дітей.

До насильницьких недовільних рухів відносять тіки, міоклонії, хорею, атетоз і тремор.

У медичній літературі з неврології міоклонії характеризують як різкі, найчастіше ритмічні клонічні посмикування м'язів чи груп м'язових волокон. Міоклонії можуть бути як загальними, так і локальними. Найчастіше вони локалізуються у нижніх кінцівках, тулубі і обличчі. Проте можуть спостерігатися міоклонії язика та м'якого піднебіння. Міоклонії зберігаються як у стані спокою, так і в процесі виконання рухів. Вони значно підсилюються при хвилюваннях. На відміну від клонічних посмикувань, міоклонії не зумовлюють виконання рухів тими чи іншими частинами тіла. Причиною міоклоній є токсикози, запальні, спадково-дегенеративні ураження екстрапірамідної системи з переважаючими ураженнями зубчатих ядер, нижніх олив, червоних ядер, чорної речовини, стріатума (рис. 31).

Тіки - це швидкі клонічні, як правило, стереотипні посмикування обмеженої групи м'язів, що імітують довільні рухи частин тіла людини, у зв'язку з чим виникає враження, що вона їх виконує навмисно. Найчастіше тіки локалізуються в м'язах обличчя і проявляються у вигляді швидкого наморщування лоба, підняття брів, моргання, висунання язика. Рідше спостерігаються тіки м'язів шиї, які зумовлюють повертання голови вбік, кивання вперед. Тіки можуть бути також загальними і охоплювати в тому числі і м'язи кінцівок, тулуба, дихальних м'язів. У цьому випадку у хворих спостерігається імпульсивне підскакування, присідання, гримаси на обличчі, вокальні феномени у вигляді похрюкування, викрикування. Причиною тіків є як функціональні, так і вроджені фактори.

Атетоз - повільні, хвилеподібні, вичурні рухи в кистях і стопах. Можуть спостерігатися в м'язах обличчя у вигляді вип'ячування губ, перекошування рота, гримас, цокання язиком. Причиною його виникнення є ураження великих клітин стріатума (це частина екстрапірамідної системи).

Хорея, на відміну від атетозу, характеризується швидкими, не ритмічними, не координованими посмикуваннями різних груп м'язів обличчя, тулуба, кінцівок. Може нагадувати довільні рухи, які проявляються у вигляді нахмурювання брів, лоба, висовування язика, хаотичних рухів кінцівок. Хореїчний гіперкінез виникає при ураженні неостріатума.

Тремор - стереотипний ритмічний гіперкінез, який проявляється у вигляді дрібного тремтіння і спостерігається у кистях рук, стопах, тулубі, голові. Амплітуда і частота тремтіння можуть бути різноманітними і залежать від механізму виникнення порушення. Причиною тремтіння може бути ураження червоного ядра, а також тремор спостерігається при паркінсонізмі.

Ряд науковців (Л.О. Бадалян, Є.М. Мاستюкова, О.В. Правдіна, К.А. Семьонова та інші) вказують на те, що у частини дітей з дизартрією ускладнення виникають через дискоординаційні розлади, характерними ознаками яких є порушення точності виконання рухів, що можуть проявлятися у вигляді гіперметрії чи гіпометрії. Виникають вони при ураженнях мозочка та мозочкового контролюючого кола. Характерними для цих дітей є і порушення реципрокної іннервації та пропріоцептивної аферентної імпульсації.

Науковці (Є.Ф. Соботович, В.В. Тарасун) вказують і на те, що поруч з руховими розладами, у значної частини дітей з дизартрією є недорозвиток фонематичних процесів, що ще більше утруднює процес корекції у них вад вимови фонем.

На сучасному етапі створені порівневі класифікації порушень фонетичного боку мовлення у дизартриків. Зокрема, G. Tardier розрізняє чотири ступені тяжкості мовленнєвих порушень і зрозумілості мовлення хворих з дизартрією і анартрією для оточуючих: 1) найлегший ступінь, при якому порушення вимови фонем виявляються лише спеціалістом у процесі обстеження мовлення дитини; 2) порушення вимови у цих дітей помітні кожному, але мовлення зрозуміле оточуючим; 3) мовлення зрозуміле лише близьким для дитини людям; 4) найважчий ступінь, при якому мовлення у дітей відсутнє або незрозуміле навіть близьким для дитини людям (анартрія).

М.А. Поваляєва пропонує виділити три ступеня тяжкості порушень мовлення при дизартрії, проте вони стосуються лише порушень, обумовлених спастичністю тону м'язів органів артикуляції. Вона вказує на наявність у дітей зі спастичним типом порушення моторики периферійних органів мовлення легкого, середнього та важкого ступеня вираженості фонетичного порушення.

При легкому ступені недорозвитку вимови фонем експресивне мовлення дітей добре зрозуміле оточуючим, але в його потоці відзначають нечіткість у вимові, легку змазаність вимови фонем у всіх фонетичних групах.

Середня ступінь характеризується наявністю в експресивному мовленні спотвореної вимови 1/3 усіх фонем, їх назалізації, змазаної вимови. Мовлення у цих дітей недостатньо зрозуміле для оточуючих. Фраз немає.

При важкому ступені вираженості вади експресивне мовлення дітей складається з окремих слів. Вимова більшості фонем спотворена настільки, що мовлення в цілому є незрозумілим для оточуючих.

Підсумовуючи вищесказане, слід вказати на те, що у переважній більшості випадків в основі порушень вимови звуків у дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією лежать рухові розлади, причинами яких може бути як функціональна слабкість в області артикуляційного апарату (що спостерігається в окремих випадках при дислалії та ринолалії), так і порушення будови (при дислалії, ринолалії) чи іннервації мовленнєвого апарату (при дизартрії). У значній частині цих дітей порушення вимови ускладнені ще й недорозвитком фонематичних процесів. І лише у дітей зі складною дислалією порушення фонематичних процесів виступає провідною причиною, що обумовлює у них вади вимови фонем. Даних про дітей з комбінованими дефектами, у яких спостерігаються порушення психічних процесів та функцій як сенсо-моторного, так і гностико-практичного рівня, що обумовлює найскладніші порушення фонетичного боку мовлення, у наукових джерелах недостатньо.

Рівень недорозвитку рухової активності периферійних органів мовлення у дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією може бути різним і залежить він як від місця локалізації ураження центральної чи периферійної ланки мовленнєвого апарату, так і від його складності. Ступінь порушення рухової активності периферійних органів мовлення та контролю за їхньою діяльністю у переважній більшості випадків визначає у дітей складність дефекту вимовної сторони мовлення. Чим глибшими, різноманітнішими є порушення артикуляційного праксису і мовленнєвого дихання, тим більша кількість і відмінність прояву порушень вимови фонем спостерігається у дітей і тим тривалішою буде робота по їх постановці. Порушення фонематичних процесів у дітей не стільки визначають динаміку і тривалість постановки у них звуків, скільки специфіку автоматизації їх і введення у зв'язне мовлення.

У цілому, ступінь недорозвитку фонетичного боку мовлення у дітей, артикуляційної моторики і дихання нами представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Рівень недорозвитку моторики периферійних органів мовлення і звуковимови у дітей з дислалією, ринолалією і дизартрією.

Порушення мовлення	Рівень розвитку (недорозвитку) моторики периферійних органів мовлення і фонетичного боку мовлення	Симптоматика, що характеризує рівень розвитку (недорозвитку) моторики периферійних органів мовлення у дітей	Симптоматика, що характеризує рівень розвитку (недорозвитку) фонологічного складу мовлення
дислалія	нормальний	Дитина легко і правильно, у достатньо швидкому темпі виконує артикуляційні вправи; правильно тривало втримує артикуляційні позиції; точно, сильно і тривало видихає струмінь повітря через рот чи ніс, правильно спрямовуючи його у визначеній площині.	Ізольована вимова фонем правильна або спостерігається мономорфне порушення вимови окремих, найтяжчих за артикуляцією груп фонем (-р-, -л-) – спотворена їх вимова. Якщо при достатньому рівні сформованості моторики органів артикуляції спостерігаються заміни чи взаємозаміни між звуками: за глухістю-дзвінкістю, м'якістю-твердістю, подібні за звучанням голосні між собою, протилежні за артикуляцією, - це вказує на те, що провідною причиною порушення у дітей вимови фонем є недорозвиток у них фонематичних процесів.
дислалія, ринолалія, стерта форма	легкий	У дітей спостерігаються незначні труднощі при втримуванні окремих, найтяжчих артикуляційних позицій язиком, і при виконанні найтяжчих динамічних вправ для обстеження дрібної моторики язика. Струмінь видихуваного повітря сильний і тривалий, проте не завжди достатньо диференційований.	У мовленні спостерігаються переважно мономорфні, рідше поліморфні порушення вимови найтяжчих за артикуляцією фонем (-ш-, -ж-, -ч-, -дж-, -с-, -з-, -ц-, -дз-, -л-, -р-). Можливі випадки, коли при вмінні правильно вимовляти ізольовані фонематичні одиниці спостерігається їх опускання у словах, спрощення вимови складних за артикуляційними ознаками слів, перекручування слів. Інколи можлива незначна гнусава вимова фонем. Можливі також заміни між найскладнішими за артикуляцією фонемами (подібними за звучанням, але протилежними за місцем чи способом утворення), що вказує на наявність у дітей не тільки порушень моторного характеру, але й вторинного недорозвитку у них фонематичних процесів.
дислалія, ринолалія, дизартрія	помірний	У дітей спостерігаються труднощі при виконанні усіх артикуляційних вправ: неточність рухів, повільний темп їх виконання, нетривале втримування легших артикуляційних позицій і неправильне відтворення важчих артикуляційних позицій. Мовленнєвий вдих недостатньо глибокий. Струмінь видихуваного повітря недостатньо сильний, тривалий, інколи – недиференційований.	У мовленні спостерігаються поліморфні порушення вимови фонем (-ш-, -ж-, -ч-, -дж-, -с-, -з-, -ц-, -дз-, -л-, -р-, -й-, -к-, -г-, -х) – спотворена їх вимова чи відсутність. Можлива пом'якшена вимова простіших за артикуляцією фонем (-т-, -д-). Спостерігається нечітка і часто гнусава вимова усіх фонем. Виявляються недорозвиненими фонематичні процеси.

ринолалія, дизартрія	значний	У дітей спостерігаються значні неточності і повільний темп виконання рухів усіма органами артикуляції. При дизартрії, найскладніші рухи (особливо язиком) діти можуть виконувати лише на недовільному рівні. Мовленнєвий вдих неглибокий, видих – слабкий, нетривалий і недиференційований.	У мовленні відсутня частина найскладніших за артикуляцією фонем (-ш-, -ж-, -ч-, -дж-, -р-, -л-). Інші приголосні фонemi (-п-, -б-, -м-, -т-, -д-, -н-, -в-, -ф-, -г-, -х-, -к-) і голосні можуть вимовлятися спотворено чи пом'якшено. Спостерігається нечітка і часто гнусава вимова фонем. Виявляються недорозвиненими фонематичні процеси.
дизартрія	виражений	Діти виконують складні і простіші рухи органами артикуляції переважно на недовільному рівні. Мовленнєвий вдих неглибокий, видих – слабкий, нетривалий і недиференційований.	У мовленні відсутні більшість фонем. Самостійно формуються лише найпростіші – голосні (-а-, -о-, -у-, -е-, -і-), і окремі приголосні (-п-, -б-, -м-, -т-, -д-, -н-, -в-, -ф-). Спостерігається нечітка, пом'якшена і часто гнусава вимова цих фонем. Характеризуються недорозвиненням і фонематичні процеси.
анартрія	глибокий	Діти виконують лише прості рухи органами артикуляції на недовільному рівні. Дихання слабе, неглибоке. Мовленнєвий видих несформований.	Звуковимова відсутня. Збережені лише окремі голосові реакції.

Таким чином, результати аналізу наукової літератури (Є.Н. Вінарская, С.С. Ляпідєвський, О.В. Правдіна, І.І. Єрмакова, Г.В. Чіркїна, М.Ю. Хватцев та інші) з логопедії показують, що є три групи дітей, у яких найбільш виражено порушенням є фонетичний бік мовлення - це діти з дислалією, ринолалією і дизартрією. Визначено, що порушення у цих дітей вимови фонем зумовлені різними причинами: функціональною слабкістю, яка виникає в нервово-м'язовому комплексі периферичного відділу мовленнєвого апарату (при дислалії, ринолалії), порушеннями будови периферичних органів артикуляції (при дислалії, ринолалії), вадами рухів периферійного мовленнєвого апарату, викликаними патологіями центрального або периферійного відділів нервової системи. На сучасному етапі з набуттям впливу на розвиток логопедії таких наук, як нейропсихологія та психолінгвістика (завдяки працям таких науковців, як Б.М. Гріншпун, Г.А. Іпполітова, Є.М. Мастюкова, М.А. Савченко, Є.Ф. Соботович, В.В. Тарасун, та інших) були сформовані і нові підходи до аналізування як структури порушення мовлення при дислалії, ринолалії та дизартрії, так і причин його виникнення та механізмів його протікання, в результаті чого причинами виникнення порушень вимови фонем та слів було визначено комплекс психічних процесів, до яких віднесено фонематичні процеси (сприймання, диференціації, уявлення), кінестетичні процеси (відчуття, сприймання, праксис), кінетичний праксис. Обумовлені ці порушення нейрофізіологічними змінами діяльності в області лобної, скроневої та тім'яної доль кори головного мозку.

Список використаних джерел:

1. Алмазова О.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. Учеб. пособ. для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. - М.: Просвещение, 1973. – 150 с.

2. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период: Кн. Для логопеда. – М.: Просвещение, 1989. – 79 с.
3. Логопедия: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Дефектология" / Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова и др.; Под ред. Л.С. Волковой. - М.: Просвещение, 1989. – 528 с.
4. Логопедія. Підручник, друге видання, перероблене та доповнене. За ред. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.
5. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. - 2 -ге вид., доп. - К.: Освіта, 1992. – 176 с.
6. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с.
7. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Ростов-на-Дону: "Феникс", 2001. – 448с.
8. Тарасун В.В. Логодидактика. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2004. – 348 с.
9. Филичева Т.Б., Чевелёва Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. - М.: Просвещение, 1989. – 222 с.
10. Хватцев М.Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. – 2-е изд. Испр. и доп. – М.: Гос. Уч.-пед. Изд. Министерства просвещения РСФСР, 1961. – 204 с.
11. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. I / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр. ВЛАДОС, 1997. – 560 с.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИКА ВИВЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ФОНЕТИЧНОГО БОКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ТА ПРИЧИН, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ ЦЕ ПОРУШЕННЯ

2.1. ДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИМОВИ ФОНЕМ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

Проблема організації і проведення обстеження особливостей вимови фонем у дітей в науковій та методичній літературі (Г.Й. Блінова, Малярчук, М.А. Савченко, Г.В. Чірка, М.Ю. Хватцев та інші) розкрита досить широко. Ми, підсумувавши уже напрацьований досвід, вирішили систематизувати самі підходи до обстеження, процесу організації та його проведення, а також проаналізувати специфіку вимови фонем, слів, речень дітьми та дорослими. Ми вважаємо, що нові перспективи щодо розв'язання проблеми організації і проведення логопедичної роботи по постановці фонем у дітей відкриваються у зв'язку з формуванням вміння визначати місце недоліку вимови, в усій системі виявлених порушень, оскільки ця вада виступає лише однією з ланок причиново-наслідкового ланцюжка, а також вміння через аналіз наслідків (наслідками ми вважаємо специфіку вимови тих чи інших звуків мовлення) визначати можливі причини їх виникнення.

Обстеження фонетичної системи мовлення у дітей рекомендовано поділити на два етапи: підготовчий і основний. Підготовчий етап включає загальну бесіду, у процесі якої не лише встановлюємо контакт з дитиною, але й визначаємо її готовність до співпраці з логопедом, до виконання завдань за інструкцією та за наслідуванням, визначаємо можливий обсяг порушених у неї у вимові фонем. Такий підхід дозволить організувати процес дослідження дитини максимально економно. Науково-практичні дослідження багатьох науковців (А.І. Богомолової, Л.Н. Єфіменкової, М.А. Савченко, М.Ю. Хватцева та інших), а також наш багаторічний досвід роботи з дітьми показує, що важливим при обстеженні дитини є не стільки кількість вибраних методик, скільки сформоване у дослідника вміння аналізувати особливості виконання дітьми запропонованих їм завдань. Такий досвід формується у фахівця-логопеда при спрямованості його уваги на специфіку вимови різними дітьми одних і тих самих фонем ізольовано і у поєднанні з іншими фонемами, при повторенні за дослідником стимульного матеріалу та при самостійній вимові слів, речень тощо. При безпосередньому обстеженні вимовного боку мовлення, дітей не слід перевантажувати завданнями, оскільки при тривалій монотонній роботі інтерес у них падає. Натомість, коли від початку за результатами спостереження за мовленням дитини визначити можливе коло порушень, то можна обмежитись в процесі обстеження лише дослідженням цієї специфіки.

Основний етап дослідження вимови фонем включає обстеження: ізольованої вимови фонем при повторному мовленні; вимови фонем у різних позиціях у словах при повторному мовленні і в процесі самостійної вимови. Традиційно, для обстеження вимови фонем у словах у повторному мовленні логопед використовує спеціально підібрані серії слів, де фонема стоїть на початку, в середині, в кінці слова у різноманітних поєднаннях з іншими фонемами: у прямих відкритих складах з різними голосними та при збігах приголосних. Для обстеження вимови фонем у самостійному мовленні використовують серії предметних малюнків та сюжетні малюнки, де є предмети, що позначають слова, які, як і у попередньому випадку, включають досліджувані фонем, що стоять на початку, в середині, в кінці слова у різноманітних поєднаннях (у прямих відкритих складах з різними голосними та при збігах приголосних).

Для фіксації результатів дослідження вимови фонем у дітей ми пропонуємо використати спеціально розроблену картку, зразок якої наводимо у додатку 1.

Тим, хто напрацьовує навичку практичного аналізу результатів виявлених порушень, ми рекомендуємо використати схему аналізу особливостей вимови дитини, у якій пропонуємо орієнтовні запитання, які повинен перед собою навчитися ставити логопед і на які він повинен навчитися давати відповіді (див. табл. 2).

Таблиця 2

СХЕМА АНАЛІЗУ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИМОВИ У ДІТЕЙ ФОНЕМ

НАПРЯМКИ АНАЛІЗУ ЯКОСТІ ВИКОНАННЯ ЗАВДАННЯ	СПЕЦИФІКА ВИМОВНОГО БОКУ МОВЛЕННЯ ДИТИНИ
Відсутні у вимові фонем	Записати відсутні фонем
Спотворена вимова фонем	Записати спотворені фонем і характер спотворення
Заміна одних фонем мовлення іншими	Записати фонем, які замінюються в мовленні
Взаємозаміни фонем	Записати фонем, які взаємозамінюються в мовленні
Порушена функція мовлення (ізолювана, відображена чи самостійна вимова фонем, труднощі при вимові фонем у збігах приголосних)	Записати, у яких випадках порушені у вимові фонем вимовляються правильно, а коли залишається ще їх неправильна вимова
Мономорфне порушення вимови фонем	Записати порушені у вимові фонем
Поліморфне порушення вимови фонем	Записати порушені у вимові фонем
Пропуски фонем при збігах приголосних (помилки при переключенні з вимови однієї фонем на іншу, складну за артикуляцією, просту за артикуляцією)	Записати порушені варіанти збігів приголосних
Тип порушення вимови фонем (артикуляторно-фонетичний, артикуляторно-фонематичний, акустико-фонематичний)	
МОЖЛИВІ ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ ВИМОВИ ФОНЕМ (ПРОГНОСТИЧНЕ ПРИПУЩЕННЯ)	
Соціально-психологічні умови виховання дитини	
Порушення будови органів артикуляції	
Порушення діяльності голосових зв'язок	
Порушення артикуляційної моторики	
Порушення дихання	
Порушення фонематичного слуху	
Порушення кінестетичних процесів	
Порушення кінетичного праксису	
Інші причини	

Загальний висновок

Для полегшення напрацювання досвіду аналізу порушень фонемного оформлення мовлення ми також пропонуємо результати проведеного нами науково-теоретичного (А.І. Богомолова, Л.Н. Єфіменкова, М.А. Савченко, М.Ю. Хватцев та інші) і практичного дослідження, завдяки якому було визначено певні закономірності формування порушень вимови фонем і на цій підставі конкретизовано імовірні причини їх виникнення (див. табл. 3, 4, 5). Нами описано більшість варіантів порушень вимови фонем, проте не всі. У процесі роботи над характеристикою специфіки вимови фонем та імовірних причин ми звернули увагу на дві закономірності, які прослідковуються: одне і те саме порушення може бути викликане різними причинами і, навпаки, одна і та сама причина може викликати різні порушення вимови фонем. З огляду на це не рекомендуємо при користуванні таблицями робити остаточні, стовідсоткові висновки, а причини рекомендуємо досліджувати додатково. Виникає питання, для чого ж напрацьовувати такий досвід аналізу особливостей вимови фонем? Такий підхід, з одного боку, дозволяє значно зменшити час, відведений для обстеження, звужуючи коло пошуку до імовірних причин, з іншого боку, при цьому ми не залишаємо поза увагою те, що кожна дитина має свої тільки їй притаманні особливості.

Таблиця 3

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ ПОРУШЕННЯ ВИМОВИ ПРИГОЛОСНИХ ФОНЕМ У ДІТЕЙ

Звук	Специфіка порушення вимови фонем	Імовірні причини, що обумовили порушення
Р	Р одноударне. Фонема утворюється завдяки легкому ковзанню кінчика язика в області передньої частини твердого піднебіння. Такий звук є фонетично близьким до норми, а тому після його появи дитина самостійно не старається удосконалити його вимову і до певного віку самостійно не помічає, що вона неправильно вимовляє.	Р одноударне утворюється в переважній більшості при наявності у дитини маленького та короткого язика, через що виникають труднощі з втриманням його широким біля альвеол, що за верхніми зубами. Причиною такої вимови може бути і слабкий тонус м'язів кінчика язика, і коротка під'язикова вуздечка. У переважній більшості випадків така вимова спостерігається у дітей з фонетичним недорозвитком мовлення. У окремих дітей, навіть при наявності у них лише фонетичного дефекту, можуть виникати певні труднощі при введенні уже поставленої фонем у зв'язне мовлення, оскільки правильна і неправильна вимова цих звуків мовлення подібна між собою.
	Р гаркаве, увелярне. Фонема утворюється завдяки вібрації язичка, яким закінчується м'яке піднебіння. Язик в процесі вимови фонем є пасивним і вільно лежить у ротовій порожнині або утворює позицію наступного звука.	Гаркава вимова фонем формується у переважній більшості у дітей у яких, в силу наявності різних причин, порушується активність м'якого піднебіння і язичка. Зокрема, які в найбільш сензитивний період для утворення звука (3 - 4 роки) мали часті гострі респіраторні захворювання, дитячі вірусні інфекції. У багатьох дітей цієї групи паралельно можна виявити аденоїдне розростання, можливі поліпи в області носової порожнини. Перепона у носовій порожнині, обумовлена набряками, аденоїдними розростаннями, поліпами, сприяє зменшенню активності язичка, як наслідок, він стає слабким, довгастим за формою чи асиметричним. У процесі мовлення струмінь повітря призводить до його вібрації. Також, зустрічаються

	<p>випадки наявності Р гаркавого у дітей з дизартрією при наявності у них змішаного парезу м'язів язика: при підвищеному тонусі кореня язика і слабкому тонусі кінчика язика. У цьому випадку теж порушується активність м'якого піднебіння і язичка, оскільки для того, щоб достатньо високо піднявся язичок, корінь язика має бути достатньо низько опущений у ротовій порожнині, а у цих дітей він високо піднятий. Р у величній фонетично подібне до Р правильного і якщо дитина самостійно сформувала вимову таким чином, то інший варіант, правильний, вона уже не формує.</p>
<p>Р відсутнє. В процесі вимови слів фонема пропускається.</p>	<p>Відсутність Р у мовленні може бути притаманна дітям, які недостатньо сконцентровані на власному мовленні і довший час не мають потреби у формуванні нової складної фонемі. В середньому, в нормі у дітей формується Р до чотирьох років, а у таких дітей, за умови стимуляції мовлення з допомогою незначних підказок у вигляді демонстрації правильної артикуляції його вимови, - в п'ять, а то і у шість років.</p> <p>Причиною відсутності вимови фонемі може бути також коротка під'язикова вуздечка, низький тонус м'язів язика, при якому є труднощі з підніманням язика вгору. За умови наявності органічних причин тривалішою може бути постановка звука. Переважно у цих випадках спостерігається поліморфне порушення вимови фонем.</p> <p>Після постановки труднощів при автоматизації і введенні у зв'язне мовлення фонемі переважно немає.</p>
<p>Р заміняється в мовленні на Г.</p>	<p>Заміна фонемі Р на Г зустрічається при підвищеному тонусі кореня язика. Також у нашій практиці спостерігалася така вимова при наявності маленького язика і низького плаского піднебіння або при наявності диспропорції – високого готичного піднебіння та короткого язика (така диспропорція між цими органами артикуляції може сформуватися через наявність короткої під'язикової вуздечки, навіть тоді, коли її підрізають у дітей в ранньому віці).</p>
<p>Р – заміняється в мовленні на Л.</p>	<p>Звуки Р і Л вважаються фонетично і акустично близькими, а тому часто сплутуються дітьми в ранньому віці (до чотирьох років) тоді, коли ще у них недостатньо сформованими є фонематичні диференціації та уявлення про артикуляцію кожної фонемі, що не вважається відхиленням від норми. У переважній більшості стійкі заміни Р на Л у віці після чотирьох років свідчать про недорозвиток у дітей фонематичних процесів. Необхідно також зауважити, що така заміна рідко, але зустрічається у дітей з порушеною будовою та рухливістю органів артикуляції. Р, при наявності</p>

		заміни на Л , швидко ставиться, але є необхідність триваліше зупинитися на етапі диференціації і введенні фонему в мовлення.
	Р замінюється в мовленні на Й .	Фонему Р , Р' і Й вважаються фонетично і акустично близькими, а тому можуть замінюватися чи сплутуватися між собою дітьми до чотирьох років. У переважній більшості стійкі заміни Р на Й спостерігаються у дітей з не лише недостатньо сформованими фонематичними процесами, але й з порушеннями артикуляційної моторики, а саме, найчастіше при підвищеному тонусі спинки язика і м'якому кінчику язика. При наявності у дитини такої неправильної форми вимови, фонема потребує тривалої постановки, автоматизації і диференціації.
	Заміна Р в мовленні на W . Вимовляється фонема як У нескладотворче, або ще можна сказати як В губно-губне.	Заміна Р в мовленні на W може бути притаманна дітям, які недостатньо сконцентровані на власному мовленні і довший час не мають потреби у формуванні нової складної фонему. У таких дітей, за умови стимуляції мовлення з допомогою незначних підказок у вигляді демонстрації правильної артикуляції вимови, Р формується до п'яти, а то і до шести років. У випадках, коли дитина вперта, не йде на контакт і не хоче слухати підказок з боку дорослих, рекомендовано роботу з нею у групі з іншими дітьми, у яких подібне порушення, або корекцію вимови фонему уже в молодшій школі.
	Р замінюється в мовленні на бокове. Вимовляється така фонема при вібрації одного боку язика. Також при вимові фонему дитина відтягує один (правий чи лівий в залежності від того який край язика вібрує) кутик губи.	Причиною такої неправильної вимови фонему переважно є органічні порушення будови чи рухливості язика. А саме, такі випадки зустрічаються при наявності у дитини не підрізаної короткої під'язикової вуздечки, при односторонніх м'яких парезах язика.
	Взаємозаміна Р , Р' - Л , Л , Й в мовленні.	Такі випадки характерні для дітей з недостатньо сформованими фонематичними процесами (сприйманням, диференціаціями, уявленням). Така неакуратна вимова слів свідчить про недостатню уважність до звукового складу слів, як наслідок, у таких дітей спостерігається неточність сприймання слів і, відповідно, запам'ятовування їх іде лише після правильного кількарязового голосного промовляння. Без промовляння у дітей формуються побічні асоціації, заміни даних для запам'ятовування слів іншими, близькими за звуковим складом чи тими, які зустрічаються в межах конкретної ситуації і уже відомі дітям.
Л	Заміна в мовленні Л на W . Вимовляється фонема як У	Такий варіант вимови фонему особливо розповсюджений у західному регіоні країни, хоча

<p>нескладотворче, або ще можна сказати як В губно-губне.</p>	<p>зустрічається і в центральній Україні і на сході. Традиційно вважається, що така вимова фонем Л викликана впливом польської мови на розвиток української мови в окремих регіонах країни. Таке твердження, на нашу думку, суперечливе, оскільки артикуляція цієї фонем в польській мові аналогічна нашій, хоча його вимова слабша. Фонем Л і W акустично близькі, хоча W можна вважати варіантом спотвореної вимови, оскільки для української мови така вимова нехарактерна. Однією з основних причин заміни в мовленні Л на W можна вважати недостатню уважність дітей до власної вимови. Часто такий варіант заміни звука Л формується за наслідуванням при наявності такої вимови у людей, близьких до дитини. Інколи така заміна формується у дітей зі слабким тонутом кінчика язика. Практичний досвід показує, що при такій неправильній вимові постановка фонем здійснюється легко, а введення в мовлення тяжко навіть при наявності достатньо розвинених фонематичних процесів. Особливої уваги потребує робота по диференціації правильної та неправильної вимови фонем Л.</p>
<p>Заміна в мовленні Л на ЛГ.</p>	<p>Заміна в мовленні Л на ЛГ теж може бути ознакою проживання у певних регіонів України. Зокрема, вона зустрічається в окремих районах центральної частини нашої держави: на Київщині, Полтавщині, Черкащині. Безумовно, у дітей які проживають в оточенні дорослих з такою вимовою, можна вважати її причиною наслідування. Проте пом'якшену вимову звука Л не можна вважати нормою. В інших випадках стійка заміна звука Л на ЛГ в мовленні найчастіше свідчить про наявність органічних причин, що обумовили таку вимову. Наприклад, така вимова зустрічається при дизартрії, коли тонутом кінчик язика слабкий, а корінь язика підвищено напружений, або є ознакою загальної слабкості тонутому м'язів язика. Оскільки Л і ЛГ акустично близькі, часто наявність такої заміни в мовленні є свідченням недорозвитку у дитини і фонематичних процесів.</p>
<p>Заміна в мовленні Л на Й.</p>	<p>Заміна Л на Й характерна маленьким дітям до трьох років і є свідченням недосконалої розвитку артикуляційної моторики. В пізнішому віці така заміна найчастіше зберігається у дітей з органічним порушенням тонутому м'язів язика, а саме можлива при підвищеній спастичності м'язів усього язика чи при підвищеному тонутому м'язів кореня язика і слабкості кінчика язика. Оскільки Л і Й акустично близькі, часто наявність такої заміни в мовленні є свідченням наявності у дитини супровідного недорозвитку</p>

		фонематичних процесів.
	Відсутність в мовленні фонему Л.	Відсутність в мовленні фонему Л найчастіше притаманна дітям, у яких є труднощі з втриманням язика за верхніми зубами. Причини можуть бути різними: коротка під'язикова вуздечка, млявий чи спастичний парез м'язів язика. Є випадки, коли звук Л не формується у дітей через недостатню уважність до власного мовлення.
Й	Відсутність в мовленні фонему Й.	Відсутність в мовленні фонему Й характерна дітям з млявим тонусом м'язів язика і з труднощами втримання спинки язика в верхній позиції.
	Заміна фонему Й на Л.	Заміна в мовленні фонему Й на Л переважно вказує на порушення у дитини фонематичного слуху (Й і Л - акустично близькі звуки). Тому після постановки фонему обо'язково зосереджувати увагу на проведенні роботи по диференціації її з іншими подібними за звучанням. Також у таких дітей часто бувають труднощі з усвідомленням звукового складу букв Я, Ю, Є, Ї, їхньої ролі у пом'якшенні приголосних, розмежування випадків, коли ці букви пом'якшують попередню приголосну фонему і тих, коли вони не пом'якшують її. Розв'язання цієї проблеми теж потребує особливої уваги з боку логопеда.
	Заміна фонему Й на З.	Найчастіше заміна фонему Й на З притаманна дітям з проблемами розвитку дрібної артикуляційної моторики, які можуть бути обумовлені як значними, так і незначними порушеннями тонусу м'язів язика спастичного типу.
	Заміна фонему Й на Г.	Заміна звука Й на Г найчастіше зустрічається у дітей, у яких підвищений тонус кореня язика при відносній слабкості м'язів кінчика язика.
С, З, Ц, ДЗ	Міжзубна вимова звуків С, З, Ц, ДЗ. У процесі вимови фонем широкий розпластаний кінчик язика знаходиться між зубами, тоді коли в нормі він повинен бути загнутий вниз і з силою впирається в нижні передні зуби.	Причиною міжзубної вимови фонем С, З, Ц, ДЗ найчастіше є недостатньо сильний тонус м'язів кінчика язика. Така слабкість м'язів язика, за дослідженнями Н.Л. Крилової, формується у дітей внаслідок відсутності у них в немовлячий період грудного годування. Проте у неї немає чіткої вказівки на відсоток дітей, які самі відмовилися від грудного годування, і на ті випадки, коли мама з тих чи інших обставин (відсутність грудного молока; захворювання, які через вживання грудного молока можуть призвести до інфікування дитини тощо) відмовилась годувати дитину. Наш досвід роботи з дітьми показує, що це істотно. Зокрема, було виявлено, що у переважній більшості дітей з міжзубним сигматизмом порушення обумовлене причинами органічного типу при наявності у дітей парезів м'язів язика змішаного типу (підвищеному тонусі кореня язика і слабкості м'язів кінчика язика), при млявому парезі

	<p>м'язів язика, дуже рідко при спастичному парезі м'язів язика. А це означає, що ці діти, скоріш за все, в немовлячий період розвитку самі відмовилися від грудного годування. Нами також було виявлено, що це порушення вимови притаманне дітям з недостатньою сформованістю кінестетичних відчуттів в межах ротової порожнини. Очевидно, що слабкість тонузу м'язів язика формується у таких дітей вторинно. Зустрічається також у дітей з м'яким парезом м'язів язика. А також характерна для дітей з відкритим переднім прикусом. В нашій практиці були поодинокі випадки міжзубного сигматизму при наявності вузького і довгого язика.</p>
<p>Бокова вимова фонем С, З, Ц, ДЗ</p>	<p>Бокова вимова фонем С, З, Ц, ДЗ найчастіше є ознакою наявності у дитини підвищеного тонузу м'язів язика. Також така вимова зустрічається при відкритому боковому прикусі. Може бути поєднання обох причин.</p>
<p>Шепелява вимова С, З, Ц, ДЗ. Така вимова фонем формується при відсутності участі язика в їхній артикуляції завдяки перешкоді у вигляді вузької щілини між зубами і витягнутим вперед губам.</p>	<p>Найчастіше, причиною формування шепелявої вимови є неправильна будова органів артикуляції. Зокрема, зустрічається така вимова у дітей: у яких були відсутні, або хиталися нижні передні зуби в сензитивний для формування свистячих звуків період розвитку дитини (в середньому 3-4 роки); при наявності короткої під'язикової вуздечки; при наявності прогенії, прогнатії. Дослідження показують, що дуже часто неправильний прикус у дітей є набутим, а не вродженим наслідком, оскільки позиція нижньої щелепи по відношенню до верхньої формується завдяки укріпленню в різних видах діяльності тонузу м'язів: в процесі прийому їжі завдяки активним рухам язика вперед при дослідженні оточуючого середовища, коли дитина все гризе, жує, чує асна, коли прорізаються зуби тощо. У цей період є умови, які можна вважати несприятливими для розвитку м'язів нижньої щелепи: тривале смоктання пустунчика чи пальця, яке фіксує нижню щелепу в задній позиції і обмежує рухи язика вперед. Така особливість найбільш характерна дітям підвищено тривожним, яким не вистачає гармонічного емоційного контакту з батьками. В окремих випадках при наявності у дітей поліморфних порушень вимови фонем шепелява вимова формується у дітей з незначною слабкістю тонузу м'язів язика. Переважно це діти, у яких паралельно недостатньо сформованим є фонематичний слух.</p>
<p>Пом'якшена вимова фонем С, З, Ц, ДЗ. Заміна фонем С, З, Ц, ДЗ фонемами С', З', Ц', ДЗ'.</p>	<p>Причиною пом'якшеної і м'якої вимови фонем С, З, Ц, ДЗ є парези язика спастичного типу і спастико-паретичного типу (при наявності підвищеного напруження в області середньої частини язика і слабкості кінчика язика). Такі порушення вказують на наявність у дітей дизартрії. Згідно досліджень А.Г.</p>

		Іпполітової, І.І. Єрмакової, Г.В. Чіркїної, такий тонус м'язів язика змішаного типу вторинно формується у дітей з ринолалією обумовленою незрошенням твердого, м'якого піднебіння і язичка, хоч дослідження останніх років показують, що є імовірність у дітей з такими особливостями наявності подвійного порушення - і ринолалії і дизартрії (М.К. Шеремет, Л.І. Резвіна).
	Пригубна вимова фонем С, З, Ц, ДЗ . В процесі такої вимови дитина піднімає нижню губу до верхніх зубів. Нижня щелепа при цьому відтягується назад.	Пригубна вимова фонем С, З, Ц, ДЗ переважно зустрічається у дітей зі змішаними порушеннями тону м'язів язика: слабким кінчиком язика і підвищеним тонусом кореня язика. Характерною для цих дітей є і нетрадиційна заміна в мовленні Т на К .
Ш, Ж, Ч, ДЖ	Міжзубна вимова фонем Ш, Ж, Ч, ДЖ . В процесі такої вимови кінчик язика знаходиться між зубами, а його спинка високо піднята до твердого піднебіння. Звуки, які вимовляють діти при цій артикуляції, наближені за звучанням до фонетичної норми або відповідають їй.	Міжзубна вимова фонем Ш, Ж, Ч, ДЖ спостерігається у дітей з тонким і довгим язиком. У переважній більшості такий язик у цих дітей поєднується з високим і готичним піднебінням, що дозволяє дітям дотягуватися його кінчиком до різних частин твердого піднебіння. При наявності таких органів артикуляції у дітей є труднощі при самостійному пристосуванні їх для вимови складних за артикуляцією фонем, характерних для слов'янських мов. Але інколи з'являється додаткове ускладнення, непропорційність цих органів артикуляції: при не дуже високому піднебінні особливо довгий язик. У цьому випадку найчастіше з'являється описана нами вимова фонем Ш, Ж, Ч, ДЖ . Інколи не вдається сформувавши у цих дітей верхньоязикову артикуляцію цих фонем, тоді формують їх нижню артикуляцію. Доцільно у будь-якому разі ховати кінчик язика за зуби, оскільки на фоні міжзубної вимови у дітей може формуватися неправильний прикус. Така артикуляція фонем Ш, Ж, Ч, ДЖ може також спостерігатися у дітей з відкритим переднім прикусом, при цьому ставимо верхньоязикову артикуляцію цих фонем.
	Заміна Ш, Ж, Ч, ДЖ на міжзубні С, З, Ц, ДЗ .	Причини ті ж, що і причини заміни С, З, Ц, ДЗ на міжзубне С, З, Ц, ДЗ .
	Заміна Ш, Ж, Ч, ДЖ на С', З', Ц', ДЗ' .	Причини ті ж, що і причини заміни С, З, Ц, ДЗ на С', З', Ц', ДЗ' .
	Шепелява вимова фонем Ш, Ж, Ч, ДЖ . Язик вільно лежить у ротовій порожнині, а фонем утворюються за допомогою вузької щілини, утвореної на рівні зімкнених зубів та завдяки витягнутим вперед губам.	Причини можуть бути ті ж, що і причини шепелявої вимови С, З, Ц, ДЗ . Необхідно відзначити те, що тоді, коли ці дві групи звуків замінюються шепелявою вимовою, – це, у більшості випадків є ознакою того, що у дітей недостатньо сформованими є фонематичні процеси. Але зустрічаються випадки, коли у дітей є шепелява вимова лише фонем Ш, Ж, Ч, ДЖ або поєднання такого порушення вимови з неправильною вимовою фонем Р . Тоді причиною такої неправильної

		вимови є труднощі з підніманням язика вверх, обумовлені або наявністю у дитини короткої під'язикової вуздечки, або незначними порушеннями тону м'язів язика.
К, Г	Відсутність звуків К, Г в мовленні або заміна їх на Х, Г .	Відсутність чи заміна фонем К, Г на Х, Г найчастіше спостерігається у дітей зі слабким (млявим парезом) або підвищеним (спастичним парезом) тону м'язів усього язика. При наявності млявого і спастичного парезу у дітей виникають труднощі з відтягуванням і втримуванням язика у позиції «гірка», що і обумовлює труднощі вимови фонем.
	Заміна звуків К, Г на Т, Д .	Заміна фонем К, Г на Т, Д в першу чергу характерна дітям з вторинним недорозвитком фонематичних процесів, що виникають в результаті первинного недорозвитку кінестезій в межах ротової порожнини. Як наслідок, при такого типу порушеннях у дітей формується недостатньо чітке уявлення про артикуляцію кожної з фонем. Рівень недорозвитку вимови фонем у таких дітей може бути різним. В дітей, у яких менш виражене порушення, в мовленні спостерігаються стійкі заміни тільки найтяжчих за артикуляцією фонем Ш, Ж, Ч, ДЖ, С, З, Ц, ДЗ, Р, Л , а в дітей зі складнішими відхиленнями крім вимови цих фонем порушеною виявляється і артикуляція простіших з них, зокрема К, Г . Проте спостерігаються і нетрадиційні ситуації, коли через незначний недорозвиток кінестезій порушені у вимові цих дітей є лише звуки К, Г .
Х, Г	Відсутність звуків Х, Г .	Звуки Х і Г в мовленні порушуються надзвичайно рідко у випадках найбільш складних порушень артикуляційної моторики. Відсутність звуків Х, Г найчастіше спостерігається у дітей зі складними паралічами і парезами органів артикуляції. Переважно у дітей цієї групи є порушеними у вимові більшість звуків мовлення або вони не вимовляють жодного з них.
	Заміна Х, Г на К, Г .	Заміна Х, Г на К, Г найчастіше спостерігається у дітей з порушеннями кінестезій в межах ротової порожнини, тоді, коли їм важко диференціювати між собою зімкнення і розслаблення. А також, в окремих випадках така вимова може зустрічатися у дітей з підвищеним тону спинки язика.
В, Ф	Заміна Ф на Хв .	Така заміна може бути характерною для жителів окремих регіонів України і передаватися від батьків до дітей за наслідуванням. Вважається, що звук Ф не є рідним для української мови, він був запозиченим з мов народів західної Європи (французької), а тому вживається у переважній більшості у словах іншомовного походження.

	Заміна губно-зубного В на W , Ф губно-зубного на губно-губне. У процесі такої вимови дитина витягає губи вперед і крізь них дує без звуку – так утворюється Ф губно-губне; і зі звуком – так утворюється звук, що нагадує англійське W , або У нескладотворче.	Найчастіше така вимова спостерігається у дітей з наявністю недорозвитку фонематичних процесів, оскільки таке звучання акустично наближене до норми.
	Відсутність фонем В , Ф в мовленні	Відсутність фонем В , Ф в мовленні спостерігається переважно у дітей зі складними порушеннями артикуляційної моторики. Переважно у них є порушеними у вимові більшість фонем або вони не вимовляють жодної з них.
Т, Д, Н	Заміна твердих Т, Д, Н на м'які Т', Д', Н' .	М'яка вимова Т, Д, Н характерна для дітей зі змішаними парезами язика: спастико-паретичним синдромом та спастико-гіперкінетичним синдромом, а отже, найчастіше є ознакою наявності у них дизартрії.
	Заміна Т, Д, Н на К, Г' .	Така форма заміни звуків Т, Д, Н характерна для дизартриків, у яких спостерігається підвищений тонус кореня язика при слабкому тонусі м'язів кінчика язика. Порушення вимови фонем переважно є у них поліморфним, а спотворення вимови комплексу фонем характеризує відтягування язика і нижньої щелепи назад. Наприклад: паралельно може спостерігатися пригубна вимова звуків С, З, Ц, ДЗ .
	Відсутність в мовленні Т, Д, Н або заміна їх на глухий щілинний Ф .	У переважній більшості спостерігається така специфіка вимови у дітей зі складними порушеннями артикуляційної моторики. Переважно у дітей цієї групи є порушеними у вимові більшість фонем мовлення, або вони не вимовляють жодної з них.
П, Б, М	Відсутність фонем П, Б, М в мовленні.	У переважній більшості спостерігається така специфіка вимови у дітей зі складними порушеннями артикуляційної моторики з порушеннями тону колового м'яза рота. Переважно у дітей цієї групи є порушеними у вимові усі приголосні фонем та голосні О, У , або вони не вимовляють жодної з них.
	Вимова фонем П, Б з видихом через ніс. Діти змикають губи, але струмінь повітря при цьому проходить не через рот, а через ніс. Така вимова переважно не дає звучання.	Здебільшого, така вимова звуків характерна для дітей з ринолалією, обумовленою незрощенням твердого і м'якого піднебіння. У них же паралельно в мовленні можуть бути сформованими лише голосні фонем, які вимовляються нечітко і гнусаво, при цьому діти повністю можуть за допомогою одних голосних вимовляти слова і речення. Рідше, але також зустрічаються такі ж особливості мовлення у дітей з дизартрією.

Таблиця 4

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ ПОРУШЕННЯ ВИМОВИ ГОЛОСНИХ ФОНЕМ У ДІТЕЙ

Фонем	Специфіка порушення вимови фонем	Імовірні причини, що обумовили порушення
А, О, У, И, Е, І	Відсутність в мовленні голосних фонем	Відсутність голосних фонем в мовленні є ознакою, складних паралічів і парезів в області периферійних органів мовлення, наслідком яких є анартрія (відсутність мовлення, обумовлена порушенням іннервації органів артикуляції) у дітей. Тип порушення артикуляційної моторики у дітей відсутністю голосних фонем не можна визначити і пояснити, а тому необхідно провести додаткове спостереження за поведінкою органів артикуляції у різних видах діяльності (в процесі їди, облизування тарілки чи льодяника тощо) чи обстеження артикуляційного праксису.
	Дитина вимовляє Е, И, І, а О, У – в неї відсутні в мовленні, А вимовляється наближено до Е.	Таке порушення вимови голосних фонем характерне, в першу чергу, для дітей зі значними порушеннями моторики органів артикуляції. При дослідженні у них рухливості артикуляційного апарату можна виявити млявий парез колового м'яза рота при достатньо збереженому тонусі м'язів обличчя і жувальних м'язів, а також спастичний або змішаний (спастико-паретичний, спастико гіперкінетичний) парези м'язів язика. Рівень недорозвитку у цих дітей вимови фонем переважно є значним або вираженим.
	У дитини в мовленні є лише А, Е.	Таке порушення вимови голосних фонем характерне, в першу чергу, для дітей зі значними млявими парезами органів артикуляції, хоча може спостерігатися і при спастико-ригідному типі порушення артикуляційної моторики значного рівня складності.
	Гнусова (носова) вимова голосних фонем.	Гнусова вимова голосних фонем в першу чергу характерна для дітей з ринолалією, особливо зі складними порушеннями будови органів артикуляції – незрощеннями твердого, м'якого піднебіння і язичка. Часто у дітей цієї групи в мовленні присутні тільки голосні фонем, а також приголосні М, Н. Інколи таке порушення вимови голосних зустрічається і при дизартрії, якщо у цих дітей є складні парези язика, м'якого піднебіння і язичка.
	Нечітка вимова О, У без достатньої лабіалізації губ	Така вимова звуків О, У характерна для дітей з незначною слабкістю або спастичним тонусом м'язів колового м'яза рота .
	Вимова фонем И, наближена до Е.	Традиційно, така вимова характерна для значної кількості дорослих і дітей на Україні. Формується вона при сильнішому розтягуванні і напруженні кутиків губ ніж при вимові Е, інколи таке напруження

		в області органів артикуляції призводить до пом'якшеної вимови фонем И , уподібненої до Є або до І . В нормі для вимови фонем И опорною артикуляційною позицією є оскал, який утворюється при розслабленні м'язів нижньої губи і незначному розтягуванні кутиків губ.
	Напружена вимова голосних фонем А, Е, И, І з занадто великим розтягуванням губ і відтягуванням назад нижньої щелепи.	Така особливість артикуляції комплексу голосних фонем вказує на те, що є напруження в задній частині артикуляційного апарату, яка включає корінь язика, піднебінні дуги, м'яке піднебіння і язичок. Часто у таких дітей паралельно спостерігається підвищення рвотного рефлексу.

Таблиця 5

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ ПОРУШЕННЯ ВИМОВИ ГРУПИ ФОНЕМ ЗА ОДНІСЮ АРТИКУЛЯЦІЙНОЮ ОЗНАКОЮ

Специфіка порушення вимови фонем	Імовірні причини, що обумовили порушення
Гнусава вимова фонем.	Гнусава вимова фонем характерна для дітей з ринофонією і ринолалією, хоча інколи така специфіка вимови звуків може бути притаманна і для дітей, у яких порушена іннервація органів артикуляції, а саме при наявності у них комплексного порушення дизартрії і ринофонії.
Теттизм. Назва симптому, який вказує на заміну комплексу фонем (наприклад: Г, Х, К, Г', С, З, Ц, ДЗ, Ш, Ж, Ч, ДЖ, Р, Л, Й) фонемами Т, Д, Т', Д' . Комплекс заміненних фонем може бути меншим або більшим.	Теттизм може спостерігатися у дітей як з дизартрією, так і з дислалією, за умови наявності недорозвитку у цих дітей кінестетичних процесів (відчуттів, сприймання і праксису) в межах органів артикуляції. При такому недорозвитку у дітей виникають труднощі при диференціації найскладніших рухів розслаблення і напруження в області тіла язика, які обумовлюють відчуття різниці між зімкненням і щілиною.
Пом'якшена вимова великої групи фонем. Наприклад: С, З, Ц, ДЗ, Ш, Ж, Ч, ДЖ вимовляються як С', З', Ц', ДЗ' ; Т, Д, Н , - як Т', Д', Н' . Комплекс фонем, які вимовляються м'яко, може бути меншим або більшим.	Пом'якшена вимова фонем характерна для дітей з дизартрією при наявності у них змішаного парезу спастико-паретичного типу (при наявності підвищеного напруження в області спинки язика та м'якості кінчика язика). Така ж вимова фонем може бути притаманна дітям з ринолалією при наявності у них складного незрощення твердого, м'якого піднебіння і язичка. Слід також вказати на те, що у дітей зі складними незрощеннями паралельно може бути порушеною і іннервація м'язів кореня язика, що зумовлює особливо значні труднощі при постановці фонем.
Відсутність або нижньоязикова вимова усіх верхньоязикових фонем. (Наприклад: Ш, Ж, Ч, ДЖ – шепеляві у вимові; Л, Р – відсутні).	Така вимова часто притаманна дітям з короткою під'язиковою вуздечкою та зі спастичними парезами м'язів язика, оскільки ці порушення будови та рухливості органів артикуляції обумовлюють

Можливі інші варіанти.	труднощі з підніманням язика вгору.
Стійкі заміни одних фонем іншими близькими за акустичними ознаками, але протилежними за артикуляцією фонемами. Наприклад: С, З, Ц, ДЗ → Ш, Ж, Ч, ДЖ; Т, Д → К, Г; Х, Г, → В, Ф; Л, Р → Й.	Стійкі заміни звуків спостерігаються, насамперед, у дітей з порушенням кінестетичних процесів і, як наслідок, зі вторинними порушеннями фонематичного слуху. При наявності такого типу порушень формується, з одного боку, нечітке уявлення про артикуляцію звука, а з іншого боку - знижується слуховий контроль, що істотно гальмує процес формування у дітей правильної вимови фонем.
Взаємозаміни одних фонем іншими близькими за акустичними ознаками, але протилежними за артикуляцією фонемами. Наприклад: С, З, Ц, ДЗ ↔ Ш, Ж, Ч, ДЖ; Т, Д ↔ К, Г; Х, Г, ↔ В, Ф; Л, Р ↔ Й.	Аналіз наукових джерел, а також практичні дослідження, які проводилися нами, показали, що така вимова може спостерігатися у трьох груп дітей: у дітей з первинним незначним недорозвитком фонематичних процесів, у дітей з первинним недорозвитком кінестетичного праксису, а також у дітей з невеликим обсягом пам'яті. Звичайно, помилки, які спостерігаються при цих порушеннях, різні. У першому випадку у дітей виявляється неакуратна вимова слів, складних за акустичним складом. У другому випадку вимова першого складу при вимові складних за складовою структурою слів, а також слів зі складними артикуляційними переключеннями є найсильніша, яка пригнічує усі наступні склади. Можна розглядати таку вимову слів як спрощену. У третьому випадку помилки спостерігаються при повторенні нових, недостатньо зрозумілих для дітей слів. Чим більший обсяг вербально запропонованого матеріалу, тим більше спотворених у вимові слів.
Заміна дзвінких фонем парними глухими, фальцетна вимова усіх голосних і сонорів.	Така особливість вимови фонем може вказувати на наявність у дітей голосової слабкості (фонастенії), що може розвинутиися при незначному зниженні слуху, а також виникнути у дітей з ринолалією, ринофонією та дизартрією при порушенні у них рефлекторного взаємозв'язку між артикуляційним, фонаційним та дихальним апаратом.
Відсутність голосу в процесі вимови усіх дзвінких, голосних фонем і сонорів.	Таке порушення виникає, насамперед, у дітей з дизартрією при наявності у них парезів голосових зв'язок. Це порушення в залежності від рівня складності вважають для дизартрії супровідним і в залежності від рівня складності визначають як дисфонію – часткове специфічне порушення голосу (афонія – відсутність голосу). Інші випадки порушень голосу ми не розглядаємо, оскільки вони не є характерними для дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією.
Заміна зімкнених і зімкнено-прохідних фонем щілинними.	Така вимова звуків вказує на слабкий тонус м'язів органів артикуляції, який може бути викликаний млявими парезами та функціональною слабкістю, яка

	може розвинутися при певній сумі факторів: у хворобливих дітей, при відсутності грудного годування, а також при наявності незрошення верхньої губи та твердого і м'якого піднебіння тощо.
--	---

Список використаних джерел:

1. Богомолова А.И. Нарушение произношения у детей: пособие для логопедов. – 2-е изд. перераб. – М.: Просвещение, 1979. – 208с.
2. Коваль А.П. Пригоди слова: Науково-популярне видання. – К.: Рад. Шк., 1985. – 213 с.
3. Логопедия: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Дефектология" / Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова и др.; Под ред. Л.С. Волковой. - М.: Просвещение, 1989. - 528с.
4. М.А. Савченко Методика виправлення вад вимови фонем. – 3-є видання, доповнене. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2007. – 160 с.
5. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. I / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр. ВЛАДОС, 1997. – 560с.
6. Филичева Т.Б., Чевелёва Н.А., Чирки на Г.В. Основы логопедии. - М.: Просвещение, 1989. - 222с.

2.2. ДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ БУДОВИ ТА РУХЛИВОСТІ ОРГАНІВ АРТИКУЛЯЦІЇ ТА ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

Як відомо, порушення будови органів артикуляції, їх рухливості, а також динамічності, ритмічності, диференційованості мовленнєвого дихання є тими причинами, які найчастіше ведуть до виникнення легких і тяжких порушень вимовного боку мовлення. Результати обстеження особливостей будови периферійних органів мовлення, артикуляційного праксису і мовленнєвого дихання є також однією з найвагоміших підстав для визначення клінічного діагнозу - наявності у дитини дислалії, ринолалії чи дизартрії.

Обстеження органів артикуляції та дихання повинно проводитися в найбільш комфортних для дитини умовах. Їх створення має базуватися на даних про вік дитини, особливостях її інтелектуального, загального моторного розвитку, специфіці поведінки, контактності тощо. В цілому, в результаті узагальнення характеристик особливостей загального психічного і фізичного розвитку досліджуваних дітей, нами було виділено декілька груп, умови проведення обстеження в межах кожної з яких необхідно створювати по-різному.

До першої групи були віднесені діти з достатнім інтелектуальним розвитком для того, щоб вони могли виконувати завдання за інструкцією, за наслідуванням перед дзеркалом, без будь яких супровідних порушень в області сенсорних чи моторних систем. Це діти віком три роки і старші, контактні, активні, без відхилень у поведінці. Обстеження у них органів артикуляції та дихання проводиться перед дзеркалом, вони з бажанням наслідують вправи, продемонстровані логопедом і доповнені інструкцією. Цим дітям, якщо вони не виконують вправи на довільному рівні, можна пропонувати виконувати вправи на недовільному та пасивному рівнях.

До другої групи були віднесені діти з інтелектуальним розвитком, достатнім для того, щоб вони могли виконувати завдання за інструкцією, за наслідуванням перед дзеркалом, без порушень опорно-рухового апарату, проте недостатньо контактні. У переважній більшості це

діти дошкільного віку. Для того, щоб провести їх обстеження, можна пропонувати батькам взяти дітей на руки, об'єднувати дітей в групи по двоє, троє, де одні показують іншим приклад виконання завдань, проводити роботу у вигляді ігор тощо. Частині цих дітей, які не виконують вправи на довільному рівні, пропонують виконувати вправи на недовільному та пасивному рівнях.

До третьої групи були віднесені діти з інтелектуальним розвитком, достатнім для того, щоб вони могли виконувати завдання за інструкцією, за наслідуванням перед дзеркалом, проте з порушеннями опорно-рухового апарату. Для дослідження будови та рухливості органів артикуляції та особливостей дихання таким дітям потрібно забезпечити комфортну позицію при сидінні чи лежанні (за Архіповою – «рефлекс заборонну позицію»). Для зручності при сидінні можна використовувати спеціальний стілець з поручнями або дитину можна посадити на руки батькам, частина таких дітей може сидіти самостійно без спеціальних пристосувань. Лежати діти можуть у позиції на спині, на правому, лівому боці чи на животі. Руки та ноги при цьому дитина самостійно розташовує так, як їй зручно: традиційно, при односторонній чи двосторонній геміплегіях, тетраплегії, коли є підвищеним тонус м'язів кінцівок, вона згинає їх у ліктях, колінах і підтягує до тулуба, голова може бути відкинута назад чи лежати прямо; при атонічно-астатичній формі дитячого церебрального параліча (ДЦП) дитина лежить прямо, руки, ноги, голова у неї розслаблені. Для фіксації дитини у одній з таких позицій використовують спеціальні валики, м'ячі, циліндри тощо. Їх в залежності від позиції, яку займає дитина, підкладають під живіт, з обох боків від дитини тощо. Якщо діти цієї групи займають позицію сидячи, то частину, а то і всі артикуляційні вправи можна з ними проводити на довільному рівні, частина дітей артикуляційні і дихальні вправ виконують на недовільному рівні і в окремих випадках задіюють пасивний рівень виконання завдань. Якщо ж діти займають позицію лежачи, то завдання їм пропонують виконувати лише на недовільному та пасивному рівнях.

До четвертої групи віднесено дітей, інтелектуальний рівень у яких недостатній (в силу того, що вони ще малі чи розумово відсталі) і вони ще не готові виконувати вправи за інструкцією чи за наслідуванням. У такому випадку для виявлення особливостей розвитку у них артикуляційного праксису краще організувати спостереження за дітьми у різних практичних ситуаціях, окремі з яких можна спеціально створювати у процесі обстеження (наприклад, вклавши у руку дитини гумову іграшку, поспостерігати, як вона її гризе, створивши ігрову ситуацію, поспостерігати за її мімікою, здатністю посміхатися, сердитися тощо).

Для дослідження особливостей будови та рухливості органів артикуляції та мовленнєвого дихання використовують спеціально підібрані вправи, яких має бути не занадто багато, лише ті, які відображають основні артикуляційні позиції, що утворюються при вимові звуків. Якщо вправ забагато, дослідження затягується у часі, дитина втрачає увагу і перестає працювати. Усі вибрані нами завдання були поділені на опорні і додаткові. Опорні артикуляційні і дихальні вправи рекомендовано проводити при обстеженні дітей з порушеннями вимови звуків обов'язково, а додаткові за необхідністю.

Вправи для вивчення особливостей будови та рухливості органів артикуляції

Вправи для вивчення особливостей будови і рухливості губ.

Посмішка (опорна вправа).

Мета: виявити вміння виконувати і контролювати активні рухи великого виличного м'яза (м'яза сміху).

Інструкція для виконання вправи на довільному рівні: Розтягни губи у легку посмішку. А тепер посміхнися сильніше.

Особливості виконання: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи при цьому дає логопед.

Стимуляція виконання вправи на недовільному рівні: розказати смішну історію, розглянути смішний малюнок тощо.

Особливості виконання: вправу на недовільному рівні виконують без участі дзеркала. Під час роботи з дитиною спеціально на правильній артикуляційній позиції губ уваги не концентрують. Ця позиція має виникнути у дитини на фоні радості, яку вона відчуває при спілкуванні.

Пасивний рівень виконання вправи: логопед кладе пальці (великий та вказівний) на кутики губ і розтягує їх дитині у посмішку.

Оскал (опорна вправа).

Мета: виявити вміння виконувати і контролювати активні рухи м'яза зневаги (який опускає кутики рота) і м'яза відрази (який опускає нижню губу).

Інструкція для виконання вправи на довільному рівні: розтягни і опусти кутики губ, скривися.

Особливості виконання: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи при цьому дає логопед.

Інструкція для виконання вправи на недовільному рівні: Можливі варіанти: довго і протяжно вимов звук и; налякай мене тощо.

Особливості виконання: вправу на недовільному рівні виконують без участі дзеркала. Зразок виконання вправи логопед дає у вигляді гри.

Пасивний рівень виконання вправи: логопед кладе пальці (великі або вказівні) на кутики губ, легко розтягує і опускає їх вниз так, щоб утворилася позиція «оскал».

Трубочка (опорна вправа).

Мета: виявити вміння виконувати і контролювати активні рухи колового м'яза рота.

Інструкція для виконання вправи на довільному рівні: витягни губи вперед у трубочку.

Особливості виконання: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи при цьому дає логопед.

Інструкція для виконання вправи на недовільному рівні: Можливі варіанти: уяви себе слоненям, покажи, який хобот у слона, втримай у губах соломинку тощо.

Особливості виконання: вправу на недовільному рівні виконують без участі дзеркала. Зразок виконання вправи логопед дає у вигляді гри.

Пасивний рівень виконання вправи: 1-ий варіант - логопед кладе пальці (великий і вказівний лівої руки) з правого і з лівого боку від носо-губної складки, захоплюючи верхню губу, і так само захоплює пальцями правої руки нижню губу, а тоді витягує їх вперед; 2-ий варіант - логопед кладе вказівні пальці правої і лівої рук над верхньою губою з обох боків від носо-губної складки і підштовхує м'язи вперед, витягуючи їх, рухаючись при цьому методом переступання у напрямку від носогубної складки до кутиків губ. Спочатку витягуємо вперед верхню губу, а потім нижню.

Почергово розтягнути, а потім витягнути губи вперед (додаткова вправа).

Цю вправу пропонуємо виконувати дітям лише тоді, коли попередні вправи ними були виконані з помилками чи без них на довільному рівні.

Мета: виявити вміння плавно переключатися з однієї артикуляційної позиції на іншу при наявності довільного контролю за діяльністю м'язів обличчя і губ.

Інструкція для виконання вправи на довільному рівні: по черзі спочатку посміхнись, а потім витягни губи вперед, як слоненятко, і знову посміхнись - витягни губи вперед. Виконай вправу декілька разів.

Особливості виконання: вправа виконується лише на довільному рівні, перед дзеркалом. Зразок виконання артикуляційної вправи демонструє логопед.

Специфіка проведення спостереження за виконанням дитиною артикуляційних вправ для губ.

Якщо дитина не готова самостійно виконувати вправи для губ за запропонованими інструкціями на довільному чи недовільному рівнях, оскільки не розуміє інструкції чи слабко наслідує рухи за зразком в силу наявності у неї порушень інтелекту чи через те, що вона ще мала за віком, ми можемо організувати спостереження за її діяльністю у різних побутових ситуаціях. В процесі організації таким чином дослідження ми фіксуємо випадки, коли у неї з'являється конкретна артикуляційна позиція і чи вона з'являється взагалі. Результати проведеного таким чином спостереження свідчатимуть про стан розвитку у дитини активності конкретної групи м'язів на недовільному рівні, а також рівень сформованості у неї контролю за їх діяльністю.

Вправи для виявлення будови і рухливості нижньої щелепи.

Парканчик (опорна вправа).

Мета: виявити особливості будови зубо-щелепної системи, а також узгодженість рухів м'язів зневаги (який опускає кутики рота), відрази (який опускає нижню губу), великого виличного (м'яза сміху).

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: зімкніть міцно зуби і розтягніть губи так, щоб було видно верхні і нижні зуби.

Особливості виконання: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи при цьому дає логопед.

Пасивний рівень виконання вправи: розтягнути пальцями губи і розглянути особливості сформованості зубо-щелепної системи дитини.

Голодний вовк (опорна вправа).

Мета: виявити стан розвитку жувальних м'язів. Виявити особливості будови зубо-щелепної системи.

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: Покладайте зубами, як голодний вовк.

Особливості виконання: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи при цьому дає логопед. Клацати зубами потрібно активно, змінюючи при цьому темп: повільніше і швидше.

Недовільний рівень виконання вправи: Пожуйте кільце (можна використати кільце для жування, таке, яке дають маленьким дітям).

Специфіка проведення спостереження за виконанням дитиною артикуляційних вправ для нижньої щелепи.

Спостерігати за станом розвитку у дитини жувальних м'язів у процесі споживання нею їжі чи в процесі маніпуляції іграшковими предметами (звертаємо увагу на те, чи кладе дитина в рот іграшки, чи ні, жує їх, смочче тощо, і як вона виконує ці рухи: активно, слабко тощо).

Вправи для щік «рибка» і «кулька» дітям пропонуємо виконувати лише тоді, коли попередні завдання ними були виконані з помилками чи без них на довільному рівні.

Рибка (додаткова вправа).

Мета: виявити вміння контролювати активні рухи щічних м'язів.

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: втягни щоки так, щоб рот набув такого вигляду як у риби.

Особливості виконання: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи дає логопед.

Недовільний і пасивний рівень виконання вправи відсутній.

Кулька (додаткова вправа).

Мета: виявити вміння контролювати активні рухи щічних м'язів та колового м'яза рота.

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: надуй щоки і зімкни губи так, щоб утворилася кулька.

Особливості виконання: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи дає логопед.

Недовільний і пасивний рівень виконання вправи відсутній.

Вправи для язика.

Лопата (опорна вправа).

Мета: виявити активність м'язів спинки язика, вміння узгоджувати напруження і розслаблення поперечних і повздожжніх м'язів спинки язика. Вміння контролювати діяльність усіх м'язів язика, втримувати його у стані спокою на нижній губі.

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: Поклади широкий язик на нижню губу і потримай його у такій позиції деякий час.

Особливості виконання: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи дає логопед. Для того, щоб дитина точніше орієнтувалася, скільки потрібно втримувати язик у відповідній позиції, можна запропонувати їй для опори лічбу. Наприклад, логопед рахує в середньому темпі до семи, а дитина стільки ж часу втримує язик на нижній губі.

Інструкція до виконання вправи на недовільному рівні: витягни язик і покажи, який він великий, широкий. В домашніх умовах можна запропонувати дитині облизати язиком блюдечко, на якому тонким шаром розмазане щось солодке, тощо. Особливості виконання: вправу на недовільному рівні виконують без участі дзеркала. Зразок виконання вправи логопед дає у вигляді гри.

Пасивний рівень виконання завдання: великим і вказівним пальцями, обмотаними стерильним бинтом, захопити кінчик язика дитини і витягнути його вперед.

Гірка (опорна вправа).

Мета: виявити активність м'язів кореня язика (скорочення м'язів кореня язика при розслабленні м'язів кінчика язика).

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: відтягни кінчик язика від нижніх передніх зубів так, щоб високо піднявся корінь язика. В процесі відтягування язика назад поступово ширше відкривай рот.

Особливості виконання: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи дає логопед.

Недовільний і пасивний рівень виконання вправи відсутній.

Покласти широкий язик на верхню губу (опорна вправа).

Мета: виявити активність м'язів нижньої частини язика, вміння узгоджувати напруження і розслаблення рухів нижніх і верхніх поперечних і повздожжніх м'язів спинки язика, вміння втримувати широкий кінчик язика на верхній губі при широко відкритому роті.

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: покладіть широкий язик на верхню губу так, щоб він закрив її. Рот при цьому тримайте відкритим.

Особливості виконання на довільному рівні: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи дає логопед. Для того, щоб дитина точніше орієнтувалася, скільки потрібно втримувати язик у відповідній позиції, можна запропонувати їй для опори лічбу. Наприклад, логопед рахує в середньому темпі до семи, а дитина стільки ж часу втримує язик на верхній губі.

Особливості виконання вправи на недовільному рівні: дитині пропонують при широко відкритому роті облизати язиком верхню губу. Можна погладжувати дитині зондом кулька

над верхньою губою, в цей час їй пропонують при відкритому роті дотягнутися язиком до кульки.

Голочка (опорна вправа).

Мета: виявити активність м'язів спинки язика, вміння узгоджувати напруження і розслаблення рухів поперечних і повздовжніх м'язів спинки язика. Вміння утримувати язик, контролювати його позицію при розслабленні поперечних м'язів і напруженні повздовжніх.

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: витягніть язик якомога більше вперед, так, щоб він став вузьким і гострим, як голочка.

Особливості виконання вправи на довільному рівні: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок її виконання дає логопед. В процесі витягування язика вперед можна запропонувати дитині паралельно витягувати вперед губи.

Для виявлення вміння дитини піднімати та втримувати кінчик язика вверху можна запропонувати дітям виконати додаткові артикуляційні вправи:

Впертися кінчиком язика в верхні зуби (додаткова вправа).

Мета: визначити вміння на довільному рівні піднімати при широко відкритому роті язик вверху і втримувати його у цій позиції.

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: відкрийте широко рот. Підніміть кінчик язика до верхніх передніх зубів. Втримайте язик у такій позиції.

Особливості виконання вправи на довільному рівні: вправа на довільному рівні виконується перед дзеркалом. Зразок виконання вправи дає логопед. Для того, щоб дитина точніше орієнтувалася у тому, скільки потрібно втримувати язик у відповідній позиції, можна запропонувати їй для опори лічбу. Наприклад, логопед рахує в середньому темпі до семи, а дитина стільки ж часу втримує язик вверху.

Коник (додаткова вправа).

Мета: визначити вміння на недовільному рівні піднімати язик вверху.

Інструкція до виконання вправи на недовільному рівні: Присмоктуй язик до середини твердого піднебіння так, щоб утворився звук, подібний на цокання коника, який їде. Поцокай, поступово ширше і ширше відкриваючи рот.

Особливості виконання вправи на недовільному рівні: вправа виконується без дзеркала. Проте, зразок виконання вправи дає логопед. Пропонуємо дитині в процесі роботи орієнтуватися на звук, який виникає в процесі цокання, та слідкуємо за тим, щоб вона вчилася цокати з відкритим ротом.

Пасивний рівень виконання руху кінчика язика вверху.

Якщо дитина на довільному та недовільному рівнях не піднімає язик вверху, можна спробувати його підняти, завівши будь-який широкий зонд під нього і ковзнувши від основи язика до кінчика язика. В процесі роботи завжди слід орієнтувати дитину на те, щоб вона не допомагала виконувати цей рух, тобто сама не старалася підняти язик, а тримала його розслабленим.

У випадку, якщо дитина виконує усі опорні артикуляційні вправи для язика з мінімальними помилками чи правильно, додатково даємо вправи для визначення дрібної артикуляційної моторики:

Порахувати кінчиком язика верхні зуби (додаткова вправа).

Мета: виявити особливості координації рухів кінчика язика.

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: відкрий широко рот, доторкнися кінчиком язика по черзі до кожного верхнього зуба.

Особливості виконання вправи на довільному рівні: вправа виконується перед дзеркалом за зразком, запропонованим логопедом. В процесі її виконання необхідно слідкувати за тим, щоб кінчик язика був гострим, загнутим вверху, а кожен рух виконувався без супутніх (наприклад, підтягування нижньої губи, кусання кінчика язика зубами).

Правильним вважається таке виконання, коли кінчик язика доторкається до зуба, а потім відривається від нього і доторкається до наступного.

Гойдалка (додаткова вправа).

Мета: виявити особливості координації рухів кінчика язика.

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: Покладіть язик на нижню губу, а потім підніміть його на верхню губу, по черзі виконайте цю вправу декілька разів.

Особливості виконання вправи на довільному рівні: вправа виконується перед дзеркалом за зразком, запропонованим логопедом. В процесі виконання вправи рот має бути привідкритим, а кінчик язика плавно підніматися і опускатися без супровідних додаткових рухів губ, нижньої щелепи тощо.

Вправа для дослідження твердого, м'якого піднебіння та язичка.

Покажи язик (опорна вправа).

Мета: виявити особливості будови та функціонування м'якого, твердого піднебіння і язичка, особливості тону м'язів кореня язика.

Інструкція до виконання вправи на довільному рівні: широко відкрий рот, висунь язик і з напруження вимови *а*.

Особливості виконання вправи на довільному рівні: вправа виконується перед дзеркалом за зразком, запропонованим логопедом. Пропонують дитині вимовляти звук *а* при широко відкритому роті так, щоб можна було оглянути корінь язика, його позицію у ротовій порожнині (в нормі у цій позиції корінь язика настільки опущений вниз, що видно тверде піднебіння, м'яке і рух язичка назад до задньої стінки ротоглотки). Для зручності можна запропонувати дитині трішки відкинути голову назад, так, щоб при виконанні вправи вона сама могла побачити свій язичок у дзеркалі. Якщо у дитини занадто високо піднятий корінь язика, можна обережно покласти зонд на спинку язика. В процесі використання зонда необхідно обережно просуватися від кінчика язика до середньої його частини до межі прояву рвотного рефлексу, ритмічно, легко натискаючи на нього зверху вниз. Якщо легко натиснути в області рвотного рефлексу на спинку язика в задній частині, він опуститься. Якщо дитина відмовляється виконувати цю вправу з зондом, необхідно відкласти дослідження м'якого піднебіння і язичка на деякий час доти, поки вона не звикне до логопеда і не почне свідомо співпрацювати з ним.

Специфіка проведення спостереження за виконанням дитиною артикуляційних вправ для нижньої щелепи.

Якщо дитина не готова виконувати усвідомлено вправи за інструкціями, можна поспостерігати за особливостями рухів язика у дитини в різних побутових ситуаціях: в процесі споживання нею їжі, маніпулювання нею предметами (звертаємо увагу на те, чи дитина витягує язик з ротової порожнини, облизує ним губи, лиже предмети тощо).

Вправи для вивчення особливостей фізіологічного та мовленнєвого дихання

Вправа для вивчення вдиху.

Понюхай квітку (опорна вправа) .

Мета: виявити особливості вдиху.

Інструкція основна: понюхай квітку, глибоко втягуючи повітря.

Особливості виконання: дитині пропонують понюхати квітку. Якщо вона при цьому вдихає повітря і носом, і ротом, її діяльність коректують за допомогою додаткової інструкції.

Додаткова інструкція: глибоко вдихни носом повітря. Уяви, що ти нюхаєш квітку.

Вправи для вивчення мовленнєвого видиху.

Закинь вишеньку на паличку (опорна вправа).

Мета: виявити силу, диференційованість і цілеспрямованість видиху.

Інструкція: сильно і різко подуй на вишеньку так, щоб вона піднялася вгору і впала з іншого боку палички.

Особливості виконання: можна дути на вишеньку крізь витягнуті вперед губи, а можна запропонувати дитині покласти широкий розслаблений язик між губами і тоді різко видихнути на кінчик язика, різко ховаючи його у ротову порожнину (складається враження, що повітряний струмінь ніби випльовують з ротової порожнини). У обох варіантах струмінь повітря повинен бути спрямованим на вишеньку. Вона під дією струменя повітря підлітає вгору, а коли ця дія припиняється, вона падає з іншого боку палички.

Застав метелика літати довго (опорна вправа).

Мета: виявити силу, диференційованість і тривалість видиху.

Інструкція основна: подуй на метелика так, щоб він якомога довше тримався в повітрі і не падав.

Особливості виконання: дитині пропонують за допомогою видихуваного через рот струменя повітря заставити метелика літати. Якщо в процесі виконання завдання дитина різко, часто і сильно видихає струмінь повітря, ми пропонуємо їй додаткову інструкцію.

Додаткова інструкція: глибоко вдихни повітря носом і довго та плавно видихай повітря на метелика так, щоб він якомога довше тримався в повітрі і не падав.

Як каже ослик (додаткова вправа)?

Мета: виявити диференційованість струменя повітря в процесі видиху.

Інструкція: повільніше і швидше по черзі промов звуки **i**, **a**.

Особливості виконання: в процесі вимови дитиною звуків логопед повинен покласти їй пальці на межі між крилами носа і носом. В процесі діагностики можна трішки прикривати носові ходи, не закриваючи їх повністю, і відкривати їх.

Необхідно пам'ятати, що результат для подальшого аналізу ми отримуємо і при правильному, і при неправильному виконанні дітьми вправ, а також в процесі дослідження специфіки утворених артикуляційних позицій при пасивній участі дитини у роботі та в процесі спостереження за тим, які дитина утворює позиції органами артикуляції в різних побутових ситуаціях. Різниця між вадами, специфіка причин, що обумовлюють порушення вимовного боку мовлення, визначатиметься оцінкою особливостей відтворення артикуляційних, дихальних рухів, відхилень у будові органів артикуляції.

Для аналізу результатів виконання дітьми завдань нами було розроблено критерії якісної і кількісної оцінки. Оцінка якості виконання дітьми завдань має як вербальне, так і числове вираження і в цілому відображає рівень та особливості порушення артикуляційної моторики та мовленнєвого дихання у дітей. Параметри, на які повинен звертати увагу логопед в процесі діагностики, нами подані у «Картці стану розвитку у дитини артикуляційного апарату та дихання» (див. додатки 2, 3, 4). По кожному з визначених у картці параметрів можна виставляти оцінку у балах. Виставлення балів необхідно здійснювати не за результатами виконання завдань в цілому, а в міру допускання дитиною помилок. У картці для підказки ті параметри, які вказують на нормальний розвиток будови органу артикуляції чи його рухливості, ми писали курсивом і якщо ці особливості виявляємо, напроти параметру виставляється 0. Якщо ж у дитини ми виявляємо помилку при виконанні завдань, напроти параметру, який характеризує її, ми виставляємо 1 бал. Оцінка виставляється не біля усіх параметрів, але лише біля тих, які характеризують особливості виконаних дитиною завдань. Вкінці ці бали можна сумувати в загальному. Підсумкова оцінка буде вказувати на рівень недорозвитку будови органів артикуляції, дихання, артикуляційної моторики. Але можна сумувати бали в межах кожної з визначених у картці груп (їх є в загальному дванадцять). За результатами можна будувати графік, який буде відображати особливості недорозвитку будови органів артикуляції, порушень артикуляційного праксису, специфіку дихання дитини на момент її обстеження.

Також результати обстеження можна відобразити у підсумковій таблиці (див. табл. 6), що покликана допомогти представити особливості розвитку артикуляційної моторики та дихання у дитини в цілому.

Таблиця 6

**СХЕМА АНАЛІЗУ ОСОБЛИВОСТЕЙ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ
І МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ**

Параметри оцінки якості виконання завдань	Підсумковий аналіз специфіки артикуляційної моторики і мовленнєвого дихання
Позиція губ «посмішка»	
Позиція губ «оскал»	
Позиція губ «трубочка»	
Переключення з позиції губ «посмішка» на позицію «трубочка»	
Відкривання і закривання рота	
Втримування нижньої щелепи при щільно зімкнених зубах	
Язик у позиції «лопата»	
Язик у позиції «гірка»	
Язик у позиції «голочка»	
Втримування широкого кінчика язика піднятим до верхніх передніх зубів	
Втримування язичка у позиції вверху при виконанні дії у напрямку назад	
Вдих через ніс	
Видих через рот	

Якісний аналіз та систематизація результатів виконання дітьми вправ для обстеження особливостей рухливості та будови органів артикуляції, а також дихання дозволили нам визначити їхню специфіку та певні залежності, які ми представляємо нижче.

Особливості виконання завдань для дослідження органів артикуляції і дихання дітьми з порушеннями мовленнєвого розвитку та їх інтерпретація

Аналіз якості виконання вправ для губ:

- дитина самостійно перед дзеркалом правильно виконує і статичні, і динамічні вправи для губ. Сильно розтягує і витягує губи, плавно переключається з одного руху на інший, точно знаходить усі артикуляційні позиції, бере за основу для виконання завдання інструкцію і зразок виконання, продемонстрований логопедом, — таке виконання свідчить про нормальний розвиток тонусу м'язів, що забезпечують рухи губ;
- дитина виконує статичні артикуляційні вправи для губ самостійно, точно знаходить артикуляційні позиції, плавно переключається з одного руху на інший, проте недостатньо сильно розтягує чи витягує губи – незначна слабкість тонусу м'язів губ, що може бути обумовлена функціональними причинами (слабкий тонус м'язів губ через недотримані умови годування дитини в немовлячий період її розвитку, часті хвороби, які має дитина у ранньому віці і які ослаблюють її в цілому) або незначними органічними ураженнями (результат порушення будови чи іннервації м'язів, що забезпечують рухливість губ);
- дитина виконує статичні вправи на довільному рівні мляво, губи розтягує, але недовго втримує їх в необхідній артикуляційній позиції, вони швидко вертаються у вихідний стан. При виконанні динамічних артикуляційних вправ не переключається з однієї позиції на іншу,

а вертається у вихідний стан, а потім виконує новий рух - свідчить про наявність млявого парезу, обумовленого порушенням іннервації колового м'яза рота та м'язів обличчя;

- дитина артикуляційну позицію «посмішка» виконує на довільному рівні активно, правильно, сильно розтягує губи і тривало втримує їх. Позицію «оскал» виконує слабше і не завжди правильно (замість того, щоб опустити нижню губу, відкриває рот, посміхається). Позицію «трубочка» утворює не відразу, а після декількох спроб, пошуку правильного варіанту виконання завдання. За умови наявності успішної спроби, губи витягує вперед слабо, втримує їх у такій позиції недовго. В тяжких випадках губи вперед не витягує – такі особливості виконання свідчать про наявність у дитини млявого парезу колового м'яза рота при збереженому тонусі м'язів обличчя;

- дитина виконує вправи на довільному рівні недостатньо точно, не відразу знаходить позицію «посмішка», «оскал», «трубочка», а лише після декількох спроб, слабо розтягує та витягує губи. На недовільному рівні (без дзеркала, в умовах створених ігрових ситуацій, тоді, коли дитина сміється, вимовляє звук -у-, втримує в губах трубочку чи тягнеться губами до чогось) губи активніше рухаються - така особливість виконання вправ свідчить про наявність спастичного парезу м'язів щік, обличчя, губ;

- при виконанні вправ активно рухаються м'язи лише однієї частини обличчя — це свідчить про наявність одностороннього млявого парезу. На обличчі у таких дітей спостерігається яскраво виражена асиметрія: одна частина м'язів обличчя підтягнута, інша – набрякла, опущена вниз. Опущеним вниз є і один кутік рота. Може бути відкритим з одного боку рот;

- в процесі втримування губ у відповідній артикуляційній позиції спостерігається їх посмикування – це свідчить про наявність гіперкінезів у цій області;

- в процесі втримування губ у відповідній артикуляційній позиції спостерігається їх тремтіння – це свідчить про наявність тремору у м'язах цієї області;

- в процесі утворення артикуляційних статичних позицій губами спостерігається їх повільне викривлення, відкривання рота, можуть спостерігатися супровідні повільні рухи головою (відкидання голови назад, витягування її вперед тощо) – таке виконання завдань свідчить про наявність у дитини атетозу.

Аналіз якості виконання вправ для зубо-щелепної системи:

- дитина міцно змикає зуби і втримує їх у такій позиції достатній проміжок часу, стільки, скільки скаже логопед (наприклад, доти, поки логопед у середньому темпі не порахує до п'яти), губи при цьому у неї напружено і сильно розтягнуті так, що видно і верхні, і нижні зуби. Вона активно, у середньому темпі клацає зубами, верхні передні зуби при цьому трішки виступають над нижніми і міцно прилягають в процесі зімкнення з боків і спереду – такі особливості виконання артикуляційних вправ вказують на сформованість будови і рухливості зубо-щелепної системи у відповідності до норми;

- в процесі виконання артикуляційних вправ для дослідження зубо-щелепної системи помітно, як: верхні зуби сильно виступають над нижніми – у дитини прогнатія; нижні зуби сильно виступають над верхніми – у дитини прогения; передні зуби при змиканні пристають, а бокові розімкнені, - у дитини боковий відкритий прикус; бокові зуби зімкнені, а між передніми спостерігається щілина – передній відкритий прикус (Примітка: порушення будови зубо-щелепної системи можуть бути самостійними чи супровідними і тому спостерігатися можуть і при дислалії, і при ринолалії, і при дизартрії. Для того, щоб диференціювати ці порушення, при діагностиці потрібно оцінювати і інші виявлені при

обстеженні симптоми: особливості будови і функціонування м'язів язика, язичка, губ, особливості мовленнєвого дихання тощо);

- дитина повільно виконує вправу і слабо, або не до кінця змикає верхні та нижні зуби, недовго втримує зуби у позиції «парканчик» – подібні особливості виконання цієї вправи спостерігаються при наявності млявого тонусу жувальних м'язів;

- дитина самостійно не піднімає нижню щелепу, але логопед може підняти її вгору рукою, при цьому в процесі забезпечення дитині пасивного руху логопед відчуває мінімальну протидію, втримати нижню щелепу у такій позиції самостійно дитина не може, а тому рот у неї повільно відкривається – такі особливості виконання вказують на наявність у дитини млявого параліча жувальних м'язів;

- дитина в процесі виконання завдання на довільному рівні перед дзеркалом довший час веде пошук правильної позиції. Замість того, щоб зімкнути зуби, ще більше відкриває рот, викривляє його тощо, проте на недовільному рівні (наприклад, коли їй пропонують втримати у зубах соломинку) піднімає нижню щелепу і втримує її достатній проміжок часу у такій позиції. В процесі втримування зубів зімкненими у дітей можуть спостерігатися супровідні рухи: напруження в області шиї, витягування її вперед чи закидання назад, стискання кулачків рук, згинання їх у ліктях тощо – симптоми вказують на наявність у дітей спастичного парезу в області жувальних м'язів;

- в тяжких випадках наявності у дітей більш вираженого спастичного чи млявого парезів діти також можуть викривляти нижню щелепу при її підніманні вправо чи вліво, при цьому також можна почути незначний хрускіт в суглобах, що з'єднують між собою нижню і верхню щелепи. Такі симптоми вказують на наявність паралельно захворювань суглобів (наприклад, артриту), які можуть виступати як ускладнюючі для відновлення рухливості нижньої щелепи).

Аналіз якості виконання вправ для щік:

- дитина надуває і втягує щоки, тривало втримуючи їх у цій позиції достатньо тривалий проміжок часу (наприклад, поки логопед не порахує в середньому темпі до п'яти) – такі особливості виконання вправи вказують на сформованість тонусу м'язів щік і губ у відповідності до норми;

- дитина не втягує і не надуває щоки – симптоми можуть бути притаманні і дітям зі слабким тонусом м'язів щік і губ, і з підвищеним тонусом цих м'язів. Для більш детальних висновків потрібно враховувати показники виконання артикуляційних вправ для губ.

Аналіз якості виконання вправи для язика «лопата»:

- дитина кладе достатньо широкий язик з округлим кінчиком на нижню губу так, що він її повністю закриває (тобто достатньо витягнувши язик з ротової порожнини) і втримує його у стані спокою у такій позиції достатньо часу (наприклад, поки логопед не порахує в середньому темпі до п'яти). В процесі виконання завдання рот у дитини достатньо широко відкритий, вона не прикушує спинку язика, щоб втримати широким язик на нижній губі, а він лежить на нижній губі самостійно, корінь язика при цьому теж широкий, низько опущений і розслаблений - такі особливості виконання вправи вказують на сформованість тонусу м'язів язика у відповідності до норми;

- широкий, рихлий, товстий язик з округленим кінчиком спочатку лягає спокійно на нижню губу, але швидко втомлюється і ховається в ротову порожнину (тобто дитина тривалий проміжок часу не може втримати широкий розпластаний язик) — така особливість виконання свідчить про наявність слабого тонусу м'язів язика. В тяжких випадках дитина недостатньо

витагує язик з ротової порожнини, він доходить лише до половини губи чи ледве дотягується до нижньої губи. В найтяжчих випадках дитина взагалі не витагує язик з ротової порожнини; - широкий округлений язик спочатку спокійно лежить на нижній губі (можливі варіанти, коли дитина недостатньо витагує язик з ротової порожнини, він доходить лише до половини губи чи ледве дотягується до нижньої губи, прикушує язик, щоб не ховався у рот), але швидко втомлюється і ховається в роту порожнину. Коли дитині запропонувати в процесі відтворення позиції широко відкрити рот, помітним є сильно напружений піднятий вверх корінь язика. Додатково у таких випадках можна запропонувати дитині з витягнутим язиком при широко відкритому роті сказати з притиском напружено -А-, паралельно легко натиснути кульковим або будь яким широким зондом на середину язика, опускаючи його вниз (при цьому у дитини може або спрацювати рвотний рефлекс, або ви відчуєте тверде напружене тіло язика) – Такі симптоми характеризують наявність у дитини вибіркового парезу - корінь язика спастично напружений. У цьому випадку переважно на рівні кінчика язика у дітей формується функціональна слабкість, а саме, тонує цих м'язів знижується;

- кінчик язика при виконанні вправи відхиляється в один бік (вважається, що кінчик язика відхиляється у той бік, тонує м'язів з якого є збереженим) — ця особливість виконання може свідчити про наявність односторонніх млявих паралічів та парезів м'язів язика, проте така ж особливість виконання вправи може вказувати на наявність у дитини короткої під'язикової вуздечки. Цей симптом повинен бути перевірений за допомогою додаткових артикуляційних вправ, що вимагають піднімання дитиною язика вверх, або можна спробувати підняти язик дитині вверх зондом. Інколи у дітей з короткою під'язиковою вуздечкою спостерігається роздвоєння кінчика язика (в медицині синдром має назву «синдром сердечка»);

- язик при виконанні вправи стає напруженим, вузьким, на дотик твердим. Кінчик язика при цьому може бути загнутим вниз, вверх або лежати прямо. Язик на нижній губі втримується достатньо тривало. – Такі симптоми свідчать про те, що у дитини підвищений тонує м'язів язика (спастичний параліч чи парез). В легших випадках, коли дитині запропонувати покусати язик зубами, він стає широким, проте після нетривалого втримування знову стає вузьким. В тяжких випадках наявності спастичного паралічу навіть при покусанні язика він широким не стає;

- язик в процесі втримування язика на нижній губі смикається – симптом вказує на наявність у дитини фасцикулярного гіперкінезу;

- язик в процесі втримування на нижній губі дрібно тремтить або виконує швидкі системні рухи (вправо-вліво) – симптом вказує на наявність у дитини міоклонічного гіперкінезу (тремору язика).

- язик в процесі втримування на нижній губі повільно починає рухатися (не лежить спокійно), викручується – симптом вказує на наявність у дитини атетозу.

- дитина широкий язик втримує на нижній губі, проте коли, паралельно з відтворенням цієї позиції, їй пропонують очима слідкувати за кулькою (кінчиком пальця тощо), язик починає рухатися за очима, хаотично рухатися чи змінює свою конфігурацію – симптом вказує на наявність у дитини незначних міні-парезів, які викликають труднощі при контролі стану напруження і розслаблення окремих груп м'язів.

Аналіз якості виконання вправи для язика «гірка»:

- дитина при широко відкритому роті відтягує кінчик язика назад від нижніх передніх зубів, корінь язика при цьому високо піднімається. Вона втримує язик у цій позиції достатньо тривалий проміжок часу (наприклад, поки логопед не порахує в середньому темпі до п'яти). – таке виконання завдання характерне для дітей з нормальним тонуєм м'язів язика, а також у дітей, у яких підвищений тонує м'язів кореня язика і слабкий кінчик язика відтворення і втримування цієї позиції теж не викликає труднощів, більше того - вона для них є звичною, у

них є труднощі з опусканням спинки язика вниз і витягуванням його вперед з ротової порожнини;

- дитина не відтягує язик назад, він в процесі роботи широкий і розпластаний, лежить внизу у ротовій порожнині – таке виконання характерне для дітей з м'якими парезами язика. В легших випадках, зондом натиснувши на язик вище кінчика, можна відтягнути язик назад, а дитина втримує його у такій позиції певний проміжок часу. В тяжчих випадках відтягнутий за допомогою зонда язик назад після того, як забрали зонд, вертається відразу ж у нейтральну позицію. У всіх випадках при м'яких паралічах та парезах навіть при пасивному виконанні вправ корінь язика у дітей піднімається недостатньо високо.

- дитина не відтягує язик назад. В процесі роботи спостерігається напруження тіла язика, зміна його конфігурації з широкого на вузький. Допомога за допомогою зонда допомагає лише у тих випадках, коли вдається відволікти дитину від активної участі при виконанні завдання, її усвідомленої допомоги. Створення образної ситуації, яка дозволяє підключити недовільний рівень виконання завдання, образне уявлення про відповідну позицію допомагає дітям з цього типу порушенням випадково підняти корінь язика до високого рівня. У переважній більшості при наявності таких порушень ця позиція нестійка і довго дітьми не втримується: зокрема, в легших випадках дитина якусь мить фіксує язик у цій позиції, а потім вертається у вихідний стан. При наявності у дитини спастичного паралічу язик назад вона не відтягує взагалі ні при довільному, ні при недовільному виконанні завдання;

Аналіз якості виконання вправ для язика «покласти широкий язик на верхню губу», «впертися кінчиком язика в верхні зуби», «коник»:

- дитина піднімає широкий чи вузький язик вверх при широко відкритому роті і втримує його у такій позиції достатній проміжок часу (наприклад, поки логопед не порухає в середньому темпі до п'яти) - таке виконання завдання характерне для дітей з *нормальним тонусом м'язів язика*;

- дитина піднімає язик вверх, але втримує його у такій позиції недостатньо довго, він швидко втомлюється і падає вниз. Їй легше втримувати язик у верхній позиції тоді, коли його кінчик зачіпляється за верхні зуби. Цокання язика при виконанні вправи «коник» слабке, і здійснюється при недостатньо широко відкритому роті – таке виконання характерне для дітей зі *слабким тонусом м'язів кінчика язика*. При *м'явому парезі* у них можуть спостерігатися такі особливості виконання цього завдання, як кусання широкого кінчика язика, витягування широкого язика вперед. Також при *м'явому парезі* язик можна підняти дитині вверх зондом, м'язи чинять при цьому незначну протидію. Після того, як його підняли вверх, він ще якусь мить втримується у такій позиції самостійно. При більш вираженому порушенні тонусу м'язів язика - *м'явому паралічі* - діти взагалі самостійно вверх язик не підносять, при широко відкритому роті він залишається внизу. При *м'явому паралічі* язик можна підняти зондом вверх, він не чинить опору, але якщо забрати зонд, язик падає вниз;

- дитина, працюючи самостійно перед дзеркалом за наслідуванням, язик вверх не піднімає. Чим більше старається дитина, працюючи на довільному рівні, тим гірше у неї виходить. Язик, в процесі виконання завдання, може змінювати конфігурацію з широкого на вузький. Дитина може прикушувати кінчик язика, старатися підняти його вверх нижньою губою. Піднімання язика зондом не дає бажаного результату, він стає твердим, вузьким, чинить значну протидію. При виконанні вправ за допомогою створення ігрових ситуацій (коли дитині пропонують облизати верхню губу, дотягнутися до носа, показати, як коник цокає, коли їде по дорозі, як жабка скрекоче) без візуального контролю за процесом утворення артикуляційної позиції через використання дзеркала дитина піднімає язик вверх – такі особливості виконання завдань характерні дітям зі *спастичними парезами м'язів язика*. При наявності *виражених порушень тонусу язика спастичного типу (при ригідному паралічі)*, він

вверх не піднімається ні на довільному, ні на недовідному рівнях, на дотик м'язи при цьому тверді.

Аналіз якості виконання вправи для язика «голочка»:

- дитина висовує вузький, з вираженим кінчиком язик вперед при витягнутих вперед губах і втримує цю артикуляційну позицію достатній проміжок часу (наприклад, поки логопед не порахує в середньому темпі до п'яти). Такі особливості виконання завдання характерні для дітей з нормальним тонусом м'язів язика. При наявності у цій області спастичних паралічів і парезів завдання теж виконається правильно;
- дитина недостатньо висовує язик вперед і він при цьому залишається широким з невираженим кінчиком – такі особливості виконання завдання характерні для дітей з млявими паралічами та парезами, а також з вибірковим парезом, при якому тонус кореня язика є підвищеним, а кінчика язика є зниженим.

Аналіз якості виконання вправи для дослідження м'якого піднебіння і язичка:

- у дитини в процесі вимови звука *А* з витягнутим вперед язиком корінь язика достатньо опущений вниз і тому добре видно тверде піднебіння, м'яке піднебіння і язичок. Тверде і м'яке піднебіння опукле, рівномірно забарвлене в рожевий колір. Язичок м'язистий, округлий на кінчику і в процесі роботи відхиляється у напрямку до задньої стінки ротоглотки, прилягає до місця яке називається «валиком Пассавана» – такі особливості вказують на правильну сформованість будови твердого, м'якого піднебіння і язичка, а також у відповідності до норми розвинену рухливість м'язів язика, м'якого піднебіння і язичка;
- у дитини в процесі вимови звука *А* з витягнутим вперед язиком корінь язика достатньо опущений вниз і тому добре видно тверде піднебіння, м'яке піднебіння і язичок. Тверде піднебіння у передній частині за зубами високо підняте. Язичок м'язистий, округлий на кінчику і в процесі роботи відхиляється у напрямку до задньої стінки ротоглотки. – Така будова вказує на наявність у дитини високого готичного піднебіння. Рекомендовано при наявності такої специфіки будови твердого піднебіння звернути увагу на будову язика. У переважній більшості у дітей з такою формою твердого піднебіння язик є вузьким і довгим. Така його форма гармонічно поєднується з високим готичним піднебінням, завдяки чому він дістає до усіх його частин. Труднощі при самостійному утворенні звуків мовлення виникають не у всіх дітей з такими особливостями будови органів артикуляції, а лише в окремих з них. Складніша - ситуація, коли є диспропорція між будовою твердого піднебіння і язика. А саме, при високому готичному піднебінні є середній за величиною язик чи малий. У таких випадках у дітей завжди формується неправильна звуковимова, оскільки вони не можуть самостійно правильно пристосувати одні органи артикуляції до інших;
- у дитини в процесі вимови звука *А* з витягнутим вперед язиком корінь язика достатньо опущений вниз, і тому добре видно тверде піднебіння, м'яке піднебіння і язичок. Тверде піднебіння у задній і передній частинах низько опущене. Язичок м'язистий, округлий на кінчику і в процесі роботи відхиляється у напрямку до задньої стінки ротоглотки. – Така будова вказує на наявність у дитини низького плаского піднебіння. Таке тверде піднебіння у більшості дітей гармонічно поєднується з маленьким язиком. Труднощі при самостійному утворенні звуків мовлення виникають не у всіх дітей з такими особливостями будови органів артикуляції, а лише в окремих з них.
- у дитини в процесі вимови звука *А* з витягнутим язиком, язичок відхиляється назад і вбік (вправо чи вліво) – така особливість виконання завдання вказує на наявність у дітей захворювань в області носа та носоглотки (збільшених аденоїдів, поліпів тощо). Язичок відхиляється в той бік, з якого іннервація збережена, а отже, місце протікання захворювання в області носової порожнини - з протилежного боку. Ставити остаточний діагноз про характер захворювання, яке спричинило порушення діяльності язичка, на підставі

спостереження лише за зовнішніми симптомами неможна. Для логопеда ж така особливість є підставою для спрямування дитини для поглибленої діагностики до отоларинголога.

- у дитини в процесі вимови звука *A* з витягнутим язиком язичок не відхиляється. За формою він довгий, за кольором – блідорожевий - така особливість виконання завдання може вказувати на наявність захворювань в області носа та носоглотки (збільшених аденоїдів, поліпів) або може бути результатом порушення іннервації язичка (млявий парез) в результаті ураження кортико-нуклеарних шляхів чи підкіркових утворень. Ставити остаточний діагноз про характер захворювання яке спричинило порушення діяльності язичка на підставі спостереження лише за зовнішніми симптомами неможна, але для логопеда така особливість може бути підставою для спрямування такої дитини для поглибленої діагностики до отоларинголога чи невропатолога.

- у дитини в процесі вимови звука *A* з витягнутим вперед язиком, корінь язика високо піднятий у ротовій порожнині настільки, що закриває задню частину піднебіння, а тому язичка не видно, як і непомітними є його рухи. Звук *A* діти з такою особливістю функціонування язика інколи вимовляють наближено до *E*. У окремих з них можуть спостерігатися супутні рухи органів мовлення: наморщування носа, в процесі вимови звука *A* кінчик язика ховається у ротову порожнину, неспокійний язик, який кожен раз змінює позицію у ротовій порожнині чи форму (з вузького на широкий), підтягування у ротову порожнину нижньої губи – такі особливості виконання завдання свідчать про наявність *спастичного парезу в області кореня язика*, що негативно побічно впливає на рухливість язичка. Паралельно у таких дітей можуть бути і специфічні порушення будови та функціонування м'якого піднебіння і язичка: незрощення, роздвоєння, відсутність язичка; незрощення (одностороннє чи двостороннє серединне) язичка і м'якого піднебіння, спастичний парез язичка. Ці особливості інколи через високо піднятий корінь язика у дітей довгий час не помічають при обстеженнях. Для того, щоб визначити основну і додаткові причини (у дітей може спостерігатися одночасно два порушення мовлення - і ринолалія, і дизартрія) такої симптоматики обов'язково потрібно оглянути задню частину піднебіння, а для цього необхідно опустити спинку язика. Ми можемо зробити це за допомогою зонда. Беремо зонд або з широкою основою, або з кулькою середньої величини і легко натискаємо ним на спинку язика, просуваючись поступово від кінчика до його середньої частини і далі до межі рвотного рефлексу. Слід бути дуже обережним, оскільки у більшості дітей з такими особливостями рухливості органів артикуляції може бути підвищеним рвотний рефлекс. Можна пропонувати таким дітям виконувати додаткові завдання, які сприятимуть розслабленню у них кореня язика: відкинути голову назад, а у цей час язик витягнути вперед, логопед може покласти руки долонями справа і зліва голови дитини і повернути її вправо-вліво, нахилити вперед-назад (тобто виконати пасивні рухи головою дитини), а тоді запропонувати дитині ще раз різко вимовити з витягнутим язиком і з широко відкритим ротом звук *A*;

- у дитини в процесі вимови звука *A* з витягнутим вперед язиком корінь язика достатньо опущений вниз, і тому добре видно тверде піднебіння, м'яке піднебіння і язичок. На твердому піднебінні в процесі роботи стає помітним втягнутий у носову порожнину пласт шкіри (він переважно блідніший за кольором, ніж інша шкіра навколо). Язичок в процесі виконання завдання рухається слабо або є пасивним. – такі особливості виконання завдання свідчать про наявність у дитини субмукозного незрощення;

- у дитини в процесі вимови звука *A* з витягнутим вперед язиком корінь язика достатньо опущений вниз, і тому добре видно тверде піднебіння, м'яке піднебіння і язичок. В області твердого, м'якого піднебіння виявлено отвір в м'якому, твердому піднебінні, відсутність чи роздвоєння язичка. – Такі симптоми вказують на наявність у дитини незрощення (розщеплення). За результатами обстеження необхідно зафіксувати його особливості: чи воно

є одностороннім, двостороннім серединним, повним, частковим, язичок відсутній (присутній). Також звертаємо увагу на те, чи дитина до операції, після операції, операція зроблена частково, вказуємо на наявність ускладнень у вигляді свищів в області післяопераційного шва, порушень зубо-щелепної системи.

Аналіз якості виконання вправи для дослідження особливостей вдиху:

- дитина плавно і глибоко вдихає струмінь повітря через ніс. При цьому вона повністю розслаблена. В процесі роботи супровідних рухів у неї не спостерігається. – Такі особливості свідчать про функціонування вдиху у відповідності до норми;
- дитина в процесі вдиху піднімає плечі, витягує голову вперед, піднімає брови, очі у неї розширюються – такі супровідні рухи в процесі вдиху вказують на наявність у дитини напруження. В одних випадках таке напруження виникає у дітей дошкільного віку тоді, коли вони дуже стараються, але не розуміють, як це - глибоко вдихнути. В інших випадках такий вдих характерний дітям з внутрішнім підвищеним збудженням (внутрішньо зажатим, закомплексованим). В третьому випадку такими супровідними рухами можуть допомагати собі вдихати діти, у яких є порушення іннервації периферійних органів мовлення (м'язів дихального, вокального та артикуляційного апаратів). Оскільки самі супровідні рухи не є визначальним симптомом, для виявлення причин напруження необхідно у цьому випадку провести додаткове дослідження особливостей виконання рухів руками, пальцями рук, головою тощо;
- дитина вдихає слабо і неглибоко. – Такий вдих притаманний дітям, ослабленим частими захворюваннями дихальної системи, дітям зі складними порушеннями іннервації периферійних органів мовлення та при наявності незрощень твердого і м'якого піднебіння та язичка. Таким чином, слабке і неглибоке дихання є наслідком впливу різних причин, для вивчення яких необхідно провести спеціальне дослідження периферійних органів мовлення, а також зібрати необхідні дані анамнезу;
- у дитини в процесі вдиху рот відкритий. Вона вдихає повітря частково через ніс, а частково через рот. – Така специфіка вдиху розвивається у дітей, які мають часті захворювання дихальних органів, а також у дітей, у яких є слабким тонус м'язів губ, а тому рот у них напіввідкритий;
- дитина вдихає повітря лише ротом. - Така специфіка вдиху розвивається у дітей, які мають такі захворювання дихальних органів (аденоїди, поліпи у носовій порожнині, риніти, гайморити, викривлення носової перегородки тощо), при яких носові ходи виявляються закритими. У випадках наявності тривалих, частих захворювань у дітей формується звичка дихати ротом і навіть після виздоровлення вона надовго може залишатися.

Аналіз якості виконання вправи для дослідження особливостей видиху:

- дитина впевнено, сильно, тривало, цілеспрямовано і плавно видихає повітряний струмінь через витягнуті вперед губи – така особливість виконання завдання вказує на сформованість повноцінного видиху, достатнього для утворення основних звуків мовлення;
- дитина слабо і нетривало, але цілеспрямовано і плавно видихає повітря через витягнуті вперед губи – така особливість виконання завдання притаманна дітям соматично ослабленим, ослабленим частими захворюваннями в області дихальної системи, дітям з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) з порушенням іннервації міжреберних чи діафрагмального м'язів;
- у дитини видих сильний, тривалий, проте недостатньо диференційований, що проявляється лише при виконанні вправи «ослик». В процесі почергової вимови нею звуків *i*, *a* на пальцях, прикладених до крил її носа, відчувається легка вібрація. Це вказує на те, що струмінь повітря в процесі мовлення частково проходить через ніс;
- у дитини видих слабкий, нетривалий, струмінь повітря частково проходить через ніс, а частково через рот – такі особливості видиху характерні для дітей з нескладними

порушеннями піднебінно-глоткового змикання. Причини наявності таких особливостей видиху можуть бути різними: порушення іннервації задньої частини язика, піднебінно-глоткової завіси (дизартрія); незрощення язичка, м'якого піднебіння (ринолалія) (струмінь повітря частково проходить через ніс, а частково через рот у цих дітей і до операції і після операції. Самостійно, без спеціального тренування, нові рухи на рівні язичка у таких дітей практично не формуються), аденоїди, поліпи (ринолалія) (після їх видалення залишається мала рухливість язичка, через що в процесі мовлення чи виконання діагностичних завдань на дослідження видиху струмінь повітря частково втікає через ніс, а частково через рот); - у дитини видих слабкий, нетривалий, струмінь повітря виходить через ніс - такі особливості видиху характерні для дітей зі складними порушеннями піднебінно-глоткового змикання. Причини їх наявності можуть бути різними: складні порушення іннервації задньої частини язика, піднебінно-глоткової завіси (дизартрія); значні незрощення язичка, м'якого і твердого піднебіння (ринолалія).

Список використаних джерел:

1. Алмазова О.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. Учеб. пособ. для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. - М.: Просвещение, 1973. - 150 с.
2. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период: Кн. Для логопеда. - М.: Просвещение, 1989. - 79 с.
3. Логопедия: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Дефектология" / Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова и др.; Под ред. Л.С. Волковой. - М.: Просвещение, 1989. - 528 с.
4. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. - 2-ге вид., доп. - К.: Освіта, 1992. - 176 с.
5. Поваляева М.А. Справочник логопеда. - Ростов-на-Дону: "Феникс", 2001. - 448 с.
6. Филичева Т.Б., Чевелёва Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. - М.: Просвещение, 1989. - 222 с.
7. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. I / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. - М.: Гуманит. изд. центр. ВЛАДОС, 1997. - 560 с.

2.3. ДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ КІНЕСТЕТИЧНОГО ТА КІНЕСТЕТИЧНОГО ПРАКСИСУ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

Наукові дослідження в галузі логопедії (М.А. Савченко, Є.Ф. Соботович та інших), нейропсихології (О.Л. Лурія, А.Л. Сиротюк, Е.Д. Хомская та інших) показують, що у розвитку та функціонуванні акту вимови провідну роль відіграє рухова система, яка формується за умови участі таких базових факторів, як кінестетичний, кінетичний та фактор довільної регуляції психічних процесів. На особливостях розвитку цих факторів та участі їх в акті вимови ми і зупинимось більше, оскільки вважаємо, що саме в межах цих факторів виникають порушення у значній частині дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією, що і обумовлює або ускладнює недорозвиток у них вимови фонем.

Нейропсихологічні дослідження О.Р. Лурії, Л.С. Цветкової, Є.Д. Хомської та інших показують, що відповідальною за кінестетичний фактор є значна частина тім'яної долі кори головного мозку, що інтегрує сигнали, які поступають від чутливих рецепторів, розташованих у шкірі, м'язах, сухожиллях, суглобах у різних частинах тіла. На базі кінестетичного фактору формується уявлення про власне тіло. Кінетичний фактор забезпечується клітинами як тім'яної, так і лобної долі кори головного мозку, за його участі здійснюється реалізація рухів різними частинами тіла з урахуванням інформації, прийнятої та

проаналізованої у центрах аналізу кінестезій. Таким чином, ці два фактори тісно пов'язані між собою, оскільки саме від кінестетичної чутливості залежить точність виконання кожного руху, з іншого боку - власне в процесі втримування поз та виконання рухів особливо активними стають кінестетичні відчуття. Поруч з цим відомо, що кінестетичний та кінестетичний фактори тісно пов'язані з тактильним модально-специфічним фактором, руховим аналізатором, завдяки роботі яких забезпечується реалізація довільних і недовільних рухів різними частинами тіла, та фактором довільної психічної регуляції, на основі якого відбувається засвоєння програм, виконання операцій та дій, що забезпечують реалізацію будь-якого акту чи процесу (від простого акту вимови чи написання слів до більш складного процесу програмування зв'язних висловлювань тощо).

ТАКТИЛЬНИЙ МОДАЛЬНО-СПЕЦИФІЧНИЙ ТА КІНЕСТИЧНИЙ ФАКТОР

Відомо, що кінестетична чутливість – це збірне поняття, яке включає шкірну та м'язево-суглобну чутливість. У свою чергу, шкірна кінестетична чутливість включає такі її види, як теплову, холодову, тактильну, больову та вібраційну (окремих видів чутливості, який визнається не усіма науковцями). Відомо, що перші чотири види чутливості забезпечуються спеціальними чотирма різними рецепторами, розташованими у шкірі, тоді коли вібраційна чутливість забезпечується усіма цими ж рецепторами. За м'язево-суглобну чутливість відповідають різні види рецепторів, розташованих у м'язах, сухожиллях та суглобах. Досліджено, що кількість рецепторів у різних частинах тіла різна. Найбільші їхні скупчення знаходяться в межах артикуляційного апарату (навколо рота, у язиці) та у кистях рук (особливо на долонях).

Аферентні подразнення, які ідуть від рецепторів шкіри та опорно-рухового апарату, проводяться по трьох типах волокон і поступають спочатку в задні роги спинного мозку, а потім у задні стовпи спинного мозку, продовгуватий мозок і в ядра, де закінчується перша частина шляху, який проводить сигнал, викликаний подразненнями. В ядрах починається другий нейрон шляху, який іде через продовгуватий мозок, перехрещуючись по середній лінії, варолієв міст, четверопагорбок до ядер зорового бугра (що входять у склад медіальної петлі). Волокна медіальної петлі закінчуються в ядрах зорового бугра, де знаходиться третій нейрон цього шляху. Таким чином, перший нейрон шляху знаходиться у спинальному ганглії, другий – у продовгуватому мозку, а третій – у зоні таламусу.

Наступний рівень (четвертий) кінестетичного аналізатора розташований у корі головного мозку вздовж Роландової Борозни (у 3-му первинному сенсорному полі кори, а також є припущення, що у 1-му і 2-му полях Бродмана) і примикає до первинного рухового поля (4-го первинного рухового поля). 3-є поле має чітку соматотопічну організацію. Величина зони представництва у цьому полі для кожного органу залежить від його функціональної значимості, а отже, такі органи, як язик, обличчя, кисті рук, стопи ніг представлені у цій області значно більше, ніж інші органи. Усі види чутливості аналізуються в одних і тих же відділах мозку в однаковій мірі і перекривають один одного. Незважаючи на те, що у більшій мірі представництво правої та лівої частин тіла знаходиться у півкулях мозку за асиметрією, в тому числі науковці вказують і на наявність прямих зв'язків. Відомо, що 3-є сенсорне поле працює у тісному зв'язку з 4-им моторним полем, становлячи з ним єдину систему. Відомим зображенням місця локалізації кінестетичного аналізу тактильно-кінестетичної інформації різних органів в 3-му полі головного мозку є «сенсорна людина» (за У. Пенфілдом, Г. Джасперсом).

Таким чином, порушення кінестетичних процесів можуть виникати на будь-якому з рівнів організації: на 1-му рівні (в області спинального ганглію); на 2-му рівні (в області продовгуватого мозку); на 3-му рівні (в області таламусу); на 4-му рівні (в області кори головного мозку). Безумовно, характер порушення кінестетичних процесів буде залежати від рівня, на якому виникло ураження, і від глибини, обсягу порушеної ділянки.

Для того, щоб зрозуміти зміст симптомів, які виникають при ураженні кожної ділянки на кожному з рівнів організації кінестетичної функції, зупинимося на їхньому призначенні. Зокрема, функцією ланок які проходять на рівні спинального ганглію та продовгуватого мозку, є перенос різного роду чутливої інформації, яка поступає від периферійних рецепторів. Функції кіркової та таламічної ланки - забезпечення відчуття точності локалізації дотику у різних частинах тіла, розрізнення відчуттів за силою впливу, гальмування афективного компоненту відчуттів, а також функцією кіркової ланки є сигнальне позначення кінестетичних відчуттів.

Узагальнення даних, зібраних при аналізі наукових джерел, також показує, що порушення на рівні спинного ганглію та продовгуватого мозку характеризуватимуться порушенням чутливості у різних ділянках тіла. При наявності порушень на рівні таламусу будуть труднощі з визначенням точності локалізації дотику, сили його впливу, а інколи виникатимуть афективні реакції при дотику. При ураженнях нижніх передніх ділянок тім'яної долі (які примикають до лобної долі кори головного мозку) виникатимуть труднощі при визначенні дрібних деталей предметів, їхніх фактурних ознак тощо. При ураженні задніх нижніх ділянок кори тім'яної долі виникатимуть труднощі при розпізнаванні об'єктів на дотик, хоча при цьому окремі ознаки об'єктів розпізнаватимуться і відчуватимуться. При ураженні верхніх відділів тім'яної долі кори головного мозку виникатимуть симптоми порушення схеми тіла. Такі дані були зібрані при дослідженні дорослих з локальними ураженнями кори головного мозку.

Даних про те, як порушення кінестетичних процесів проявляються у дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією, а тим більше - як вони розпізнаються, недостатньо, а якщо і є (Б.М. Гріншпун, В.В. Тарасун та інші) то вони, на нашу думку, недостатньо повні. Відомо, що при порушенні кінестетичних процесів у дітей найчастіше виникають заміни в мовленні одних фонем іншими - подібними за звучанням, але протилежними за артикуляцією. Така картина характерна для дітей з локальним недорозвитком чи порушенням діяльності тім'яних відділів кори головного мозку. Незрозумілими залишаються випадки, коли порушення кінестетичних процесів виникають при ураженні провідної ланки мовленнєвого апарату, особливо ствольних структур, чим різниться симптоматика правосторонніх та лівосторонніх уражень тім'яної долі кори головного мозку, диференціація випадків, коли порушення проявляються у стертій формі, та ряд інших питань. Мозок у дітей пластичний і функції у них лише формуються, а тому інколи клінічна картина, виявлена у дітей при дослідженнях за допомогою енцефалограми, томограми, не завжди прямо співвідноситься з психологічними симптомами. Крім цього, як ми знаємо завдяки дослідженням Л.С. Виготського та інших науковців, у дітей в процесі розвитку формується змішана симптоматика, яка включає первинний дефект та вторинні розлади, які ще теж потребують подальшого вивчення.

Таким чином, завданням нашого дослідження було визначити групу дітей, у яких порушення вимови фонем обумовлене недорозвитком кінестетичних процесів без супровідних паралічів і парезів в області артикуляційного апарату та кистей рук, а також визначити спільні та відмінні особливості їхнього недорозвитку, вплив порушень цих процесів на виникнення недоліків вимови фонем.

У нейропсихології для дослідження кінестетичних процесів використовують такий інструментарій, як нейропсихологічні проби і тести, за допомогою яких можна виявити особливості функціонування тактильного модально-специфічного та кінестетичного фактору на різних рівнях їхньої організації. Симптоми ж, які виявляються в процесі виконання проб, нами розглядалися як прояви порушення цих психічних процесів, до яких відносять кінестетичне відчуття (кінестетичну чутливість, кінестезію), кінестетичне сприймання та кінестетичний праксис. Нами також було зроблене припущення, що оскільки кінестетичний праксис у серії названих психічних процесів найскладніший, а розвиток у будь-якої дитини

психічних функцій та процесів відбувається знизу вгору (від простішого до складнішого), то порушення усіх простіших будуть виявлятися при дослідженні складніших у вигляді різних симптомів. Таким чином, *кінестетичне відчуття нами було розглянуте як психічний процес, який відображає шкірну та м'язево-суглобну чутливість, що виникає у людини і при дотику, і в процесі утримування нею позицій та виконання рухів.* Під кінестетичним сприйманням ми розуміли процес інтеграції відчуттів, який виникає при утримуванні дитиною позицій, рухів та забезпечує цілісне уявлення про ту чи іншу позицію в той чи інший момент руху. Під кінестетичним праксисом ми розуміли психічний процес, який забезпечує точність виконання рухів з опорою на кінестетичні відчуття та сприймання.

Для дослідження було вибрано два тести. Перший - для вивчення пальцевого гнозису - був взятий з традиційної методики Лурія О.Р., використовуваної для дослідження хворих з афазіями. Проби, представлені в тесті, були багато разів апробовані при дослідженні дітей дошкільного та молодшого шкільного віку В.М. Астаповим, А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк, Л.С. Цветковою та іншими. Дослідження, проведене нами серед дошкільнят, показало, що в нормі уже у чотирирічному віці діти виконують ці проби без помилок за умови, що запропоновані позиції для пальців рук вони чітко уявляють. А тому перед тим, як пропонувати їм відтворювати позиції за тактильним зразком, попередньо ми знайомили дітей з позиціями, пропонуючи їх виконати за візуальним зразком. Також проведене нами дослідження кінестетичного праксису молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення виявило, що ця категорія дітей ще і до кінця другого класу може відчувати окремі труднощі при виконанні цих завдань. Таким чином, запропоновані проби можна використовувати для виявлення рівня сформованості кінестетичного праксису у дітей як дошкільного віку, так і молодшої школи.

Другий тест для вивчення орального кінестетичного праксису нами було взято з традиційних логопедичних методик. Завдання були апробовані багатьма науковцями (М.А. Савченко, А.Л. Сиротюк та іншими) та практичними логопедами при дослідженні дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку. Проведене нами теоретичне та практичне дослідження показало, що в нормі діти чотирьох років відтворюють запропоновані артикуляційні позиції з опорою на кінестетичне відчуття правильно за умови, що чітко уявляють цю позицію. А тому попередньо ми знайомили усіх дітей з артикуляційними позиціями, пропонуючи їм відтворити їх, спостерігаючи за власними органами артикуляції в дзеркалі.

КІНЕТИЧНИЙ ФАКТОР ТА ФАКТОР ДОВІЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ РУХІВ

Аналіз наукових джерел з фізіології (Н.А. Бернштейн, І.П. Павлов, І.М. Сеченов та інші) та нейропсихології (В.М. Астапов, О.Р. Лурія, А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк, Є.Д. Хомская та інших) показав, що кінетичний фактор та фактор довільної регуляції рухів необхідно розглядати в рамках єдиної складної ієрархічно побудованої системи, яка включає (за Н.А. Бернштейном) п'ять рівнів регуляції рухів: рубро-спинальний, таламо-паллідарний, пірамідно-спинальний, тім'яно-премоторний, кірково-символічний. Кожен рівень характеризується різного роду ведучими аферентаціями і власним набором рухів. Усі вони об'єднують довільні і недовільні рухи в єдину систему. Перший і другий рівні відповідальні за виконання недовільних рухів і забезпечують розвиток кінетичного фактору (рухи гладкої мускулатури при ковтанні їжі, випорожненні, рефлекторному відсмикуванні руки при дотику до гарячого, автоматизми тощо), а третій, четвертий та п'ятий рівень забезпечують регуляцію довільних рухових актів (наприклад: ходу, біг, написання букв, слів, вимову слів різного рівня складності тощо), а саме - такого психічного процесу як кінетичний праксис. Відомо, що ураження кожного з перерахованих рівнів веде до порушення виконання рухів різної складності. Зокрема, значні порушення рубро-спинальної та таламо-пірамідної частини моторного шляху ведуть до порушення виконання і довільних, і недовільних рухів, часткові

незначні порушення на цьому рівні ведуть до порушень недовільних рухів при відносній здатності виконувати рухи на довільному рівні (спорідненими можна вважати симптоми, описані в логопедії при бульбарній формі дизартрії). При порушенні пірамідно-спинального рівня організації рухової активності спостерігаються труднощі виконання рухів на довільному рівні при збереженій здатності виконання рухів на недовільному рівні (в логопедії описані подібні симптоми при псевдобульбарній, мозочковій та стертій формах дизартрії). Порушення тім'яно-премоторного рівня ведуть до виникнення різних форм апраксій – порушень виконання дій при збереженості елементарної кінетичної функції (порушення функції виконання руху без паралічів і парезів). В логопедії описані подібні симптоми при моторній формі алалії, складній дислалії та ринолалії при наявності у цих дітей загального недорозвитку мовлення.

На сучасному етапі описані чотири форми апраксій – кінестетична, просторова, кінетична (динамічна) та регуляторна. Кінестетична форма апраксії – порушення утримування позицій та виконання рухів з опорою на кінестетичні відчуття та сприймання без візуального контролю, обумовлене ураженням нижніх відділів постцентральної області нижніх півкуль. Просторова апраксія – порушення виконання просторово орієнтованих рухів без і з опорою на візуальний контроль, обумовлене ураженням тім'яно-потиличних відділів кори головного мозку. Кінетична (динамічна) апраксія – порушення втримування послідовності при виконанні рухів, тимчасової організації рухових актів у чітко вираженій послідовності, обумовлена ураженням нижніх відділів премоторної області, яка знаходиться у лобній долі кори головного мозку. Регуляторна (префронтальна) апраксія – порушення програмування рухів, контролю за їхнім виконанням, яке проявляється у вигляді заміни запропонованих для виконання рухів шаблонами та стереотипними уже знайомими рухами, обумовлена ураженням префронтальних областей (що у лобній долі) кори головного мозку домінантної півкулі.

Оскільки на симптомах, які характеризують порушення праксису, перших двох типів ми уже зупинилися, то доцільно сконцентруватися лише на тих симптомах, які будуть вказувати на два наступні типи порушення. Визначено, що порушення праксису кінетичного типу та регуляторного типу проявляються у вигляді комплексів симптомів: 1) повільне включення в завдання (при наданні значнішої кількості уроків допомоги); 2) втрата програми при виконанні серії рухів (відхід від запропонованого зразка); 3) легкість виникнення стереотипних рухів, від яких важко відволіктися; 4) спрощення складних серій рухів; 5) відсутність компенсуючого ефекту від підключення мовлення для виконання серій рухів.

Для діагностики кінетичного праксису у дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією на рівні пальців рук нами було використано тест «кулак – ребро – долоня». Дослідження, проведені А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк та інших показують, що в нормі діти п'яти років виконують його без помилок в середньому темпі. Для вивчення цього ж психічного процесу на рівні органів артикуляції нами було використано ряд проб, які передбачали переключення з однієї артикуляційної позиції на іншу. Згідно дослідження, проведеного тими ж науковцями, такі завдання в нормі виконують діти уже у віці п'яти років без помилок. В результаті аналізу наукових джерел (Соботович Є.Ф., Тарасун В.В. та інших) визначено, що достатній рівень сформованості за цим фактором визначає готовність дитини до відтворення простих та складних за складовою структурою слів, до цілісного, рукописного написання букв, складів і слів. Отже, ми виходили у своєму дослідженні з припущення, що недорозвиток кінетичного праксису викликатиме труднощі при відтворенні слів у вигляді їхнього перекручування, перестановки складів у словах, спрощення їхньої вимови. Специфіка порушення цього психічного процесу буде залежати від рівня недорозвитку у дітей ланки кінетичного фактору та фактору довільної регуляції руху, що відобразатиметься у характері

помилки, які будуть допускати діти в процесі виконання завдання та місці їхнього виникнення (пальці рук, органи артикуляції).

1. Тест для вивчення рівня сформованості у дітей кінестетичного пальцевого праксису (включає три проби).

Особливості виконання тесту. Дитині пропонують відтворювати по черзі кожен з трьох запропонованих позицій пальцями рук спочатку за зоровим зразком. Таким чином, знайомлять їх з усіма позиціями, які потім будуть пропонувати впізнати за тактильним зразком. А потім пропонують відтворити по черзі позиції за тактильним зразком.

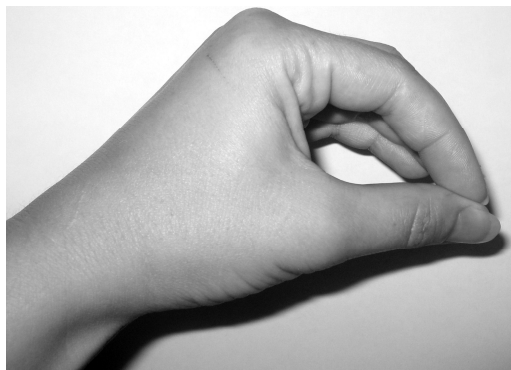
- 1) з'єднати 1 і 2 палець в кільце (Мал. 1);
- 2) пальці стиснуті в кулак, 2 і 3 витягнуті (Мал. 2);
- 3) пальці стиснуті в кулак, 2 і 5 витягнуті (Мал. 3).

Зокрема, дитині пропонують закрити очі, а тоді експериментатор складає її пальці рук у певну позицію, пропонує дитині запам'ятати її, а потім знімає, випрямляючи усі пальці. Тоді дитині пропонують відкрити очі і відтворити позицію пальцями на тій руці, на якій вона була попередньо складена експериментатором. Таким чином, дитина повинна відтворити усі три проби спочатку правою, а потім лівою рукою.

Інструкція: Ти зараз закриєш очі, а я складу з твоїх пальців фігурку. Запам'ятай її і коли відкриєш очі, складеш таку саму.

Допомога. Допомога надається дитині тоді, коли вона неправильно утворює позицію або взагалі її не утворює. Експериментатор вказує дитині, що вибрана нею позиція неправильна і ще раз демонструє правильну позицію на пальцях руки дитини при її закритих очах.

Допомогу можна надавати дитині до трьох разів.



Мал. 1.



Мал. 2.



Мал. 3.

2. Тест для вивчення рівня сформованості у дітей кінестетичного орального праксису.

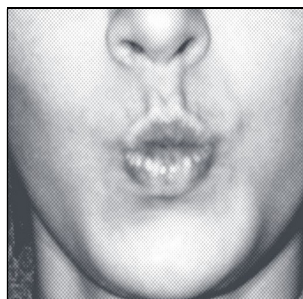
Особливості виконання тесту. Дитині пропонують утворити позиції органами артикуляції: губами – «усмішка» (мал. 6), «оскал» (мал. 5), «трубочка» (мал. 4); язиком – «лопата» (мал.7), «чашечка» (мал. 8), «голючка» (мал. 9). Дитині пропонують відтворювати по черзі кожен позицію органами артикуляції спочатку за зоровим зразком. Таким чином, знайомлять дітей з усіма позиціями, які потім будуть пропонувати впізнати за тактильним зразком. А потім пропонують відтворити по черзі позиції за тактильним зразком.

Проби дитині пропонують виконувати за зразком поданим експериментатором спочатку перед дзеркалом, а потім без нього, опираючись на свої тактильні відчуття.

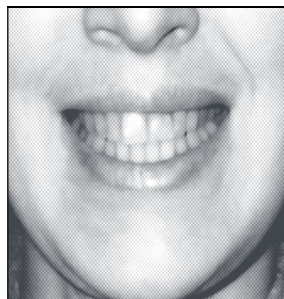
Оцінка якості виконання завдань здійснюється лише тоді, коли дитина починає виконувати завдання з опорою на власні тактильні відчуття.

Інструкція. Утвори губами та язиком такі позиції, які буду показувати я.

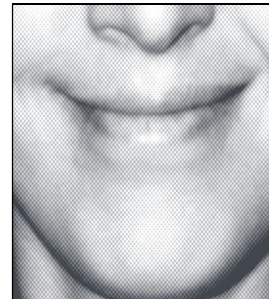
Допомога. Допомога надається дитині тоді, коли вона неправильно утворює позицію або взагалі її не утворює. Експериментатор вказує дитині, що вибрана нею позиція неправильна, і ще раз демонструє правильну позицію органами артикуляції.



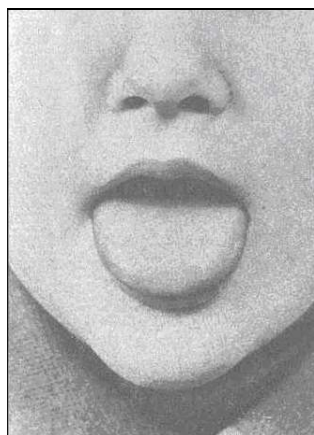
Мал. 4.



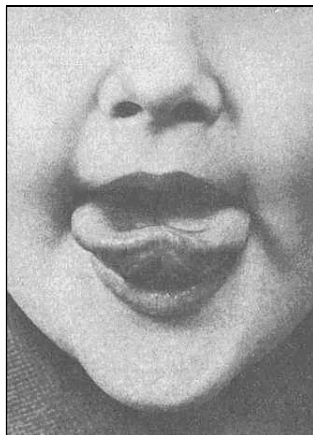
Мал. 5.



Мал. 6.



Мал. 7.



Мал. 8.



Мал. 9.

3. Тест для вивчення рівня сформованості у дітей кінетичного пальцевого праксису.

Особливості виконання тесту. Дитині пропонують у середньому темпі змінювати три позиції кисті руки:

- 1) вдарити кулаком по столу (мал. 10);
- 2) вдарити ребром долоні по столу (мал. 11);
- 3) вдарити долонею з випрямленими пальцями по столу (мал. 12).

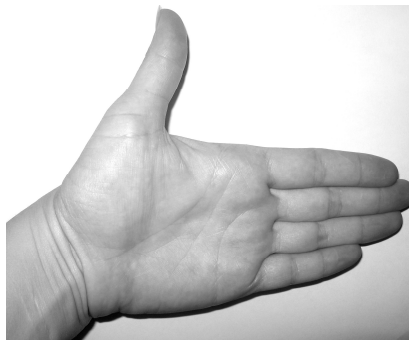
Завдання пропонують виконати три рази підряд, плавно переключаючись з однієї позиції на іншу спочатку правою, а потім лівою рукою. Зразок виконання завдання демонструє дорослий в повільному темпі при наслідуванні рухів дитиною до двох разів. Після чого пропонує виконати завдання дитині самостійно уже в потрібному темпі.

Інструкція. Подивися уважно: я буду послідовно три рази підряд змінювати три позиції кистю руки, а ти повторюй за мною. А тепер самостійно відтвори по черзі ці три позиції три рази підряд, але швидше.

Допомога. Допомога надається дитині тоді, коли вона неправильно виконала завдання або не виконала його взагалі у вигляді повторної демонстрації експериментатором трьох рухів кистю руки три рази підряд у потрібному темпі. Допомога може надаватися дитині до трьох разів.



Мал. 10.



Мал. 11.



Мал. 12.

4. Тест для вивчення рівня сформованості у дітей кінетичного орального праксису.

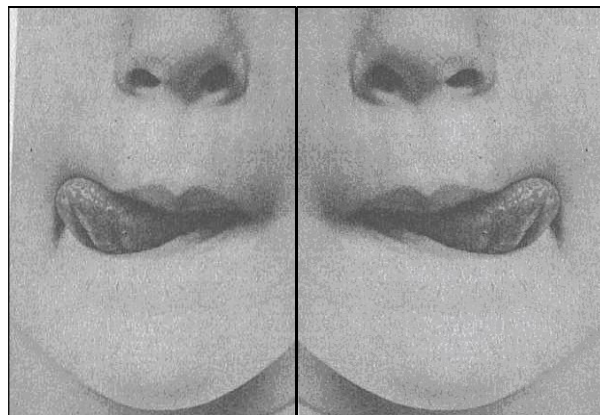
Особливості виконання тесту. Дитині пропонують виконувати у середньому темпі динамічні переключення з однієї позиції на іншу губами та язиком три рази підряд: «посмішка» – «трубочка» (мал. 13); гострим кінчиком язика доторкнутися до правого кутика губи, а потім до лівого кутика губи (мал. 14); широкий язик опустити на нижню губу, а потім підняти і покласти на верхню губу (мал. 15). Завдання потрібно виконувати з дитиною перед дзеркалом.

Інструкція. Виконай губами та язиком перед дзеркалом вправи. Кожну вправу ти повинен виконати три рази підряд – повільно, так як покажу я.

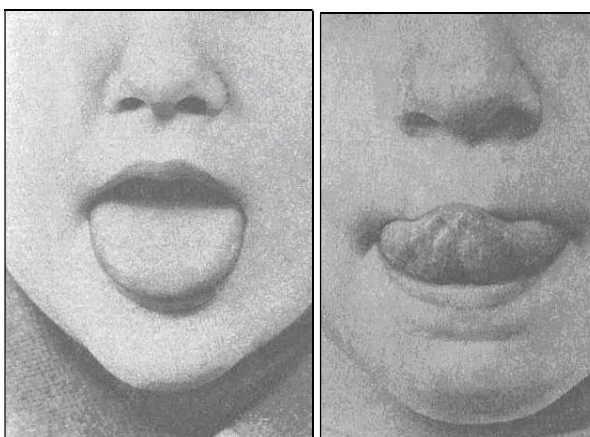
Допомога. надається дитині тоді, коли вона неправильно виконала завдання або не виконала його взагалі у вигляді повторної демонстрації експериментатором вправ для губ, язика три рази підряд у потрібному темпі. Допомога може надаватися дитині до трьох разів.



Мал. 13



Мал. 14



Мал. 15

Результати особливостей виконання дітьми проб для діагностики стану сформованості кінетичного та кінестетичного видів праксису фіксуються у мовленнєвих картках, зразки яких представлено у додатках 5, 6.

Аналіз якості виконання вправ для дослідження кінестетичного праксису.

Проведене нами дослідження показало, що діти в нормі виконують запропоновані завдання для дослідження кінестетичного праксису на рівні пальців рук та на рівні органів артикуляції без помилок відразу після першої демонстрації зразка уже у віці чотири роки за умови, що вони ці позиції уже попередньо утворювали з опорою на зоровий зразок і їх уявляють.

Результати аналізу матеріалів проведеного нами дослідження показали, що у частини дітей дошкільного та молодшого шкільного віку незначний недорозвиток кінестетичного праксису на рівні пальців рук виявляється навіть тоді, коли вимова звуків у них сформована на достатньому рівні. В анамнезі у частини з цих дітей можна виявити такі особливості, як наявність у них порушень вимови фонем, які попередньо були виправлені логопедом і уже введені у зв'язне мовлення. У іншій частині дітей, у яких не було виявлено порушень вимови фонем, але спостерігався незначний недорозвиток кінестетичного праксису, паралельно визначено недорозвиток зорово-просторового сприймання. Зокрема, ті позиції, які вони неправильно відтворювали з опорою на кінестетичне відчуття, так само були ними неправильно утворені і за зоровим зразком (дітям пропонували подивитися на фігурки, утворені логопедом пальцями, і утворити такі ж на своїх руках). Аналіз таких особливостей виконання тестів для дослідження кінестетичного праксису цими дітьми дозволив нам прийти до таких висновків: а) діти дошкільного віку навіть в нормі чітко і точно відтворюють за кінестетичним зразком позиції лише тоді, коли чітко уявляють їх, а тому попередньо потрібно їм запропонувати виконати їх з опорою на зоровий зразок (артикуляційні позиції - перед дзеркалом, а позиції пальцями рук - дивлячись на власні руки і співставляючи утворені позиції із зразком), а потім на кінестетичний; б) при наявності у дітей недорозвитку зорово-просторового сприймання у дітей формується недостатньо чітке уявлення про позицію, а тому і за кінестетичним зразком вони формують позиції такі ж неточні. У цієї категорії дітей порушення вимови фонем спостерігаються не завжди, хоча можливі. Якщо супровідно у дітей спостерігається недорозвиток зорово-просторової пам'яті, то у них повільно формується уявлення про артикуляцію звука, а тому формування правильної вимови фонем запізнюється у своєму розвитку. Після постановки фонем повільно входять у зв'язне мовлення. У дітей можуть спостерігатися їхні пропуски в мовленні, заміни на протилежні за артикуляцією; в) не у всіх дітей після логопедичної корекції порушень вимови фонем компенсується повністю недорозвиток кінестетичного праксису. Очевидно, для його

подолання потрібно проводити з дитиною роботу за окремою програмою або уже в самі логопедичні заняття включати спеціальні завдання для розвитку порушених кінестезій. Нами було виявлено, що при корекції недоліків вимови фонем у дітей формується чітке уявлення про їхню артикуляцію і на цій підставі формується чітке розрізнення звуків мовлення між собою навіть тоді, коли недоліки кінстетичного праксису залишаються, проте у них можуть залишатися паралельно з цим недорозвитком графо-моторні труднощі, а також труднощі при орієнтуванні на листку паперу в зошиті чи труднощі пригадування форм символів та схем, а також труднощі контролю правильного написання букв у словах при правильній їх вимові тощо. Тобто і в подальшому у дітей буде виявлятися ряд труднощів при засвоєнні певного роду інформації.

Нами також було виявлено групу дітей, у яких недорозвиток кінстетичного праксису спостерігався лише на рівні язика або язика і губ. Вони неточно відтворювали позиції язиком, зокрема: при виконанні позиції «чашечка» гострий кінчик язика у них піднімався вгору, а бокові краї не піднімалися; при виконанні позиції «лопата» язик то витягували вперед, то ховали назад у ротову порожнину; при виконанні позиції «голочка» язик залишався широким або скручувався в трубочку тощо. Наслідком такого недорозвитку у дітей є порушення вимови фонем найтяжчих за артикуляцією: -с-, -з-, -ц-, -дз-, -ш-, -ж-, -ч-, -дж-, -р-, -л-, у рідкісних випадках -к-, -г-. При цьому сприймання і розрізнення фонем у цих дітей частіше було достатнім за рівнем розвитку. При тривалішій корекції недоліків вимови фонем у цих дітей автоматизація і введення їх в мовлення здійснювалися швидше. Аналіз причин виникнення порушень вимови фонем вказує на наявність у цих дітей стертої форми дизартрії.

Наступна група – діти, у яких більш виражений або менш виражений недорозвиток кінстетичного праксису виявлявся лише на рівні пальців рук. Вони неточно відтворювали позиції за тактильним зразком. Зокрема, найбільші труднощі у цих дітей виникали при відтворенні позиції «коза» (у другому тесті третя позиція), діти загинали мізинець і безіменний палець та витягували середній, вказівний і великий палець або перебирали пальцями, не могли зупинитися на правильному варіанті. Помилки у вигляді неточності відтворення позицій та у вигляді перебирання пальців у них спостерігалися і при відтворенні інших позицій. У цих дітей поруч з недорозвитком вимови фонем спостерігалось порушення уявлення про артикуляцію фонем та у зв'язку з цим труднощі при їхній диференціації. При тому, що недоліки вимови фонем у них швидко ставляться, тривалішим виявляється введення їх в мовлення. Аналіз причин виникнення у цих дітей порушень вимови фонем та особливостей у них мовлення показує на наявність фонетико-фонематичного недорозвитку, нерізко вираженого загального недорозвитку мовлення при дислалії, інколи при ринолалії, а то і загального недорозвитку мовлення III рівня при складній дислалії.

І ще у одній групі дітей було виявлено при обстеженні недорозвиток кінстетичного праксису і на рівні органів артикуляції, і на рівні пальців рук. Паралельно з труднощами утворення артикуляційних позицій у них також було виявлено незначні труднощі при переключенні з однієї артикуляції на іншу, а також великі паузи між рухами пальцями рук при виконанні тесту «кулак-ребро-долоня». В мовленні у них спостерігалось поліморфне порушення вимови фонем, а також, паралельно, труднощі при їхній диференціації. У переважній більшості цих дітей порушення мовлення виявлялось більш глибоко, не лише у вигляді недорозвитку фонетичного боку мовлення, але й незначного недорозвитку лексичного та граматичного боку мовлення (нерізко вираженого загального недорозвитку мовлення або III рівня загального недорозвитку мовлення при дизартрії або при ринолалії, обумовленій незрощенням твердого, м'якого піднебіння, ускладненій стертою дизартрією).

Аналіз якості виконання вправ для дослідження кінстетичного праксису.

При дослідженні кінстетичного праксису за допомогою проб, які передбачали переключення з однієї позиції на іншу органами артикуляції та пальцями рук, було виявлено,

що в нормі діти дошкільного віку, починаючи з чотирьох років, успішно виконують їх у середньому темпі.

Нами було виявлено незначний недорозвиток, який проявлявся у вигляді труднощів втримування програми виконання рухів до кінця завдання (діти, третій раз переключаючись з кулака на ребро руки, а потім на долоню, пропускали одну з позицій або змінювали їхню послідовність) у дітей з діагнозом «гіперактивність».

Труднощі у вигляді пауз між окремими рухами або повільного темпу виконання пальцевих проб спостерігалися у дітей з первинним значнішим недорозвитком кінестетичного праксису (при дислалії). У таких дітей в мовленні паралельно з порушенням вимови фонем виявлялися окремі перестановки звуків у словах, спрощення їхньої вимови, наприклад: таксі – таскі, пшеничка – шпеничка тощо. Це вказує на те, що складніші порушення кінестетичного праксису у цих дітей викликають неточності при формуванні моторних кінетичних програм або сповільнюють темп їхнього засвоєння.

Труднощі у вигляді відсутності переключення кінчика язика знизу вгору було виявлено у дітей зі стертою формою дизартрії, при цьому переключення кінчика язика справа наліво і зліва направо та переключення в області губ з трубочки на посмішку і навпаки було достатньо чітким і правильним. В мовленні у цих дітей паралельно з неправильною вимовою окремих тяжких за артикуляцією фонем спостерігалися пропуски звуків при складних збігах приголосних або спрощена вимова складних за артикуляцією слів.

Нами також було виявлено групу дітей зі складною дислалією, у яких спостерігалися стійкі труднощі при переключенні з однієї позиції на іншу у вигляді стійких пропусків однієї з поз, наприклад: кулак-долоня (пропущеною була позиція «ребро»); кулак-ребро (пропущеною була позиція «долоня»). Або застрягання на одному з рухів, найчастіше ритмічне постукування кулаком або долонею по столу. При наявності таких особливостей виконання проб для пальців рук в мовленні у дітей при відносно непоганій звуковимові спостерігалися труднощі у вигляді перекручення слів – перестановки складів у словах, опускання окремих складів або добавлення зайвих складів у слова.

Таким чином, нами було виявлено, що наслідком порушення кінестетичного праксису у дітей завжди є недорозвиток вимови звуків мовлення, недорозвиток уявлення про артикуляцію окремих фонем. При значніших порушеннях кінестетичного праксису у дітей виникають відхилення у розвитку кінетичного праксису, що обумовлює труднощі при відтворенні слів у вигляді спрощення їхньої вимови: опускання складнішого за артикуляцією звука; перестановки звуків, складів у словах при тому, що кількість складів у словах правильна.

При порушенні кінетичного праксису у дітей порушення вимови окремих звуків мовлення спостерігалися не завжди, а лише при значніших ураженнях цього психічного процесу. Виявлено більшою мірою сповільнений темп розвитку вимови фонем (в нормі - до чотирьох років, а при порушеннях кінетичного праксису – до шести-семи років). Найбільш виражено у цих дітей порушена складова структура слів у вигляді перестановки складів, опускання окремих складів або добавлення зайвих складів.

Список використаних джерел:

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384 с.
2. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. пособие для высш. Учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.
3. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем. – 3-є видання, доповнене. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2007. – 160 с.

4. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. – М.: ТЦ Сфера, 2003. – 288 с.
5. Соботович Є.Ф. Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку / Теорія і практика сучасної логопедії: Збірник наукових праць: Вип. 1 – К. Актуальна освіта, 2004. – С. 7-35.
6. Нейропсихологія: Учебник для вузов. 3-е изд. / Е.Д. Хомская. – СПб.: Питер, 2003. – 496 с.

2.4. ДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ФОНЕМАТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ З ДИСЛАЛІЄЮ, РИНОЛАЛІЄЮ ТА ДИЗАРТРІЄЮ

Дослідження в галузі дефектології (Р.М. Боскис, Е.М. Гопіченко, Б.М. Гріншпун, Е.А. Данілавічюте, Г.А. Каше, В.К. Орфінская, Л.Г. Парамонова, М.А. Савченко, Є.Ф. Соботович, В.В. Тарасу, В.В. Тищенко та інших) показують, що порушення фонематичного слуху може спостерігатися у дітей з порушеннями мовлення різного генезу та різного рівня складності. Зокрема, у дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією вони найчастіше проявляються у стертому вигляді і обумовлюють не лише виникнення порушень вимови фонем, але й труднощі розвитку фонематичного контролю та фонематичного аналізу і синтезу.

Метою цього етапу нашого дослідження було виявлення основних закономірностей розвитку фонематичних процесів у дітей і на цій підставі формування діагностичного інструментарію, який дозволив би визначити наявність їх порушень при дислалії, ринолалії та дизартрії. А також вивчення та встановлення зв'язку між характером порушення у молодших школярів і старших дошкільників фонематичних процесів та особливостями розвитку у них фонетичного боку мовлення, а також специфіки розвитку у них функції контролю.

Відомо, що функціональним призначенням слухової системи є сприймання і диференціація звукових подразників, а також слухова орієнтація у просторі. Термінологічно-понятійний словник зі спеціальної педагогіки характеризує звук як *коливальний рух частин пружного середовища, що розповсюджується у вигляді хвиль та сприймається органами слуху*. Звук має чотири основні фізичні параметри: частоту (фізіологічна якість якої – висота звука); інтенсивність (фізіологічна якість – гучність звучання); довжину звукової хвилі (фізіологічна якість – тривалість звучання); звуковий спектр (фізіологічна якість – тембр звука). Людське вухо сприймає звуки у широкому діапазоні частотністю від 16-20 Гц до 16000 - 20000 Гц. Також виявлено зону максимальної чутливості слухового аналізатора до певних частот, які знаходяться у діапазоні від 1000 до 3000 Гц. Виявлено, що саме в межах цього діапазону звучать більшість звуків мовлення.

Таким чином, вагомою складовою процесу оволодіння мовою є засвоєння звукових образів мовних знаків: фонем, сукупностей фонем, з яких складаються слова, та їхньої послідовності.

Фонема – це найменша одиниця мовлення. Вона являє собою, як вказує ряд авторів (Ф.М. Березін, Б.Н. Головін, Є.Ф. Соботович, В.В. Тищенко та інші), узагальнений звукотип, який включає певну суму постійних інваріантних або корисних ознак. Кожна мова має свою кількість узагальнених звукотипів (фонем). В українській мові їх 38: 6 голосних і 32 приголосні. Відомо також, що в мовленні фонема реалізується в алофонах – тобто у різноманітних варіантах, наближених до її звучання, які мають звуковий спектр, що залежить від місця знаходження фонем у слові, звуків, які стоять поруч з даною фонемою, індивідуального тембру голосу того, хто говорить, чіткості її артикулювання.

Ряд дослідників (Є.Н. Вінарська, І.П. Павлов, Н.А. Бернштейн та інші) вказували, що перші звуки мовлення дитина сприймає у стані емоційного збудження. Вони також виявили, що вагому роль у сприйманні перших звуків мовлення відіграє кінестетична чутливість. А

са́ме, поті́к кінестетичних і тактильно-кінестетичних подразнень від м'язів органів артикуляції і від їхніх слизових оболонок поступає в центральну нервову систему на певний мікроінтервал швидше, ніж відповідні аутослухові та аутозорові подразники, що і закладає, як вказує І.П. Павлов, базальний компонент мовлення. Ті звукокомплекси, сприйняті з зовнішнього середовища, тактильно-кінестетичних еквівалентів яких у немовлят немає, вони правильно чути не можуть. Ті ж еквіваленти, які в них є, не тільки правильно сприймаються, але й правильно відтворюються ними за наслідуванням. Визначено, що основні голосні звуки (а, е, о, у) дитина починає відтворювати, а отже, виділяти і сприймати з мовлення оточуючих уже у віці 4-6 місяців.

Наступний етап розвитку дитини (5-6 – 9-10 місяців) характеризується продовженням удосконалення звуковимови і фонематичного розрізнення звуків; формуванням вміння передавати і розрізнити інтонаційно-мелодичне забарвлення мовлення і, таким чином, зосереджуватися на смислових компонентах мовлення; а також розвитком вміння виділяти і відображати акцентовані та неакцентовані ритми мовлення, що готує дитину до виділення зі зв'язного потоку мовлення значимих одиниць (морфем і слів). У віці 9-10 – 12-14 місяців у дітей формується синтетичне (цілісне) сприймання значимих одиниць мовлення в єдності, яка включає акустичний образ, артикуляційну форму, інтонаційно-мелодійне оформлення та смисл. Така інтеграція усіх компонентів мовлення дозволяє дітям цього віку підготувати ґрунт для якісно нового рівня аналізу мовлення оточуючих людей. На цій підставі діти починають виділяти з потоку зв'язного мовлення оточуючих людей окремі смислові компоненти і усвідомлювати їх в цілісності з конкретними вербальними формами.

Завдяки механізму, який поступово удосконалюється, у дітей віком 12-14 – 18-20 місяців формується вміння виділяти та відтворювати різні за обсягом синтагми (за визначенням Л.В. Щерби, синтагма – це найменший відрізок мовлення, який ми можемо виділити, не порушуючи його, і який у певному контексті чи ситуації відповідає єдиному поняттю). Виділення синтагм дитиною у цей період розвитку відбувається завдяки емоційній оцінці ними компонентів комунікативно-пізнавальної ситуації, зосередженні уваги на акцентах, якими виділяє дорослий окремі одиниці мовлення, та інтонаційно-мелодичному оформленні зв'язних висловлювань, а також, завдяки особливо інтенсивній участі у цьому процесі слухо-моторної координації та фонематичного сприймання. У цей період також дітьми починає активно здійснюватися виділення окремих фонем та закріплення їхньої артикуляційно доступної вимови ізольовано і в словах.

Як зазначають Є.Ф. Соботович, В.В. Тищенко, в нормі уже у віці 2-ох років у дітей фонематичне сприймання є практично сформованим, що дозволяє їм чітко розпізнавати навіть слова, які різняться у вимові лише однією фонемою. Проте в усному мовленні правильна вимова звуків мовлення фіксується до 4-5 років. У період з 2 до 4-5 років як вказують В.І. Бельтюков, Є.Ф. Соботович, ще спостерігається функціональний дисбаланс між слухо-мовленнєвим та рухо-мовленнєвим аналізаторами. В процесі гармонізації діяльності цих двох аналізаторів, а також в міру розвитку у дітей таких психічних процесів, як слухова увага, пам'ять, мислення поетапно до 4-5 років формується важлива дія контролю, яка забезпечує в першу чергу введення дітьми звуків у зв'язне мовлення, а у подальшому, безперервне удосконалення, точність вимови слів, фраз тощо. Починаючи з 4-ьох років, як вказує Є.Ф. Соботович, дитина виявляється готовою до формування фонематичного аналізу, що забезпечує почергове визначення фонемного складу слова. Проте, як виявлено в результаті аналізу досліджень ряду науковців (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк, В.В.Тищенко та інші), цей психічний процес достатньо складний і розглядається як одна з розумових операцій, один з видів мовного аналізу, в першу чергу розвиток якого пов'язаний з розвитком мислення. У зв'язку з цим, його дозрівання є

тривалим і, за даними ряду авторів (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк та інших), в середньому закінчується до 7-ми років.

Аналіз специфіки розвитку фонематичних процесів у дітей виявив їхню складну та ієрархічну побудову, а також недосконалість символічної системи опису цих психічних процесів, яка поєднує між собою загальну психологічну та психолінгвістичну термінологію. Ми здійснили спробу встановлення поетапності розвитку операцій, дій та психічних процесів у дітей, що забезпечують безперервне засвоєння фонемних форм мовлення у дітей та у дорослих з урахуванням характеристик, які дають різні науки (див. табл.7).

Таблиця 7

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕТАПІВ РОЗВИТКУ ФОНЕМАТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ

Етапи розвитку фонематичних процесів	Етапи розвитку фонематичної уваги	Вікові періоди розвитку фонематичної уваги	Мовні операції та дії, що забезпечують розвиток та функціонування фонематичних процесів	Розумові дії, що забезпечують розвиток та функціонування фонематичних процесів
Початковий етап розвитку фонематичного сприймання	- зосередження уваги на кінестетичних відчуттях, що виникають в межах органів артикуляції в процесі мовлення; - зосередження уваги на акустичному образі звука, що виникає в процесі власного мовлення;	Орієнтація на зразок (еталон) власного мовлення, що триває від 0 до 5-6 місяців	- вибір еталонів та диференціація голосних звуків у власній вимові;	- аналіз кінестетичних та акустичних ознак фонем; - співставлення акустичного та артикуляційно-кінестетичного образу фонем у власній вимові
Основний етап розвитку фонематичного сприймання	- зосередження уваги на інтонаційно-мелодичному оформленні звукокомплексів які звучать в оточуючих; - зосередження уваги на акустичних образах акцентованих звуків та складів	Орієнтація на зразок мовлення оточуючих людей, що триває від 5-6 до 9-10 місяців	- вибір еталонів та диференціація голосних звуків в мовленні оточуючих людей; - вибір еталонів та диференціація приголосних (переважно передньоязикових проривних, губно-губних і губно-зубних)	- аналіз акустичних ознак фонем; - співставлення акустичного та артикуляційно-візуального образу фонем та складів з ними мовленні оточуючих людей

	<p>з ними; - зосередження уваги на візуальному образі акцентованих звуків та складів з ними; - зосередження уваги на ритмі мовлення оточуючих, що включає акцентовані та неакцентовані звуки і паузи між ними;</p>		<p>звуків у власній вимові та мовленні оточуючих людей в акцентованій та неакцентованій позиціях у складах</p>	
<p>Основний етап розвитку фонематичного сприймання Початковий етап розвитку фонематичної уяви</p>	<p>- зосередження уваги на інтонаційно-мелодичному оформленні звукокомплексів у власному мовленні; - зосередження уваги на кінестетичних відчуттях, що виникають в межах органів артикуляції в процесі мовлення; - зосередження уваги на акустичному образі звука, що виникає в процесі власного мовлення; - зосередження уваги на ритмі власного мовлення, що включає акцентовані та неакцентовані звуки і паузи</p>	<p>Контрольна вимова з метою співставлення власної вимови зі зразком сприйняти від оточуючих, що триває від 9-10 до 12-14 місяців</p>	<p>- вибір та диференціація знайомих голосних та приголосних звуків в мовленні оточуючих людей у коротких звукокомплексах (морфемах) з сильною акцентованою позицією; - вибір та диференціація знайомих голосних та приголосних звуків і нових еталонів (задньоязикових, м'яких свистячих) приголосних у власному мовленні у коротких звукокомплексах (морфемах) з сильною акцентованою позицією;</p>	<p>- аналіз кінестетичних та акустичних ознак фонем; - співставлення акустичного та артикуляційно-кінестетичного образу фонем у власній вимові</p>

	між ними;			
Заключний етап розвитку фонематичного сприймання Основний етап розвитку фонематичної уяви Початковий етап формування фонематичного аналізу	- зосередження уваги на акустичних образах близьких за акустичними ознаками фонем;	- визначення правильності чи неправильності власної вимови, що триває від 12-14 до 18-24 місяців	- вибір еталонів акустичних образів знайомих голосних та приголосних фонем; - диференціація знайомих голосних та приголосних звуків у мовленні оточуючих людей у коротких звукокомплексах (морфемах) з сильною акцентованою та слабкою неакцентованою позицією;	- аналіз кінестетичних та акустичних ознак фонем; - співставлення акустичного образу фонем, отриманого у власній вимові, з акустичним образом, отриманим зовні; - синтез акустико-кінестетичних та акустико візуальних ознак фонем та звукокомплексів;
Основний етап розвитку фонематичної уяви Основний етап розвитку фонематичного аналізу	- контроль вимови фонем у власному мовленні у різних артикуляційних позиціях;	- корекція помилок у власній вимові, що триває від 2 до 4 років; - усвідомлення наявності конкретних звуків у словах;	- вибір нових варіантів артикуляції при акустичному та візуальному сприйманні артикуляційного образу зі зразків, поданих оточуючими людьми; - диференціація знайомих голосних та приголосних звуків в мовленні оточуючих людей у малих і більших звукокомплексах (словах) у акцентованій та неакцентованій позиції; - вибір та втримування нової артикуляції при кінестетичному	- співставлення акустичного та артикуляційно-кінестетичного образу фонем у власній вимові з акустичним та артикуляційно-візуальним образом, отриманим зовні; - співставлення звукокомплексів (морфем) і виділення серед них близьких за акустичними та артикуляційними ознаками; - порівняння слів, що різняться одним чи декількома звуками;

			сприйманні артикуляційного образу і зіставленні його з акустичним еталоном; - диференціація знайомих голосних та приголосних звуків у власному мовленні у малих і більших звукокомплексах (словах) у акцентованій та неакцентованій позиціях;	
Основний етап розвитку фонематичного аналізу	- контроль точності вимови слів, морфем (коренів, суфіксів, префіксів), що входять у склад слова та граматичних закінчень	- зосередження уваги та усвідомлення місця конкретних звуків у словах, що триває від 4 до 6 років	- вибір конкретних фонем та звукокомплексів (морфем); - диференціація фонем і звукокомплексів, що позначають у словах морфемі та граматичні закінчення і стоять у різних позиціях (вкінці, на початку, в середині слів) у мовленні оточуючих людей та у власному мовленні; - цілісне втримування слів;	- порівняння слів, що різняться одним чи декількома звуками, що стоять в кінці (суфікси, граматичні закінчення, пароніми), на початку (префікси, прийменники, що стоять перед словом та відносяться до нього, пароніми) та в середині слова (пароніми); - аналіз звуків та звукокомплексів;
Заключний етап розвитку фонематичного аналізу Розвиток фонематичного синтезу	- контроль точності вимови слів, морфем (коренів, суфіксів, префіксів), що входять у склад слова та граматичних	- зосередження уваги та усвідомлення (контроль) послідовності звуків у слові, що триває до 7 років	- цілісне втримування слів; - усвідомлений вибір фонем, які стоять у різних позиціях у слові; - встановлення фонем у чітко виражених	- аналіз та синтез звуків у складах та словах;

	закінчень		послідовностях	
--	-----------	--	----------------	--

Отже, аналіз матеріалів, представлених у таблиці, показує, що у дітей фонематичні процеси формуються послідовно від простішого до складнішого: фонематичне сприймання, фонематичні уявлення, фонематичний аналіз та синтез. У розвитку кожного фонематичного процесу можна виділити три етапи: початковий, основний і заключний. Тривалість розвитку кожного фонематичного процесу різна і залежить від його складності. Для розвитку кожного наступного фонематичного процесу потрібна не стільки повна сформованість попереднього, скільки достатня, а тому окремі етапи розвитку різних за складністю фонематичних процесів можуть накладатися один на інший.

Ми також вважаємо, що у дітей процес розвитку фонематичних процесів стимулює функція фонематичної уваги, яка сама ієрархічно і багатоаспектно розвивається паралельно з ними і поступово починає забезпечувати не лише активність засвоєння інформації про фонемати, але й функцію контролю за їхньою вимовою. А саме, в межах окремих аналізаторних систем - кінестетичної, слухової, зорової - напрацьовуються двосторонні зв'язки. З одного боку, увага до окремих відчуттів при сприйманні себе (артикуляційно-кінестетичних), а з іншого - увага до окремих зовнішніх проявів (акустичного та оптично-артикуляційного) в оточуючих людях. На наступному етапі формується увага до окремих фонем як узагальнених акустичних та артикуляційних формальних, а потім смислорозрізнявальних образів. Вищим рівнем розвитку уваги є формування у дітей здатності контролювати вимову фонем ізольовано і у словах. Таким чином, сформований механізм функціонування уваги забезпечує удосконалення у дітей не лише звуковимови, але й словника і граматичної системи мовлення.

З точки зору психолінгвістики досліджено комплекс мовних операцій та дій, які розвиваються у дитини в процесі її життєдіяльності, а у наступному забезпечують безперервне засвоєння нею комплексів фонем (морфем, слів, словосполучень). Сюди нами було віднесено операцію вибору, дію диференціації, операцію втримування та операцію встановлення фонем у чітко виражених послідовностях. Було виявлено, що ці операції та дії еволюціонують, формуючи єдиний механізм, що на першому етапі (до 4-ох років) свого розвитку забезпечує спочатку засвоєння окремих фонем, потім звукокомплексів (морфем), що стоять у акцентованій позиції, у наступному - звукокомплексів (слів), що включають фонемати, які стоять і в акцентованій позиції, і в неакцентованій позиції. На другому ж етапі (після 4-ох років) формується механізм усвідомленого виділення фонем та звукокомплексів (морфем), що сприяє удосконаленню у дітей в першу чергу морфологічної та граматичної складових мовлення, а потім механізм виділення і послідовного встановлення окремих фонем у чітко виражених послідовностях, що готує дітей до оволодіння ними грамотою.

Вивчення механізмів розвитку фонематичних процесів виявило участь у цьому процесі окремих операцій інтелектуальної діяльності. Як відомо, така розумова операція, як аналіз, лежить в основі усіх наступних складніших. Вона починає розвиватися у дитини з перших днів і забезпечує спочатку вибіркоче ставлення до мовленнєвої інформації, готової для сприймання нею, а потім усвідомлений вибір елементів інформації (у даному випадку фонем та звукокомплексів), необхідних для утворення нових узагальнюючих зв'язків, послідовних ланцюжків тощо. Завдяки участі операції співставлення у дітей формується міжаналізаторний зв'язок, який забезпечує уявлення дитини про фонему як узагальнений акустико-кінестетичний образ, а також морфему та слово як звукокомплекс, що несе смислове навантаження. Завдяки участі операції порівняння формується динамічний механізм словотворення та граматичної словозміни, а також розвивається диференційоване та узагальнююче значення слова. На підставі участі операції синтезу усвідомлюються та формуються нові зв'язки між фонемами у звукосполученнях та словах.

В результаті аналізу наукових джерел (Л.В. Нейман, О.І.Свиридов, Є.Д. Хомская, Л.С. Цветкова та інших) нами було визначено, що причини виникнення порушень фонематичних процесів у дітей різні. Їх розглядають з точки зору анатомії і фізіології, нейропсихології, психолінгвістики та інших наук.

Дослідження в галузі анатомії та фізіології (Л.В. Нейман, О.І. Свиридов та інших) показують, що слуховий аналізатор має складну багаторівневу будову. Основні рівні її організації включають: периферійну звукопровідну частину слухового аналізатора, в яку входять: органи зовнішнього та середнього вуха; рецептор, що розташований на рівні кортієвого органу завитка; слуховий нерв (VIII пара); ядра продовгуватого мозку; мозочок; частина середнього мозку, розташована на рівні нижніх горбів четверопагорбка; медіальне або внутрішнє колінчате тіло; слухове сіяння – шлях, який веде від медіального колінчатого тіла в кору великих півкуль мозку; первинне поле кори головного мозку (41-е поле), що знаходиться у скроневої долі в звивині Гешеля, а також вторинні 42-е і 22-е слухові поля.

Виявлено, що фонематичний слух порушується у всіх слабчучих дітей та дорослих з ураженнями в області рецептора та центральної звукопровідної ланки слухового аналізатора. Це викликано тим, що у кору головного мозку цих людей поступає лише частина звукових сигналів, слухові подразнення, які все таки сприйняті, спотворюються при взаємодії з утвореннями, що входять у склад ураженої ланки слухової системи, а також виявлено недостатність аналізу звукових сигналів у слабчучих на рівні кори головного мозку.

При ураженні або наявності недорозвитку первинних та вторинних сенсорних зон скроневої долі кори головного мозку доміантної півкулі виникають порушення фонематичних процесів, які не супроводжуються зниженим слухом. Виявлено, що у цих дітей та дорослих спостерігаються труднощі сприймання узагальненого звукотипу фонем, розрізнення фонем за їхніми акустичними ознаками при звучанні ізольовано та у словах, а також запам'ятовування їх. Прояви порушень полів слухової кори різноманітні, але завжди призводять до труднощів формування значення різних звуків. У нейропсихології таке порушення фонематичного слуху ще називають акустичною агнозією, а в логопедії – сенсорною алалією.

При ураженні або наявності недорозвитку первинних та вторинних сенсорних зон скроневої долі кори головного мозку недоміантної півкулі виникають порушення немовленнєвого слуху. Довший час вагомим значенням таким порушенням не надавалось, оскільки вважалось, що у більшості немовленнєвий слух забезпечує лише сприймання та розрізнення людиною різноманітних мелодій, а отже, суттєвого значення для життя людини у соціумі не має. Проте, на сучасному етапі відомо, що при ураженні цієї області мозку у дітей та у дорослих спостерігаються порушення інтонаційно-мелодичного боку мовлення. Вони не лише недостатньо розуміють інтонації, якими оформлене мовлення інших людей, але й у них самих експресивне мовлення монотонне, емоційно невиразне. У дітей порушення цієї частини мозку затримує розвиток слухо-моторних координацій, емоційного осмислення мовлення.

Таким чином, виявлено, що порушення фонематичних процесів переважно виникають при ураженні доміантної півкулі кори головного мозку. При ураженні скроневої долі у дітей спостерігається первинне порушення фонематичного сприймання та диференціацій. При ураженні тім'яної долі кори головного мозку виникає вторинне порушення фонематичного сприймання, що є наслідком неточного уявлення артикуляційного образу фонем. Також виявлено, що при ураженні лобної долі кори головного мозку найбільш виражені труднощі виникають при формуванні фонематичного аналізу: усвідомленні місця, послідовності звуків у слові.

Аналіз наукових джерел в галузі психології, логопедії та нейропсихології (Ж.М. Глозман, Б.М. Гріншпун, Е.А. Данілавічутє, А.Ю. Потаніна, А.Є. Соболева, В.В. Тищенко,

А.А. Фомічова, Г.В. Чіркiна та iншi) виявив, що для дослідження фонематичних процесiв у дiтей рiзнi науки пропонують використовувати однаковi тести, хоча iнтерпретацiя iхнього виконання рiзна. Зокрема, для дослідження фонематичного сприймання пропонують використовувати ряд тестiв: на впiзнавання i розрiзнення подiбних за звучанням слiв чи фраз, якi включають акустично подiбнi слова; на видiлення та розрiзнення окремих звукiв у звуковому ряду; запам'ятовування i вiдтворення рядiв складiв, що включають вiд 2 до 4 елементiв тощо. Для дослідження фонематичного уявлення пропонують тести на запам'ятовування i повторення серiї складiв чи слiв подiбних за звучанням. Для дослідження слухового (фонематичного) контролю тести на повторення слiв-паронiмiв чи фраз, якi включають подiбнi за звучанням слова. Для дослідження фонематичного аналізу пропонують тести на виявлення вмiння видiляти окреми фонеми з ряду звукiв мовлення, стiйкi смислорозрiзнювальнi фонеми зi звукового образу слова при слуховому iх сприйманнi, а також на визначення послiдовностi розташування звукiв у словах. Таким чином, помiтно, що є ряд однакових тестiв для дослідження рiзних фонематичних процесiв у дiтей, а тому нами було зосереджено увагу не на всiх, а лише на окремих, тих, якi, на нашу думку, були достатньо iнформативними для діагностики вiдхилень у розвитку фонематичних процесiв у дiтей. Для дослідження важливим є не тiльки змiст самих тестiв, але й знання особливостей iхнього виконання дiтьми з рiзними порушеннями засвоєння фонем та звукокомплексiв (мовою медицини, це - знання симптомiв, що вказують на захворювання). Саме вони вказують не лише на наявнiсть самого порушення, але й на його характер.

Отже, порушення фонематичних процесiв у дiтей виникають при ураженнi рiзних вiддiлiв кори головного мозку. На мiсце локалiзацiї ураження в корi головного мозку вказує симптоматика, яку ми маємо можливiсть спостерiгати тодi, коли обстежуємо дiтей за допомогою спецiально пiдбраних методик (див. табл. 8)

Таблиця 8

ЗАЛЕЖНОСТІ МІЖ МІСЦЕМ ЛОКАЛІЗАЦІЇ УРАЖЕННЯ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ХАРАКТЕРНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ, ВИЯВЛЕНОЮ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ФОНЕМАТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ

Місце локалізації ураження в корі головного мозку	Характерні симптоми, що вказують на певне місце локалізації порушення
Скронева доля правої і лівої півкулі	- неправильне вiдтворення ритмічно організованих пачок звукiв після сприймання iхнього зразка на слух при правильному вiдтвореннi ритмічно організованих пачок звукiв за iнструкцiєю
Скронева доля лівої півкулі	- сплутування опозиційних звукiв (с-з, п-б, г-х тощо)
Тім'яна доля правої і лівої півкулі	- сплутування диз'юнктних звукiв (с-ш, х-ф, м-б тощо)
Лобова доля правої півкулі	- пропуски звукiв в процесі звукового аналізу слiв
Лобова доля лівої півкулі	- неправильне вiдтворення ритмічно організованих пачок звукiв за iнструкцiєю при правильному вiдтвореннi ритмічно організованих пачок звукiв після сприймання iхнього зразка на слух - в процесі звукового аналізу слова називання звукiв у неправильній послiдовностi, повторне називання окремих звукiв та складiв

Як показує аналіз матерiалiв, представлених у таблицi, порушення фонематичних процесiв у дiтей можуть виникати при ураженнi рiзних часьток кори головного мозку: лобної, скроневої та тiм'яної як правої, так і лівої пiвкуль. Мiсце локалiзацiї ураження в корi

головного мозку можна визначити за результатами аналізу та систематизації симптоматики виявленої при дослідженні.

Для дослідження фонематичних процесів у дітей ми пропонуємо використати тести для вивчення особливостей сформованості: слухо-моторних координацій; фонематичного уявлення, контролю та аналізу.

Для дослідження слухо-моторних координацій нами була вибрана методика «Відстукування ритмів», апробована різними науковцями: О.Р. Лурією при дослідженні дорослих з афазією, Ж.М. Глозман, А.Ю. Потаніною, А.Є. Соболевою при дослідженні дітей дошкільного віку, Є.Г. Симерницькою, Л.С. Цветковою при дослідженні дітей з труднощами у навчанні молодшого шкільного віку та іншими. Нами було використано першу частину методики, яка передбачала сприймання дитиною ритмічних пачок звуків на слух і відтворення їх. Передбачалося, що у процесі виконання цієї частини тесту найбільшу участь приймає слухове сприймання. Як відомо, у процесі сприймання та аналізу відповідних ритмів однаково участь приймає скронева доля як правої, так і лівої півкуль кори головного мозку. Отже, ми припустили, що за результатами виконання тесту ми можемо передбачити труднощі: виділення з суцільного потоку окремих фонем або їхніх нечітких акустичних ознак, якими вони різняться між собою; втримування ритмічного малюнку слова та визначення послідовності ритмічних частин у слові. Визначено (Ж.М. Глозман, А.Ю. Потаніною, А.Є. Соболевою), що в нормі усі запропоновані у тесті ритмічні пачки звуків відтворюють діти старшого дошкільного віку в 5-6 років.

Для дослідження фонематичного уявлення нами було використано традиційний тест «Повторення груп складів», який був багаторазово апробований як науковцями (М.А.Савченко, В.В.Тищенко та іншими), так і логопедами-практиками (Г.Й. Бліновою, А.Я. Малярчук та іншими) при дослідженні старших дошкільнят та молодших школярів з порушеннями мовлення. Передбачалося, що для точного відтворення складів у дитини має бути достатньо сформованим цілісність уявлення про фонему як узагальнений акустичний звукотип (що забезпечується достатньою сформованістю фонематичного сприймання та диференціацій) та артикулему (що забезпечується достатньою сформованістю кінестетичного сприймання). Даючи дітям зразок, серію складів, ми ставимо їх в умови, коли потрібно засвоїти новий звукокомплекс (за аналогією ця ситуація повторюється тоді, коли дитині потрібно засвоїти попередньо незнайоме їй слово). Вимова кожного звукокомплексу передбачає достатній рівень сформованості кінестетичного праксису, який забезпечуватиме переключення дитини з однієї артикуляції на іншу. Таким чином, за результатами роботи за змістом тесту ми можемо передбачити труднощі сприймання та контролю за вимовою фонем на етапі оволодіння дитиною новою вербальною інформацією. Визначено, що в нормі кожен серію складів діти точно відтворюють у віці 4 років за умови, що усі звуки, запропоновані для називання, вони вміють вимовляти правильно.

Для дослідження фонематичного контролю нами було використано тест «Визнач, чи правильно звучать усі слова у фразі», який теж був апробованим як науковцями (В.В. Тищенко та іншими), так і логопедами-практиками (Г.Й. Бліновою, А.Я. Малярчук та іншими) при обстеженні дітей з порушеннями мовлення дошкільного та молодшого шкільного віку. Передбачалося, що для точного відтворення слів у фразі у дітей повинно, в першу чергу, бути достатньо сформоване уявлення про фонемний склад слова, вміння втримати фразу в цілому та усвідомити її смисл. Отже, робота, яку буде виконувати дитина в процесі виконання тесту, базується на пригадуванні слів, уже попередньо засвоєних нею. Таким чином, за результатами виконання завдань тесту, ми можемо передбачити труднощі контролю за вимовою звуків навіть тоді, коли їх ізольована вимова буде сформована та автоматизована. Виявлено, що уже в чотирирічному віці в нормі діти виконують це завдання без помилок.

Для дослідження операцій фонематичного аналізу та синтезу нами було використано тест «Визнач послідовність звуків у слові». Завдання, запропоновані у тесті, були багаторазово апробовані такими науковцями як Є.А. Данілавічутє, В.В. Тищенко та іншими. Передбачалося, що ці операції складні і базуються на більш простих фонематичних процесах, таких як фонематичне сприймання, диференціації та уявлення. А отже, в процесі виконання тесту будуть виникати не тільки помилки, які вказують на порушення у дітей фонематичного аналізу та синтезу, але й ті, які вказують на недорозвиток у дитини цілісного уявлення про фонему. Виявлено, що у відповідності до програми дошкільного закладу «Я у світі» операції аналізу та синтезу формують у старших дошкільнят у віці 5-6 років при підготовці їх до школи. Нами було виявлено, що в нормі, в середньому діти, які відвідують дитячий садок, оволодівають цими операціями до початку березня і здійснюють звуковий аналіз та синтез слова в межах шести звуків.

Результати виконання дітьми тестів на дослідження у них фонематичних процесів ми рекомендуємо вносити у спеціально розроблені нами карточки, у яких зафіксовано основні типи помилок, які можуть допустити діти в процесі роботи над виконанням завдань. За кожен помилку, допущену дитиною, можна нараховувати бал. Вкінці бали сумуються за кожним параметром окремо та в цілому, і за результатами виконання серії завдань можна виводити загальний підсумковий бал, що вкаже на рівень недорозвитку психічного процесу чи функції, та складати графік, що відобразить особливості недорозвитку фонематичних процесів в цілому.

У нашому дослідженні ми виходили з припущення, що чіткість і точність сприймання фонем та уявлення про неї в ізольованому звучанні та у слові досягається завдяки формуванню цього образу у сукупності його акустичних, артикуляційно-кінестетичних та артикуляційно-кінетичних характеристик. Оскільки фонема – це цілісна гармонійна одиниця мовлення, то і порушення фонематичних процесів потрібно розглядати цілісно, з урахуванням усієї системи зв'язків, необхідних для її достатньо глибокого усвідомлення дітьми.

Порушення фонематичних процесів може спостерігатися при наявності нейрофізіологічних змін у діяльності скроневої, тім'яної та лобної долі кори головного мозку як правої, так і лівої півкуль, що ще раз підтверджує цілісність, багатоаспектність цього образу, завершеність якого формується завдяки узгодженій, гармонійній діяльності обох півкуль. З огляду на це, ми вважаємо за доцільне розглядати порушення фонематичних процесів не стільки з точки зору первинності чи вторинності їх походження, скільки з точки зору типізації цих порушень. Саме такий підхід на підставі аналізу і систематизації типів помилок, що виникатимуть у дітей в процесі виконання завдань дозволить визначити закономірності, тип порушення та місце локалізації дисфункції в корі головного мозку.

Тест «Відстукування ритмів»

(для дослідження слухо-моторних координацій у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку)

Особливості виконання тесту. Експериментатор пропонує дитині прослухати серію ритмічних ударів, а потім відстукати їх. Він відстукує по столу по черзі ритмічні пачки звуків у такій послідовності: 1) одинарну серію, в яку входить два удара – ||; 2) одинарну серію, в яку входить три удара – |||; 3) ритмічні звуки по два удара у кожній пачці, що розмежовані паузами – || || ||; 4) ритмічні звуки по три удара у кожній пачці, що розмежовані паузами – ||| ||| |||; 5) акцентовані ритми, де перша доля слабка, а друга сильна – | I | I | I.

Інструкція. Послухай, як я буду ритмічно ударяти рукою по столу, а ти запам'ятай серію ударів і повтори їх.

Допомога. Експериментатор вказує, що серію ударів виконано неправильно і ще раз демонструє зразок.

**Тест «Повторення груп складів»
(для дослідження фонематичного уявлення у дітей старшого дошкільного та
молодшого шкільного віку).**

Особливості виконання тесту. Експериментатор пропонує дитині прослухати серію складів і повторити їх. Називаємо по черзі серії складів, які включають тільки ті звуки, які дитина вимовляє правильно. Він називає серії складів, що різняться участю в їхній вимові голосових зв'язок (глухі - дзвінкість) - па-па-ба (можна та-да-та; га-ха-га тощо); участю середньої частини язика (твердість-м'якість) - та-тя-га (можна ту-тю-тю, де-де-де, ся-са-са, йа-ря-ля тощо); участю м'якого піднебіння і язичка (ротові-носові) - ма-ба-ма (можна да-да-на, на-да-та тощо); способом утворення - са-ца-са (можна ша-ча-ча, джа-жа-жа, зо-дзо-дзо, ра-ла-ла па-фа-па тощо); місцем утворення - па-та-па (можна ка-та-та, са-ша-са, жа-за-за тощо)

Інструкція. Прослухай серію складів, запам'ятай їх і повтори точно так як сказав(ла).

Допомога. Якщо дитина неправильно відтворює серію складів, їй ще раз пропонують прослухати, а потім повторити серію складів. Допомога може надаватися до трьох разів.

**Тест «Визнач, чи правильно звучать усі слова у фразі»
(для дослідження контролю за правильністю власного мовлення та оточуючих
людей у дітей 4 - 5 років).**

Особливості виконання тесту. Експериментатор пропонує дітям прослухати фрази, визначити, які слова у них вжиті неправильно, і змінити їх так, щоб було все правильно відповідно до змісту.

Мама одягла субу.

В руках у неї велика сюмка.

На голові пухнаста жапка.

На ногах чевлоні черевицки.

Інструкція. Прослухай фрази, які я зачитаю, і виправ їх так, щоб усе було правильно.

Якщо дитина називає речення неправильно, але при цьому стверджує, що вона говорить правильно та фрази, названі логопедом, - правильні, їй пропонують повторити їх ще раз, орієнтуючись на правильний зразок, який демонструє логопед.

Допомога 1.

Інструкція. Повтори за мною фрази.

Мама одягла шубу.

В руках у неї велика сумка.

На голові пухнаста шапка.

На ногах червоні черевички.

Якщо дитина вимовляє окремі слова у фразах неправильно, але при цьому наполягає, що вона вимовляє правильно або сумнівається в правильності виконання завдання, надаємо їй ще один варіант допомоги.

Допомога 2. Скажи, як правильно: мама одягла субу чи шубу; у неї сумка чи сюмка; на голові жапка чи шапка; на ногах чевелицки чи черевички; черевички червоні чи чевлоні.

**Тест «Визнач, чи правильно звучать усі слова у фразі»
(для дослідження контролю за правильністю власного мовлення та оточуючих
людей у дітей після 5 років)**

Особливості виконання тесту. Експериментатор пропонує дітям прослухати фрази, визначити, які слова у них вжиті неправильно і змінити їх так, щоб було все правильно відповідно до змісту.

Мишку поклали на стіл, а миска виглядає з нірки.

Сапку одягаємо на голову, а шапкою полемо грядку.

Злива достигла на дереві, а слива змочила землю.

Ліс вкрав курочку, а лис зашумів від вітру крилатим гіллям дерев.

Шапка скакала по стежині, а жабка гріла вуха дитині у холодну погоду.

Інструкція. Прослухай фрази, які я зачитаю, і виправ їх так, щоб усе було правильно.

Якщо дитина називає речення неправильно, але при цьому стверджує, що вона говорить правильно, та фрази, названі логопедом, - правильні, їй пропонують повторити їх ще раз, орієнтуючись на правильний зразок, який демонструє логопед.

Допомога 1.

Інструкція. Повтори за мною фрази.

Миску поклали на стіл, а мишка виглядає з нірки.

Шапку одягаємо на голову, а сапкою полемо грядку.

Слива достигла на дереві, а злива змочила землю.

Лис вкрав курочку, а ліс зашумів від вітру крилатим гіллям дерев.

Жабка скакала по стежині, а шапка гріла вуха дитині у холодну погоду.

Якщо дитина вимовляє фрази, замінюючи миска на мишку і навпаки, шапка на сапку і навпаки тощо, надаємо їй ще один варіант допомоги.

Допомога 2. Скажи, як правильно: миска чи мишка живе в нірці; сапкою чи шапкою полемо грядку; злива чи слива достигла на дереві; лис чи ліс вкрав курочку; шапка чи жабка скаче по стежині.

Тест «Визнач послідовність звуків у слові»

(для дослідження фонематичного аналізу та синтезу у дітей 6-7 років)

Особливості виконання тесту. Дитині по черзі пропонують визначити перший голосний звук у слові (у словах типу: окуляри, автобус, укол тощо); перший приголосний звук у слові, коли він стоїть при збігові приголосних (у словах типу: скакалка, школа тощо); перший приголосний звук, коли він стоїть у прямому відкритому складі (у словах типу: сумка, мишка, ручка тощо); останній приголосний звук у слові (у словах типу: клас, мак, балкон тощо); приголосний звук, який стоїть у середині слова (у словах типу: оса, око тощо); здійснити звуковий аналіз слів типу сир, миша, салат, парта.

Інструкція. Я буду називати слова, а ти визнач перший звук у слові (останній звук у слові; звук, що стоїть у середині слова; назви кожен звук у слові по порядку).

Допомога для визначення місця звука у слові. Якщо дитина не називає або неправильно називає перший, останній звук у слові чи звук у середині слова, їй пропонують ще раз прослухати, як звучить слово. Експериментатор при цьому звук, який пропонує виділити, вимовляє подовжено або наголошено.

Допомога для проведення звукового аналізу слова. Якщо дитина неправильно проводить звуковий аналіз слова, їй пропонують його ще раз прослухати і проговорити вголос, а тоді повторити спробу провести звуковий аналіз слова.

Тест «Визнач послідовність звуків у слові»

(для дослідження фонематичного аналізу та синтезу у дітей після 8 років)

Особливості виконання тесту. Дитині по черзі пропонують здійснити звуковий аналіз слів типу сир, ніж, миша, салат, парта, машина, нігті, велосипед, екскаватор, боротьба, пиріжки, велосипед.

Інструкція. Я буду називати слова, а ти назви кожен звук у слові по порядку.

Допомога для проведення звукового аналізу слова. Якщо дитина неправильно проводить звуковий аналіз слова, їй пропонують його ще раз прослухати, проговорити вголос в цілому, а тоді повторити спробу провести звуковий аналіз слова.

Аналіз якості виконання тесту «Відстукування ритмів»

Експериментальне дослідження слухо-моторних координацій в умовах дитячого садка та молодшої школи показало, що значна частина дітей уже у віці 5, 6 років і старших з нормальним психічним та фізичним розвитком, а навіть при наявності порушень мовлення виконують завдання усіх рівнів складності без помилок після першої демонстрації зразка.

Вихователі, музкерівники та вчителі відзначають у цих дітей наявність музичних здібностей, хороше відчуття ритму.

Результати аналізу проведеного нами дослідження також виявили, що у дітей з дислалією, ринолалією і дизартрією порушення слухо-моторних координацій може спостерігатися при наявності у них лише фонетичного недорозвитку мовлення (ФНМ), а також при фонетико-фонематичному (ФФНМ) та загальному недорозвитку мовлення (ЗНМ) III та IV рівня складності.

Нами було виявлено, що прості пачки по два та три удари усі дошкільнята з дислалією, ринолалією та дизартрією відтворюють без помилок при наявності у них ФНМ, ФФНМ, ЗНМ III та IV рівня. Труднощі у частини цих дітей виникають в основному при повторенні за зразком складніших ритмічних звуків, розмежованих паузами, та акцентованих ритмів. Найхарактерніші помилки, що виникали у них, - це відтворення зайвих ударів або недостатньої кількості ударів та відсутність акцентованих ритмів у пачках звуків.

Аналіз якості виконання тесту «Повторення груп складів»

Нами було виявлено, що діти з нормальним мовленнєвим розвитком уже у віці 4 роки правильно повторюють усі запропоновані у тесті серії складів.

В окремих старших дошкільнят з ФНМ нами було виявлено помилки у вигляді сплутування опозиційних звуків (звуків, що різняться глухістю і дзвінкістю) при повторенні складів типу па-ба-па; та-та-да тощо. Усі інші серії складів вони відтворювали правильно.

У частини дошкільнят та молодших школярів з ФФНМ та ЗНМ III та IV рівнів складності було виявлено паралельно з помилками у вигляді сплутування опозиційних фонем, могли спостерігатися помилки у вигляді сплутування фонем, що різняться твердістю і м'якістю та тих, які різняться способом утворення.

У іншій групі дошкільнят та молодших школярів з ФФНМ та ЗНМ III і IV рівнів складності було виявлено іншого типу помилки під час виконання завдань цього тесту: вони сплутували в першу чергу ті звуки у складах, які різнилися місцем утворення (с-ш, т-к та інші). Було виявлено, що в усному мовленні у цих дітей теж спостерігалися або стійкі заміни диз'юнктивних фонем, або їх сплутування. При наявності у них гнусавого відтінку в мовленні спостерігалось сплутування носових та ротових звуків між собою, а також в окремих дітей було виявлено паралельно сплутування фонем, що різнилися твердістю і м'якістю.

Аналіз якості виконання тесту «Визнач, чи правильно звучать усі слова у фразі»

Результати аналізу матеріалів нашого дослідження показали, що у дітей спостерігаються труднощі контролю за якістю вимови звуків в мовленні тоді, коли слово ними засвоєне лише за умови наявності у них складнішого порушення, а саме загального недорозвитку мовлення III і IV рівнів складності.

Найчастіше у дітей спостерігалися труднощі в процесі контролю правильної вимови фонем у власному мовленні. А саме, діти чули, що хтось вимовляє слова неправильно, а тоді, коли промовляли їх теж неправильно, казали, що говорять без помилок. Проте у ряду дітей нами було виявлено і вираженіше порушення, коли вони не могли правильно проконтролювати правильність вимови слів і оточуючими, і у власному мовленні теж.

Аналіз якості виконання тесту «Визнач послідовність звуків у слові»

Дослідження, проведене нами в умовах дошкільного закладу, показало, що в нормі діти навчаються здійснювати звуковий аналіз та синтез слів обсягом 6-7 звуків усно, втримуючи його у пам'яті та викладаючи з букв, в середньому до початку березня.

Нами також було виявлено, що у старших дошкільнят з ФНМ та у частини дошкільнят з ФФНМ звуковий аналіз та синтез слів формується у той самий термін, що і у їхніх однолітків з нормальним фізичним та психічним розвитком. Проте у них можуть спостерігатися труднощі втримування слів в умі в процесі їх аналізу та синтезу і, як наслідок, помилки у вигляді пропусків чи додавання зайвих звуків в кінці слова та перестановок звуків

місцями. Їм легше здійснювати аналіз та синтез слів з використанням букв, ніж усно. В процесі роботи з опорою на буквене зображення дошкільники візуально можуть контролювати правильність виконання завдання і тому уникають помилок. В молодшій школі в середньому до кінця першого класу у дітей цієї групи навичка фонематичного аналізу та синтезу слів автоматизується достатньо і вони уже втримують і членують їх в умі.

Нами також було виявлено, що у старших дошкільнят (6-ти літнього віку) та молодших школярів з дислалією, ринолалією та дизартрією при наявності у них ФНМ, ФФНМ та ЗНМ III і IV рівнів складності можуть спостерігатися різного типу помилки в процесі виконання завдань цього тесту.

Помилки, які свідчать про недорозвиток у дітей фонематичного уявлення:

- в процесі звукового аналізу слів заміни одних фонем іншими опозиційними (глухих дзвінками і навпаки);
- заміни одних фонем іншими диз'юнктивними (передньоязикових задньоязиковими, верхньоязикових нижньоязиковими, передньоязикових середньоязиковими, носових ротовими тощо)

Помилки, які свідчать про труднощі контролю за процесом аналізу фонем у слові:

- зміна послідовності звуків у слові;
- пропуски окремих звуків в слові в процесі аналізу (такі пропуски не об'єднані певною закономірністю);
- називання зайвих звуків у слові;
- декількаразове повторення одного і того самого звука або комплексу звуків.

Помилки, які свідчать про труднощі аналізу слова:

- невміння виділити звук зі слова;
- замість окремого звука виділення цілого складу;
- невміння визначити місце звука в слові.

Помилки, які свідчать про труднощі синтезу слова:

- пропуски другого приголосного звука при збігах приголосних;
- пропуски приголосних звуків в середині та в кінці слова;
- пропуски голосного звука, який стоїть після приголосного.

Результати аналізу проведеного нами дослідження виявили дві групи дітей, у яких структура порушень фонематичних процесів була різною. В процесі виконання завдання на дослідження слухо-моторних координацій, фонематичного уявлення, фонематичного контролю, фонематичного аналізу та синтезу у них було виявлено як спільні, так і відмінні типи помилок.

Також аналіз результатів проведеного нами дослідження показав, що порушення фонематичних процесів у дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією кожної з груп носить складний і системний характер. За результатами підсумкового аналізу нами було виділено по дві підгрупи в межах кожної групи дітей у яких порушення фонематичних процесів мали чітко виражені закономірності недорозвитку.

До першої групи першої підгрупи нами були віднесені діти, у яких порушення фонематичних процесів носило акустико-кінетичний характер. За результатами аналізу матеріалів дослідження нами було сформовано нейропсихологічну модель порушення цього типу яка відображає як первинні відхилення у розвитку певних відділів кори головного мозку, симптоми, що вказують на відхилення у розвитку цих центрів, так і їхні вторинні наслідки (див. рис. 34). У цієї групи дітей нами було виявлено труднощі при повторенні за зразком складніших ритмічних звуків, розмежованих паузами, та акцентованих ритмів. Найхарактерніші помилки, що виникали у них, - це відтворення зайвих ударів або недостатньої кількості ударів та відсутність акцентованих ритмів у пачках звуків. Паралельно при обстеженні фонематичного уявлення у них виявлено помилки у вигляді сплутування

дзвінких та глухих фонем, інколи тих фонем, що різнилися твердістю і м'якістю та способом утворення. При обстеженні фонематичного аналізу та синтезу у цих дітей було виявлено помилки, які вказували на наявність у них труднощів синтезу слова. В основному це були пропуски голосного звука, який стоїть після приголосного. Переважно у дітей з дислалією та змішаною формою ринолалії з такими системними труднощами в усному мовленні спостерігалися порушення звуковимови у вигляді заміни та взаємозаміни звуків мовлення. У дітей з дизартрією та відкритою ринолалією вади вимови фонем були поліморфними і носили змішаний характер. Включали як спотворену вимову фонем, так і заміни, взаємозаміни їх між собою. У частини цих дітей, при незначному порушенні фонематичних процесів у процесі навчання у загальноосвітньому просторі відбувається самокомпенсація порушень в середньому до кінця другого класу. При значнішому порушенні у дітей спостерігалися системні помилки не лише в усному мовленні, але й на письмі та при читанні, подолання яких можливе за умови тривалої корекційної роботи з логопедом.

До першої групи другої підгрупи нами були віднесені діти, у яких порушення фонематичних процесів теж носило акустико-кінетичний характер, хоча характер помилок в процесі виконання завдань був дещо іншим, ніж у дошкільнят та молодших школярів першої підгрупи (див. рис. 35). Зокрема, у цих дітей теж спостерігалися труднощі при повторенні за зразком складніших ритмічних звуків, розмежованих паузами, та акцентованих ритмів. Найхарактерніші помилки, що виникали у них, - це відтворення зайвих ударів або недостатньої кількості ударів та відсутність акцентованих ритмів у пачках звуків. Паралельно при обстеженні фонематичного уявлення у них виявлено помилки у вигляді сплутування дзвінких та глухих фонем. При обстеженні фонематичного аналізу та синтезу у цих дітей було виявлено помилки, які вказували на наявність у них труднощів контролю, зокрема: зміни послідовності звуків у слові; пропуски окремих звуків в слові в процесі аналізу (такі пропуски не об'єднані певною закономірністю); називання зайвих звуків у слові; декількаразове повторення одного і того самого звуку або комплексу звуків. Порушення звуковимови у цих дітей переважно були незначними мономорфними, а недорозвиток фонематичних процесів настільки незначним, що більшість логопедів практиків віднесли цих дітей до тих, у яких є лише фонетичний недорозвиток мовлення. В процесі навчання у дошкільньому навчальному закладі, а потім у загальноосвітній школі такі фонематичні типи труднощів гарно самокомпенсувалися до кінця першого класу за рахунок участі у процесі засвоєння інформації зорової аналізаторної системи.

До другої групи нами були віднесені діти, у яких порушення фонематичних процесів носило артикуляційно-кінестетичний характер (див. рис. 36, 37). У цієї частини школярів, як показав аналіз матеріалів дослідження, слухове сприймання сформоване в нормі. Проте найбільші труднощі у них спостерігалися в процесі виконання завдань для вивчення уявлення про фонему: вони сплутували в першу чергу ті звуки у складах, які різнилися місцем утворення (с-ш, т-к та інші). Було виявлено, що в усному мовленні у цих дітей теж спостерігалися або стійкі заміни диз'юнктивних фонем, або їх сплутування. При наявності гнусавого відтінку в мовленні, було виявлено також сплутування носових та ротових звуків між собою, а також в окремих дітей цієї групи спостерігалася паралельно сплутування фонем, що різнилися твердістю і м'якістю. У частини дошкільнят цієї групи у яких рівень недорозвитку мовлення був глибшим, спостерігалися труднощі функціонування операції контролю правильної вимови фонем у власному мовленні. У ряду дітей нами також було виявлено і значніше порушення цієї функції, коли вони не могли правильно проконтролювати правильність вимови слів і оточуючих людей, і у власному мовленні.

Поруч зі спільними особливостями розвитку у дітей цієї групи було визначено окремі відмінності, що дозволили нам поділити їх на дві підгрупи. Зокрема, у старших дошкільнят та молодших школярів другої групи першої підгрупи (див. рис. 36) спостерігалися помилки, які

свідчать про труднощі аналізу слова: невміння виділити звук зі слова; замість окремого звука виділення цілого складу; невміння визначити місце звука в слові. Ці навички у дітей формуються довше, ніж у їхніх однолітків. А також помилки, які свідчать про труднощі синтезу слова: пропуски другого приголосного звука при збігах приголосних; пропуски приголосних звуків в середині та в кінці слова. В усному мовленні для них було характерним спрощення або спотворення у процесі вимови великих за обсягом та складних за складовою структурою слів. В цілому спостереження за динамікою розвитку цих дітей показали, що складова структура слова у них розвивається за нарощенням обсягу слова.

У старших дошкільнят та молодших школярів другої групи другої підгрупи спостерігалися в процесі аналізу та синтезу слів інші за характером помилки (див. рис. 37). Вони, в першу чергу, переставляли звуки та склади у словах або добавляли зайві. В усному мовленні для цих дітей теж були характерними переставляння звуків та складів у великих за обсягом словах, їх перекручування.

Таким чином, було виявлено, що порушення фонематичних процесів у дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією носить складний системний характер. Нами було визначено два види (акустико-кінетичний та артикуляційно-кінестетичний) цього порушення, які в свою чергу можуть бути розглянуті як правосторонній та лівосторонній підвид.

Також, на підставі аналізу матеріалів проведеного нами дослідження було визначено характерні типи помилок які вказують на наявність у дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією недорозвитку фонематичних процесів та визначено залежності їх прояву від місця локалізації дисфункції у корі головного мозку, а також визначено функціональне призначення кожного відділу кори головного мозку у формуванні цілісного усвідомленого уявлення про фонему як одиницю мовлення з якої складаються слова і на цій підставі складено схеми (див. рис. 38, 39). А також було виявлено певні закономірності прояву первинного порушення фонематичних процесів та вторинних його наслідків.

Зокрема, визначено, що цілісне уявлення про фонему як одиницю мовлення, що входить у склад слова і займає у ньому конкретне місце, формується завдяки участі скроневої, тім'яної та лобної долі як правої, так і лівої півкуль.

Задня, скронева та тім'яна долі як правої, так і лівої півкуль, забезпечують уявлення про фонему як цілісну одиницю, що включає певну суму акустичних та артикуляційно-кінестетичних ознак завдяки розвитку між ними двосторонніх зв'язків. При тому, що функціональне призначення лівої півкулі – аналіз інформації, а правої – її синтез, тобто різне, симптоматика, яка виявляється при ураженні задньої частини кори головного мозку лівої та правої півкуль, подібна. Зокрема, при недорозвитку скроневої долі як правої, так і лівої півкуль у дітей виникають труднощі при розрізненні опозиційних фонем. В тяжких випадках при лівосторонніх ураженнях також сплутуються звуки, що різняться твердістю і м'якістю та способом творення. При ураженні тім'яної долі як правої, так і лівої півкуль спостерігається сплутування звуків, протилежних за місцем утворення, але подібних за звучанням. При глибших лівосторонніх порушеннях, сплутування може також спостерігатися між звуками, що різняться твердістю і м'якістю (забезпечуються участю середньої частини язика), а також носових та ротових звуків між собою.

Операція виділення звуків зі слова формується завдяки розвитку двосторонніх зв'язків між лівими скроневою та тім'яною долями, які забезпечують аналіз акустичних та кінестетичних ознак фонем та правою лобною долею, яка забезпечує об'єднання, цілісне втримування фонем у слові. Тоді коли операція встановлення фонем у чітко вираженій послідовності розвивається завдяки двостороннім зв'язкам між правими скроневою та тім'яною долями, які забезпечують синтез акустичних та кінестетичних ознак фонем, та лівою лобною долею, на підставі участі якої відбувається послідовне включення фонем у слово.

Безумовно, результати проведеного нами дослідження вимагають подальшого підтвердження або заперечення нейрофізіологів, нейрохірургів тощо. Проте, уже визначені нами механізми порушення фонематичних процесів у дітей вказують на потребу подальшого удосконалення системи корекції порушень фонетичного боку мовлення в цілому та етапу формування фонематичного контролю зокрема, шляхом розвитку системи моделювання структури порушення фонематичних процесів у дітей. Така можливість на нашу думку може реалізуватися за умови створення відповідних комп'ютерних програм.

Список використаних джерел:

1. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребёнка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития: Эмоциональные предпосылки освоения языка. – М.: Просвещение, 1987. – 160с.
2. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 80с.
3. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения: Сб. методических рекомендаций. – 240 с.
4. Логопедія. Підручник. – За ред. М.К. Шеремет. – К.:Видавничий дім «Слово», 2010. – 376 с.
5. Методы обследования речи у детей: Пособие по диагностики речевых нарушений / Под общ. Ред. Проф. Г.В. Чиркиной. – 4-е изд. Доп. – М.: АРКТИ, 2005. – 240 с.
6. Нейропсихология: Учебник для вузов. 3-е изд. / Е.Д.Хомская. – СПб.: Питер, 2003. – 496с.
7. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. Пособие для высш. Учеб. Заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232с.
8. М.А. Савченко Методика виправлення вад вимови фонем. – 3-є видання, доповнене. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2007. – 160 с.
9. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. – М.: ТЦ Сфера, 2003. – 288с.
10. Соботович Є.Ф. Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку / Теорія і практика сучасної логопедії: Збірник наукових праць: _ип.. 1 – К. Актуальна освіта, 2004. – С.7-35.
11. Тищенко В.В. Ієрархія фонематичних процесів в онтогенезі дитячого мовлення / Теорія і практика сучасної логопедії: Збірник наукових праць: _ип.. 4. – К.: Актуальна освіта, 2007. – С. 3-18.
12. Шеремет М.К., Ревуцька О.В. Логопедія (корекційна робота при дислалії): Навчальний посібник. – К.2009., - 244 с.

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Аденоїди – невеличкі лімфатичні вузлики, які знаходяться у носоглотці і виконують функцію захисного бар'єру на шляху інфекції, яка потрапляє в організм дитини через ніс.

Аденоїдні розростання – подібні на пухлину збільшення аденоїдів, які виникають при наявності хронічних або частих захворювань в області носової порожнини та носоглотки.

Акустична ознака звука – частотність і сила звучання звука, які характеризують його чутність та аутентичність звучання (відповідність оригіналу).

Акцентуація – система наголошених позицій у мовленні людини, яка включає виділення наголосом складу у слові, підсиленням голосом слова у реченні; фрази, речення чи фрагменту тексту у розповіді.

Алофон – це звук мовлення у різноманітних варіантах, наближених до звучання фонем, які мають звуковий спектр, що залежить від місця знаходження її у слові, звуків, які стоять поруч з даною фонемою, індивідуального тембру голосу того, хто говорить, чіткості його артикулювання.

Аморфні слова – безформенні, розпливчаті слова.

Артикуляційний апарат – функціонально об'єднані органи та системи в організмі людини, що забезпечують утворення артикуляційних позицій звуків мовлення (артикулем).

Атаксія – розлад координації нервової системи, що спостерігається при деяких нервових захворюваннях. **Атаксичний** – непослідовний, той який порушує послідовність виконання (у нашому випадку) рухів.

Атетоз – повільні, хвилеподібні, вичурні рухи в кистях і стопах. Можуть спостерігатися в м'язах обличчя у вигляді вип'ячування губ, перекошування рота, гримас, цокання язиком.

Аферентна імпульсація – чутлива імпульсація. Забезпечує проведення імпульсів від периферійних відділів організму до центральної нервової системи за допомогою чутливих нервових волокон.

Валик Пассавант – це потовщення, яке включає комплекс нервових закінчень і знаходиться на задній стінці між ротоглоткою та носоглоткою. Функціональним призначенням валика Пассавант є формування рефлекторного взаємозв'язку між артикуляційним, вокальним та дихальним апаратами.

Гайморит – захворювання, викликане запальними процесами в області гайморових пазух.

Генераторна система мовлення – система, яка перетворює енергію, що виникає в процесі дихання, у звук. У склад цієї системи входять перешкоди, які виникають на шляху видихуваного струменя повітря і утворені: голосовими зв'язками; язиком, розташованим у певній позиції відносно твердого піднебіння, зубів, альвеол; губами.

Гностико-праксічний рівень сприймання та відтворення інформації – рівень, який включає гностичні (адекватні, відповідні усвідомленому сприйманню інформації) та праксічні (здатні здійснювати складні, цілеспрямовані рухи) компоненти психічної діяльності, на підставі участі і взаємодії яких практичні дії автоматизуються, а також здійснюється регуляція, контроль та їхня корекція.

Гіперметрія – рухи різних частин тіла з занадто великою амплітудою. Ознака ураження мозочка.

Гіперсаливація – підвищена слюнотеча.

Гіпоксія – зниження кількості кисню в організмі, кисневе голодування.

Гіпометрія - рухи різних частин тіла з занадто малою амплітудою. Ознака ураження мозочка.

Гіпотонія – млявість, зниження тону м'язів.

Гукання – від слова гукати (кликати). Звуки вимовлені дитиною з кличною інтонацією, покликані привернути увагу тих, хто оточує її.

Гуління – неусвідомлена спроба дитиною голосових реакцій, промовляння нею окремих звуків та звукокомплексів -гу-, -агу-, -а-, -у- тощо, що виникає у перші місяці її життя і є характерною ознакою початку першого періоду розвитку мовлення.

Дизартрія – це порушення вимовної сторони мовлення, обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату. Також цей термін вживається як назва групи порушень мовлення, які виникають внаслідок розладів тих відділів центральної та периферійної нервової системи, що забезпечують рухливість периферійних органів мовлення, м'язевий контроль за процесом реалізації мовленнєвої програми (групи порушень, оскільки симптоматика кожної з форм дизартрії суттєво відрізняє одну з них від іншої). Основною ознакою дизартрії є наявність рухових розладів таких периферійних органів мовлення як артикуляційний, фонаційний та дихальний апарат. Зумовлені вони порушеннями тону м'язів (типу спастичності, млявості, дистонії). Наслідком цих відхилень є вади фонетичного, інтонаційно-мелодичного та темпо-ритмічного боків мовлення у дітей та дорослих.

Дискоординація – роз'єднаність і розщеплення психічних процесів і функцій, їхня незбалансована діяльність. Наприклад: невідповідність мимічного виразу обличчя змісту сказаного, ситуації яка склалася.

Дислалія – це порушення вимови фонем, обумовлених причинами анатомо-фізіологічного і соціально-психологічного характеру. В залежності від причин, що її викликають вона може бути поділена на дві форми: функціональну і органічну.

Дислалія складна – це частковий недорозвиток усіх сторін мовлення, обумовлений порушенням нейродинаміки певних відділів кори головного мозку функціонального або органічного генезу. Порушення фонемного розвитку є лише одним із вагомих компонентів, які входять у структуру цього мовленнєвого дефекту. За структурою виділяють два типи порушення: сенсорний або акустико-фонематичний і сенсо-моторний або артикуляційно-фонематичний.

Дистонія – часта зміна тону м'язів: у стані спокою тонус м'язів слабкий, але при спробі говорити, під час хвилювання він зростає.

Дифтерія – гостра інфекційна дитяча хвороба при якій уражаються верхні дихальні шляхи.

Діастема – аномалія розміщення зубів, яка проявляється у вигляді проміжка між центральними різцями.

Емоційне спілкування – спілкування, яке забезпечується інтонаційно і мелодійно забарвленими звуками, звукокомплексами, словами тощо, у відповідності до хвилювань, які відчуваються на момент розмови людиною. У розвитку дитини визначають період емоційного спілкування, який триває в середньому від народження до року і характеризується її спілкуванням з дорослим за допомогою інтонаційно і мелодійно оформлених звуків та звукокомплексів, що відображають її емоційне ставлення до тієї чи іншої життєвої ситуації, учасником якої вона є.

Енергетична система мовлення – система, яка забезпечує утворення цілеспрямованого руху повітря. У склад цієї системи входять органи дихання та дихальні шляхи (легені, бронхіоли, бронхи, гортань, глотка, носова порожнина тощо), міжреберні м'язи та діафрагмальний м'яз.

Загальний недорозвиток мовлення (загальне недорозвинення мовлення) – це системний недорозвиток усіх сторін мовлення, обумовлений органічними ураженнями головного мозку або аналізаторних систем. У логопедії виділяють первинний та вторинний загальний недорозвиток мовлення. Первинний загальний недорозвиток мовлення – це системний недорозвиток усіх сторін мовлення, обумовлений локальним ураженням кори

головного мозку. Вторинний загальний недорозвиток мовлення спостерігається у розумово відсталих дітей і обумовлений тотальним ураженням кори головного мозку, що тягне, в першу чергу, до інтелектуальної недостатності, в результаті якої і виникає недорозвиток усіх сторін мовлення. Також це порушення мовлення завжди виникає у дітей з вадами слуху. Виникнення загального недорозвитку мовлення у інших категорій дітей (з порушеннями зору, емоційно-вольової сфери (при аутизмі), при дитячому церебральному паралічі тощо) ще викликає у науковців окремі суперечки.

Звук – це коливальний рух частин пружного середовища, який розповсюджується у вигляді хвиль та сприймається органами слуху.

Іннервація – зв'язок органів і тканин організму людини з центральною ланкою нервової системи, що здійснюється за допомогою нервових волокон.

Інсульт – захворювання, яке викликане порушенням кровопостачання головного мозку або крововиливом на його поверхню чи глибоко в тканини мозку. Наслідком цього є нестача кисню та поживних речовин у нервових клітинах, що обумовлює тимчасову або стійку тривалу втрату їхньої функції.

Кінестетична (пропріоцептивна) чутливість – це збірне поняття, яке включає шкірну та м'язево-суглобну чутливість.

Кінестетична форма апраксії – порушення утримування позицій та виконання рухів з опорою на кінестетичні відчуття та сприймання без візуального контролю, обумовлене ураженням нижніх відділів постцентральної області нижніх півкуль.

Кінестетичне (пропріоцептивне) відчуття – це психічний процес, який відображає шкірну та м'язево-суглобну чутливість, що виникає у людини і під час дотику і в процесі утримування нею позицій та виконання рухів.

Кінестетичні ознаки звука – сума відчуттів, які виникають в середині органів артикуляції в процесі вимови фонем і визначають її автентичність (відповідність оригіналу).

Кінестетичне (пропріоцептивне) сприймання – це психічний процес, який забезпечує інтеграцію відчуттів, що виникають при утримуванні позицій, рухів та забезпечує цілісне уявлення про ту чи іншу позицію в той чи інший момент руху.

Кінестетичний (пропріоцептивний) праксис – це психічний процес, який забезпечує точність виконання рухів з опорою на кінестетичні відчуття та сприймання.

Кінетичний (динамічний) праксис – це психічний процес, що забезпечує втримування послідовності при виконанні рухів, тимчасової організації рухових актів у чітко вираженій послідовності.

Кінетична (динамічна) апраксія – порушення втримування послідовності при виконанні рухів, тимчасової організації рухових актів у чітко вираженій послідовності, обумовлена ураженням нижніх відділів премоторної області, яка знаходиться у лобній долі кори головного мозку.

Кінетичний фактор – це рефлекторний вид діяльності, який забезпечує недовільні рухи гладкої мускулатури при ковтанні їжі, випорожненні, рефлекторному відсмикуванні руки при дотику до гарячого, автоматизми.

Когнітивна система – система психічних процесів і функцій, які забезпечують пізнання об'єктивної реальності: природи, людини, суспільства, космогенезису тощо.

Лепет – усвідомлені голосові реакції дитини, які виникають як реакція на позитивний подразник, в середньому у віці 5-6 місяців.

Мінімальна мозкова дисфункція – легка ступінь церебрально-органічної неповноцінності, яка виникає в результаті незначного дифузного ураження мозкової тканини у перинатальний, натальний чи постнатальний період розвитку дитини і веде до комбінованих порушень сприймання, моторики та уваги.

Міоклонії – різкі, найчастіше ритмічні клонічні посмикування м'язів чи груп м'язових волокон.

Мовленнєвий апарат – функціонально об'єднані органи та системи в організмі людини, що забезпечують утворення звуків мовлення, об'єднання їх у звукокомплекси, слова, фрази та речення. Мовленнєвий апарат умовно поділяють на дві частини: периферійну ланку та центральну. У склад периферійної ланки традиційно включають органи дихання, фонації та артикуляції. У склад центральної частини мовленнєвого апарату входять провідна ланка та кора головного мозку.

М'язово-скелетна система – система, що забезпечує опору для усіх систем організму, а також точність виконання рухів усіма частинами тіла. У склад скелетної системи входять кістки і хрящі, які забезпечують з'єднання кісток між собою, а у склад м'язової – поверхневі і глибокі м'язи, а також сухожилки (сполучнотканинні утворення), які зв'язують скелетну і м'язову системи між собою.

Надставна труба – це частина артикуляційного апарату, в склад якої входять усі порожнини, що знаходяться над голосовими зв'язками: порожнина гортаноглотки, ротоглотки та носоглотки; носова і ротова порожнини; гайморові і фронтальні пазухи.

Недорікуватість (недомовність) – російською мовою “косноязычие”. Неправильна вимова звуків мовлення.

Незрощення (розщеплення) – аномалія, яка виникає в області верхньої губи, або твердого та м'якого піднебіння внаслідок затримки злиття ембріональних зародків, що утворюють цю частину рота та ротової порожнини.

Нейрон – нервова клітина з усіма відростками, що відходять від неї.

Нерво-м'язова система – система, що забезпечує точність виконання довільних та мимовільних рухів усіма органами, а також контроль за ними. У склад цієї системи входять м'язи та сухожилки (сполучнотканинні утворення), а також головний мозок, спинний мозок та мережа нервів.

Палаталізація – пом'якшена вимова приголосних звуків завдяки додатковій участі у вимові середньої частини спинки язика – піднесенні його до середньої частини твердого піднебіння.

Паузація – система інтервалів у мовленні людини, яка включає інтервали між словами у реченні, між реченнями у тексті та ті, якими виділяють фразу у розповіді і якій надається особливе смислове навантаження.

Піднебінно-глоткової комплекс – група органів артикуляції, які включають, в основному, піднебінні дужки, м'яке піднебіння, язичок.

Під'язикова вуздечка – серединна складка, яка з'єднує нижню поверхню язика з дном порожнини рота. Вуздечка в нормі тонка, еластична, гнучка і не доходить до середини язика, що не заважає його рухам. **Коротка під'язикова вуздечка** може доходити до середини язика, а то й більше, навіть до його кінчика. Її товщина і еластичність у різних дітей різна. Коротка вуздечка може бути тонкою, товстою, більш чи менш гнучкою, проте визначено, що вона заважає рухам кінчика язика у напрямках вперед і вгору.

Поліпи – ворсинчасті або грушоподібні пухлини, які виникають на слизових оболонках (зокрема у носовій порожнині) в результаті хронічних запальних процесів.

Прикус – розташування нижніх зубів відносно верхніх. Прикус вважають нормальним тоді, коли верхні зуби трішечки накладені на нижні і міцно прилягають до них і спереду і з боків. **Передній відкритий прикус** – аномалія зубо-щелепної системи у вигляді отвору між передніми зубами. **Боковий відкритий прикус** – аномалія зубо-щелепної системи у вигляді отвору між боковими зубами.

Прогенія – аномалія прикусу, при якій нижня щелепа висунута вперед і внаслідок цього спостерігається відсутність контакту між передніми зубами. Нижні передні зуби теж висунуті вперед по відношенню до верхніх.

Прогнатія – аномалія прикусу, при якій верхня щелепа висунута вперед і внаслідок цього спостерігається відсутність контакту між передніми зубами. Верхні передні зуби теж висунуті вперед по відношенню до нижніх.

Просторова апраксія – порушення виконання просторово орієнтованих рухів без і з опорою на візуальний контроль і обумовлене ураженням тім'яно-потиличних відділів кори головного мозку.

Псевдослова – несправжні слова, що виникають у мовленні дитини у віці 9-10 місяців і, не дивлячись на наближене до повноцінних слів звучання, ще не несуть їхнього смислового навантаження.

Ригідність м'язів – залякність, негнучкість м'язів. Стан, при якому знижена здатність до переключення і пристосування м'язового апарату до відповідних потреб організму та спеціально створених умов.

Ринолалія – це порушення тембру голосу і вимови фонем, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами периферичного відділу мовленнєвого апарату. Ринолалія відрізняється від дислалії наявністю гнусавого тембру голосу хоча окремі причини їх виникнення можуть бути спорідненими. Залежно від характеру порушення піднебінно-глоткового змикання виділяють три форми ринолалії: закриту, відкриту та змішану.

Регуляторна (префронтальна) апраксія – порушення програмування рухів, контролю за їхнім виконанням, яке проявляється у вигляді заміни запропонованих для виконання рухів шаблонами та стереотипними уже знайомими рухами і обумовлена ураженням префронтальних областей (що у лобній долі) кори головного мозку домінантної півкулі.

Резонаторна система мовлення – система, що забезпечує підсилення звуку. У склад резонаторної системи входять: надставна труба, черепна коробка, грудна клітина.

Реципрокна іннервація – фізіологічний механізм координації нервовими центрами діяльності органів і тканин організму, що забезпечує спільний регулюючий вплив на їхні функції.

Риніт – захворювання, яке викликане запальними процесами в області носової порожнини.

Ринофонія – це порушення тембру голосу, обумовлене порушеннями анатомо-фізіологічного та неврологічного характеру. Ринофонія відрізняється від ринолалії відсутністю порушень вимови фонем. Залежно від характеру порушення піднебінно-глоткового змикання виділяють три форми ринофонії: закриту, відкриту та змішану.

Розсіяний склероз – захворювання нервової системи, яке розвивається внаслідок імунно-опосередкованого ураження мієлінової оболонки, яка захищає нервові волокна, що призводить до порушення проведення імпульсів по них і внаслідок чого у хворих може погіршуватися зір, двоїтися в очах, виникнути парез, порушення ходи та чутливості у різних групах м'язів.

Свищ – дефект у вигляді отвору або щілини. Отвір у твердому чи м'якому піднебінні, який з'являється в результаті розходження післяопераційних швів унаслідок тривалого хворобливого (запального) процесу.

Сензитивний – найбільш сприятливий для сприйняття чого-небудь.

Сенсо-моторний рівень сприймання та відтворення інформації – рівень, який включає сенсорні (чуттєві) та моторні (рухові) компоненти психічної діяльності, на підставі участі і взаємодії яких реалізується практична дія.

Синкінезії – мимовільні рухи однієї частини тіла, які виникають паралельно з мимовільними чи довільними рухами інших частин тіла.

Спастичність – напруження м'язів, що спостерігається під час виконання довільних рухів.

Симультанний синтез – це психічний процес, який забезпечує одночасне втримування і вибір окремих елементів інформації.

Сукцесивний синтез – це психічний процес, який забезпечує встановлення елементів інформації у чітко вираженій послідовності.

Тіки – це швидкі клонічні, як правило, стереотипні посмикування обмеженої групи м'язів.

Тремор – стереотипний ритмічний гіперкінез, який проявляється у вигляді дрібного треміння і спостерігається у кистях рук, стопах, тулубі, голові. Амплітуда і частота треміння можуть бути різноманітними і залежать від механізму виникнення порушення.

Хвороба Паркінсона – дегенеративне захворювання головного мозку, при якому знижується вміст дофаміну (речовини, що забезпечує проведення імпульсів) у базальних ядрах мозку та чорній речовині і внаслідок чого у хворих порушується рухова активність, з'являється ригідність м'язів, тремор рук у стані спокою тощо.

Хорея – характеризується швидкими, не ритмічними, не координованими посмикуваннями різних груп м'язів обличчя, тулуба, кінцівок. Може нагадувати довільні рухи, які проявляються у вигляді нахмурювання брів, лоба, висовування язика, хаотичних рухів кінцівок.

Фіброма – доброякісна пухлина з волокнистої сполучної тканини.

Фонема – це найменша одиниця мовлення. Вона являє собою узагальнений звукотип, який включає певну суму постійних інваріантних або корисних ознак.

Фонематичне сприймання – це психічний процес, що забезпечує інтеграцію постійних інваріантних та корисних ознак фонемі в один узагальнений звукотип.

Фонематичний аналіз – це психічний процес, що забезпечує почергове виділення фонем зі складу слова.

Фонематичний контроль – це функція психіки, що забезпечує здатність людини слідкувати за точністю вимови фонем у словах, реченнях та у зв'язному мовленні в цілому і формується на підставі розвитку уваги до окремих відчуттів при сприйманні себе (артикуляційно-кінестетичних) та уваги до окремих зовнішніх проявів (акустичного та оптично-артикуляційного) в оточуючих людях.

Фонематичний синтез – це психічний процес, що забезпечує послідовне об'єднання фонем у слово.

Фонетичний бік мовлення – це термін, що характеризує вимовний бік мовлення, формування якого забезпечується точністю рухів м'язів мовленнєвого апарату, достатньою для того, щоб вимовити звуки, склади, слова, речення у відповідності до результатів аналізу, проведеного слуховими (що забезпечує акустичне сприймання мови на слух) і кінестетичними (що забезпечує сприймання артикуляційних позицій вимовлених звуків) відчуттям та сприйманням.

Фонологічна складова мовлення – це термін, який об'єднує ряд таких особливостей мовлення, як точність і чіткість вимови кожної фонемі, точність вимови кожного слова, а також правильність інтонування, мелодійного оформлення усіх смислових одиниць мовлення, паузацію і акцентуацію.

Язичок – активний орган артикуляції, яким закінчується м'яке піднебіння. В процесі вимови ротових звуків мовлення язичок піднімається вгору і утворює змичку з валиком Пассавант. Функціональне призначення язичка різне: формування перешкоди на шляху повітря, яке видихається в процесі мовлення і спрямування його через ротову порожнину, що

є необхідною умовою для виникнення ротових звуків мовлення; іннервація нервових закінчень в області валика Пассавант, що забезпечує формування рефлекторного взаємозв'язку між артикуляційним, вокальним та дихальним апаратами.

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК

Алофон –
Атетоз –
Гіпотонія –
Дизартрія –
Дислалія –
Дислалія складна –
Дистонія –
Звук –
Кінестетична (пропріоцептивна) чутливість –
Кінестетична форма апраксії –
Кінестетичне (пропріоцептивне) відчуття –
Кінестетичне (пропріоцептивне) сприймання –
Кінестетичний (пропріоцептивний) праксис –
Кінетичний (динамічний) праксис –
Кінетична (динамічна) апраксія –
Кінетичний фактор –
Міоклонії –
Просторова апраксія –
Ринолалія –
Регуляторна (префронтальна) апраксія –
Ринофонія –
Спастичність –
Тіки –
Тремор –
Хорея –
Фонема –
Фонематичне сприймання –
Фонематичний аналіз –
Фонематичний контроль –
Фонематичний синтез –
Фонетичний бік мовлення –
Фонологічна складова мовлення –

