

ин-та; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2005. – 256 с. - (Серия «Библиотека психолога»).

7. Піроженко Т. О. Мовленнєве зростання дошкільника / Т. О. Піроженко. – К.: Грайлик, 1999. – 203 с.
8. Шашкина Г. Р. Логопедическая работа с дошкольниками: [учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений] / Г. Р. Шашкина, Л. П. Зернова, И. А. Зимица. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 240 с.

УДК 612.789 – 053.4 – 056.264

**М. І. Вихристюк**

студентка спеціальності  
«Корекційна освіта. Логопедія»

**В. М. Андросова**

старший викладач кафедри логопедії  
Сумський державний педагогічний  
університет ім. А. С. Макаренка

## ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З РИНОЛАЛІЄЮ

У статті висвітлено особливості мовлення дітей з вродженим незрощенням губи і піднебіння та розглянуто погляди різних дослідників на проблему їх мовленнєвого розвитку.

В статье освещены особенности речи детей с врожденным несращением губы и нёба, рассмотрены взгляды разных исследователей на проблему их речевого развития.

The article analyzes the characteristics of speech children with cleft lip and palate and considered the views of various researchers on the problem of speech development.

**Ключові слова:** вроджене незрощення губи та піднебіння (ВНГП), ринолалія, мовленнєвий розвиток, експресивне мовлення.

**Ключевые слова:** врожденное несращение губы и нёба (ВНГН), ринолалія, речевое развитие, экспрессивная речь.

**Key words:** children with cleft lip and palate (CLP), rhinolalia, speech development, expressive language.

**Постановка проблеми.** Мовленнєвий розвиток дітей з вродженим незрощенням губи і піднебіння (ВНГП) залишається сьогодні однією з складних і недостатньо вирішених логопедичних проблем, що зумовлено наступними обставинами:

- ✓ збільшенням в останні роки народжуваності дітей із незрощеннями верхньої губи та піднебіння як в

Україні, так і в інших країнах світу;

- ✓ зниженням рівня здоров'я дітей із вродженими вадами губи та піднебіння, підвищення захворюваності серед них;
- ✓ - недостатністю вивчення проблеми психологічного статусу дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння;
- ✓ - недостатністю даних про вивчення психологічних особливостей, пізнавальних процесів дітей із зродженими незрощеннями губи та піднебіння;
- ✓ - відсутністю даних про готовність дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння до навчання у школі [8, с. 3].

Так, у більшості регіонів Росії народжуваність дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння збільшилася у 19 разів. В Україні ж щорічно показник співвідношення дітей з ринолалією до всіх інших малюків становить 1 : 600 – 1 : 700 [6, с. 282]. За даними медичних досліджень Г. С. Волкової, А. В. Гулюк, С. В. Дьякової, А. А. Мамедова, Л. В. Харькова та ін., прогнози щодо зменшення кількості народження дітей з цією патологією є вкрай несприятливими.

**Мета статті:** дослідити погляди науковців на стан імпресивного та експресивного мовлення у дітей з вродженими незрощеннями губи і піднебіння.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Ринолалія (лат. *rhinolalia* від гр. *rhis* (rhinos) – ніс, гр. *lalia* – мовлення) – порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату [1, с. 245]

Вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння є одним із факторів, що вкрай неблагоприємно впливає не тільки на організм дитини і викликає в ньому грубі функціональні й морфологічні зміни, а й зумовлює численні відхилення як у розвитку звуковимови, так і інших структурних компонентів мовленнєвої діяльності [6, с. 245].

У зв'язку з порушенням анатомічної цілісності периферичного мовленнєвого апарату навіть долінгвістичний розвиток дітей є збіднений і досить своєрідний.

Дитина залишається без інтенсивного лепету, артикуляційної «гри», за рахунок цього збіднюється етап підготовки мовленнєвого апарату. Найбільш типові лепетні звуки [п], [б], [т], [д] артикулюються дитиною беззвучно або дуже тихо у зв'язку з витоком повітря через носові ходи, і тим самим не отримуючи слухового підкріплення. Активність лепету поступово зменшується (Т. В. Волосовец, 1995) [5, с. 181].

Іпполітова А. Г. стверджує, що при ринолалії мовлення розвивається з запізненням (перші слова з'являються в два роки, а то й пізніше) і має кількісні особливості [3; с. 42].

Воронцова Т. Н. теж відмічає, що в кінці другого року життя у дітей-ринолаліків вже спостерігається явне відставання в процесі становлення мовлення, що проявляється в збідненні активного словника.

Уракова А. І. наголошує, що мовлення у вигляді окремих слів у дітей цієї групи з'явилась в 2-3 роки, а фразове мовлення в 4-5 років [6, с. 267].

Конопляста С. Ю. встановила лінгвопатологічні узагальнені симптоми порушення імпресивного рівня:

- ✓ несформованість артикуляторно-сенсорних еталонів звуків мовлення (тобто фонематичних уявлень), зумовлена порушеннями артикуляторно-кінестетичних механізмів;
- ✓ дефекти фонематичного слуху, спричинені порушеннями фізичного і тонального слуху;
- ✓ недостатньо сформована здатність до диференціації перцептивних ознак фонем (порушення фонематичного сприймання);
- ✓ недостатнє розуміння складних за синтаксичною організацією та морфологічним оформленням фраз, складносурядних і складнопідрядних речень;
- ✓ лексичний дефіцит маловживаних слів, категоріальних понять, узагальнених значень [4, с. 41].

На думку Шеремет М. К., імпресивне мовлення дітей з ВНГП розвивається відносно нормально, проте експресивне потерпає від множинних якісних змін [5, с. 182].

Щодо експресивного мовлення, то в першу чергу потрібно відмітити

малозрозумілість мовлення ринолаліків, оскільки звуки, що формуються у них, є своєрідними за артикуляцією і звучанням. Внаслідок дефектного положення язика у ротовій порожнині приголосні звуки виникають головним чином за рахунок активнішої участі задньої частини спинки язика, неприродній участі кореня язика в артикуляції, а також при надмірній активізації м'язів обличчя.

Практично всі звуки при ринолалії назалізовані, більшість з них звучать лише приблизно, і одночасно взаємозамінюються в середині груп, які схожі за способом утворення і акустичними ознаками.

Вимова багатьох приголосних звуків представляє для ринолаліків особливу складність. Вони не можуть здійснити необхідного опору біля верхніх зубів і альвеол для вимови звуків верхньої позиції [л], [т], [д], [ч], [ш], [щ], [ж], [р]; біля нижніх різців для вимови звуків [с], [з], [ц] з одночасним ротовим видихом; тому свистячі і шиплячі звуки у дітей із ринолалією набувають своєрідне звучання. Звуки [к], [г] або відсутні, або замінюються характерним вибухом, який виникає при з'єднанні незрощених частин стінок глотки.

Всі звуки, що промовляє дитина, на слух сприймаються як дефектні. Загальна їх характеристика для слухача – хриплячі звуки із носовим відтінком. При цьому глухі звуки сприймаються як близькі звуку [х], дзвінкі – до [г] фрикативному; із них губні і губно-зубні – як близькі до звука [м], а передньоязикові – до звука [н] із незначною модифікацією звучання. Іноді артикуляція в мовленні дітей з ВНГП дуже близька до норми, а їх вимова, не дивлячись на це, на слух сприймається як дефектна (хрипляча), так як мовленнєве дихання порушене, і, крім того, виникає зайве напруження м'язів обличчя, що в свою чергу дуже впливає на артикуляцію і звуковий ефект [5, с. 182-183]. У разі ринолалії страждає дзвінкість приголосних, спостерігається оглушення дзвінких звуків, їх затухаюча вимова.

Голосні звуки вимовляються при відтягнутому назад язика із видихом повітря через ніс і характеризуються в'ялою губною артикуляцією.

Таким чином, голосні і приголосні

звуки формуються із сильним носовим відтінком. Артикуляція їх часто значно змінена і звуки між собою нечітко диференційовані. Для самої дитини такі артикулеми слугують кінемами, тобто руховими характеристиками певних звуків, і які в мовленні виконують смислорозрізняючу функцію, що дозволяє використовувати їх для мовленнєвого спілкування.

Спостереження авторів (Ф. А. Рау, В. В. Куколь, М. Є. Хватцев, А. Г. Іполітова, З. Г. Нелюбова) показали, що дефекти власного вимовляння діти із ринолалією у більшості випадків не помічають. Так, А. Г. Іполітова приводить приклад, коли дитина з ринолалією була не в змозі проаналізувати власне мовлення на слух і часто сперечалася про вимову того чи іншого слова чи навіть звука. Самостійне розуміння дефекту мовлення у хворих відсутнє або критично до нього знижене. [3, с. 42 - 43].

В той же час, згідно з результатами дослідження А. І. Максакової дозволяють зробити висновки, що діти із ринолалією, не сприймаючи власних недоліків вимови, зазвичай помічають дефекти вимови у своїх товаришів і у власному мовленні, записаному на магнітофон.

Просодична сторона мовлення теж потерпає від різноманітних змін. Голос у дітей глухий, здавлений, слабкий, тихий, виснажений, приглушений, з вираженим носовим відтінком. Акустичні зміни в спектрі голосу позбавляють його дзвінкості і польотності, знижують чіткість і зрозумілість мовлення [2, с. 7].

Конопляста С. Ю. зазначає, що у дітей спостерігається уповільнений темп мовлення, у більшості із них виявляється несформованість немовленнєвого та мовленнєвого відчуття ритму.

Щодо лексико-граматичної сторони мовлення, то діти в основному добре розуміють лексичне значення слів, але намагаються використовувати спрощені форми власних висловлювань. Вони відчують труднощі у побудові розгорнутого зв'язного мовлення, передачі точного змісту тексту, формулюванні власної точки зору.

Уракова А. І., проводячи порівняльне психологічне вивчення шестирічних дітей-ринолаліків і дітей без мовленнєвих

патологій, відмічає, що при складанні розповідей по сюжетним картинкам діти-шестирічки з нормальним мовленням використовували 20 – 25 слів, а діти з дефектами ВНГП 8 – 12 слів [8, с. 10].

Особливості письма зумовлені несформованістю фонематичної системи мовлення внаслідок порушень звуковимови. Тому звукові образи, що засвоїла така дитина у своїй свідомості, є неповноцінними і не можуть стати підґрунтям для формування писемного мовлення. Якщо дитина до початку навчання грамоти оволодіває чітким і зрозумілим мовленням, то розвиток звукобуквенного аналізу буде успішним. Однак, якщо у дитини з ВНГП до навчання у школі залишаються труднощі у вимові звуків і їх фонаційному оформленні, це безумовно спричинить специфічні порушення письма [5, с. 183-184].

**Висновки.** Отже, ринолалія є однією з важких розладів мовлення. Діти з ВНГП значно відстають у мовленнєвому розвитку від своїх однолітків з нормальним мовленнєвим функціонуванням [7, с. 13]. Численні дослідження показують, що у дітей-ринолаліків провідною ланкою є вади фонетико – фонематичної сторони мовлення, а саме – тотальне порушення звуковимови та недостатній розвиток фонематичного сприймання. Можуть бути порушені лексико-граматична сторона мовлення і писемне мовлення.

На нашу думку, сьогодні у вітчизняній логопедії немає сучасних комплексних досліджень мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП, які включали б всі компоненти мовлення. Здебільшого науковці висвітлюють проблеми психо-емоційного, соматичного розвитку і недостатньо уваги приділяють характеристиці мовлення дітей.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андросова В. М. Дислалія. Хрестоматія. Частина I: Навчальний посібник. / В. М. Андросова. – Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2012. – 264 с.
2. Ермакова И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. / Под ред. С. Л. Таптановой. – М.: Просвещение, 1984. – 143 с.
3. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия. / А. Г. Ипполитова. – М.: Просвещение, – 1983. – 93 с.

4. Конопляста С. Ю. Агреговані результати дослідження функціональної системи мови та мовлення дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння / С. Ю. Конопляста // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – 2011. – №1. – С. 38 – 42.
5. Логопедія. Підручник. / За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.
6. Шеремет М. К., Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник. / М. К. Шеремет, І. В. Мартиненко. – К.: КНТ, 2006. – 360 с.
7. Юрова Р. А. Характеристика связной речи учеников младших классов с тяжелыми нарушениями звуковой стороны речи (ринолалией) / Р. А. Юрова // Дефектология. – 1987. – №4. – С. 10 – 13.
8. Яковенко Л. М. Комплексне лікування первинних та вторинних деформацій верхньої губи, піднебіння при їх двобічних незрощеннях: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.22 / Л. М. Яковенко; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. — К., 2004. — 39 с.

УДК 372.461-053.4:615.851.1:688.721.2

**Ю. М. Віжунова**

студентка спеціальності  
«Корекційна освіта. Логопедія»,

**В. М. Андросова**

старший викладач, кафедри логопедії  
Сумський державний педагогічний  
університет ім. А. С. Макаренка

## ВИКОРИСТАННЯ ЛЯЛКОТЕРАПІЇ ПРИ ЗАЙКАННІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

У статті висвітлюються значення та особливості використання одного із напрямів арттерапії – лялькотерапії при корекції заїкання у дітей дошкільного віку.

В статтє освещаются значения и особенности использования одного из направлений арттерапии – куклотерапии при коррекции заикания у детей дошкольного возраста.

In the article a value and features of one are illuminated of directions of arttherapy – doll-therapy at the correction of stammer for the children of preschool age.

**Ключові слова:** заїкання, лялькотерапія, діти дошкільного віку, феномен фіксованості на ваді, «перчаточные» ляльки, ручні ляльки.

**Ключевые слова:** заикание, куклотерапия, дети дошкольного возраста, феномен

фиксированности на изъяне, перчаточные куклы, ручные куклы.

**Key words:** stammer, doll-therapy, to put preschool age, phenomenon of fixed on a defect, glove dolls, hand dolls.

**Актуальність та зв'язок із важливими науковими завданнями.** Заїкання – це складне психофізичне порушення. З погляду Л. Міссуловіна (1988) та В. Шкловського (1994), заїкання – це стан мовлення, за якого у периферичному мовленнєвому апараті дитини спостерігаються судоми різного ступеня тяжкості, тривалості, частоти. Його суть, на думку відомого російського вченого Р. Левіної, полягає переважно в тому, що порушується комунікативна функція мовлення.

Майже всі вчені-дослідники проблеми заїкання (Л. Білякова, Х. Лагузен, І. Сікорський, Г. Волкова, А. Гутцман) спостерігали у дітей виражену тривогу, побоювання, страх перед мовленням (логофобія). В багатьох випадках вони можуть бути сором'язливі, уразливі, пригнічені, або навпаки, розгальмовані, постійно переживають за своє мовлення. З огляду на це, у заїкуватих дітей може виникати і розвиватись феномен фіксованості на ваді, тобто, відображення об'єктивно існуючої мовленнєвої вади у всій психологічній діяльності дитини, яка має заїкання.

В працях про заїкання знайшли відображення думки вчених (М. Хватцев, Ю. Флоренська, Н. Власова, В. Селіверстов) [6, с. 412], що ступінь фіксованості на своїй ваді зростає з віком дитини. Це підводить до думки, що з одного боку треба глибше вивчати психологічні особливості осіб, які заїкаються, з іншого – логопедична робота повинна мати більш ґрунтовну психотерапевтичну спрямованість.

Окрім таких традиційних методів корекції для логопедичної практики, як вправи на розвиток дихання, голосу та артикуляції, логопедична ритміка та інших, на думку багатьох дослідників, Троян Г. А., Медведєва І. Я., Шишова Т. Л., Татаринцева А. Ю. [5, с. 16], в логопедичній роботі все більш перспективними стають нетрадиційні методи корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають заїкання. Серед таких методів можна виділити лялькотерапію.