

Однак, Ю.Ф. Гаркуша і В.В. Коржавіна вказують на достатньо високу самооцінку дітей дошкільного віку із ЗНМ. Автори відмічають, що дітям важливо, як до них відносяться дорослі. У частини дітей самооцінка співпадає з оцінкою відношення до них дорослих (діти із високою самооцінкою), у частини дітей - не співпадає (переважно діти із низькою самооцінкою) [3, с. 76].

Особливості особистості дітей із заїканням, багато в чому визначаються феноменом фіксованості на своєму порушенні і ступенем фіксації, який може бути нульовим, помірним та вираженим.

Діти з нульовим ступенем фіксації не відчувають тиску від усвідомлення свого неповноцінного мовлення або навіть не помічають його. Вони охоче вступають в контакт із однолітками, знайомими і незнайомими.

Діти із помірним ступенем фіксації відчувають у зв'язку із заїканням неприємні переживання, приховують його. Але усвідомлення ними свого недоліку і переживання не виливаються у відчуття власної неповноцінності, а намагання приховати недолік є лише бажанням не викликати увагу оточуючих.

При вираженому ступені, відмічається постійна нав'язлива фіксація на своєму мовленнєвому дефекті. Ці діти постійно концентрують увагу на власних мовленнєвих невдачах, глибоко та протягом довгого часу переживають їх, становлячи свою діяльність в залежність від них. Характерні нав'язливі думки, виражений страх перед мовленням [3, с.92].

Особливості особистості при заїканні також залежать від його клінічної форми. До появи заїкання по невротичному типу у багатьох дітей спостерігаються такі характерні особливості, як підвищена вразливість, тривожність, перепади настрою, дратівливість, плаксивість, різноманітні фобії. Відмічаються труднощі адаптації до нового оточення. При особливо неблагополучному протіканні заїкання формується дисгармонічний розвиток особистості, який проявляється у відчутті соціальної неповноцінності, постійно зниженому фоні настрою, ситуативній логофобії.

При неврозоподібному заїканні особистісні особливості залежать від поєднання заїкання із церебрастенічним чи гіпердинамічним синдромом. При церебрастенії можливі різні варіанти рис особистості: від заторможеності, апатичності до дратівливості, плаксивості. В основі вказаних порушень лежить стійкий патологічний стан, обумовлений дезорганізацією мовлення - як на психомоторному, так і на психолінгвістичному рівнях.

Особливості особистості при порушеннях темпу мовлення (брадилалії і тахилалії) в основному пов'язані із характерологічними особливостями дітей, а також із усвідомленням ними свого дефекту. При брадилалії усвідомлення дефекту відмічається, як правило, в більш тяжких випадках. При тахилалії відношення до порушення мовлення неоднозначне: від нейтрального до вираженого негативного [3, с.93].

Тобто, розвиток особистості дошкільників із порушенням мовлення має низку особливостей, які в основному проявляються у заниженій самооцінці, негативізмі, мовленнєвій замкнутості, не рідко в агресивності і дратівливості.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

- 1.Бодалев А.А. Психология личности. – М., МГУ, 1988
- 2.Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте: психологические исследования. – М.: Просвещение, 1990
- 3.Детская логопсихология: учеб. Пособие /под. ред. В.И.Селиверстова. – М: ВЛАДОС, 2008
- 4.Люблінська Г.О. Дитяча психологія. – К: «Вища школа», 1974
- 5.Сак Т.В., Коноплята С.Ю. Логопсихологія. – підручник для студентів ВНЗ. – К, 2010.

УДК 81'234-053.4-056.264

#### ДО ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДИСЛАЛІЇ ТА МІНІМАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ДИЗАРТРІЇ

Рібцун Ю. В.

кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник  
Інститут спеціальної педагогіки НАПН України

*У статті розкриваються питання диференційної діагностики дислалії та мінімальних проявів дизартрії.*

*В статтє освещены вопросы дифференцированной диагностики дислалии и минимальных проявлений*

дизартрії.

*The article highlights the issues of differential diagnostics dyslalia and effaced forms dysarthria.*

Ключові слова: диференційна діагностика, дислалія, стерта дизартрія.

Ключевые слова: дифференцированная диагностика, дислалия, стертая дизартрия.

Keywords: differential diagnostics, dyslalia, effaced forms dysarthria.

У сучасній науці проблеми диференційної діагностики та корекції мовленнєвих вад розглядаються у кількох аспектах: клінічному (або неврологічному), нейропсихологічному, психолінгвістичному, лінгвістичному та психолого-педагогічному.

Формування мовленнєвої компетентності, зокрема правильної звуковимови, є однією з найважливіших складових гармонійного розвитку дитячої особистості. Найчастіше у дошкільників зустрічається недостатня сформованість фонетичної компетентності. Практика логопедичної роботи свідчить, що доволі часто у дітей спостерігаються такі вади звуковимовної складової мовлення, які за своїми зовнішніми проявами нагадують дислалію, проте мають більш тривалу і складну динаміку подолання. Щоб логокорекція була найбільш ефективною, педагогу потрібно вміти чітко розмежовувати мовленнєві порушення, а для цього знати визначення логопедичних висновків та симптоматику кожного з них, вміти виокремити показові критерії оцінки.

Якщо у переважній більшості дітей звуковимова до 4–5 років досягає мовної норми, то в деяких дошкільників через індивідуальні, соціальні і патологічні особливості розвитку недосконалість звуковимови не зникає, а набуває характеру стійкого дефекту у формі дислалії. Дислалія (від грецьк. *dis* – частковий розлад, *lalia* – говорити) – порушення звуковимови за умов нормального слуху та збереженої іннервації мовленнєвого апарату [1, С. 134]. Дислалія характеризується наявністю вибіркового порушень у фонемному оформленні звуковимовної складової мовлення при нормальному функціонуванні всіх інших операцій висловлювання (О. М. Гопіченко, М. Зеєман, М. А. Савченко, М. Ф. Фомічова та ін.).

Часто на фоні органічного ураження центральної нервової системи (ЦНС) у результаті впливу різних несприятливих факторів на мозок дитини у внутрішньоутробному та / чи ранньому періоді розвитку виникають такі порушення артикуляції та фонації, котрі утруднюють формування членороздільного зв'язного мовлення, а в подальшому можуть призвести до виникнення вторинних нашарувань, що ще більше ускладнить структуру мовленнєвого дефекту. За таких умов виникають розлади артикуляції звуків, порушення голосоутворення, зміни темпу, ритму та інтонації мовлення, що можна назвати дизартрією.

Дизартрія (від грецьк. *dis* – частковий розлад, *arthroo* – розмежування) – порушення звуковимовної складової мовлення, що обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату [1, С. 130]. При дизартрії облігатно (від італ. *obligato* – обов'язковий) спотворюється реалізація рухової програми внаслідок несформованості операцій зовнішнього оформлення висловлювань: голосових, темпо-ритмічних, артикуляційно-фонетичних і просодичних порушень, ступінь яких обумовлений характером і ступенем ураження ЦНС (О. Ф. Архіпова, Л. В. Мєлєхова, М. Палмер та ін.). Найлегші з дизартричних проявів називають стертими.

Вперше термін „стерта дизартрія” був запропонований у 1969 р. О. О. Токаревою, яка розглядала зазначене мовленнєве порушення як легкі (тобто стерті) прояви псевдобульбарної дизартрії у вигляді нечіткості артикуляції під час мовлення. Останнім часом у сучасних логопедичних дослідженнях все частіше фігурує поняття не „стерта дизартрія”, а „мінімальні прояви дизартрії”, що, крім стійких порушень звуковимови, в цілому характеризуються також темпо-ритмічною дезорганізацією усного мовлення (Л. І. Бєлякова, Н. М. Волоскова, Т. Ю. Мойсеєнко, О. Г. Приходько, Л. Ф. Сєрбіна та ін.).

Проблеми диференційної діагностики стертих форм дизартрії висвітлювалися у дослідженнях Л. В. Лопатіної, І. І. Панченко, М. А. Поваляєвої, Н. В. Сєребрякової, Є. Ф. Соботович, О. Ф. Чернопольської та ін. З метою виявлення мінімальних проявів дизартрії використовують функціональні проби (М. Б. Ейдінова, О. М. Мастюкова, О. В. Правдіна та ін.), у першій з яких дитину просять відкрити рот, висунути язик уперед і утримувати його нерухомо по середній лінії, одночасно слідкуючи очима за предметом, який учитель-логопед переміщує зі сторони в сторону. Результати проби свідчать про дизартрію, коли в момент руху очей спостерігається деяке відхилення язика у сторону переміщуваного предмета.

Друга функціональна проба передбачає виконання дитиною артикуляційних вправ, під час якого руки вчителя-логопеда знаходяться на шиї дитини. Дизартричними проявами є закидання дитиною голови чи напруження шийної мускулатури під час виконання нею найбільш тонких диференційованих рухів язиком.

З метою полегшення відмежування дислалії від мінімальних проявів дизартрії нами у вигляді порівняльної таблиці (див. табл. 1) були виділені та коротко охарактеризовані основні діагностичні критерії зазначених мовленнєвих порушень.

Диференційна діагностика дислалії та мінімальних проявів дизартрії

Діагностичні критерії		Логопедичний висновок	
		Дислалія	Стерта форма дизартрії
Анамнестичні дані	вагітність і пологи	в нормі	ускладнені
	крик	дзвінкий, тривалий	часто глухий, короткий, із обмеженим інтонуванням
	органічне ураження ЦНС	відсутнє	наявне у вигляді вогнищевої мікросимптоматики
	неврологічна симптоматика	відсутня	наявна у вигляді асиметрії обличчя, органів мовнорухового апарату, зокрема язика та м'якого піднебіння, згладженості носо-губних складок; незначні девіації язика, різне розкриття очних щілин; внаслідок парезу губ рот у спокої напіввідкритий
	м'язовий тонус	зміна тонусу відсутня	змінений за паретичним типом зі значною вираженістю як в артикуляційній і мімічній мускулатурі, так і в мускулатурі рук
	салівація	ковтання слини автоматизується у процесі розвитку мовлення	під час мовлення слина накопичується у роті та витікає з його куточків; утруднена автоматизація ковтання слини
	вегетативні порушення	часті, у вигляді гіпергідрозу (підвищеного потовиділення) шкіри долонь і стоп, червоного дермографізму шкіри, симптому Хвостека	яскрава вираженість у вигляді значного гіпергідрозу кінцівок, зміна їх кольору та температури
	ранній мовленнєвий розвиток	гуління, лепет	недостатньо інтоновані
затримка мовленнєвого розвитку		відсутня	наявна: перші слова з'являються у 1,5–2 р., фразове мовлення – у 2–3 р.
Рухова сфера	загальна характеристика	в нормі; висока пластичність і координованість	дещо уповільнений темп розвитку; точність рухів знижена, недостатнє відчуття ритму; статична та динамічна диспраксія
	динамічний праксис	збережений	порушений; уповільнене переключення з одного руху на інший
	загальна моторика	без патології, сухожильні рефлекси рівномірні	яскраво виражена незграбність
	артикуляційні рухи	можуть бути збереженими чи утрудненими внаслідок органічних дефектів периферичного мовленнєвого апарату	неточні; язик постійно хаотично рухається, ніби не може знайти потрібного положення, часта зміна його конфігурації, труднощі утримання артикуляційної пози, девіації язика; корінь язика напружений, кінчик виражений недостатньо; при відкритті рота язик неспокійний, злегка відтягується назад, при потребі у русі язик стає вузьким і довгим або в'ялим і неповоротким у русі;

			обмеження обсягу найбільш тонких і диференційованих рухів; спостерігається патологія реципрокної іннервації (наприклад, при дещо підвищеному тонусі м'язів кореня язика може відмічатися однобічне зниження тонузу його бічної сторони чи кінчика)	
	синкінезії	відсутні	наявні – рух нижньої щелепи при підйомі язика вгору, рух пальців при рухах язика	
Тривалість вироблення та стійкість гігієнічних навичок		швидка і стійка	повільна і недостатня	
Розлади сну		відсутні	досить часті	
Емоційна сфера		стабільна	нестабільна	
Пізнавальна сфера	пізнавальна активність	достатня	низька; труднощі переключення з одного виду діяльності на інший	
	увага різних модальностей	в нормі	нестійка	
	оптико-просторовий гнозис		неточний; труднощі орієнтування в схемі тіла	
	сформованість сенсорних еталонів		недостатня; труднощі при визначенні та називанні кольорів і відтінків, розмірів і форм предметів	
Мовленнєва діяльність	найбільш ушкоджена ланка		звуковимова	звуковимова, просодика
	мовленнєва активність	підвищена	знижена	
	комунікабельність	легка	утруднена	
	дихальна функція	в нормі	дихання поверхнєве, ключичне, аритмічне; затримка в розвитку мовленнєвого дихання; додаткові вдихи під час промовляння фраз (речень)	
	просодична складова	голос	дзвінкий, багато модульований, чистий	глухий, слабкий, здавлений, затухаючий, переривчастий, нерідко з назалізованим відтінком; компенсаторне напруження м'язів глотки та шиї під час гучного мовлення
		темп мовлення	відповідає віковій нормі	часто прискорений, рідше – уповільнений
		ритм	в нормі	деяка аритмія при зв'язних висловлюваннях

	дикція	чітка	змазанність мовлення
	інтонація	відповідає віку	дещо збіднена
	паузація	в нормі	необґрунтована у зв'язку з недостатнім володінням мовленнєвим диханням; відсутні паузи між фразами
порушення звуковимови	голосних	не спостерігається	наявне
	приголосних	окремих або однієї (кількох) групи	як простих, так і складних за артикуляцією; спотворення какумінальних (утворюваних при піднятому та / або злегка загнутому кінчику язика) звуків; розпад африкат на окремі складові; оглушення внаслідок утрудненого утворення динамічного стереотипу; значна кількість бокових і міжзубних варіантів унаслідок асиметричної іннервації язика
	автоматизація звуків	швидка	утруднена, тривала; виправлений автоматизований ізольований звук залишається порушеним під час зв'язного мовлення
	слуховий контроль	достатньо сформований	не помічаються помилки у власному мовленні
	складова структура	можливі поодинокі помилки у словах складної складової структури	часто формується із затримкою; помилки в послідовності вимови складів у словах
	порушення лексико-граматичної складової	не спостерігається	наявні; утруднений вибір потрібного слова, введення лексичної одиниці в систему синтагматичних зв'язків і парадигматичних відношень внаслідок порушення мовленнєвих кінестезій; складність формування загальної схеми висловлювання, специфічні труднощі у виділенні суттєвих і гальмуванні другорядних зв'язків по причині порушень мозкової діяльності; параалалічна симптоматика
	Критичність до власного дефекту	наявна	відсутня, байдуже ставлення
	Динаміка виправлення в ході логокорекційних ігор-занять	швидка та легка	тривала та складна внаслідок резистентності (стійкості) порушення звуковимови

Варто пам'ятати: якщо логокорекція дислалій відбувається досить швидко та потребує від учителя-логопеда лише формування у дітей умінь і навичок правильного відтворення звуків, то стерта дизартрія, незважаючи на уявну парціальність порушення звуковимовної складової мовлення, є досить складним видом дизонтогенезу мовленнєвої діяльності. Дошкільники з мінімальними проявами дизартрії потребують цілеспрямованої та довготривалої логокорекційної роботи з формування фонетичної та лексико-граматичної складових мовлення.

Отже, диференційна діагностика дислалії та мінімальних проявів дизартрії є важливою складовою

комплексної логопедичної роботи, що дозволяє виявити структуру і ступінь фонетико-фонематичного порушення, співставляючи його з рівнем недостатньої сформованості артикуляційної та загальної моторики, загальним психічним і мовленнєвим розвитком дитини.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Понятийно-терминологический словарь логопеда [текст] / под ред. В. И. Селиверстова. – М. : Гуманит. изд. центр «Владос», 1997. – 400 с.
2. Рібцун Ю. В. Характеристика фонетико-фонематичної складової мовлення дітей п'ятого року життя із ФФНМ / Ю. В. Рібцун // Український логопедичний вісник : зб. наук. пр. – Вип. 2. – 2011. – С. 36–53.
3. Соботович Е. Ф. Проявление стертых дизартрий и методы их диагностики / Е. Ф. Соботович, А. Ф. Чернопольская // Хрестоматия по логопедии [извлечения и тексты] : [учебн. пособие] / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. – М. : Гуманит. изд. центр «Владос», 1997. – в 2 тт. Т. I. – С. 208–213.
4. [WWW.LOGOPED.IN.UA](http://WWW.LOGOPED.IN.UA)

УДК 376.36 : 611.22

#### МУТАЦІЙНА ДИСФОНІЯ ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ, ПЕРЕБІГУ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

**Ромась О.Ю.**

кандидат педагогічних наук, доцент  
Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М.П.Драгоманова

*Стаття присвячена проблемі порушення голосу у підлітків, розкриває періоди становлення голосу, формування голосу у період мутації, приведені найбільш часті етіологічні фактори, які призводять до голосових порушень, методи обстеження та реабілітації.*

*Статья посвящена проблеме нарушения голоса у подростков, раскрывает периоды становления голоса, формирование голоса в период мутации, приведены наиболее частые этиологические факторы, приводящие к голосовым нарушениям, методы обследования и реабилитации.*

*The article deals with violations of voice in adolescents reveals periods of voice, the voice in the formation period of mutation, given the most frequent etiological factors that lead to voice disorders, methods of inspection and rehabilitation.*

Ключові слова: голос, мутація голосу, дисфонія, етіологічні фактори, відеоларингостробоскопія.

Ключевые слова: голос, мутация голоса, дисфония, этиологические факторы, видеоларингостробоскопия.

Key words: voice, voice mutation, dysphonia, etiological factors videolarynhostroboskopiya.

Голос має важливе соціальне значення в розвитку дитини, у формуванні її як особистості, в спілкуванні з однолітками і дорослими. Порушення голосоутворення впливають на розвиток мовлення, нервово-психічний стан, ускладнюють комунікацію, нерідко є причиною неповноцінності голосового апарату дорослої людини. Одним з критичних періодів у розвитку і формуванні голосу є період мутації. Тому своєчасна реабілітація підлітків з порушеннями голосу є актуальним завданням, як оториноларингології так і логопедії.

На сьогоднішній день виявляється тенденція до збільшення кількості хворих з мутаційними дисфоніями. За даними різних авторів, поширеність порушень голосу в період мутації становить від 6 до 24%. (Ю.С.Васіленко, О.С.Орлова, Е.Ю.Радціг, Ю.Е.Степанова, С.Е.Уланов, Brown, Darnley та ін).

Як відмічає О.В.Лаврова, періоди формування голосу умовно поділяється на декілька етапів: дошкільний - до 6-7 років, домутаційний - до 13-14 років, мутаційний - 13-15 років і післямутаційний - до 17-19 років.

У розвитку мовленнєвого голосу Ю.С.Васіленко, виділяє наступні стадії: голос новонароджених та грудних дітей є вродженим безумовним рефлексом людини. Ці звуки можуть бути різні по силі, та тембровим ознакам, але мало відрізняються за висотою. Діапазон складає - нота ля першої октави.

Голос дітей раннього дитинства характеризується вузьким діапазоном: нота фа, ля першої октави. Голос дітей дошкільного і шкільного віку відрізняється розширення діапазону за висотою і силою, але все ж таки