

4. Галкина-Федорук Е. М., Горшкова К. В., Шанский Н. М. Современный русский язык. - М.: Учпедгиз, 1957.
5. Глухов В.П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Аркти, 2004. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. - М.: Просвещение, 1990.
6. Залевская А. А. Введение в психолингвистику. - М.: Российск. гос. гуманит. ун-т, 1999.
7. Казарцева О.М. Культура речевого общения: теория и практика обучения: Учебное пособие / О.М. Казарцева. – 5-е изд. – М.: Флинта: Наука, 2003.
8. Кондратенко И.Ю. Формирование эмоциональной лексики у дошкольников с общим недоразвитием речи: Монография. – СПб.: Каро, 2006.
9. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. - М.: Просвещение, 1968.
10. Основы теории коммуникации: Учебник / Под ред. проф. М.А. Василика. – М.: Гардарики, 2003.
11. Современный русский язык / Под ред. В. А. Белошапковой - М.: Азбуковник, 1999.
12. Спирова Л. Ф. Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи. - М.: Педагогика, 1980.
13. Стернин И.А. Лексическое значение слова в речи. – Воронеж, 1985.
14. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: Практическое пособие. – М.: Айрис – пресс, 2004.
15. Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада. - В 2 ч. - М.: Альфа, 1993.

УДК: 376.36

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОМОВЛЕННЄВОГО ОНТОГЕНЕЗУ ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

Конопляста С.Ю.

У статті розкрито результати сучасного клінічного та психолого-педагогічного вивчення психофізичного та мовленнєвого розвитку осіб із вродженими незрошеннями губи та піднебіння від народження до 18 років.

В статье раскрыты результаты современного клинического и психолого-педагогического изучения психофизического и речевого развития лиц с врожденными несращениями губы и неба от рождения до 18 лет.

The article shows the results of contemporary clinical and psycho-pedagogical study of psychophysical and speech of persons with clefts lip and palate from birth to 18 years

Ключові слова: вроджене незрошення губи та піднебіння (ВНГП), структура дефекту, функціональна система мови та мовлення (ФСММ), фонологічний профіль, семіотична підсистема ФСММ, лінгвопатологічний синдром, підсистеми програмування та регуляції мовленнєвих актів, мовленнєвий дизонтогенез, базові складові психічного онтогенезу, психічний дизонтогенез, типи психічного розвитку.

Ключевые слова: врожденное незаращение губы и неба (ВНГН), структура дефекта, функциональная система языка и речи (ФСЯР), фонологический профиль, семиотическая подсистема ФСЯР, лингвопатологический синдром, подсистемы программирования и регуляции речевых актов, речевое дизонтогенез, базовые составляющие психического онтогенеза, психическое дизонтогенез, типы психического развития.

Key words: congenital cleft lip and palate, the structure of the defect, the functional system of language and speech, phonological profile, subprogramming and the regulation of speech acts, basic components of mental ontogenesis, types of mental development.

Психомовленнєвий розвиток дітей із вродженими незрошеннями губи та піднебіння (далі – ВНГП) сьогодні в Україні залишається однією з найбільш складних і недостатньо вирішених лого-психологічних проблем.

З 11 мільйонів дітей в Україні дванадцять тисяч - це хворі із вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки. Щорічно народжується 500 малюків із вродженими вадами губи та піднебіння. 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 і є досить складним об'єктом наукових досліджень у галузі дефектології і, зокрема, логопедії та логопсихології.

Дослідження психомовленнєвої діяльності дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння (далі – ВНГП) виходить за межі виключно логопедичних пошуків. Проведений аналіз сучасних підходів до організації і забезпечення психолого-педагогічної та корекційної допомоги дітям із ВНГП дозволяє стверджувати, що на сьогодні у цій проблемі залишаються не реалізованими резерви комплексного багатоетапного впливу на розвиток такої дитини.

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.Корнєвим. 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.Корнєв). Модель функціональної системи мови та мовлення включає три основні підсистеми: 1) семіотичну; 2) програмування та інтерпретації мовленнєвих актів; 3) регуляційну.

За основу аналітико-діагностичної роботи з вивчення психічного розвитку дітей із ВНГП було використано трикомпонентну модель аналізу психічного розвитку та його базових складових, запропоновану сучасними дослідниками у галузі психології розвитку М.М.Семаго та Н.Я.Семаго, як найдоцільнішу на нашу думку в умовах міждисциплінарного комплексного підходу. Узагальнену систему базових складових психічної діяльності умовно поділено на три відносно самостійні структури: 1) довільність регуляції сенсомоторної активності; 2) довільність регуляції психічних процесів і функцій; 3) базова афективна регуляція. Зазначені базові складові розвитку є основними структурними утвореннями, які формуються у процесі психічного розвитку дитини, а стан їх сформованості свідчить про належність до тієї чи іншої типологічної групи психічного дизонтогенезу.

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.

Більшість обстежених дітей склали діти від народження до семи років, з переважанням вікової категорії від 1 до 3-х років. Це є логічним, оскільки хірургічне відновлення губи та твердого/м'якого піднебіння сьогодні в Україні здійснюється в основному до дворічного віку.

Розроблений алгоритм клініко-психолого-педагогічного діагностики дитини із ВНГП був системною програмою лінгвопедагогічного дослідження стану функціональної системи мови і мовлення (семіотичної підсистеми, підсистеми програмування та регуляції мовленнєвих актів), а також вивчення базових складових психічного розвитку дітей із ВНГП різного віку.

Дані про послідовність та особливості раннього моторного та психоемоційного розвитку, які розглядалися нами як основні передумови становлення базових рівнів довільної та афективної регуляції у перші роки життя, дали можливість оцінити характер формування базових складових психічної діяльності дітей з ВНГП (включаючи мовленнєвий розвиток) як недостатній.

У результаті дослідження виявлено залежність змісту та ефективності логопедичного корекційного впливу від етапу лікування (доопераційного чи післяопераційного), характеру анатомічного дефекту та вікових показників. Найбільш високі показники виявили діти, прооперовані до двох років, із якими проводилася цілеспрямована логопедична робота у ранньому віці з обов'язковим включенням батьків у корекційно-розвивальний процес.

Спираючись на ретроспективний аналіз історій хвороби, клінічних висновків, додаткових медичних (ЛОР, неврологічних) обстежень, архівних документів та анамнестичних даних у дітей із ВНГП зафіксовано низку системних порушень розвитку: дихальної, зубо-щелепної системи, нервової системи, аналізаторних систем (слухової, зорової, рухової). Прослідковано негативний вплив цих порушень на процеси породження, сприймання та відтворення мовлення.

Згідно з даними соціального паспорту сім'ї, виявлено неоднорідність соціального статусу дітей із ВНГП. Від загальної кількості обстежених дітей (522) лише 292 (56%) мають повноцінну родину, 167 (32%) дітей проживають у неповних родинях, 63 (12%) дітей – сироти та напів-сироти, які прибули до лікарні з Будинку малятка або були на утриманні опікунів у сім'ях, чи проживали у дитячих будинках сімейного типу.

Загальний психолого-педагогічний скринінг також включав аналіз раннього моторного та психоемоційного розвитку дітей із ВНГП та визначення особливостей домовленнєвого і раннього мовленнєвого розвитку таких дітей. Дані про послідовність та особливості раннього моторного та психоемоційного розвитку, які розглядалися як основні передумови становлення базових рівнів довільної та афективної регуляції у перші роки життя, засвідчили порушення процесу формування психологічної бази мовлення дітей із ВНГП.

Довільність психічної активності як реалізація регуляторного фактору розвитку стоїть на першому місці у процесі гетерохронного формування усіх психічних сфер дитини, зокрема пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери. Аналіз рухової активності як основи «розгортання» психічного розвитку в цілому, яка «втягує» у

ранньому віці і когнітивну, і емоційну сфери показав значні темпові та змістові відставання у формуванні так званих наскрізних базових компонентів психічного розвитку в 49% обстежених малюків із ВНГП. Це означає, що у ранньому віці у половини дітей із ВНГП сенсомоторна активність невчасно «включається» в ієрархічну структуру довільної активності, що уповільнює у майбутньому регуляцію психічних процесів, власних емоцій і, як результат, поведінки взагалі.

Одержані узагальнені дані раннього розвитку свідчать про особливості психічного онтогенезу дитини із ВНГП, які часто межують з різними варіантами психічного дизонтогенезу.

У більшості малюків із ВНГП у перші місяці життя спостерігався дефіцит емоційної інформації, яку малюк «адресує» дорослому. Констатована відсутність керованого впливу на розвиток мовлення у половини дітей до трьох років і у третини дітей від трьох до шести років. Виявлено, що 48,5% обстежених взагалі не проходили логопедичної корекції, а у 89% випадків не проводилася первинна психологічна і логопедична консультація з родинами, де перебувала дитина до одного року.

Узагальнюючі результати щодо стану сформованості довільної регуляції рухової активності засвідчують уповільнений темп розвитку психомоторики, яку ми розглядаємо як свідомо керовані рухові дії, у 77% обстежених дітей до 3 років, у половини з яких рівень сформованості загальних, дрібних рухів та їх координованості відповідав показникам низького та вкрай низького рівня. Для 36% малюків прості проби на динамічний праксис виявилися взагалі недоступними. Зафіксовано темпові відставання від норми на 1 - 4 місяці мовнорухової активності, які у свою чергу гальмують прояви ранніх форм мовленнєвого спілкування.

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 життя 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.

Визначено, що діти із ВНГП після 3-х років також 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.

Узагальнені результати засвідчують у дітей із ВНГП 3-4 років відставання у темпах психофізичного розвитку порівняно з нормативними у середньому на 41%, а темпові та якісні порушення мовленнєвого розвитку зафіксовано у 82% дітей цієї вікової категорії. Дещо вищими виявилися показники сформованості довільної регуляції рухової активності у дітей 5-6 років, які проявили в основному середній рівень її сформованості (за результатами виконання нейропсихологічних проб на динамічний праксис, праксис пози, реципрокну координацію рухів, кінетичну мелодію тощо). Це у свою чергу засвідчило відносну сформованість довільної регуляції рухової активності у 49% післяопераційних дітей 5-6 років (враховуючи дані про те, що ця сфера вважається остаточно сформованою лише у 8 років). У решти дітей якісні показники відрізнялися більше, ніж на 40% від нормативних. Така сама тенденція спостерігалася за результатами сформованості рухів м'язів обличчя, артикуляційної моторики та кінетики.

Узагальнені результати свідчать про негативний вплив недостатньої регуляції так званих нижчих рухових функцій (загальної, дрібної та артикуляційної моторики) у 89% дітей із ВНГП дошкільного віку на стан рухів вищого рівня – мовнорухового у 78% дошкільників. Одержані дані вказують на темпову незрілість або парціальну несформованість регуляторного компонента рухової діяльності, пов'язану в основному із психосоматичною та неврологічною симптоматикою у 78% дітей раннього та дошкільного віку із ВНГП.

Результати сформованості довільної регуляції рухової сфери взагалі, враховуючи лінгвопатологічну симптоматику, корелюють із даними про рівень розвитку складових функціональної системи мови та мовлення у різних клініко-логопедичних групах.

Результати дослідження другого компоненту (довільність психічних процесів і функцій) виявилися вищими, ніж результати довільності рухової активності (особливо мовнорухової) у 41% від загальної кількості обстежених. Це означає, що, незважаючи на порушення фонологічної системи на експресивному та імпресивному рівнях, рівень довільної регуляції психічних процесів відповідав показникам високого та середнього рівнів, вірогідно, з причини достатнього мовленнєвого опосередкування та потенційно збереженого когнітивного

ресурсу.

Решта дітей (59%) виявили в основному низький та вкрай низький рівень довільної регуляції психічних процесів.

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.

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.

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, темпоритмічної 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).

Також вдалося розподілити 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.

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; складносуриядних 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.

У результаті багатоетапного лінгвопатологічного обстеження науково обґрунтовано та визначено не лише симптоми, але й охарактеризовано лінгвопатологічні синдроми мовленнєвих порушень на рівні кожної із підсистем ФСММ.

Таким чином, визначені узагальнені симптоми семіотичної підсистеми (на експресивному та імпресивному рівнях), підсистеми програмування та регуляційної підсистеми ФСММ у дітей із ВНГП, у більшості випадків складаються у відповідні 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 інтерпретації 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 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, розробити типологію варіантів дизонтогенезу мовлення у дітей із ВНГП.

Доведено, що відсутність адекватної корекційно-розвивальної роботи з раннього віку ускладнює формування та функціонування базових складових психічного розвитку у подальшому.

Своєрідно, із суттєвими відмінностями від норми розвивається й афективно-емоційна та особистісна сфера дитини із ВНГП. Прослідковано поступове ускладнення з віком, вторинні та третинні нашарування проблем психо-емоційного характеру, за умови відсутності необхідної, вчасної психокорекційної роботи із самою дитиною та родиною, що її виховує.

Недостатність або відсутність психологічної допомоги, починаючи з раннього віку, не менш деструктивно впливає на психічний розвиток дитини, ніж первинний анатомічний дефект лицевої ділянки та наслідки, пов'язані з ним. Більше того, діагностовано, що первинний дефект, недорозвинення або пошкодження підсистем функціональної системи мови та мовлення за умови відсутності спеціальних корекційних засобів викликає низку вторинних й навіть третинних відхилень: недорозвинення усіх структурних компонентів мовлення; обмеженість сенсорних, часових, просторових уявлень; недорозвинення мнестичних процесів; недостатню спрямованість і концентрованість довільної уваги; зниження рівня узагальнень; недостатнє вміння планувати власну діяльність; будувати умовисновки, встановлювати причинно-наслідкові зв'язки тощо. Нами прослідковано, що дітям із ВНГП притаманна картина недостатньої сформованості когнітивної сфери, при тому, що у них первинно збережений і залишається достатньо високим загальний когнітивний ресурс. Не менш значущими є висновки про те, що діти із ВНГП відчують труднощі не лише когнітивного характеру, але й комунікативного, що робить мовленнєві порушення при ВНГП особистісно значущими.

Безперечно доведено, що епізодична психологічна допомога не вирішує завдань гармонійного психічного розвитку зазначеної категорії осіб із ВНГП з метою забезпечення високого рівня життєвих досягнень.

Встановлено, що формування особистості підлітків із ВНГП розвивається переважно за дефіцитарним типом психічного розвитку (стійке зниження самооцінки, дефіцит диференціації емоційних реакцій, низький рівень комунікації, відсутність бажання активно спілкуватися, субдепресивний фон настрою та ін.), що провокує дизонтогенез когнітивної та емоційно-вольової сфери.

Аналіз одержаних результатів вказує на явища стійкої дефіцитарності (несформованості) деяких психічних функцій, що ускладнює процес формування та розвитку мовлення дітей з ВНГП. Навіть не маючи клінічних діагнозів щодо порушень центрального генезу, частина дітей з ВНГП являють собою так звані «нижньо-нормативний тип розвитку», які у подальшому можуть складати групу ризику наступного патологічного розвитку. Порушення довільної регуляції психічних процесів та недостатня сформованість потреби у спілкуванні у деяких дітей з ВНГП ставить під сумнів їх готовність до навчання у загальноосвітній школі та наводить на невтішні прогнози щодо майбутньої успішності та шкільної адаптації.

Виявлено, що психологічний розвиток дітей із ВНГП базується на тих же основних закономірностях, що і психічний розвиток у нормі. Фундаментальні закономірності розвитку мови і мовлення не мають у них принципових відмінностей. Однак, головною відмінною рисою психомовленнєвого дизонтогенезу дітей із ВНГП є асинхронність, дисгармонійність розвитку. Це стало очевидним при співставленні рівнів сформованості різних компонентів функціональної системи мови та мовлення – вібіркова, парціальна невідповідність, несформованість окремих компонентів або підсистем ФСММ. На нашу думку, стан недорозвинення мовлення є однією з форм психомовленнєвого дизонтогенезу (ПМД), особливістю стуркури якого є дефіцитарність комунікативно-мовленнєвих навичок.

Результати дослідження базових складових психічного розвитку дітей спиралися на визначення їх стану: збереженого (ЗБ), вторинно затриманого (ВЗ) чи первинно порушеного (ПП). Враховувалися якісні особливості формування складових психічного мікрогенезу – рівневих систем регуляції (Р), когніцій (К) та афективно-емоційної (А) сфери – як наскрізних психічних процесів.

Виявлено, що наявність стійких порушень функціональної системи мови та мовлення на тлі загальної психосоматичної ослабленості вторинно спричиняє порушення психічного розвитку по типу дисгармонійного, затриманого або дефіцитарного у 65% дітей із ВНГП. При цьому спостерігається поступове ускладнення характеру порушень психічного розвитку залежно від віку, терміну логопсихологічного впливу, взаємостосунків у сім'ї, соціального середовища.

Системно-динамічний аналіз дизонтогенезу, зіставлення та узагальнення даних логопсихологічного діагностичного блоку, забезпечили підстави для того, щоб вперше у логопсихології запропонувати типологію варіантів психічного розвитку дітей із ВНГП – нормативний (Н) та варіанти психічного дизонтогенезу: дисгармонійний (ДГ), затриманий (З), дефіцитарний (Д), тотальний (Т).

Екстраполяція результатів мовленнєвого та психічного розвитку дала можливість узагальнити висновки про особливості психомовленнєвого розвитку дітей та підлітків із ВНГП. Виявлено, що наявність стійких порушень функціональної системи мови та мовлення на тлі загальної психосоматичної ослабленості вторинно спричиняє порушення психічного розвитку по типу дисгармонійного, затриманого або дефіцитарного у 65% дітей із ВНГП.

При цьому спостерігається поступове ускладнення характеру порушень психічного розвитку залежно від віку, терміну логопсихологічного впливу, взаємостосунків у сім'ї, соціального середовища. Таким чином, включення психологічних методик вивчення базових складових психічного розвитку (довільної регуляції: рухової активності, психічних процесів і функцій, емоцій та поведінки) дозволило визначити варіанти психічного дизонтогенезу (дисгармонійний, затриманий, дефіцитарний, тотальний), прослідкувати взаємовплив дефекту мовлення та психічного розвитку дітей, підлітків та юнаків із ВНГП.

У результаті міжсистемного багатофакторного аналізу агрегованих даних діагностики мовленнєвого та психічного розвитку осіб із ВНГП виявлено закономірності, взаємозалежність та взаємообумовленість формування функціональної системи мови і мовлення та базових складових психічного розвитку дітей із ВНГП від народження до повноліття.

Безперечно доведено, що діти із ВНГП мають набагато складніші механізми порушення психомовленнєвої діяльності, ніж традиційно вважалося протягом багатьох років. У цих дітей не лише своєрідно розвиваються механізми породження та формування підсистем функціональної системи мови та мовлення (семіотична, програмування та інтерпритації мовленнєвих актів, регуляційна), але й 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.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Конопляста С. Ю. Розвиток дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Теорія та практика: Монографія. Київ. – НПУ імені М.П. Драгоманова. 2008. – 212 с.
2. Конопляста С. Ю. Логопсихологія : навч. посіб. / С. Ю. Конопляста, Т. В.Сак; за ред. М.К.Шеремет. – К. : Знання, 2010. – 293 с.
3. 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.
4. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста. Клинические и психологические аспекты. - СПб.: Речь. - 2006.- 380 с.: ил.
5. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб: Речь, 2005. – 384 с.: илл.
6. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання: діагностика і формування. Монографія. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2008. – 299с.

УДК – 376.2(09) [Сікорський]

ПИТАННЯ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ З ВИРОГІДНИМИ ВАРІАЦІЯМИ ЙОГО ПАТОЛОГІЧНОГО ВИКРИВЛЕННЯ В ПРАЦЯХ І.О.СІКОРСЬКОГО

Корнев С.І.

При побудові системи методичної роботи, спрямованої на формування дитячого мовлення в умовах глибокого його недорозвинення, принципове значення має врахування закономірностей розвитку мовлення дітей, які нормально говорять, що дозволяє визначити вимоги до розвитку тих або інших рівнів мовленнєвої діяльності на різних етапах її формування. Необхідно також враховувати рівень розвитку патологічного мовлення, його особливості й потенційні можливості оволодіння дітьми мовою у процесі корекційного впливу.

При построении системы методической работы, направленной на формирование детской речи в условиях глубокого ее недоразвития, принципиальное значение имеет учет закономерностей развития речи детей, с нормальным речевым развитием, что позволяет определить требования к развитию тех или иных уровней речевой деятельности на разных этапах ее формирования. Необходимо также учитывать уровень развития патологической речи, ее особенности, и потенциальные возможности овладения детьми речью в процессе коррекционного обучения.

During the construction of the system of methodical work, directed on forming of child's speech in the conditions of its deep exalation, an of principle value has an account of conformities of development of child's speech, with normal speech development, that allows to define requirement to development of those or other levels of speech activity on the different stages of its forming. It is necessary also to take into account the level of development of pathological speech, its features, and potential possibilities of capture children by speech in the process of the correction teaching.

Ключові слова: формування дитячого мовлення, розвиток патологічного мовлення, закономірності розвитку дитячого мовлення, І.О.Сікорський.