

Тема 8. Особливості розвитку, навчання та виховання особистості при тяжких порушеннях мовлення.

План.

1. Класифікація осіб із порушеннями мовлення, її значення для освітньої та корекційно-реабілітаційної практики.
2. Клініко-педагогічна та психолого-педагогічна класифікації мовленнєвих порушень (загальна характеристика).
3. Особливості навчальної діяльності дітей із порушеннями мовлення та їх врахування в навчально-виховному процесі інклюзивної освіти.

Ключові поняття: діти логопати, класифікація порушень, логопедія.

Знати: класифікацію осіб з порушенням мовлення; особливості навчальної діяльності дітей з порушенням мовлення.

Вміти: організувати навчальний процес та корекційно-розвивальну діяльність дітей з порушенням мовлення.

Завдання для самостійної роботи.

1. Підготувати реферат «Ліворукість та особливості мовленнєвого розвитку дитини»
2. Скласти таблицю класифікації дітей з порушенням мовлення.
3. Розробити методичні рекомендації до організації навчальної діяльності дітей з порушенням мовлення.
4. Дібрати корекційно-розвивальні вправи для розвитку мовлення у дітей, та розвитку дрібної моторики.

Література:

1. Синьов В.М., Коберник Г.М. Основи дефектології: Навч. посібник. – К.: Вища школа, 1994. с. 49-61 (законспектувати).
2. Колишкін О.В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта». – Суми: Університетська книга, 2012.
3. Миронова С.П. Основи корекційної педагогіки. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені І. Огнієнко, 2010.
4. Виправлення вад мовлення у дошкільників. / упор. В.Л. Чайко. – К.: Шк.світ, 2009.
5. Логопедія. – За ред.. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010.

Відомо, що порушення мовлення мають різний характер залежно від локалізації функції, яка зазнала змін у зв'язку зі ступенем тяжкості, часом ураження, вираженістю вторинних відхилень, що є наслідком основного дефекту.

На сьогодні у сучасній логопедії користуються двома класифікаціями мовленнєвих порушень: клініко-педагогічною і психолого-педагогічною, або педагогічною.

Психолого-педагогічна класифікація виникла в результаті критичного аналізу клінічної класифікації з точки зору застосування її в педагогічному процесі, яким являється педагогічний вплив. Порушення мовлення в даній класифікації підрозділяється на **дві групи**.

Перша група — *порушення засобів спілкування* (фонетико-фонематичний недорозвиток і загальний недорозвиток мовлення).

Фонетико-фонематичний недорозвиток (ФФНМ) — порушення процесів формування вимовної системи рідного мовлення у дітей з різноманітними мовними розладами внаслідок дефектів сприймання і вимови фонем.

Загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) — різноманітні складні мовленнєві розлади, при яких порушено формування всіх компонентів мовленнєвої системи, які відносяться до звукової та складової сторони.

В якості загальних ознак відмічаються пізній початок розвитку мовлення, бідний словниковий запас, аграматизми, дефекти вимови, дефекти фонемоутворень. Недорозвиток може бути виражений в різному ступені: від відсутності мовлення або лепетного її стану до розгорнутого, але з елементами фонетичного і лексико-граматичного недорозвитку. В залежності від ступені сформованості засобів мовлення у дитини загальний недорозвиток підрозділяється на три рівні (за Р. Левіною):

I рівень. Характеризується цілковитою відсутністю словесних засобів спілкування у віці, коли у дітей з нормальним розвитком мовлення в основному сформоване. При такому рівні мовного розвитку словниковий запас дитини складається здебільшого із звукових та звуконаслідувальних комплексів, які супроводжуються жестами, як правило не зрозумілі для оточуючих.

II рівень. Характеризується тим, що мовленнєві можливості значно зростають. Спілкування здійснюється не лише за допомогою жестів і лепетних слів, а й мовленнєвими засобами, проте таке спілкування переважно зрозуміле близькому оточенню.

III рівень. Передбачає розгорнуте без грубих фонематичних і лексико-граматичних відхилень мовлення, але з окремими порушеннями в фонетиці, лексиці й граматиці.

Друга група — *порушення застосування засобів спілкування*: заїкання, яке розглядається як порушення комунікативної функції мовлення при правильно сформованих засобах спілкування. Можливий комбінований дефект, при якому заїкання розглядається в поєднанні із загальним недорозвитком мовлення.

Порушення писемного мовлення за цією класифікацією розглядаються як вторинні наслідки порушень усного мовлення.

Клініко-педагогічна класифікація спирається на традиційну для логопедії взаємодію з медициною. Проте, на відміну від клінічної, виділені в ній види мовленнєвих порушень не пов'язані тільки із захворюваннями в даній класифікації провідна роль відводиться психолого-лінгвістичним критеріям. На їх основі картина мовленнєвого порушення описується в термінах та поняттях, що направляють увагу логопеда на те явище, яке повинно стати об'єктом логопедичної допомоги. Клінічним критеріям відводиться роль уточнюючих. Вони орієнтовані на пояснення анатомо-фізіологічного компоненту порушення і причину його виникнення. В залежності від того який вид мовлення порушений виділяють дві великі групи: порушення усного і писемного мовлення.

Порушення усного мовлення, як правило, поділяють на два типи:

а) порушення вимовного аспекту мовлення або порушення фонаційного (зовнішнього) оформлення висловлювання (порушення голосоутворення, темпо-ритмічної, інтонаційно-мелодичної, звуковимовної організації мовлення);

б) порушення структурно-семантичного (внутрішнього) оформлення висловлювання, що в логопедії називається системними або поліморфними порушеннями мовлення.

Такі порушення є ізольовані і комбіновані, залежно від чого їх поділяють на ті чи інші види мовленнєвих порушень.

Афонія (від лат. a — заперечувальна частка, грец. phone — звук, голос), дисфонія — *брак або порушення фонації внаслідок патологічних змін голосового апарату*. Синонімічними є терміни: голосові, фонаційні, фонаторні, вокальні порушення. Характеризується відсутністю фонації (афонія) або частковою втратою висоти, сили та тембру голосу (дисфонія). Причиною афонії (дисфонії) є брак або обмеженість змикання голосових складок у зв'язку із органічними або функціональними розладами апарату голосоутворення центральної або периферичної локалізації. Трапляється як ізольоване порушення, так і поєднане з іншими вадами мовлення, наприклад, коли входить у структуру дефекту при афазії, дизартрії, ринолалії, заїканні.

Ринофонія (від грец. rhinos — ніс) — *фонаційне порушення, що характеризується носовим тембром голосу (гугнявістю)*. Стоїть дещо окремо від інших голосових порушень, оскільки патофізіологічний механізм полягає в неправильній функції м'якого піднебіння органічного або функціонального походження.

Брадилалія (від грец. bradys — повільний, lalia — мовлення) — *патологічно уповільнений темп мовлення*. Властива уповільнена реалізація артикуляторної мовленнєвої програми у зв'язку із патологічним підсиленням гальмівних процесів, що починають домінувати над процесами збудження. Термін "брадилалія" має такі синоніми: брадифразія, брадіартрія, брадилогія. Мовленнєва симптоматика брадилалії різноманітна: уповільненість темпу

експерсивного та імпресивного мовлення, загальмованість процесів читання і письма, монотонність голосу, інтер- та інтравербальне гальмування (подовження пауз між словами) та уповільненість, розтягнута вимова звуків і подовження пауз між звуками слова.

Тахілалія (від грец. tachus — швидкий, lalia — мовлення) — *патологічно прискорений темп мовлення*. Синонімом до цього поняття є термін "тахіфразія". Центральною ланкою в патогенезі тахілалії є порушення темпу зовнішнього і внутрішнього мовлення унаслідок патологічної переваги процесів збудження. Мовленнєва симптоматика характеризується ненормально швидким темпом мовлення (20—30 звуків за секунду замість 10—12) без значних порушень фонетики та синтаксису, при цьому порушується плавність мовлення, ритм і мелодико-інтонаційна виразність. Під час прискореного темпу мовлення стає швидким, стрімким, напористим, зумовлюючи при цьому аграматизми. Інколи ці явища набувають самостійного значення і виражаються такими термінами, як батаризм (парафазія) та полтерн (спотикання). Спостерігаються подібні розлади внутрішнього мовлення, письма, читання. При тахілалії порушуються операції структури мовлення загалом.

Брадилалія і тахілалія об'єднуються загальною назвою — порушення темпу мовлення, наслідком якого є порушення плавності мовленнєвого процесу, ритму і мелодико-інтонаційної виразності.

Заїкання (логоневроз) є одним із найскладніших і довготривалих мовленнєвих порушень, що характеризується розладом темпу, ритму і плавності експресивного мовлення з переважним ураженням комунікативної функції, зумовлене судомними скороченнями у м'язах артикуляції, фонації й дихання. Заїкання — це складне психофізіологічне порушення.

Етіологія заїкання поліморфна, для неї властиві фактори, що сприяють виникненню вади і що цю ваду зумовлюють. До перших належать посттравматичні й постінфекційні мозкові дисфункції, до других — гострі шоківі або субшоківі психічні травми (переляк, розлучення з батьками, зміна звичних життєвих стереотипів, інші ситуації, внаслідок яких виникають травми, різка зміна вимог до мовлення дитини, двомовність тощо). Часто заїкання виникає у зв'язку з іншим мовленнєвим порушенням органічного характеру, на зразок алалії, дизартрії. Велике значення в патогенезі заїкання має тип вищої нервової діяльності, тип реагування.

Традиційно в логопедії користуються клінічною класифікацією заїкання з поділом на невротичну та невронзоподібну форми.

Найчастіше заїкання виникає у віці 2—4 років, у сенситивний період мовленнєвого розвитку і період активного користування мовленням.

Дислалія — *порушення не тільки фонетичного, а й вимовного аспектів мовлення, тобто це порушення звуковимови за умови нормального слуху та збереженої інервації мовленнєвого апарату*. Рядоположними є поняття: недорікуватість (застаріле), дефекти звуковимови, фонетичні дефекти, недоліки вимови фонем.

Для дислалії характерні неправильна, ненормована вимова звуків; заміна (субституція) звуків або їх плутання. Дефект може бути зумовлений декількома причинами, зокрема: несформованістю артикуляторної бази (незасвоєна вся сукупність артикуляційних позицій, потрібних для вимови звуків рідної мови); неправильною сформованістю артикуляційних позицій, унаслідок чого дитина вимовляє ненормовані звуки; анатомічними дефектами артикуляційного апарату. При анатомічних дефектах (периферично або центрально зумовлених) порушення мають органічний характер, а за умови їх браку — функціональний.

У психолінгвістичному аспекті порушення звуковимови розглядаються або як наслідок несформованості операцій розрізнення й упізнавання фонем (порушення фонематичного слуху, фонематичного уявлення і фонематичного сприймання), або як результат несформованості операцій відбору та реалізації (дефекти продукування), або як наслідок порушення умов реалізації звуків.

Залежно від локалізації порушення і причин, що зумовили дефект звуковимови, розрізняють дві основні форми дислалії: функціональна та механічна (іноді — органічна). За браку органічних порушень у будові артикуляційного апарату говорять про функціональну дислалію. При відхиленнях у будові периферичного мовного апарату (губів, щелеп, язика, піднебіння) йдеться про механічну (органічну) дислалію.

Функціональні дислалії виникають у дитячому віці у процесі засвоєння системи звуковимови, а механічні можуть з'являтися в будь-якому віці внаслідок уроджених або набутих пошкоджень периферичного мовного апарату. При функціональних дислаліях порушується відтворення одного або декількох звуків, при механічних зазвичай — вимова групи звуків. Але в низці випадків трапляються комбіновані варіанти функціональних і механічних дефектів.

Формування вимовного аспекту мовлення — це надзвичайно складний процес, в якому дитина навчається сприймати звернене до неї мовлення і керувати своїми мовними органами з метою його відтворення. Звуки мовлення, як особливо складні утворення, з'являються у дитини протягом перших років життя. У цьому процесі беруть участь складні мозкові системи і периферія (мовний апарат), якими керує центральна нервова система. Шкідливі фактори, що послаблюють її, негативно впливають на становлення звуковимови.

На думку М.І. Жинкіна, за умови нормального мовленнєвого розвитку дитина не відразу оволодіває нормативною вимовою. Тривалий шлях оволодіння дитиною звуковимовною системою зумовлений складністю такого феномену, як звуки мовлення, які дитина має навчитися і сприймати, і відтворювати. Генерація мовлення, тобто розрізнення і розпізнавання фонем, насамперед, відбувається за допомогою фонематичного слуху і фонематичного сприймання (часто ці поняття використовують як тотожні). Має також значення і фонетичний слух, що дає змогу розмежовувати склади. Оскільки фонемі реалізуються у вимовних варіантах — звуках, важливо,

щоб ці звуки вимовлялися нормативно, у загальноприйнятих, звичних реалізаціях.

Незвична для певної мови вимова оцінюється фонетичним слухом як неправильна. За допомогою фонематичного і фонетичного слуху (також і мовленнєвого) здійснюється не тільки сприймання й оцінювання чужого мовлення, але і забезпечується контроль за власним мовленням. Нормально сформований мовленнєвий слух є важливим показником нормативної вимови.

Механічна дислалія — це порушення звуковимови, зумовлене анатомічними дефектами периферичного мовного апарату (органів артикуляції). Найчастіше трапляються дефекти, спричинені: 1) аномаліями зубо-щелепної системи (діастеми між передніми зубами); 2) браком різців або їх аномаліями; 3) дефектами прикусу; 4) своєрідною структурою твердого піднебіння (зависоке — готичне, пласке); 5) патологічними змінами язика (макрогლოსія, мікрогლოსія, надто коротка під'язикова вуздечка); 6) аномаліями губів.

Ці вади мовлення досить самостійні. Однак можливі і такі порушення, за яких одночасно залученими є декілька ланок складного механізму фонаційного оформлення мовлення. До них належать **дизартрія та ринолалія**.

Значно складнішою групою порушень звуковимови, порівняно з дислалією, є дизартрія. **Дизартрія** (від грец. *dis* — порушення ознаки або функції, *arthro* — членування, розмежування) — це мовленнєве порушення, зумовлене органічним ураженням центральної нервової системи (її рухової системи), що характеризується розладами артикуляції, фонації й дихання.

Порушення голосоутворення й артикуляції при дизартрії виявляються по-різному і залежать від характеру й тяжкості ураження нервової системи. У легких випадках спостерігаються окремі порушення звуковимови, "змазане мовлення" (йдеться про мінімальні прояви дизартрії, що називаються "стертою" дизартрією); у тяжких — порушення звуковимови, темпу, виразності, модуляції, заміни та пропуски звуків, загалом вимова стає незрозумілою.

Характерним для дітей з дизартрією є тотальне порушення звуковимови (вимова голосних і приголосних, ритміко-інтонаційне і мелодійне забарвлення мовлення) унаслідок обмеження рухливості артикуляційних м'язів.

При тяжких ураженнях центральної нервової системи мовлення унеможлиблюється у зв'язку з повним паралічем мовиорухових м'язів. Такі порушення називаються анартрія.

Найчастіше дизартрія спостерігається при дитячому церебральному паралічі (ДЦП); деякі автори вважають її другим первинним дефектом центрального характеру (Г.В. Гуровець, О.М. Вінарська, О.М. Мастюкова), що свідчить про надзвичайну складність такого порушення мовлення.

Залежно від локалізації ураження нервової системи розрізняють декілька форм дизартричних розладів: бульбарну, псевдобульбарну, коркову,

підкоркову (змішану, екстрапірамідну), мозочкову. Кожна з цих форм має клініко-психологічні, нейролінгвістичні характеристики і потребує диференційованого не тільки корекційно-логопедичного втручання, але і спільної систематичної роботи багатьох спеціалістів цього напрямку.

Ринолалія — порушення тембру голосу та звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовного апарату.

Гугнявість як фонетичний феномен має різну природу і це потрібно розуміти, аби ліпше усвідомити механізми, що лежать в основі такого самостійного мовленнєвого порушення як ринолалія.

Причиною гугнявості може бути як надмірне, так і недостатнє резонування носової порожнини у процесі мовлення.

Перший варіант спричинений анатомічним дефектом твердого та м'якого піднебіння, що утворює сполучення між ротовою та носовою порожнинами й зумовлює недостатнє зімкнення м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки, внаслідок чого голосовидихуваний струмінь повітря майже повністю проходить через ніс.

Другий варіант гугнявості зумовлюється органічними змінами в носовій і/або носоглотковій ділянці або функціональними порушеннями піднебінно-глоткового змикання, що ускладнюють процес носового дихання.

Залежно від характеру порушення функції піднебінно-глоткового зімкнення виокремлюють різні форми ринолалії.

У логопедичній літературі традиційно вирізняють три форми ринолалії: закриту, відкриту та змішану і за етіологічними показниками кожна з них може бути органічно і функціонально зумовленою.

Причини порушень мовлення

Біологічними причинами розвитку мовленнєвих порушень є патогенні чинники, що впливають, головним чином, в період внутрішньоутробного розвитку і пологів (гіпоксія плоду, родові травми тощо), а також в перші місяці життя після народження (мозкові інфекції, травми тощо). Мовленнєві порушення, виникнувши під впливом одного з патогенних чинників, самі по собі не зникають і без спеціально організованої корекційної логопедичної допомоги можуть негативно позначитися на всьому подальшому розвитку дитини.

Соціально-психологічні чинники ризику пов'язані, головним чином, з психічною депривацією дітей. Негативну дію на мовленнєвий розвиток може накладати засвоєння дитиною одночасно двох мовних систем (вивчення іноземної мови поряд із недостатнім рівнем володіння рідною мовою згідно вікових норм дитини), зайва стимуляція мовленнєвого розвитку дитини, неадекватний тип виховання дитини, педагогічна занедбаність, тобто відсутність належної уваги до розвитку мовлення дитини, мовленнєві дефекти оточуючих дитину людей.