

корекційно-формульованого навчання за запропонованою методикою у дітей із ЗНМ підвищується рівень розвитку образного мовлення.

Дослідження не вичерпало всіх аспектів проблеми формування образного мовлення в дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ у зв'язку зі складністю зазначеного мовленнєвого порушення та багатогранністю питань, що входять до цієї теми.

Список використаних джерел

1. Белобородова Е. В. Формирование образных средств языка у дошкольников с общим недоразвитием речи: дис. ... канд. пед. наук: 13.00. 03 / Белобородова Елена Васильевна. – М., 2007. – 151 с.
2. Лурия А. Р. Язык и сознание / А.Р. Лурия. – М. : Изд-во МГУ, 1979. – 320 с.
3. Телия В. Н. Вторичная номинация и ее виды // Языковая номинация : виды наименований. – М., 1977. – С. 22–23.
4. Ушакова Т. Н. Функциональные структуры второй сигнальной системы / Т. Н. Ушакова. – М.: Наука, 1979. – 287 с.

The article describes the experience of implementing an experimental method of forming creative speech in older preschool age children with general underdevelopment of speech in correctional logopaedic process.

Keywords: creative speech, general underdevelopment of speech, older preschool age children.

Отримано 13. 11.2012

УДК 376.36

*С.Ю. Конопляста,
М.К. Шеремет*

СИНДРОМОКОМПЛЕКС ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ МОВИ ТА МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ПІДНЕБІННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

У статті розкрито результати сучасного медико-психолого-педагогічного вивчення функціональної системи мови та мовлення осіб із вродженими незрощеннями губи та піднебіння від народження до 18 років.

Ключові слова: функціональна система мови та мовлення (ФСММ), вроджене незрощення губи та піднебіння (ВНГП), структура дефекту, фонологічний профіль, семіотична підсистема ФСММ, лінгвопатологічний синдром, підсистеми програмування та регуляції мовленнєвих актів, мовленнєвий дизонтогенез.

Стаття посвящена обобщенным результатам современного медико-психолого-педагогического изучения функциональной системы языка и речи детей с врожденными несращениями губы и неба от рождения до 18 лет.

Ключевые слова: функциональная система языка и речи, врожденное несращение губы и неба, структура дефекта, фонологический профиль, семиотическая подсистема ФСЯР, лингвопатологический синдром, подсистемы программирования и регуляции речевых актов, речевой дизонтогенез.

Мовленнєвий розвиток дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння (далі – ВНГП) є однією з найбільш складних і недостатньо вирішених логопедичних проблем в усьому світі, в Україні зокрема.

З 11 мільйонів дітей в Україні дванадцять тисяч - це хворі із вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки. Щорічно народжується біля 500 малюків з піднебінною патологією. Тяжкість зазначеного дефекту визначається не лише зовнішньою аномалією, складними морфологічними та функціональними порушеннями, але й важкими мовленнєвими дефектами, комунікативним дискомфортом, психологічною і соціальною напруженістю, проблемами особистісної адаптації. З огляду на це, діти із ВНГП складають групу ризику не тільки у галузі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку, а є складним об'єктом наукових досліджень у галузі логопатології, логопедії та логопсихології.

Враховуючи ієрархічність процесів формування, розуміння мовлення та основні складові мовленнєвої системи і завдання, які вони вирішують, базовою моделлю багатовимірного вивчення мовленнєвого розвитку при ВНГП було обрано сучасну "функціональну систему мови та мовлення" (далі ФСММ), запропоновану О.М.Корневим. У свою чергу ФСММ складається з кількох підсистем (систем другого порядку), кожна з яких має свою певну спеціалізацію та деяку автономію як у процесі функціонування, так і у процесі свого розвитку (А.А. Залевська, W.J. Levelt, О.М. Корнев). Модель функціональної системи мови та мовлення включає три основні підсистеми: 1) семіотичну; 2) програмування та інтерпретації мовленнєвих актів; 3) регуляційну.

Розроблений алгоритм клініко-психолого-педагогічного вивчення дитини із ВНГП був системною програмою лінгвопедагогічного дослідження стану функціональної системи мови і мовлення (семіотичної підсистеми, підсистеми програмування та регуляції мовленнєвих актів). Згідно з алгоритмом розроблено відповідну багаторівневу діагностичну модель, реалізацію якої забезпечено відповідною методикою.

Контингент обстежених дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння склали діти усіх вікових категорій (від народження до 18 років) незалежно від стану психофізичного та інтелектуально розвитку. У загальному – 522 особи з різними видами вроджених незрощень.

Визначено, що діти із ВНГП мають набагато складніші механізми порушення психомовленнєвої діяльності, ніж традиційно вважалося

протягом багатьох років. У цих дітей своєрідно розвиваються механізми породження та формування підсистем функціональної системи мови та мовлення (семіотична, програмування та інтерпритації мовленнєвих актів, регуляційна), зазнають шкоди глибинні процеси формування базових складових психічного розвитку (довільної регуляції: рухової активності, психічних процесів і функцій, емоцій та поведінки), що звужує когнітивний ресурс дитини, стримує емоційно-особистісний розвиток, ускладнює процес соціальної адаптації.

Насамперед це стосується ураження базових показників забезпечення фонологічної підсистеми ФСММ на експресивному та імпресивному рівнях у період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції, що призводить до складної дезінтеграції та патології усього мовленнєвого розвитку дитини із ВНГП.

Узагальнені результати вивчення особливостей психомоторного та мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП до трьох років гостро окреслили як проблему психоемоційний розвиток дитини із ВНГП, формування зачатків комунікативної поведінки та загального енергетичного потенціалу їх життєдіяльності.

Результати вивчення розвитку дітей із ВНГП раннього віку виявили його особливості і показали, що вже до одного року доцільно виділяти так звану "групу ризику" у розвитку, яка складає 94 (79%) від загальної кількості (118) обстежених дітей до одного року. Більше того, саме ці діти проявили низькі показники домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку і були віднесені до "групи логопедичного ризику" ще до трирічного віку.

Результати дають підстави зазначити, що структура мовленнєвого дефекту при ВНГП ускладнюється також моторною недостатністю м'язів артикуляційного апарату, обумовленою порушенням їх іннервації по типу спастичності, гіпотонії або дистонії. Це пояснює наявність у певної кількості дітей із ВНГП дизартричних проявів (переважно псевдобульбарного характеру у стертій формі). У 75 (79%) післяопераційних дошкільників із ВНГП зафіксовано порушення фізіологічного та мовленнєвого дихання, підвищена голосова атака, порушення просодичної площини.

У 66 (70%) дошкільників виявлено уповільнений темп мовлення, більшість із них виявили несформованість немовленнєвого та мовленнєвого відчуття ритму. Характерною для цих дітей була загальна затримка темпу мовленнєвого розвитку, мовленнєва інактивність.

У результаті комплексного аналізу особливостей експресивного мовлення у дітей із ВНГП систематизовано характерні ознаки його порушень і зведено їх у відповідні симптомокомплекси: а) атипові симптоми порушень звуковимовних характеристик мовлення, спричинені ВНГП; б) типові симптоми порушень звуковимовних характеристик мовлення у дітей із ВНГП; в) симптоми порушень ритміко-складової структури слова у дітей із ВНГП; г) симптоми аеродинамічних, фонаційних та просодичних порушень, які мають поліморфний характер.

Це дало підстави виділити синдром фонологічних порушень у дітей із

ВНГП, розкрити механізм порушення фонологічної системи мовлення та визначити різні стани сформованості фонологічної складової за рівнем її ураження. На цьому етапі дослідження логопедичну діагностику ми співвідносили із класичною клініко-педагогічною класифікацією вад мовлення.

У результаті комплексного клініко-логопедичного вивчення семіотичної підсистеми ФСММ запропоновано нову клініко-логопедичну класифікацію порушень фонологічної складової мовлення у дітей із ВНГП. Виділено 5 груп післяопераційних дітей із ВНГП дошкільного віку, звуковимовні та просодичні показники яких мають суттєві відмінності й відповідають різним клінічним характеристикам фонологічних порушень та свідчать про своєрідність семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення (на експресивному рівні). Групи вибудовано згідно з принципом ускладнення порушень фонологічної системи мовлення. За основу взято результати обстеження 106 післяопераційних дітей із ВНГП дошкільного віку.

Так, до першої, найменш чисельної групи увійшло 8 (8%) дітей, звуковимова яких відповідала показникам фонетичної та просодичної норми. Тобто, цю групу післяопераційних дошкільників із ВНГП можна вважати найблагополучнішою з погляду фонаційного оформлення мовлення: голосоутворення, звуковимовної, темпо-ритмічної та інтонаційної організації. Дітей цієї групи ми віднесли до категорії дітей з нормальним розвитком звукової сторони мовлення.

До другої групи увійшло 11 дітей (10%), які не мали порушень тембру голосу (назальності), проте їх звуковимова залишалася порушеною й після п'яти років і мала усі ознаки функціональної дислалії (акустико-фонематичної та артикуляторно-фонетичної за Б.М.Гриншпуном). На нашу думку, дефектна звуковимова у цих дітей пов'язана з ненормованим відтворенням груп приголосних звуків у зв'язку із недостатньою сформованістю артикуляційної бази. У них переважали типові фонологічні (заміни, змішування) та фонетичні або антропофонічні (перекручування звуків) дефекти звуковимови.

До третьої групи увійшло 14 дітей (13%) з порушеннями тембру голосу, але без грубих порушень артикуляційних укладів, спричинених вродженою щілиною губи та піднебіння. Їх звуковимова розвивалася так, як і у дітей першої та другої груп, але характерним було те, що у них найбільше постраждала просодична сторона мовлення. У цьому випадку слід говорити про відкриту органічну ринофонію, а не про органічну відкриту ринолалію. При цьому в деяких дітей спостерігалася затримка загального темпу мовленнєвого розвитку.

У 32 дітей, які склали четверту групу (30%), виявлялися як специфічні (атипові), так і типові симптоми порушень звуковимови експресивного рівня. Тобто у цих дітей спостерігалася поєднання дефектів звуковимови, пов'язаних як із вродженим анатомічним дефектом щелепно-лицьової ділянки (ВНГП), так і з дефектами моторного управління, порушеннями кінестетичного праксису, що провокувало неправильні артикуляційні

уклади, неточні рухи язика тощо. Йдеться про ускладнений механізм порушення усного мовлення – залучення декількох порушених ланок фонаційного оформлення мовлення. Мовлення дітей цієї групи відповідає уявленням про класичну органічну відкриту ринолалію, тобто про тотальне порушення механізмів артикуляції, голосоутворення та фонації.

Решту дітей ми об'єднали в одну клініко-логопедичну групу з огляду на обтяжений характер фонологічних порушень (на експресивному рівні). Таким чином, до п'ятої найбільш чисельної групи увійшла 41 дитина (39%) з комбінованим (обтяженим, ускладненим) варіантом порушень звуковимовної сторони мовлення. У групу комбінованого дефекту фонологічної сторони мовлення (на експресивному рівні) увійшли діти, які мали клінічні ознаки ринолалії та дизартрії (підгрупа А), вродженої органічної відкритої ринолалії та заїкання (підгрупа Б), вродженої органічної відкритої ринолалії та алалії (підгрупа В).

У дошкільників, яких віднесено до підгрупи А, виявлено порушення тембру голосу, специфічні та типові дефекти звуковимови, а також клініко-фізіологічні симптоми мінімальних проявів дизартрії, або, згідно з сучасними дослідженнями О.М.Корнева, різних варіантів артикуляційної диспраксії, що свідчило про незрілість або аномальне формування артикуляційного праксису. Наявність синдрому артикуляційної диспраксії, на нашу думку, більш точно пояснює механізм недорозвинення або ушкодження складових, що забезпечують фонетичну сторону мовлення у цих дітей.

У дітей підгрупи Б виявлено ринолалію та заїкання (як невротичної, так і неврозоподібної форми).

У дітей підгрупи В зафіксована органічна відкрита ринолалія у поєднанні з алалією (моторною). Етіологія цього варіанту дизонтогенезу мовлення мала поліморфний характер. Вірогідною є наявність мультисиндромного стану тотального недорозвинення експресивного мовлення, що виражалося у первинному порушенні формування усіх підсистем ФСММ, тобто про первинність системного мовленнєвого порушення (у формі моторної алалії) і вторинність ринолалії як наслідку ВНГП.

Окрім порушень звуковимовної сторони мовлення, безпосередньо спричинених анатомічним дефектом, виявлено групу дефектів звуковимови, пов'язаних із порушенням здатності здійснювати динамічні комплекси артикуляційних дій. Обстеження сформованості звуко-складової структури слова виявило у 73 (69%) дітей із ВНГП порушення здатності перетворювати суцесивно організовані комплекси артикуляторних дій у цілісну симультанну програму.

Також розподілено дітей за темброво-інтонаційним забарвленням голосу та ступенем назалізації. Відмінний стан (нормальний тембр голосу) зафіксовано у 16 дітей (15%); хороший (слабка назалізація і незначна носова емісія) виявлено у 22 дітей (21%); задовільний (назалізація середнього ступеня, виражена носова емісія) – у 38 дітей (36%); незадовільний (гіперназалізація) спостерігалася у 30 післяопераційних дітей з ВНГП 4-6 років (28%).

У 68% обстежених дошкільників ми констатували суттєві особливості

формування семіотичної підсистеми ФСММ на імпресивному рівні. У цих дітей шкоди зазнали глибинні процеси формування рухових (артикуляційних) програм, своєрідно розвиваються механізми породження та засвоєння усіх категорій та понять мовної системи (фонетичних, лексичних, граматичних, синтаксичних), що у свою чергу стримує формування інтелектуальних мовленнєвих операцій та дій.

У переважній більшості (61%) обстежених дітей із ВНГП фонологічні порушення на імпресивному рівні мають вторинний характер. Їх можна назвати парціальними з огляду на те, що у багатьох дітей ці порушення носять нерівномірний, інколи вибірковий характер. У 39% виявлено первинний характер порушень імпресивного рівня, що передбачає первинні (тотальні) форми недорозвинення мовлення.

Дослідженням визначено лінгвопатологічні узагальнені симптоми порушень сприймання мовлення (порушень імпресивного рівня) у дітей із ВНГП: а) несформованість артикуляторно-сенсорних еталонів звуків мовлення (тобто фонематичних уявлень), спричинена порушеннями артикуляторно-кінестетичних механізмів); б) неповноцінність слухової перцепції (дефекти фонематичного слуху, спричинені порушеннями фізичного та тонального слуху); в) недостатньо сформована здатність до диференціації перцептивних ознак фонем (порушення фонематичного сприймання); г) недостатнє розуміння складних за синтаксичною організацією та морфологічним оформленням фраз; складносурядних та складнопідрядних речень; д) лексичний дефіцит маловживаних слів, категоріальних понять, узагальнених значень. На основі зазначених лінгвопатологічних узагальнених симптомів порушень сприймання мовлення на імпресивному рівні у дітей із ВНГП визначені відповідні синдроми.

Доведено, що ураження фонологічного рівня мовлення у період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції, згодом призводить до складної дезінтеграції та патології усього мовленнєвого розвитку дитини із ВНГП: 1) затримки темпів мовленнєвого розвитку; 2) вторинних порушень лексико-граматичної будови мовлення; 3) стійких порушень писемного мовлення; 4) мовленнєвої інактивності.

Результати дослідження виявили також суттєві відмінності від нормативних стану сформованості базових показників забезпечення підсистеми програмування та інтерпретації мовленнєвих актів ФСММ (кінестетичної перцепції, кінестетичного праксису, слухової перцепції та слухомовленнєвого гнозису). Використання у цьому контексті адаптованих нейропсихологічних методик забезпечило нові дані щодо просторового, кінестетичного, динамічного гнозису та праксису у дітей із ВНГП дошкільного та молодшого шкільного віку.

Експериментально доведено, що у дітей із ВНГП значно ушкодженим є не тільки операціонально-динамічний, а й комунікативно-мовленнєвий рівень регуляційної підсистеми ФСММ.

Вперше в логопедії у результаті багатоетапного лінгвопатологічного обстеження науково обґрунтовано та визначено не лише симптоми, але й охарактеризовано лінгвопатологічні синдроми мовленнєвих порушень у

дітей з піднебінною патологією на рівні кожної із підсистем функціональної системи мови та мовлення.

Експериментально визначені узагальнені симптоми семіотичної підсистеми (на експресивному та імпресивному рівнях), підсистеми програмування та регуляційної підсистеми ФСММ у дітей із ВНГП складаються у відповідні лінгвопатологічні синдроми.

На основі розробленої авторської системи синдромологічного аналізу порушень мовлення при ВНГП виявлено комплекс синдромів, що характеризують мовленнєвий розвиток 82% (87) дітей із ВНГП дошкільного віку: 1) синдром порушень семіотичної підсистеми ФСММ (симптомокомплекс: сенсомоторних та артикуляційних розладів, порушень мовленнєвого дихання, порушень голосу, ритміко-мелодико-інтонаційної організації мовлення); 2) синдром порушень функцій програмування та інтерпритації мовленнєвих актів; 3) синдром порушень функцій регуляції та контролю мовленнєвої діяльності.

Віділено лінгвопатологічні симптоми, які є узагальнюючими і входять в усі зазначені вище синдроми: а) порушення загально-нормативного темпу мовленнєвого онтогенезу; б) ускладнений з різних причин процес породження мовлення; в) порушення сприймання та розуміння мовлення у зв'язку зі зниженням фізіологічного та тонального слуху; г) загальна інактивність та скутість мовлення.

Спираючись на агреговані результати вивчення семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення, запропоновано сучасну типологію варіантів мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП.

До умовно-нормативного варіанту ми віднесли результати, які "вписалися" у нормативні показники онтогенезу мовлення (18%). Решта (82%) мали ознаки ненормативного мовленнєвого розвитку: дисгармонійного варіанту мовленнєвого дизонтогенезу (затримка темпу розвитку усіх складових ФСММ); парціального (порушення є окремих підсистем ФСММ, дисоціація між загальним рівнем мовленнєвого розвитку та рівнем зрілості окремих функцій); та тотально ушкодженого (тотальне ушкодження усіх підсистем ФСММ змішаного генезу).

Вищезазначене є безперечним підтвердженням того, що етіопатогенетичний підхід та системно-динамічний аналіз розвитку мовлення у дітей з ВНГП забезпечив можливість усебічно дослідити мовленнєвий онтогенез, розкрити механізми та структуру дизонтогенезу мовлення, вперше розробити типологію варіантів дизонтогенезу мовлення у дітей із ВНГП.

Список використаних джерел

1. Горелов И.Н. Избранные труды по психолингвистике / И.Н. Горелов. – М.: Изд – во Лабиринт, 2003. – 320 с.
2. Конопляста С. Ю. Развитие детей из врожденными незрощеннями губи та піднебіння. Теорія та практика: Монографія. Київ. – НПУ імені М.П. Драгоманова. 2008. – 212 с.
3. Конопляста С. Ю. Логопсихологія : навч. посіб. / С. Ю. Конопляста,

- Т. В.Сак; за ред. М.К. Шеремет. – К. : Знання, 2010. – 293 с.
4. Коломинский Я.Л., Панько Е.А., Игумнов С.А. Психическое развитие детей в норме и патологии. Психологическая диагностика, профилактика и коррекция. - Питер, 2004.- 480 с.
 5. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста. Клинические и психологические аспекты. - СПб.: Речь. - 2006.- 380 с.
 6. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб: Речь, 2005. – 384 с.

The article covers the results of a study of formation of the functional system of language and speech in children with cleft lip and palate.

Keywords: children with cleft lip and palate (CLP), interdisciplinary systems analysis, differentiated medical-psychological-pedagogical diagnostics.

Отримано 7.11. 2012

УДК 376.616.89-008.435

*Л.Л. Логвинова,
Т.Л. Лактюшина*

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ ЗМІШАНИХ ВИДІВ ДИЗГРАФІЙ

Зростання кількості дітей із змішаними видами дизграфій потребує розробки диференційованих шляхів корекції даних порушень письмового мовлення, що передбачає розробку методик логопедичної роботи у залежності від комбінування дизграфічних порушень у логопатів із вадами письмового мовлення.

Ключові слова: порушення письмового мовлення; дизграфія: акустико-аграматична, акустико-оптична, оптико-аграматична; логопедична корекція; диференційований підхід.

Увеличение численности детей, у которых наблюдаются смешанные виды дисграфий нуждается в разработке дифференцированных путей коррекции этих нарушений письменной речи, что предусматривает разработку методик логопедической работы в зависимости комбинирования дисграфических нарушений у логопатов с нарушениями письменной речи.

Ключевые слова: нарушения письменной речи, дисграфия: акустико-аграмматическая, акустико-оптическая, оптико-аграмматическая; логопедическая коррекция; дифференцированный подход.