

Рібцун Ю. В.

*кандидат педагогічних наук,
старший науковий співробітник*

ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП ІЗ МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Повноцінний гармонійний розвиток особистості з мовленнєвими вадами багато в чому залежить від структури порушення, його механізмів, ступеня вираженості, а також рівня та способів реагування на нього. На думку Р. Левіної, ізольованого мовленнєвого порушення не існує, адже воно завжди підпорядковане особистості та психіці конкретного індивідууму з усіма притаманними йому особливостями. Саме тому в логопедичній науці наявна значна кількість досліджень, присвячених вивченню особливостей особистості та емоційно-вольової сфери осіб різних вікових груп із мовленнєвими порушеннями (Л. Андрусишина, С. Валявко, Г. Волкова, Л. Гончарук, О. Жуліна, В. Лубовський, О. Орлова, Ю. Рібцун, В. Селіверстов, Є. Соботович, О. Трошин, В. Шкловський та багато інших).

Коротко висвітлимо загальні особливості розвитку особистості відповідно до вікової періодизації розвитку психіки (Л. Божович, В. Давидов, Д. Ельконін, І. Кон, В. Моргун, Н. Ткачова та ін.) та їх конкретні прояви при різних логопедичних висновках.

У дітей *раннього віку* (від 1 до 3 років) з вадами мовлення простежується уповільнене формування усіх психічних функцій та пізнавальної сфери, що накладає значний відбиток на розвиток особистості в цілому та проявляється у невпевненості і надмірній сором'язливості. У *дошкільників* (3–6 (7) років) із порушеннями мовлення спостерігається зниження мотивації до породження мовленнєвих висловлювань (іноді її повна відсутність), фіксується поведінкова пасивність чи навпаки імпульсивність, настрої по гіпотимічному чи ейфоричному типу, досить часто відсутні ознаки рольової поведінки. Діти дошкільного віку з мовленнєвими вадами зазнають і переживають цілу гаму страхів –

самотності, непотрібності, страх залишитися з наявним дефектом мовлення на все життя.

Особливе загострення фобічних станів спостерігається у таких дошкільнят тоді, коли:

- а) вони позбавлені повноцінного спілкування з боку дорослих;
- б) порушуються відповідні вікові показники комунікації (сюсюкання або використання наукової термінології);
- в) у сім'ї вихована їх психологічна залежність від батьків;
- г) дорослі неправильно відносяться до дитячих страхів (фіксують на них увагу, соромлять, висміюють тощо).

У *школярів* (7–18 років), котрі мають мовленнєві вади, простежується відчуття власної неповноцінності, інфантильне відчуття заздрощів до тих, хто володіє правильним мовленням, бажання триматися осторонь та оминати конкуренцію з ровесниками, уникати завдань, які містять як вербальні інструкції з боку педагога, так і таких, що потребують власних словесних відповідей. У будь-якої дитини, тим паче, котра має мовленнєві вади, наявна нагальна потреба в тому, щоб її любили такою, якою вона є. І справді, невротична дитина не лише відчуває постійну тривогу, а й, насамперед, прагне до визнання власних успіхів; депресивна дитина не тільки демонструє згаслим поглядом своє небажання жити, а й приховує клубок емоцій, розплутуючи який можна побачити величезний прихований творчий потенціал; демонстративна дитина не лише привертає будь-яким чином увагу до себе, а й відчуває величезний страх самотності.

У *дорослих* (від 18 років) із мовленнєвими вадами спостерігається пригніченість, замкненість, дистимія настрою, відчуття даремно витрачених зусиль на подолання наявних порушень, постійні спогади про минуле, нестійкість соціальних ролей.

Найхарактернішими типами особистості з порушеннями мовлення є:

- а) конформний, при якому людина, навіть маючи власну думку, не прагне висловлювати її, а лише підкоряється авторитетам;

б) тривожний, коли людина мало контактна, при цьому не відчуває впевненості і зовні постійно шукає підтримки та опору.

Відповідно до психолого-педагогічної (педагогічної) класифікації мовленнєвих вад (за Р. Левіною) виділяють порушення засобів спілкування (фонетико-фонематичний і загальний недорозвиток мовлення) та їх застосування (заїкання).

Чи не найпоширенішою групою мовленнєвих порушень є *фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення*, куди відносять дислалію, ринологію, дизартрію, які характеризуються розладами фонаційного оформлення висловлювання.

У *дислаліків*, незважаючи на збережену критичність до мовлення та здатність легко встановлювати контакт з людьми, спостерігається деяка агресивність, замкненість, емоційна невірноваженість, чутливість і збудливість, окремі порушення вегетативної нервової системи.

У *ринологіків*, внаслідок наявних одно- чи двобічних розщеплень губи, твердого та м'якого піднебіння відбувається збіднення долінгвістичного етапу, недостатність розвитку м'якої мускулатури, що спричиняє зменшення кола соціальних і мовленнєвих контактів. Вищезазначене обумовлює виникнення реактивних станів, зокрема енурезу та / чи неврастенії, патохарактерологічних невротичних реакцій у вигляді істеричних рис, негативізму та страхів.

У *дизартриків* через наявні мінімальні ураження центральної нервової системи простежується емоційна збудливість і швидка виснажуваність, зниження працездатності, висока навіюваність, спостерігаються посилені вегетативні реакції та тривожність, часті дистимії та відсутність критичності до власного мовлення.

Другою складною групою мовленнєвих порушень є *загальний недорозвиток мовлення*, найпоширенішим логопедичним висновком серед яких є алалія, зокрема її моторна та сенсорна форми, що характеризуються порушенням структурно-семантичного оформлення висловлювання.

Процес розвитку мовлення дітей багато в чому залежить від того, як вони вміють контактувати з дорослими.

Обстежуючи дошкільників з *моторною алалією*, Ю. Гаркуша та В. Коржавіна виокремили три групи дітей відповідно до їх ставлення до дорослих (педагогів і батьків):

1) емоційно чутливі дошкільники, котрі впевнені у любові з боку батьків і мають яскраво виражену позитивну орієнтацію на дорослого. Однак, незважаючи на адекватну оцінку ставлення до себе дорослих, дуже чутливі до змін у їх поведінці відносно себе, що призводить до емоційних переживань;

2) емоційно нечутливі діти з негативною установкою на педагогічний вплив дорослого у вигляді порушень дисципліни, проявів байдужості чи негативізму;

3) дошкільники з практично відсутнім досвідом зовнішнього вираження емоцій, пасивні та безініціативні у спілкуванні, з нейтральним ставленням до дорослих та їх вимог.

За станом емоційно-вольової сфери моторних алаліків умовно об'єднують у три групи (В. Ковшиков):

1) зі збереженою емоційно-вольовою сферою та особистісними властивостями (нечисленна група);

2) зі значною збудливістю, гіперактивністю, схильністю до підвищеного фону настрою, відсутністю критичного ставлення до мовленнєвої вади;

3) зі зниженою активністю та підвищеною загальмованістю, наявністю критичного ставлення до порушень мовлення.

У переважної більшості *сенсорних алаліків* простежується невротичний тип розвитку особистості, що характеризується вибірковістю контактів, негативізмом, замкненістю, образливістю та підвищеною чутливістю (Ю. Дем'янов).

Загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) може виступати як первинним, так і вторинним мовленнєвим розладом. Зокрема, ЗНМ як вторинне порушення часто спостерігається у дошкільників із *дитячим церебральним паралічем* (ДЦП). Як свідчать дослідження Е. Калижнюк, І. Мамайчук, О. Мастюкової та ін., діти з ДЦП мало контактні, безініціативні, залежні від оточуючих, недостатньо критичні у оцінці власного мовлення та вчинків, емоційно нестійкі, тривожні та схильні до страхів пересування, висоти, хвороби, самотності та смерті, що супроводжуються криком, плачем і тремтінням кінцівок. Ці фобічні стани зазвичай поєднуються з вираженими вегетативними розладами та посилюються провідними симптомами у вигляді спастики, гіперкінезів чи атаксії.

Загальний недорозвиток мовлення так само вторинного характеру спостерігається у дошкільників із *аутизмом*.

У залежності від поведінкових проявів О. Нікольська виділяє чотири групи аутиків:

а) відчужені від зовнішнього світу, не відчують психологічних меж (я – інші), хаотично рухаються від одного об'єкта до іншого, ніби не помічаючи дорослого, не чуючи та не розуміючи зверненого до них мовлення, проте використовують окремі нечленороздільні звуки, особливо в період сильної тривоги;

б) відчужені від людей і прагнуть безпеки, все хочуть обстежити (спробувати на смак, понюхати, постукати, пошелестіти, порвати тощо), видають стереотипні звуки;

в) неконтактні та балакучі (діалог лише у межах «я – я»), видають блоки інформації, які не пов'язані між собою;

г) пасивні, відчують неусвідомлену тривогу та страхи, виконують стереотипні рухи, однак здатні встановлювати зоровий контакт.

В цілому у дітей з ускладненим варіантом загального недорозвитку мовлення може фіксуватися гіпер- чи гіподинамічний синдром (О. Мастюкова). При *гіпердинамічному синдромі* у дошкільників,

незважаючи на вміння довго не тримати зла і відразу миритися, спостерігається висока конфліктність, надмірна імпульсивність та розгальмованість поведінки. При *гіподинамічному синдромі*, внаслідок пошкодження підкіркових структур головного мозку, у дітей наявна недостатня координованість, незграбність, малорухливість і як наслідок – надлишкова вага, в'ялість і безініціативність.

До порушень застосування засобів спілкування відносять *заїкання*. Досить часто відсутність конкретних причин його виникнення провокує гостре емоційне реагування особистості на мовленнєвий дефект, яке супроводжується пригніченістю, апатією, підвищеною тривожністю, помисливістю, фобіями, надчутливістю, загальним психофізичним напруженням, прагненням до самотності. Як зазначає F. Brook, заїкання прямо пропорційне силі емоції, а I. Сікорський стверджує, що під впливом гніву чи радості воно може посилюватися або взагалі зникати.

Жодне інше мовленнєве порушення настільки не впливає на емоційно-вольову та особистісну сферу людини, як заїкання. На думку Т. Гепфнера, коли заїкуватий вперше зверне увагу на своє неправильне мовлення, цей період може вважатися критичним у розвитку заїкання, адже саме тоді починається страх мовлення, що робить людину асоціальною та змушує її усамітнюватися.

Численні наукові дослідження (Л. Гончарук, С. Ляпідевський, О. Орлова, О. Павлова, В. Селіверстов та ін.) свідчать, що існує три ступені фіксованості заїкуватих на мовленнєвому дефекті:

а) нульовий, при якому порушення мовлення ігноруються, що дозволяє легко встановлювати контакт як зі знайомими, так і з незнайомими людьми;

б) помірний, коли неприємні переживання свідомо приховуються та компенсуються за допомогою вивертів;

в) виражений, при якому спостерігається постійна нав'язлива фіксація на своєму заїканні, підвищена концентрація уваги на власних мовленнєвих невдачах, їх глибоке та тривале переживання, що супроводжується

самоприниженням і відчуттям соціальної неповноцінності та може призвести до появи страху мовлення.

У розвитку логофобічного синдрому виділяють три етапи (Ю. Фрейдін) – фобія проявляється при:

1) безпосередньому контакті з патогенним чи умовно-патогенним фактором, при цьому спостерігаються афективні порушення у вигляді короткочасних і стертих гіпотімій, незадоволення собою та власним мовленням;

2) очікуванні контакту з патогенною ситуацією та проявляється у вигляді субдепресивної симптоматики (стійка гіпотимія, мовленнєва неповноцінність);

3) можливому зіткненні з психотравмуючою ситуацією і характеризується емоційною пригніченістю, відчаєм, психічною виснаженістю, напруженням і роздратуванням. Крім того, зі стажем заїкання ступінь фіксованості на дефекті має тенденцію до ускладнення, а збільшення такого ступеня знаходиться у прямому зв'язку з наявністю іншої мовленнєвої вади, а також із ускладненням характеру моторних порушень (зростання від клонічних до тонічних мовленнєвих судом).

За клініко-педагогічною (клінічною) класифікацією (за Р. Левіною), окрім порушень усного мовлення, виділяють вади писемного мовлення – дислексію, дисграфію та дизорфографію (доповнена Ю. Рібцун). Як свідчать дослідження М. Рудінеско, М. Трела, Ж. Обрі, В. Хальгрен та ін., у *дислексиків* спостерігаються первинні та вторинні відхилення поведінки. Первинні афективні порушення є тим можливим фактором, що викликає дислексію, а вторинні (агресивність і недисциплінованість) виступають результатом невдач при навчанні читанню.

Крім того, Ж. Обрі виділяє такі типи афективних порушень у дислексиків:

а) активні негативні реакції у відповідь на зміну соціального середовища чи високі вимоги;

б) афективна незрілість, що проявляється в інфантильній поведінці, ізолюваності та низькій контактності;

в) пасивні реакції протесту у вигляді в'ялості, безініціативності, необхідності зовнішнього примусу для виконання певної роботи.

М. Рудінеско та М. Трела виділяють три типи афективних реакцій, які фіксуються у дислексиків, а саме:

- 1) негативні реакції, що супроводжуються гнівом, страхом чи агресією;
- 2) відчуття тривоги та невпевненості;
- 3) відчуття неповноцінності.

В цілому за стилем поведінки осіб з мовленнєвими вадами можна розмежувати на такі великі групи:

1) із сильним, врівноваженим і рухливим типом нервової діяльності, при якому спостерігається швидке засвоєння нових знань, гарне орієнтування у незнайомих умовах, легке налагодження контактів із оточуючими, життєлюбність, проте недостатньо розвинена самокритичність, здатність бачити і визнавати свої вади та невдачі (24%);

2) зі стійкими поведінковими проявами, виконанням дещо педантичних і неквапливих повторюваних дій (44%);

3) сором'язливі, чутливі, легко ранимі, невпевнені у власних силах (11%);

4) вибухові, рухливі, імпульсивні, з підвищеною реактивністю, націлені на процес, а не результат (21%).

Отже, особистість із мовленнєвими порушеннями, як і будь-яка інша, розглядається переважно як конкретне виявлення сутності людини, втілення та реалізація в ній соціально значущих рис і якостей певного суспільства. Вада мовлення накладає значний відбиток на всю структуру особистості людини – її здібності, темперамент, характер, мотивацію, вольові якості, емоції та соціальні установки. Саме знання особливостей особистості та емоційно-вольової сфери осіб різних вікових груп з порушеннями мовлення дає змогу вчителю-логопеду продуктивніше побудувати роботу з виявлення

наявних відхилень, точніше визначити структуру мовленнєвого дефекту, сформулювати логопедичний висновок і скласти індивідуальну програму корекційно-розвивального навчання, налагодити тісну співпрацю з практичним психологом щодо ефективного комплексного подолання наявних вад психофізичного розвитку.

Список використаної літератури

1. Леонтьев А. А. Язык, речь, речевая деятельность / А. А. Леонтьев. – М. : URSS, 2007. – 211 с.

2. ЛОГО-АРТ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.logoped.in.ua/>

3. Логопедия: методические традиции и новаторство / под ред. : С. Н. Шаховской, Т. В. Волосовец. – М. : Изд-во Моск. психолого-соц. ин-та ; Воронеж : МОДЭК, 2003. – 336 с.

4. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М. : Academia, 2006. – 379 с.

5. Рібцун Ю. В. Програми з корекційно-розвивальної роботи для спеціальних ЗНЗ для дітей із тяжкими порушеннями мовлення (1–4 класи) / Ю. В. Рібцун // Логопед [журн.]. – Харків. – 2016. – № 2 (62). – С. 2–11; № 3 (63) (продовження). – С. 2–11 (2,4 др. арк.)