

© 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.

УДК 376.–056.264 : 376.016 : 811.161.2 – 028.31] – 053.4

ХАРАКТЕРИСТИКА ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ П'ЯТОГО РОКУ ЖИТТЯ ІЗ ФФНМ

Рібцун Ю. В.

м. Київ

У статті охарактеризовано стан сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення дітей п'ятого року життя із ФФНМ за такими напрямками: а) анатомо-фізіологічні передумови мовленнєвої функції; б) просодичні компоненти мовлення; в) фонетична складова; г) фонематична складова мовлення.

Ключові слова: фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення, дошкільники п'ятого року життя, фонетико-фонематична складова мовлення.

В статье охарактеризовано состояние сформированности фонетико-фонематической составляющей речи детей пятого года жизни с ФФНР по таким направлениям: а) анатомо-физиологические предпосылки речевой функции; б) просодические компоненты речи; в) фонетическая составляющая; г) фонематическая составляющая речи.

Ключевые слова: фонетико-фонематическое недоразвитие речи, дошкольники пятого года жизни, фонетико-фонематическая составляющая речи.

The article described the state of the formed phonetic and phonemic component of the speech of children in the fifth year with FFNM at the following directions: a) anatomical and physiological conditions of speech functions, b) the prosodic components of speech, c) the phonetic component of speech, d) element phonemic speech.

Keywords: phonetic and phonemic speech underdevelopment, preschoolers of the fifth's year, phonetic and phonemic speech component.

Розвиток мовленнєвої компетентності є першочерговим завданням спеціального дошкільного навчального закладу компенсуючого типу для дітей із порушеннями мовлення. Корекційно-розвивальна робота передбачає формування у дошкільників умінь вправно, координовано володіти артикуляційним, дихальним і голосовим апаратом, чітко вимовляти та розрізняти звуки, відтворювати складову структуру слів, відповідно добирати слова і граматично правильно будувати речення та зв'язні висловлювання.

За психолого-педагогічною класифікацією мовленнєвих вад до порушень засобів спілкування, крім загального недорозвитку мовлення, відносять також **фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення** – порушення процесів формування звуковимовної системи рідної мови у дітей із різними мовленнєвими розладами внаслідок дефектів сприймання та вимови фонем.

Фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення має кілька ступенів вираження, а саме: а) *легкий*, при якому спостерігається недостатнє розрізнення фонем, труднощі у звуковому та складовому аналізі, особливо у виділенні окремих звуків, які порушені у вимові; б) *середній*, який характеризується недостатньою диференціацією значної кількості звуків із кількох фонетичних груп, навіть при їх правильній вимові; в) *тяжкий*, коли навички звукового та складового аналізу формуються зі значними труднощами і важко диференціюються відношення між звуковими елементами (Г. А. Каше, В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко, Т. Б. Філічева, Г. В. Чіркiна та ін.).

Зазвичай у нормі до чотирьох років дитина оволодіває вмінням розрізняти на слух усі фонемі рідної мови та вимовляє більшість звуків, окрім [л], [р'] та [р] (О. М. Гвоздєв, О. М. Мастюкова, Т. Б. Філічева, М. Ф. Фомічова, М. Ю. Хватцев, Н. О. Чевельова, Г. В. Чіркiна та ін.). Однак у дітей п'ятого року життя із ФФНМ формування як фонетичної, так і фонематичної складових мовлення мають свої специфічні особливості. *Доцільно розглянути їх за такими напрямками:* 1) анатомо-фізіологічні передумови мовленнєвої функції; 2) просодичні компоненти мовлення; 3) фонетична складова мовлення; 4) фонематична складова мовлення.

Дослідження показало, що контингент середньої логопедичної групи для дітей із ФФНМ є різнорідним¹. До його складу входять: а) діти з дислалією²; б) дошкільники з дизартрією; в) дошкільники з порушенням тембру голосу та звуковимови, обумовленим анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату (діти з ринолалією); г) діти з недостатньо сформованою звуковимовною складовою та з патологічно прискореним темпом мовлення (дошкільники з тахілалією на фоні простої дислалії); г) дошкільники з порушеннями голосу (діти з дисфонією) на фоні простої дислалії. Наявність в одній групі такої кількості дітей із різними логопедичними висновками потребує диференційованого підходу як до діагностики, так і до подолання виявлених мовленнєвих порушень.

Стан сформованості анатомо-фізіологічних передумов мовленнєвої функції у дітей п'ятого року життя із ФФНМ

З метою з'ясування стану сформованості анатомо-фізіологічних передумов мовленнєвої функції дошкільників середнього віку із ФФНМ доцільно охарактеризувати: а) артикуляційну моторику; б) фонацію; в) дихання³.

Про особливості артикуляційної моторики у зазначеної категорії дітей ми розповідали в одній із наших публікацій [5], тож тут не будемо висвітлювати даний аспект.

Стан сформованості фонації

Голос – це сукупність різноманітних за висотою, силою та тембром звуків, які виникають у результаті коливання еластичних голосових зв'язок.

Стан голосу дітей середнього дошкільного віку вивчався за такими характеристиками: а) *за силою* – нормальний, гучний, тихий, занадто тихий, затухаючий до кінця фрази, виснажуваний; можливість змінювати голос від тихого до гучного та навпаки; б) *за висотою* – нормальний (грудний), високий, фальцет, низький, немодульований, монотонний; в) *за тембром* – дзвінкий, з носовим відтінком, хрипкий, грубий, глухий, гортанно-різкий, „металевий”, писклявий.

¹ У статті не будуть зазначені кількісні показники, що зумовлене недостатньою кількістю дітей чотирирічного віку для здійснення статистичної обробки.

² Насьогодні в Україні немає окремих логопедичних груп для дошкільників із фонетичним недорозвитком мовлення (ФНМ, або ФН), тому у групі для дітей із ФФНМ направляються також дошкільники, які не мають грубих фонематичних порушень.

³ Дані обстеження заносяться до мовленнєвої картки, авторський варіант якої представлено у додатку 1.

Дітям пропонувалося проспівувати голосні: [a], [o], [y], [e], [i] (*вправа „Абетка-співаночка”*). Саме така послідовність забезпечує збільшення щільності зімкнення голосових зв'язок (О. В. Лаврова). Так, наприклад, під час вимови [a] охриплості може не бути, а при вимові [i] можлива її поява.

Для діагностування наявності у голосі *емоційних інтонацій* дошкільникам п'ятого року життя пропонувалися сюжетні картинки із зображенням істот, що виконували певні дії: „Няв-няв!” – жалібно нявкає голодне кошеня; „Пі-пі-пі...” – тихо пищить мишеня, сидячи в нірці; „У-у-у!” – гучно сурмить слон, піднявши вгору хобот; „Ці-ці-ці!” – радіючи сонечку, весело цінькає синичка; „Ох...” – втомлено зітхає бабуся, ставляючи на підлогу кошик із овочами; „Ой-ой!” – болісно викрикує хлопчик, який впав із велосипеда; „Ого-го!” – дивується Оленка, побачивши який величезний гарбуз виріс у бабусі на городі; „Ех...” – сумно зітхає хлопчик, побачивши дірку на штанях; „Ах!” – злякано мовить дівчинка, розбивши чашку.

Розглянемо стан голосової функції у дітей в залежності від логопедичного висновку.

Переважає більшість дошкільників з дислалією має нормальний за силою та висотою голос, тільки у дітей із функціональною дислалією при в'язній артикуляції відмічається дещо назальний його відтінок. Серед дітей, особливо у початковий період навчання, зустрічаються такі, які мають слабкий і тихий голос, що обумовлюється типом темпераменту, індивідуальними психологічними особливостями, зокрема сором'язливістю та невпевненістю у власних силах.

Дошкільники п'ятого року життя з ринолалією

У дошкільників із *функціональною відкритою* ринолалією внаслідок недостатньої розмежованості носової та ротової порожнин під час фонації та вимови ротових фонем, коли ніс разом із ротом перетворюється на парний резонатор, виникає носовий відтінок голосу – його тембр стає назалізованим. Порушення резонансу, опущення м'якого піднебіння також роблять голос дітей назалізованим.

Діти з *функціональною закритою* ринолалією також мають назальний відтінок голосу. Астенізовані хворобою (аденоїдними розрощеннями, частими простудними захворюваннями та ГРВІ) дошкільники гугнявлять, звикають до постійного

носового резонансу і навіть після повного відновлення функції піднебінно-глоткового зімкнення продовжують говорити так само.

У дітей із *вродженою відкритою ринолалією* навіть після хейло- та уранопластики все-таки зберігається у деякій мірі порушення тембру голосу. Окрім надмірної відкритої назалізації, голос у дошкільників слабкий, глухий і монотонний. Чеський дослідник М. Зеєман [1] відмічає, що голос таких дітей на першому році життя не відрізняється від голосу немовлят без анатомічних вад у будові артикуляційного апарату, а зміна його тембру (саме відкритий носовий відтінок) з'являється при лепеті, коли дитина починає вимовляти перші приголосні. Слід зазначити, що порушення голосу у дітей обумовлюються ще й тим, що гортань під час вимови звуків бере на себе додаткову функцію мовнорухового органу, а це, в свою чергу, не може не позначитися на стані голосових зв'язок.

Дошкільники п'ятого року життя з дизартрією

У дітей з дизартрією, особливо *псевдобульбарною спастичної форми*, відмічається тихий, погано модульований, іноді з носовим відтінком голос. Спастичне скорочення м'язів голосового апарату, що спостерігається при цій формі, порушує можливість вібрації голосових зв'язок, що робить голос дошкільників у процесі мовлення слабким, дещо глухим, хрипким і виснажуваним.

Дошкільники з тахілалією мають монотонний і слабкий голос, нерідко форсований, із носовим відтінком. Часті симптоми перенапруження голосу викликають відсутність його дзвінкості, а затинання роблять мовлення змазаним.

Дошкільники з дисфоніями складають невелику кількість. Вони мають порушення висоти, сили, тембру голосу різного ступеня вираженості. Це переважно хлопчики з проявами гіперактивності, що часто занадто емоційні та галасливі. Тембр голосу таких дітей залежить від їх фізичного та емоційного стану, а також від функцій голосових зв'язок та координації дихального апарату з ротоносоглотковим резонатором. Крик супроводжується твердою атакою, внаслідок чого відбувається перенапруження голосових зв'язок, і як результат – утворення на їх вільних краях невеличких ущільнень – „вузликів крикунів”. Органічною причиною їх виникнення є зниження тону голосових зв'язок, застудні та інфекційні захворювання верхніх дихальних шляхів у дітей, схильних до невротичних та / чи істероневротичних

реакцій. Це, в свою чергу, потребує проведення цілеспрямованої корекційної роботи, що включає вправи на зміну способу голосоведіння, укріплення голосової та дихальної мускулатур.

Стан сформованості дихальної функції

Мовленнєве дихання регулюється дихальним центром довгастого мозку і є основою голосоутворення, формування мелодики та мовленнєвих звуків, а це підтверджує важливість його обстеження. Вивчення типу та обсягу дихання дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ здійснювалось за такими характеристиками: черевне, грудне, діафрагмальне, діафрагмально-грудне, верхньо-ключичне; поверхнєве, глибоке, ритмічне, неритмічне, шумне. Визначався характер мовленнєвого вдиху (носовий, ротовий, глибокий, поверхневий) та видиху (сильний, слабкий, плавний, поштовхоподібний, диференційований, недиференційований). Відмічалась також тривалість вдиху (видиху), причому особлива увага зверталась на короткий вдих і нетривалий видих, адже саме вони негативно впливають на якість мовлення.

Дошкільники з дислалією мають слабкий видихуваний повітряний струмінь, що утруднює вимову свистячих, шиплячих звуків і сонорних приголосних. Відмічено, що неправильне положення язика змінює напрям видихуваного повітряного струменя та призводить до спотвореної вимови звуків. Це свідчить про тісний взаємозв'язок усіх відділів периферичного мовленнєвого апарату.

Дошкільники п'ятого року життя з ринолалією

У дітей із *функціональною відкритою ринолалією* внаслідок неповного перекриття носової порожнини у роті не утворюється необхідний повітряний тиск та здійснюється витік повітря через носові ходи. До того ж повітряний тиск у ротовій порожнині настільки слабкий, що робить неможливою вимову звука [p].

Хоча у дошкільників із *задньою закритою ринолалією* утруднене носове дихання, а у дітей із *функціональною закритою ринолалією* воно є збереженим, мовленнєве дихання порушується в обох випадках і значно утруднює формування правильної звуковимови. Варто відмітити, що готична форма піднебіння зустрічається переважно у тих дітей, які мають тривале порушення носового дихання.

У дітей із *вродженою відкритою ринолалією* при незрощенні чи вкороченні піднебіння спостерігається короткий неекономний видих через рот та носові ходи. Крім відсутньої диференціації ротового та носового видиху, у дошкільників переважає поверхневий ключичний тип дихання, яке, крім того, є нерівномірним та прискореним. Нами помічено, що діти часто замість вироблення плавного цілеспрямованого струменя використовують при відкритому роті різкий видих із глотки, тобто у мовленні дошкільників проявляються атипові компенсаторні артикуляції (їх фарінгеальні та глоткові реалізації). Внаслідок виходу повітряного струменя у носову порожнину відбувається скорочення фонаційного видиху, а у результаті за своєю тривалістю видих дорівнює вдиху, а іноді навіть коротший за нього, що значно утруднює вимову звуків.

Дошкільники п'ятого року життя з дизартрією

У дітей із дизартрією, особливо *псевдобульбарною*, її *спастичною формою*, фіксується спотворення мовленнєвого дихання внаслідок порушення іннервації дихальної мускулатури. Спастичний стан м'язів мовленнєвого апарату та шиї значно порушує резонаторні властивості глотки. Зі зміною величини глотково-ротового та глотково-носового отворів у результаті надмірного напруження глоткової мускулатури та м'язів, які піднімають м'яке піднебіння, виникає носовий відтінок голосу.

Неузгодженість у роботі м'язів, що здійснюють вдих і видих, призводить до тенденції говорити на вдиху, а це, в свою чергу, ще більше порушує довільний контроль над дихальними рухами, координацією між диханням, фонацією та артикуляцією у дошкільників. Таким чином, під час мовлення дихання у дітей зазвичай прискорене, його ритм не регулюється смисловим змістом фрази; після вимови окремих складів чи слів вони часто роблять судомні вдихи. Порушення дихальної функції у дошкільників ускладнюється також частими захворюваннями дихальних шляхів та слабким тонусом м'язів губ, зокрема кругового м'язу рота.

Дошкільники із тахілалією під час мовлення внаслідок прискореного його темпу наче похапцем втягують повітря в себе, що робить висловлювання дітей ще більш незрозумілими.

Дошкільники п'ятого року життя із дисфонією компенсують слабкий струмінь видихуваного повітря шляхом підвищеного напруження м'язів голосових зв'язок. Дуже часто розвитку дисфонії сприяють аденоїдні розрощення у носі, які утруднюють дихання та привчають дитину дихати ротом. Холодне неочищене повітря призводить до появи хронічних запальних процесів у слизовій оболонці гортані, внаслідок чого голос стає слабким і хрипким.

Порушення дихальної функції обумовлюється як загальною фізичною ослабленістю, наявністю у дошкільників різних серцево-судинних захворювань, так і недостатньою увагою дорослих до мовлення дітей.

Для переважної більшості дошкільників із ФФНМ характерні такі порушення дихальної функції: а) надмірно глибокий вдих, додаткові вдихи; б) короткий і / чи слабкий видих, недостатня його плавність; в) несвоєчасне наповнення легень повітрям і нераціональне його використання; г) прискорений темп дихання; г) вдих, який співпадає з початком мовлення; д) звичне ротове дихання чи змішаний тип дихання.

Найбільші труднощі у формуванні зубо-щелепної системи дитини та її мовлення в цілому викликає саме ротове дихання. Внаслідок частих ГРВІ або запальних процесів у носовій порожнині (найчастіше аденоїдних розрощень) спостерігається утруднене проходження повітряного струменя через носові ходи, що поступово перетворюється у шкідливу звичку. У таких дошкільників рот постійно напіввідкритий, під час дихання яскраво виражене напруження крил носа. Діти постійно облизують губи, що призводить до виникнення хейліту (від грец. cheilos – губа) – лущіння червоної облямівки губ. Під впливом ротового дихання поступово видозмінюється верхня щелепа – вона звужується, спотворюється форма носових ходів, викривляється перетинка, виникають утруднення у змиканні губ, слина стає більш глейкою, погіршується гігієна порожнини рота, що призводить до розвитку гострого карієсу та запалення пародонта, а це, в свою чергу, ще більше погіршує звуковимову.

Слід відмітити, що у дітей із різними логопедичними висновками зустрічаються такі, які напружуються під час вдиху, – вони витягують голову, піднімають брови та плечі. Причини такого напруження різноманітні: а) надмірна

старанність дітей, бажання якнайкраще виконати поставлене завдання; б) внутрішня скутість, сором'язливість; в) порушення іннервації м'язів дихального, голосового та / чи артикуляційного апаратів.

Дошкільники з ослабленим вдихом і видихом через нераціональну витрату повітря мають тихий голос. Вони відчують труднощі у відтворенні складнопідрядних речень: не домовляють слів у кінці речень або промовляють їх пошепки, відтворюють у прискореному темпі без дотримання логічних пауз, адже на середині речення вимушені поповнювати легені повітрям.

Отже, у дітей п'ятого року життя із ФФНМ анатоμο-фізіологічні передумови мовленнєвої функції виявляються порушеними, що і є однією з вагомих причин відставання у розвитку фонетико-фонематичної складової мовлення.

Стан сформованості просодичних компонентів мовлення у дітей п'ятого року життя із ФФНМ

Дослідження просодичних компонентів мовлення дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ здійснювалося з урахуванням таких показників: а) дикція – чітка, змазана, незрозуміла; б) темп – нормальний, прискорений, уповільнений; в) ритм – нормальний, аритмія, брадиритмія, тахіритмія; г) інтонація – наявність чи відсутність основних видів інтонації (розповідної, питальної, окличної); г) паузація – наявність чи відсутність розстановки пауз у мовленнєвому потоці; д) наголос – наявність чи відсутність інтенсивності звучання в мовленні окремих складів.

Дамо загальну характеристику сформованості цих компонентів у дошкільників.

Як показало обстеження, *дикція* переважної більшості дітей із ФФНМ змазана та незрозуміла через відсутність чи спотворення значної кількості звуків. Виняток склали лише дошкільники із функціональною дислалією та дисфонією, які мають порушення або кількох звуків, або певної групи звуків.

Темп, як індивідуальна характеристика, найчастіше обумовлений ситуацією спілкування. У дітей із корковою дизартрією, внаслідок труднощів переключення з одного артикуляційного укладу на інший, темп мовлення уповільнений, з тахілалією та дисфонією – прискорений. У інших дітей темп мовлення переважно нормальний.

Порушення *ритму* притаманно дітям із дизартрією. Під час музичних занять фіксуються поодинокі випадки аритмії, коли дошкільники застрягають на попередньому русі або, через нестійкість уваги, продовжують рух у заданому раніше темпі.

Лінгвісти відмічають зв'язок між *інтонацією* і смислом речення та розглядають її як один із найважливіших факторів комунікації. Було встановлено залежність між станом сформованості мимічної моторики та інтонаційною виразністю мовлення. Навіть дітям із функціональною дислалією та тахілалією, які не мають виражених порушень артикуляційної моторики, важко передати інтонацією такі емоції як здивування чи радість. Дошкільники ж із ринолалією та дизартрією мають стабільно порушену мимічну моторику і найчастіше їх мовлення монотонне та емоційно збіднене.

Акустично *паузація* виражається у падінні інтенсивності голосу до нуля, а фізіологічно – переривом у роботі артикуляційних органів. Загалом діти із ФФНМ паузи між словами та окремими реченнями роблять адекватно. Виняток складають лише діти з тахілалією та спастичною формою псевдобульбарної дизартрії, у яких розстановка пауз порушена.

Наголос виражається у інтенсивності звучання окремих складів. Від наголосу часто залежить значення слова (*брати* (неозначена форма дієслова) і *браті* (форма множини іменника), а також його граматична форма (*сови* – форма називного відмінка множини) і *сові* (форма родового відмінка однини). Діти із ФФНМ часто ставлять неправильний наголос у словах, особливо у випадках наявності рухомого наголосу при словозміні слів (*слон* – *слону* (замість *слону*, *слонá*).

Отже, анатоμο-фізіологічні дефекти, порушена іннервація мовленнєвого апарату, поряд із недостатньою сформованістю мимічної моторики, призводять до утруднень вираження інтонаційно-просодичних компонентів мовлення, що робить його монотонним та безбарвним.

Стан сформованості фонетичної системи мовлення дітей із ФФНМ

Незважаючи на те, що фонематичні процеси в онтогенезі формуються раніше, ніж фонетичні, обстеження варто було починати саме з фонетичної складової мовлення, адже матеріалом для вивчення фонематичної складової мовлення

слугували дані щодо стану сформованості у дітей звуковимови та складової структури.

Дослідження фонетичної складової мовлення дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ передбачало вивчення: а) звуковимови; б) складової структури слів.

Стан сформованості звуковимови дітей із ФФНМ

Вивчення звуковимови дітей п'ятого року життя здійснювалося з урахуванням появи звуків у нормальному онтогенезі (О. М. Гвоздєв, О. М. Мастюкова, С. Н. Цейтлін та ін.) та відбувалося у самостійному („Кмітлива указочка”), відображеному („Папушка Кеша”) і спряженому („Разом із Льоликом” [2]) мовленні, включало ізольовану вимову – за наслідуванням, вимову звуків у складах (прямих, обернених, відкритих, закритих, складах зі збігом приголосних, із твердими та м'якими приголосними), словах і фразях. Звук, що обстежувався, знаходився у різних позиціях (стояв на початку, в середині, в кінці слова) та у різних поєднаннях із іншими фонемами. Дидактичним матеріалом слугували як сюжетні картинки, так і предметні із зображеннями, що були насичені саме тим звуком, який обстежується.

Дошкільники п'ятого року життя з дислалією

Діти із *функціональною дислалією* мають дефекти лише кількох звуків із однієї групи, тобто у них спостерігається перший рівень порушеної звуковимови (за О. В. Правдіною). Відсутність звуків (особливо шиплячих та сонорних приголосних) обумовлена недостатнім станом сформованості мовнослухового та мовнорухового апарату і виражається в елізії (лат. *elision* від *elido* – видаляю, виштовхую) звука на початку, в середині чи в кінці слова. Деякі діти правильно вимовляють усі ізольовані звуки, але у мовленні не вживають чи замінюють їх.

Дошкільникам із *акустико-фонематичною дислалією* (класифікація Б. М. Гріншпуна) притаманні регресивні та прогресивні асиміляції (від лат. *assimilatio* – уподібнення) за місцем творення приголосних (переважно передньоязикові: *тотик* – *котик*) та за способом їх артикуляції (переважно зімкнені та щілинні: *момозиво* – *морозиво*, *вавона* – *ворона*). Характерним є те, що асиміляції стосуються всієї групи приголосних (наприклад, оглушення), наявні також утруднення у розрізненні сонорних приголосних [л] – [р]. Незначну кількість склали

одзвінчення (*бень – пень*) – такі вади вимови глухих приголосних, що виражаються у заміні глухих на парні дзвінки звуки⁴. Порушення такого типу часто зустрічаються у дітей із туговухістю, а тому при підозрі на порушення слуху батькам варто проконсультуватися з лікарем-отоларингологом і зробити дитині аудіограму. У дошкільників відмічалися також оглушення звуків незалежно від їх позиції в слові (*пуйка – булка*), а також елізії (*ік – сік*).

У дітей із *артикуляторно-фонематичною дислалією* не утворюються окремі характеристики звуків (артикуляційні чи акустичні) і виявляється засвоєною лише якась одна з них (твердість – м'якість, глухість – дзвінкість тощо), тобто в залежності від варіанту цієї форми дислалії спостерігаються різні порушення звуковимови.

При першому варіанті під час вибору фонем діти замість відсутніх у мовленні звуків використовують близькі за артикуляційними ознаками. Таким чином, у дошкільників відмічається явище субституції звуків, коли фонем не розрізняються за звучанням. Найчастіше у ролі замітника виступає звук, простіший за артикуляцією.

У дітей фіксуються заміни звуків однакових за: способом утворення і різних за місцем артикуляції (наприклад, заміна [к], [г] зімкненими передньоязиковими [т], [д]: *тася – каша, дусь – гусак*); місцем артикуляції і таких, що різняться способом утворення (наприклад, заміна передньоязикового фрикативного [с] зімкненим [т]: *танкі – санчата*); способом утворення і таких, що відрізняються за участю органів артикуляції (наприклад, заміна [с] губно-зубним [ф]: *фумка – сумка*); місцем і способом творення і таких, що розрізняються за участю голосу (наприклад, заміна дзвінкх – глухими: *папуся – бабуся*); способом утворення і за активнодіючим органом артикуляції та таких, що різняться за ознаками твердості – м'якості (*пілька – пилка*).

Нами відмічались також: а) *одноваріативні* заміни, основну частину яких складають *дисиміляції* (від лат. *dissimilis* – несхожий) (розподібнювання), коли відбувається заміна одного зі звуків іншим, артикуляційно близьким (*шобіт – чобіт*); б) *варіативні*, або *дифузні* заміни (*катька, каська, кяшькя – качка*);

⁴ Акустичними парами української мови є: [б] – [п], [д] – [т], [д'] – [т'], [з] – [с], [з'] – [с'], [ж] – [ш], [дж] – [ч], [дз] – [ц], [дз'] – [ц'], [г] – [х], [г'] – [к].

в) універсальні заміни, коли в мовленні існує універсальний звук-замінник, тобто такий, що замінює кілька різних звуків. Незначну кількість випадків склав теттизм (від грец. ταυ) (термін М. Ю. Хватцева), коли звук [т] замінює кілька приголосних звуків (типу *тук – жук, тяпка – шапка, табака – собака*).

Крім того, був здійснений аналіз замін з точки зору їх постійності. Обстеження показало: стійкі заміни, коли звукові субститути (від лат. *substituo* – замінюю) виявляються стабільними (не більше двох звуків-замінників), значно перевищували нестійкі, що, в свою чергу, дозволяло прогнозувати їх ефективне подолання в процесі логопедичної роботи.

При другому варіанті порушеної звуковимови всі артикуляційні позиції засвоєні, але при відборі звуків допускаються помилки, внаслідок чого звуковий образ слова є нестійким (вимовляється то правильно, то ні). Заміни при цій формі здійснюються на основі артикуляційної близькості звуків (наприклад, свистячі замінюються шиплячими: *жямок – замок*, зімкнені передньоязикові [т], [д] – задньоязиковими [к], [г]: *гиван – диван, йопака – лопата*, тверді – м'якими: *сій – сир, міло – мило*, спостерігаються заміни африкат – [ц] на [ч]: *яйче – яйце*, та сонорів: *луки – руки*). Дефектна вимова при цій формі обумовлюється не власне моторними дефектами, а порушеннями операцій відбору фонем за їх артикуляторними ознаками.

Дошкільники п'ятого року життя з *артикуляторно-фонетичною дислалією* вимовляють звуки, що не відповідають фонетичній системі рідної мови. Фонема реалізуються у ненормованих варіантах – алофонах, коли неправильний звук за своїм акустичним ефектом близький до правильного і, прислухавшись, можна легко співвіднести цей варіант вимови з певною фонемою. Елізії при цій формі практично не спостерігаються і вимова губних, передньоязикових зімкнених та губно-зубних звуків перебуває в межах норми.

Зафіксовані фонетичні, або так звані антропофонічні, порушення (за визначенням Ф. Ф. Рау) у вигляді ненормативного відтворення звуків через невірні сформовані окремі артикуляторні позиції спричиняють у вимові дітей спотворення. Це чітко проявляється, коли зберігається деяка схожість звучання з нормативним

звук. Спотворення спостерігаються переважно у групах звуків, близьких за артикуляційними ознаками.

У дітей п'ятого року життя відмічаються наступні види спотворень: 1) ротацізм; 2) ламбдацізм; 3) сигматизм; 4) йотацізм; 5) каппацізм; 6) гаммацізм; 7) хітизм.

Крім фонетичних, у дошкільників спостерігаються фонематичні (за визначенням Р. Є. Левіної), або фонологічні (за Ф. Ф. Рау) дефекти у вигляді змішувань звуків.

Відсутність звука чи заміна його близьким за артикуляцією створює умови для змішування (взаємозамін) відповідних фонем, коли всі артикуляторні позиції сформовані, проте процес фонемоутворення ще не завершився.

У дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ відмічаються змішування таких звуків:

1. *Голосних*: [а] – [о] (*отóбус – автобус*), [о] – [у] (*нугá – нога*), [і] – [е] (*едік – індик*), [і] – [и] (*кинь – кінь*), [е] – [и] (*силó – село*).

2. *Приголосних*:

А. *Зімкнених*: [м] – [м'] (*мішька – мишка*), [б] – [б'] (*бічóк – бичок*), [п] – [п'] (*пялька – палка*), [п'] – [б'] (*бігвін – пінгвін*), [п] – [б] (*пáтік – бантик*), [м] – [н] (*нўха – муха*), [н] – [н'] (*кóунь – клоун*), [д] – [б] (*довóга – дорога*), [д] – [д'] (*діня – диня*), [д] – [т] (*тéєво – дерево*), [т] – [т'] (*кіть – кіт*), [т'] – [д'] (*дюпáн – тюльпан*), [к] – [г] (*гўї – кури*), [к] – [т] (*тан – кран*).

Б. *Щілинних*: [в] – [в'] (*савя – сова*), [ф'] – [в'] (*вікус – фікус*), [ф] – [в] (*ватапаят – фотоапарат*), [з'] – [с'] (*Сіна – Зіна*), [ф] – [ф'] (*фяба – фарба*), [л'] – [й] (*їсько – ліжко*), [с] – [с'] (*сяла – сало*), [с] – [х] (*хуп – суп*), [с] – [ф] (*фаóка – сорока*), [з] – [з'] (*кóзік – козлик*), [с] – [з] (*апезі́н – апельсин*), [г] – [х] (*вахóн – вагон*), [ш] – [с] (*сóти – шорти*), [ж] – [з] (*зиáф – жирафа*), [ш] – [ж] (*жї́на – шина*), [л] – [л'] (*ліжї – лижї*), [л] – [в] (*бівочка – білочка*), [л] – [й] (*ямпа – лампа*).

В. *Зімкнено-щілинних*: [ц] – [ч] (*чийк – цирк*), [ц] – [ц'] (*цюцєня – цуцєня*), [дз] – [дз'] (*дзі́га – дзига*), [дз'] – [ц'] (*цьоб – дзьоб*), [дз] – [ц] (*цвіно́к – дзвінок*), [дж] – [ч] (*чміль – джміль*), [дз] – [дж] (*кукуюджа – кукурудза*), [р] – [р'] (*ріба – риба*).

Г. Звуків різних груп: [л'] – [н'] (*ніт – лід*), [г] – [ґ] (*гіб – гриб*), [ґ] – [к] (*кусь – гусак*), [к'] – [ґ'] (*ґіната – кімната*), [ч] – [т] (*тавун – чавун*), [ч] – [с] (*собіт – чобіт*), [ч] – [ш] (*шотійі – чотири*), [ц] – [с] (*сúкой – цукор*), [с'] – [ц'] (*цим – сім*), [р'] – [й] (*буяк – буряк*), [л'] – [р'] (*ріфт – ліфт*), [л] – [р] (*стір – стіл*).

3. Звуків і звукосполучень: [ф] – звукосполучення (хв) (*хвóрма – форма*), звукосполучення (шч) – [с] (*дос – дощ*), звукосполучення (шч) – [ч] (*чавéль – щавель*), звукосполучення (шч) – [ш] (*шипсі – щипці*).

Значна частина зазначених помилок обумовлюється недостатньою слуховою увагою. Було помічено, що дошкільники зосереджують її переважно на вимові наголошеного складу, а ненаголошені склади вимовляють змазано. Серед причин взаємозамін можна назвати також як недорозвиток сукцесивного (від англ. *successive* – наступний) синтезу (В. В. Тарасун), що забезпечує здатність поєднувати елементи у чітко визначеній послідовності, так і порушення довільної організації діяльності психічних процесів і функцій, зокрема на гностико-праксичному рівні (М. М. Семаго, Н. Я. Семаго).

Дослідження О. Р. Лурії, Є. Д. Хомської, Л. С. Цветкової та ін. вказують, що заміни та взаємозаміни артикуляційно та акустично близьких звуків спостерігаються при ураженні скроневої долі лівої півкулі, а артикуляційно далеких, але акустично близьких звуків – тім'яної долі обох півкуль. Дані енцефалографічних досліджень свідчать про наявність у дошкільників із ФФНМ (у порівнянні з віковою нормою) нейрофізіологічних змін у діяльності лобної, скроневої та тім'яної ділянок кори головного мозку обох півкуль, що вказує на необхідність проведення спеціальної корекційної роботи з активізації міжпівкульної взаємодії.

У дітей із *тахілалією* та *функціональною дислалією* порушення вимови звуків у певній мірі обумовлено соціально-психологічними чинниками, а саме: наслідуванням нечіткого мовлення дорослих і прискореним темпом мовлення, у результаті чого як голосні, так і приголосні в мовленні змішуються, хоча в нормальному темпі та ізольовано звуки вимовляються правильно, – тобто фіксується другий рівень порушеної звуковимови (за О. В. Правдіною).

Дошкільники п'ятого року життя з ринолалією

З метою диференційованої діагностики вад звуковимови дітям п'ятого року життя з підозрою на ринолалію давалася проба Gutschmann („*Курпатенькі носики*”). Дитина поперемінно повторювала голосні [а] та [і], при цьому вчитель-логопед то закривав, то відпускав їй носик. При відкритій формі ринолалії спостерігається значна різниця у звучанні цих голосних: із закритим носом звуки (особливо [і]) оглушуються і пальці вчителя-логопеда відчувають при цьому сильну вібрацію на крилах носа.

У дітей із *функціональною відкритою ринолалією* спостерігається найбільш помітна зміна тембру голосних [і] та [у], при артикуляції яких ротова порожнина найбільше звужена, а найменший назальний відтінок відчувається під час вимови голосного [а], коли ротова порожнина широко відкрита. При цій формі ринолалії більш вираженою є порушена вимова голосних звуків, а під час вимови приголосних піднебінно-глоткове зімкнення збережене.

У дошкільників із *органічною відкритою ринолалією* наявні специфічні особливості звуковимови, а саме: а) при вимові шиплячих та фрикативних приголосних чується хрипкий звук, що виникає у носовій порожнині; б) зімкнені [п], [б], [д], [т], [к], [г] звучать неясно внаслідок того, що у ротовій порожнині не утворюється необхідний повітряний тиск через неповне перекриття носової порожнини, або замінюються фрикативними; в) ринофонічно звучать сонорні приголосні [р] та [л], причому вимовляються при надмірному видиху; г) змінюється характерний тон приголосних звуків за рахунок підключення глоткового резонатору (додається свист, шипіння, придих, хрипіння, гортанність тощо). Так, наприклад, виникає свистячий призвук при вимові шиплячих чи навпаки (*пес^uик – песик*). Як компенсаторний засіб, за рахунок напруження стінок глотки, виникає явище додаткової артикуляції, або так звана фарінгалізація (від грец. *φάρυγγ* – глотка), що надає мовленню призвуку клацання; г) відмічаються елізії початкового приголосного в словах (*ам – там*). Слід відмітити, що розбірливість звуків значно знижується у кінцевій позиції.

Для звуковимови дітей п'ятого року життя із *закритою ринолалією* характерним є те, що при вимові назальних звуків носовий резонанс відсутній, і

вони звучать як ротові [б] та [д]. Таким чином, у мовленні дошкільників не протиставляються звуки за ознакою назальності, що, в свою чергу, значно впливає на розбірливість мовлення. Через оглушення окремих тонів у носоглотковій та носовій порожнинах змінюється також звучання голосних, внаслідок чого вони набувають неприродного відтінку.

Дошкільники п'ятого року життя з дизартрією

У дітей із дизартрією відмічаються порушення як голосних (особливо лабіалізованих [о], [у]), так і приголосних звуків, причому спостерігаються переважно фонологічні дефекти, тобто відсутність, заміна, недиференційована вимова звуків та їх змішування.

У дошкільників зі *спастичною формою псевдобульбарної дизартрії* відмічається напруження спинки язика, піднятої до твердого піднебіння, що є причиною пом'якшення більшості приголосних (*міськя – мишка, місіня – машина, тьякя – шапка*)⁵. У дітей через утруднення рухів м'язів губ фіксуються порушення вимови губно-губних приголосних [п] і [б], вимови передньоязикових [т], [т'], [д], [д'], а також міжзубний та боковий сигматизм. Слід відмітити, що обмеженість у цілому рухливості губ породжує порушення звуковимови у дітей, адже саме ці рухи змінюють розмір та форму переддвер'я рота. Це, тим самим, здійснює вплив на резонування усієї ротової порожнини. Характерними також є додавання чи елізії звуків при збігу приголосних (*матинда – машина, ісо – колесо*) та нестійкість порушень звуковимови. Мовлення дітей у цілому позбавлено дзвінкості, а приголосні замінюються нейтральним щілинним звуком.

У дітей із *корковою дизартрією* відмічається насамперед порушення так званих какумінальних (від лат. *сасімен* – верхівка) приголосних, що утворюються при піднятому та злегка загнутому вгору кінчику язика ([ш], [ж], [р]). Важкими для вимови є апікальні (від лат. *арех* – верхній) приголосні, які артикулюються шляхом зближення чи зімкнення кінчика язика з верхніми зубами чи альвеолами ([л]). Внаслідок труднощів переключення з одного артикуляційного укладу на інший у

⁵ До твердих приголосних української мови належать: [б], [п], [г], [х], [г], [к], [д], [т], [ж], [ш], [дж], [ч], [з], [с], [дз], [ц], [ф], [в], [л], [р], [н], [м]; до м'яких приголосних відносять: [д'], [т'], [р'], [л'], [н'], [з'], [с'], [дз'], [ц'], [й]; пом'якшеними приголосними є: [б'], [в'], [п'], [м'], [ф'], [ж'], [ш'], [ч'], [в'], [г'], [г'], [к'], [х'].

дітей спостерігається уповільнена вимова передньоязикових приголосних та складів із цими звуками.

У дошкільників зі *стертою дизартрією* переважно зберігається правильна звуковимова задньоязикових приголосних і [й] та часте порушення свистячих. Дітям притаманні спотворення (зокрема, міжзубна і бокова вимова) та відсутність звуків. На відміну від інших форм дизартрії, у дітей цієї групи значно менше поширені порушення сонорних [л] та [р]. Як зазначає В. І. Бельтюков, свистячі приголосні, на відміну від інших груп звуків, акустично близькі між собою. Це підтверджує і М. Х. Швачкін, наголошуючи, що шиплячі приголосні більш акустично протиставлені, ніж свистячі. Науковець також зазначає, що сонорні приголосні починають розрізнятися одними з перших, навіть якщо вони ще не засвоєні у вимові.

Варто відмітити, що міжзубна вимова свистячих спричинена недостатньо сильним тонусом м'язів кінчика язика. Це, на думку, Н. Л. Крилової, вказує на відсутність у таких дітей періоду грудного годування. Обстеження показало, що сигматизм шиплячих найбільш притаманний дошкільникам із низькою самооцінкою, тривожним і невпевненим у собі, особливо таким, яким не вистачає емоційного контакту з батьками. Саме це вказує на необхідність роботи з такими дітьми практичного психолога.

У дошкільників п'ятого року життя із *тахіталією* не відмічається грубих порушень фонетики. Мовлення в цілому характеризується затинаннями, повтореннями та необґрунтованими паузами на кшталт полтерну – патологічно прискореного, з наявністю переривчастості темпу мовлення несудомного характеру. У дітей фіксується полтерн першої групи (за D. Weiss), під час якого спостерігаються моторні розлади та відхилення в артикулюванні переважно приголосних звуків, а також їх пропуски та перестановки.

Отже, у обстежуваних дітей відмічаються як фонетичні, так і фонематичні порушення звуковимовної складової мовлення, що потребує значної комплексної логопедичної роботи у цьому напрямі.

Стан сформованості складової структури дітей із ФФНМ

Звуко-складова структура розглядається як характеристика слова з точки зору кількості, послідовності та видів звуків і складів, що є їх складовими (Н. І. Лепська, А. К. Маркова, А. Д. Салахова та ін.).

Обстеження складової структури та звуконаповнюваності слів дошкільників середнього віку із ФФНМ відбувалося з опорою на практичні дії (плескання в долоні) та вербальні стимули у вигляді як окремих складів, слів, так і словосполучень та речень у спонтанній, відображеній, спряженій, уповільненій та багаторазовій вимові („*Назви, що побачив (-ла)*”). Відмічалась залежність порушення складової структури від місця складу в слові та його позиції по відношенню до наголосу.

Пропонувались слова різного ступеня складності, а саме: 1) односкладові слова: а) без збігу приголосних (*м'яч*); б) зі збігом приголосних (*стіл*); 2) двоскладові слова: а) з двома відкритими складами (*ва-за*); б) з відкритим і закритим складами (*ку-бик*); в) з двома закритими складами (*зай-чик*); г) зі збігом приголосних на початку слова (*пли-та*); д) зі збігом приголосних всередині слова (*ляль-ка*); 3) трискладові слова: а) з відкритими складами (*со-ба-ка*); б) з чергуванням відкритих та закритих складів (*вед-ме-дик*).

Якщо у дошкільників із дислалією та дисфонією зустрічаються лише поодинокі порушення складової структури слів (найчастіше у вигляді перестановок складів у багатоскладових словах), то у дітей із ринолалією, тахілалією та дизартрією мають місце системні порушення складової структури.

Дошкільники п'ятого року життя з ринолалією

У дітей із ринолалією (особливо з органічною відкритою її формою) виявляються два найпоширеніші типи помилок, кожен з яких значно знижує розбірливість мовлення: а) помилки звуконаповнення у вигляді скорочення груп приголосних (зокрема, при збігу) (*де-ї – две-рі*), додавання приголосного чи голосного до складу (*мо-то-ци-кал – мо-то-цикл, кга-ша – ка-ша*), перестановок звуків у межах складу (*йук-ка – кур-ка*), уподібнення складу (*ва-во-на – во-ро-на*); б) помилки складо-ритмічної структури слів – скорочення (*фа-та-лат – фо-то-а-па-*

рат), перестановки (*ка-шу-пон – ка-ню-шон*) чи додавання (*ку-ку-лі-кі-ва-є – ку-ку-рі-ка-є*).

Було підтверджено дані Г. В. Чіркїної щодо взаємозумовленості впливу порушення „аеродинаміки мовотворення”, ступеня дефекту звуковимови, вад фонематичного слуху, дефектів моторного управління з порушеннями складової структури слів.

Дошкільники п'ятого року життя з дизартрією

Дослідники В. І. Бельтюков, О. М. Вінарська, Г. А. Каше, А. К. Маркова, Р. Є. Левіна, О. М. Усанова причинами порушень звуко-складової структури слів у дітей із дизартрією називають слабкість акустико-гностичних процесів, які знижують здатність до сприймання мовленнєвих звуків при збереженому слухові; недорозвиток мовнорухового апарату, що ускладнює артикулювання звуків мовлення.

У працях І. М. Садовникової, Є. Ф. Соботович, О. М. Усанової, Т. Б. Філічевої, М. Ю. Хватцева та ін. описується взаємозв'язок процесів складового оформлення слова із засвоєнням його звукового складу, граматичних категорій та формуванням фонемного аналізу. У свою чергу науковці Г. В. Бабіна, В. А. Ковшиков, С. М. Шаховська зазначають, що деформація складової структури слів у дітей із порушеннями мовлення корелює з особливостями розвитку таких немовленнєвих процесів: оптико-просторова орієнтація, ритмічна організація рухів, здатність до серійно-послідовної обробки інформації.

Порушення слухо-моторних координацій проявляється у неправильному відтворенні кількості оплесків (збільшенні чи зменшенні), недотриманні пауз, неритмічному відтворенні, недостатньому вмінні почути та відтворити акцент (типу /l/).

У дітей з дизартрією фіксуються такі порушення складової структури: а) додавання (*мі-нясь – м'яч*); б) елізії (*ко-бок – ко-ло-бок*); в) спрощення (*ам-па – лам-па*); г) персеверації (від лат. *perseverantia* – упертість) (*де-де-дик – вед-ме-дик, го-го-би-на – го-ро-би-на*); г) перестановки звуків всередині складу (*ки-мил – ки-лим*); д) перестановки звуків всередині слова (*по-дук-ша – по-душ-ка*); е) загальні реверси (від лат. *reversus* – зворотний) (перевороти слів) (*тік – кіт*).

У дошкільників із *тахілалією* в мовленні часті повтори, елізії, перестановки складів. Мовлення таких дітей настільки стрімке, що випадають окремі склади, цілі слова замінюються іншими, схожими за звучанням.

Слід відмітити, що у дітей із ФФНМ порушення складової структури слів не стійкі і стосуються найчастіше незнайомих або рідко вживаних слів (зі збігами приголосних, багатоскладових), що вказує на недостатню сформованість слухової уваги та пам'яті дошкільників із фонетико-фонематичними порушеннями.

У всіх категорій дітей спостерігаються помилки у складовому аналізі. Переважна більшість обстежуваних припускається таких помилок: а) односкладове слово дошкільники розбивають на два склади (*ду-б – дуб*) або подовжують середній голосний (в основному [и] – *ди-им – дим*); б) у словах зі збігом приголосних на початку чи в кінці слова початковий або кінцевий приголосний визначають як склад (*вов-к – вовк, б-рат – брат, к-ві-ти – кві-ти*). Існування таких помилок підтверджуються і дослідженнями Г. А. Каше, Р. І. Лалаєвої, Л. Ф. Спірової та ін. і є характерними для дітей із ФФНМ. Зазначені труднощі пов'язані з невмінням дошкільників визначати структурні елементи слова та складу.

Отже, дослідження виявило у дошкільників значні порушення складової структури слів, що були обумовлені недостатністю рухових та / чи слухових можливостей дітей п'ятого року життя із ФФНМ.

Стан сформованості фонематичної системи мовлення дітей із ФФНМ

Дослідження фонематичної системи мовлення включало вивчення: 1) фонематичного сприймання на перцептивному рівні; 2) фонематичної уваги та пам'яті; 3) навичок слухового контролю; 4) фонематичних уявлень; 5) операції ймовірного прогнозування на фонологічному рівні.

Стан сформованості фонематичного сприймання на перцептивному рівні дітей п'ятого року життя із ФФНМ

Перед тим, як приступати до вивчення рівня фонематичного сприймання, ми ознайомились із висновками лікаря-отоларинголога стосовно всіх дошкільників групи, адже наявні у дитини порушення слуху робили б подальше обстеження недоцільним.

Дошкільники п'ятого року життя з дислалією

У дітей із *акустико-фонематичною дислалією* були порушені операції впізнавання та порівняння звуків за їх акустичними ознаками⁶. У дошкільників відмічалася недостатня сформованість фонематичного слуху, внаслідок чого система фонем виявлялася редукованою за своїм складом. Діти часто не могли виділити постійну інваріантну ознаку, за якою один звук протиставлявся іншому. Внаслідок цього у дітей відбувається уподібнення звуків на основі спільності ознак та вибірково не формується функція слухового розрізнення деяких фонем.

У дошкільників із *артикуляторно-фонематичною дислалією* – фонематичне сприймання збережене повністю. Такі діти безпомилково розрізняли фонemi та впізнавали слова-пароніми.

У дітей із *артикуляторно-фонетичною дислалією* звук-замінник, близький до потрібного звука за своїм акустичним ефектом, набував смислорозрізнявальної (фонематичної) функції та фіксувався фонематичним слухом як нормований. У дошкільників із поєднанням дефектів звуковимови та сприймання фонем відмічалась незавершеність процесів формування артикулювання та сприймання звуків, що відрізнялись акустико-артикуляційними ознаками. Така незавершеність обумовлюється порушеннями нейродинаміки окремих відділів кори головного мозку і кінестетичного (від грец. *kineo* – рух) праксису.

Дошкільники п'ятого року життя з дизартрією

Найбільш виражені порушення фонематичного сприймання спостерігались у дітей зі *спастичною формою псевдобульбарної дизартрії*. Через нестійкий рівень слухової уваги пошук паронімічних пар викликав значні утруднення у дошкільників. Дослідження Р. М. Боскіс, Р. Є. Левіної, О. Р. Лурії, Л. Ф. Чистович, М. Х. Швачкіна свідчать, що при порушенні артикуляції почутого звука може у різній мірі погіршуватись і його сприймання. Слід зазначити, що для цієї форми дизартрії є характерною палаталізація, що також посилює фонематичний недорозвиток у дітей.

⁶ Зміст діагностичних завдань з вивчення фонематичної складової мовлення та їх детальні результати представлені в одній із наших публікацій [6].

Дошкільники з ринолалією

У дітей з ринолалією (особливо органічною відкритою її формою) фіксувалися незначні зниження слуху (переважно на одне вухо), що були обумовлені частими отитами з хронічним протіканням. Однак такі порушення не заважали дітям правильно сприймати звернене до них мовлення. Порушення мовленнєвих кінестезій внаслідок анатомічних дефектів органів мовлення породжувало недостатність слуховимовної взаємодії, що і спричиняло виникнення вторинного рівня порушення фонематичного сприймання.

У дітей з тахілалією через недостатній рівень сформованості слухової уваги фіксувались поодинокі порушення фонематичного сприймання.

Отже, у дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ було відслідковано певну залежність між рівнем фонематичного сприймання та кількістю дефектних звуків: чим більше звуків у дошкільників виявлялося несформованими, тим нижчим був у них рівень фонематичного сприймання.

Стан сформованості фонематичних уявлень дітей із ФФНМ

У результаті проведення діагностичних завдань нами було виділено 4 групи дітей: 1) з відсутнім слуховим контролем і порушеними фонематичними уявленнями; 2) з наявним слуховим контролем, але порушеною фонематичною увагою (гарний прогноз щодо формування фонематичних уявлень); 3) з наявним слуховим контролем та порушеними фонематичними уявленнями; 4) зі сформованими фонематичними уявленнями, але з наявними змішуваннями звуків у мовленні (порушена артикуляційна ланка).

В цілому фонематичні уявлення дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ відповідають власній неправильній вимові, що пов'язано з недостатністю слухової уваги та слухового контролю за власним мовленням.

Таким чином, у дітей п'ятого року життя із ФФНМ можна виділити три рівні стану сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення: а) високий – 16,0%; б) середній – 32,0%; в) низький – 52,0%.

Все вищезначене обумовило створення авторської спеціальної програми „ДОШКІЛЬНЯТКО[©]: корекційно-розвивальна і навчально-виховна робота з дітьми із ФФНМ (перший рік навчання)” [4, 7], головною метою якої є всебічний

гармонійний розвиток дошкільників, подолання наявного у них фонетико-фонематичного недорозвитку мовлення.

Додаток 1

Мовленнєва картка обстеження дітей із ФНМ і ФФНМ

Анкетні дані

Прізвище, ім'я дитини: _____

Дата народження: _____ 20 ____ р. н.

Дата обстеження: _____ 20 ____ р.

Вік дитини: _____ р. _____ міс.

Домашня адреса, телефон _____ вул. (просп., бульв., пер.) _____ тел. _____

Звідки направлена дитина: поліклініка № _____, ДНЗ № _____ району

Дата вступу дитини в групу: _____ 20 ____ р., протокол ПМПК № _____ від _____ 20 ____ р.

Діагноз районної (міської) ПМПК _____

Відомості про батьків:

Мати: ПІБ _____

контактні телефони: _____

Батько: ПІБ _____

контактні телефони: _____

Скарги батьків _____

Анамнестичні дані

Наявність нервово-психічних, хронічних соматичних захворювань у батьків, генетичні фактори (захворювання матері, батька, найближчих родичів) _____

Від якої вагітності дитина (аборти, викидні) _____

Перебіг вагітності, стан здоров'я матері (токсикоз у першій, другій половині вагітності, хронічні, гінекологічні, венеричні, інфекційні захворювання, їх загострення) _____

Пологи (дострокові, швидкі, стрімкі, збезводнені; народження у складі двійні-трійні) _____

Стимуляція (механічна, хімічна, електростимуляція) _____

Асфіксія (біла, синя) _____

Резус-фактор (негативний, сумісність) _____

Вроджені вади, відхилення від норми в анатомічній будові тіла _____

Вага новонародженої (норма, недоношеність), зріст _____

Коли закричала _____

Годування (на який день, активність смоктання, наявність зригування, похлинань) _____

Ранній фізичний розвиток дитини:

Тримає голову (у нормі з 1,5 міс.) _____

Перевертається (в нормі з 4 міс.) _____

Сидить (у нормі з 6 міс.) _____

Стоїть (у нормі з 10–11 міс.) _____

Ходить (у нормі з 11–12 міс.) _____

Перші зуби (у нормі з 6–8 міс.) _____

Перенесені хвороби (інфекції, травми голови, соматичні, захворювання нервової системи, алергічні захворювання, реакції):

до року _____

після року _____

Ранній мовленнєвий розвиток дитини:

Гуління (у нормі з 2 міс.): час появи _____, характер _____

Лепет (у нормі з 4–6 міс.): час появи _____, характер _____

Перші слова (характеристика, звуконаслідування, кількість) (у нормі – близько року) _____

Фразове мовлення (у нормі з 1,5–2 р.) _____

Мовне середовище (одно-, двомовне, дефіцит мовленнєвого спілкування) _____

Чи переривався мовленнєвий розвиток, з якої причини _____

Чи займалися з учителем-логопедом (тривалість занять, результат) _____

Висновки спеціалістів

Неврологічний статус _____

Стан зору _____

Стан слуху: гучне мовлення (з 6–8 м) _____,
шепітне мовлення (з 3 м) _____

Стан інтелекту _____

Висновок ортодонта (хірурга-стоматолога) _____

Обстеження моторної функції

Артикуляційна моторика:

Губи:

нормальні, товсті, вузькі, диспропорційні, вкорочена верхня губа, порушена слизова, вкорочена вуздечка верхньої / нижньої губи, неповне зімкнення, з розщепленням, парез

тонус (без особливостей, підвищений, знижений) _____

виконання вправ (правильно, швидко / повільно, з труднощами, з допомогою, не виконує)

рухливість (нормальна / утруднена) _____

переключення (нормальне, уповільнене, персеверації, заміна рухів) _____

Щоки:

тонус (без особливостей, підвищений, знижений) _____

виконання вправ (правильно, швидко / повільно, з труднощами, з допомогою, не виконує)

рухливість (нормальна / утруднена) _____

обсяг рухів (нормальний, обмежений) _____

переключення (нормальне, уповільнене, персеверації, заміна рухів) _____

Зубо-щелепна система:

зуби (нормальні, великі, дрібні, рідкі, зайві, надмірно великі передні, поза щелепною дугою, діастеми) _____

прикус (нормальний, глибокий / мілкий, відкритий передній / боковий (одно-, двобічний), прогенія / прогнатія) _____

рухливість нижньої щелепи (нормальна / утруднена) _____

виконання вправ нижньою щелепою (правильно, з труднощами, не виконує) _____

Язик:

нормальний, макро- / мікроглосія, довгий / короткий, вузький / широкий, м'ясистий, гіпертрофія кореня язика, кінчик не виражений, широкий, роздвоєний, відтягнутий назад, під час фонації лежить, не піднімаючись, займає міжзубне положення

тонус (норма, спастичність, гіпотонія, дистонія) _____

виконання вправ (правильно, швидко / повільно, з труднощами, з допомогою, не виконує)

рухливість (нормальна / утруднена (девіація праворуч / ліворуч) _____

тремор (відсутній, синкінезії, салівація) _____

обсяг рухів (нормальний, обмежений) _____

точність (збережена / порушена) _____

переключення (нормальне, уповільнене, персеверації, заміна рухів) _____

Під'язикова зв'язка:

нормальна, коротка / довга, натягнута, відсутня, спайка з тканинами під'язикової області, оперована _____

рухливість (нормальна / утруднена) _____

Тверде піднебіння:

нормальне, „готичне”, низьке / банеподібне, пласке, широке / вузьке, проопероване, розщеплення (повне, часткове, субмукозне), шрами, obturator _____

М'яке піднебіння:

нормальне, вкорочене, роздвоєне, відсутнє, в'яле / напружене, парез (повний, однобічний),
провисає (з правого / лівого боку) _____
рухливість (нормальна / утруднена) _____

Мімічна моторика _____

Голос

Сила (нормальний, гучний, тихий, виснажуваний, занадто тихий, згасаючий до кінця фрази)

Висота (нормальний (грудний), високий, низький, фальцет, немодульований, монотонний) _____

Тембр (хрипкий, грубий, глухий, гортанно-різкий, „металевий”, писклявий, здавлений, дрижачий, напружений, переривчастий, гіпо- / гіперназалізований) _____

Дискоординація процесів дихання та голосоутворення (відсутня / наявна) _____

Характер голосоутворення та атаки голосу (тверда, м'яка, придихальна) _____

Дихання

Тип (грудне, діафрагмальне, діафрагмально-грудне, верхньо-ключичне) _____

Обсяг, тривалість (короткий вдих, нетривалий видих) _____

Носове (вільне, утруднене, відсутнє) _____

Ротовий видих (достатній, вкорочений, мовлення на вдиху) _____

Диференціація ротового та носового видиху (наявна / відсутня) _____

Темпо-ритмічна складова мовлення

Дикція (чітка, змазана, незрозуміла) _____

Темп (нормальний, прискорений, уповільнений) _____

Ритм (нормальний, скандований, аритмія, брадиритмія, тахіритмія) _____

Просодична складова мовлення

Інтонація (наявність чи відсутність основних видів інтонації (окличної, питальної, розповідної)

Паузація (наявність чи відсутність розстановки пауз у мовленнєвому потоці) _____

Загальна характеристика комунікації

Ступінь комунікабельності (активне, стійке, нестійке, вибіркоче спілкування, негативізм) _____

Ехолалії (відсутність / наявність) _____

Особливості фонетико-фонематичної складової мовлення

Фонематичне сприймання:

диференціація ізольованих звуків _____

на рівні складів _____

на рівні слова _____

Стан звуковимови (відсутність, спотворення, змішування, оглушення, одзвінчення, перестановки, додавання, пропуски):

| Вимова | Ізольован а | | У складах | | | | У словах | | | | У фразях | | У віршах | |
|--------|----------------|----|-----------|----|---------|----------|----------|----|----|----|----------|----|----------|--|
| | н ⁷ | с. | н. | с. | початок | середина | кінець | н. | с. | н. | с. | н. | с. | |
| [А] | | | | | | | | | | | | | | |
| [О] | | | | | | | | | | | | | | |
| [У] | | | | | | | | | | | | | | |
| [М] | | | | | | | | | | | | | | |
| [П] | | | | | | | | | | | | | | |
| [Б] | | | | | | | | | | | | | | |
| [І] | | | | | | | | | | | | | | |
| [Е] | | | | | | | | | | | | | | |

⁷ Тут н. позначає, що фонетичний матеріал дитині пропонується відтворювати за наслідуванням, с. – самостійно.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| [И] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [К] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Г] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Г'] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Х] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Д] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Д'] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Т] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Т'] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Н] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Н'] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [В] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Ф] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Й] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [С] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [С'] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [З] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [З'] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [ДЗ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [ДЗ'] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Ц] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Ц'] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Ш] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Ж] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [ДЖ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Ч] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Л] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Л'] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Р] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Р'] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Складова структура слів (додавання, елізії, ітерації, антиципації, контамінації, персеверації):

| Вимова | Матеріал | | | |
|--------------|----------|-------|-----------------|---------|
| | склади | слова | словосполучення | речення |
| Відображена | | | | |
| Спряжена | | | | |
| Уповільнена | | | | |
| Багаторазова | | | | |

Особливості відтворення наголосу в словах _____

Слуховий контроль _____

Фонематичні уявлення _____

Прогнозування на фонологічному рівні _____

Рівень стану сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення (високий, середній, низький) _____

Стан лексичної складової мовлення

Сформованість вживання різних видів лексичних узагальнень:

категоріальних _____

контекстуально зумовлених _____

Розуміння видо-родових понять _____

Розуміння лексико-семантичних мовних явищ (багатозначність, антонімія, синонімія) _____

Засвоєння системи морфологічного словотворення:

суфіксального словотворення _____

префіксального словотворення _____
Прогнозування на морфологічному рівні _____
Морфологічний рівень контролю _____

Граматична будова мовлення

Сформованість вживання граматичних категорій:

Число

Іменники _____

Дієслова _____

Прикметники _____

Рід

Іменники _____

Дієслова _____

Прикметники _____

Час

Теперішній _____

Минулий _____

Майбутній _____

Відмінок

Називний _____

Непрямі відмінки _____

Особливості зв'язного мовлення

Складання речень:

за сюжетними картинками _____

із 2–3 заданих слів _____

Складання оповідань:

за епізодичними картинками _____

за серією з 2–3 сюжетних картинок _____

Прогнозування на синтаксичному рівні _____

Синтаксичний рівень контролю _____

ВИСНОВКИ

ПЕРСПЕКТИВНИЙ ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ

Учитель-логопед _____
(прізвище, ініціали)

Література:

1. Зеєман М. Расстройства речи в детском возрасте : [текст] / пер. с чешск. Е. О. Соколовой; под ред. и с предисл. В. К. Трутнева и С. С. Ляпидевского. – М. : Медгиз, 1962. – 300 с.
2. Пат. 44366 Україна, МПК: А 61 Н 1/00 А 61 М 21/00. Спосіб відновлення вимовної функції у дошкільнят з порушеннями фонетико-фонематичної сторони мовлення / Рібцун Ю. В. – № u200908240; заявл. 04.08.2009; опубл. 25.09.2009, Бюл. № 18.
3. Програма виховання і навчання дітей з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення (у тому числі з нерізно вираженим загальним

- недорозвитком мовлення) : [текст] / укл. С. М. Петренко, О. П. Мілевська, Ю. І. Лебєдєва. – К. : НМЦ середньої освіти МОН України, 1999. – 97 с.
4. Рибцун Ю. В. Коррекционно-развивающая программа обучения детей пятого года жизни с ФФНР: современный взгляд : материалы VII Междунар. науч. конф. [„Специальное образование”], (Санкт-Петербург, 21–22 апр. 2011 г.) / под общ. ред. проф. В. Н. Скворцова. – СПб. : ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2011. – Т. 1. – С. 248–252.
 5. Рибцун Ю. В. Особливості артикуляційної моторики у дітей п'ятого року життя із ФФНМ : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [„Педагогіка здоров'я”], (Харків, 7 квітня 2011 р.) / за заг. ред. проф. О. М. Микитюка. – Х. : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2011. – С. 326–331.
 6. Рибцун Ю. В. Особливості фонематичної складової мовлення дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ / Ю. В. Рибцун // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. – № 18. – С. 208–212.
 7. Рибцун Ю. В. Розробка науково-методичного забезпечення організації та змісту спеціальної освіти дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ: реалії та перспективи : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [„Педагогічне проектування як засіб становлення і розвитку ключових компетентностей суб'єктів освітнього простору”], (Запоріжжя, 14–15 жовтня 2010 р.) / за заг. ред. проф. К. Л. Крутій, Є. М. Павлютенкова. – Запоріжжя : ТОВ «ЛПС» ЛТД, 2010. – С. 199–206.
 8. Филичева Т. Б. Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием : воспитание и обучение : уч.-метод. пособие [для логопедов и воспитателей] / Т. Б. Филичева. – М. : «ГНОМ и Д», 2000. – 80 с. – (Практическая логопедия)
 9. <http://www.logoped.in.ua/>