

УДК 376-056.264:81'233

DOI: 10.12958/2227-2844-2020-2(333)-2-101-113

**Григор'єва Інна Олександрівна,**

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та психологічної корекції ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», м. Старобільськ, Україна.

miss.grigorevainna@yandex.ua

<https://orcid.org/0000-0003-2705-3041>

**Макаренко Ірина Володимирівна,**

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та психологічної корекції ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», м. Старобільськ, Україна.

makarenkoirina2405@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8187-5217>

**Махукова Тетяна Віталіївна,**

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та психологічної корекції ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», м. Старобільськ, Україна.

mahukova.t.v@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1921-4415>

**ОСОБЛИВОСТІ ЛЕКСИКО-ГРАМАТИЧНОГО  
СТРУКТУРУВАННЯ МОВЛЕНСВИХ ВИСЛОВЛЮВАНЬ  
У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ  
ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ (ТПМ)**

Аналіз науково-методичних праць останнього десятиріччя свідчить, що незважаючи на значний досвід досліджень станів тотального недорозвитку мовлення, група дітей із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) є досить слабо структурованою, слабо вивченою клінічно і психологічно, й характерною ознакою цієї категорії дітей є значні індивідуальні відмінності, які багато в чому обумовлені різним патогенезом порушень розвитку: моторна, сенсорна алалія, афазія, різні форми дизартрії (О. Корнев, Н. Жукова, Є. Соботович, В. Воробйова, М. Гриншпун, В. Ковшиков, Н. Жукова, О. Мастюкова, Т. Філічева).

За даними О. Корнева, причиною порушень психофізичного розвитку виступає низка обставин: а) локальні церебральні ураження або дисфункції; б) негативні впливи екзогенних факторів, які гальмують дозрівання нейронів і провідникових шляхів певних мозкових систем; в) генетично детерміновані асинхронії розвитку і функціональна слабкість певних функціональних систем мозку [2].

В етіології тяжких порушень мовленнєвої системи О. Мастюкова надає особливого значення перинатальній ецефалопатії – ураженню мозку, яке виникає під впливом поєднання несприятливих факторів у внутрішньоутробному періоді розвитку або у період народження. За клінічними видами О. Мастюкова виділяє три групи дітей із недорозвитком мовленнєвої функції: необтяжений варіант, що характеризується наявністю лише ознак загального недорозвитку мовлення; обтяжений варіант церебрально-органічного генезу, при якому порушення мовленнєвого розвитку супроводжується неврологічною і психопатологічною симптоматикою; діти з алалією, етіологія якої зумовлена складними дизонтогенетично-енцефалопатичними порушеннями (Мастюкова Е. М., 1985, с. 73–95).

Для визначення специфічних особливостей лексико-граматичного структурування у експресивному мовленні дітей із ТПМ, було проведено експериментальне дослідження. За результатами підготовчого етапу, завдання якого полягали у зборі анамнестичних даних, вивченні медичної документації та витягів із протоколів ІРЦ, групу дітей із ТПМ було розподілено на три підгрупи: з алалією, з дизартрією, параалалією (Є. Соботович, О. Корнєв). Попередні передбачення полягали у припущенні, що дія різних патологічних механізмів зумовить диференційні симптомокомплекси мовленнєво-мовного та загальнофункціонального недорозвитку, аналіз яких забезпечить узагальнення стосовно пріоритетних напрямків корекції в кожній із зазначених підгруп дошкільників із ТПМ. Висвітлення процедури дослідження лексико-граматичного структурування висловлювань дітей із ТПМ при виконанні серії діагностичних завдань та узагальнення отриманих результатів становить зміст даної статті.

В основу розробленої серії завдань для визначення рівня оволодіння операціями із лексичними засобами спілкування було покладено методику Н. Серебрякової.

Рівні сформованості у дітей експериментальної групи (ЕГ) граматичної складової мови та мовлення визначались за критеріями, розробленими Є. Соботович для характеристики нормативних показників мовленнєво-мовної компетенції дітей дошкільного віку у її граматичній та лексичній ланках (Соботович Є. Ф., 2003) й вимагають відповідності мовної продукції дітей наступним характеристикам за визначеними критеріями.

**Високий** – самостійна і правильна словозміна для вираження числових, родових, часових, відмінкових відношень, самостійне утворення нових слів. Показниками високого рівня виступають практичні навички дитини з морфемами, вміння використовувати правильні граматичні форми слів, утворювати нові слова за допомогою афіксів, розуміти їх значення, правильно узгоджувати слова в словосполученнях і реченнях.

**Достатній** – самостійна і правильна словозміна для вираження

числових, родових, часових, відмінкових відношень, самостійне утворення нових слів. Показниками достатнього рівня виступають практичні навички дитини з морфемами, вміння змінювати форми слів, утворювати нові слова за допомогою афіксів, розуміти їх значення, правильно узгоджувати слова в словосполученнях і реченнях, але мають місце аграматизми, кількість яких не перевищує двох.

**Середній** – велика кількість аграматизмів при самостійному виконанні завдань. Педагогічна допомога ефективна на рівні наслідування правильному зразку. Навідні питання експериментатора при виконанні дитиною завдань не в усіх випадках забезпечують правильне утворення форми слова або його словозміну.

**Низький** – неможливість самостійного використання граматичних засобів словотворення та словозміни при виконанні діагностичних завдань, низька ефективність педагогічної допомоги.

Незважаючи на появу фразового мовлення на рівні коротких висловлювань у побутовому спілкуванні, повного оволодіння мовленнєвими засобами у дітей дошкільного віку із ТПМ ще немає. Якщо запропонувати дитині розповісти про щойно почуте, побачене в емоційно забарвлених ситуаціях спільної діяльності з експериментатором, як знову має місце мовленнєва безпорадність, майже повна неможливість формулювання думки в зв'язній формі – експресивний аграматизм. Маючи деякі загальні риси, характерні для усієї групи дітей, експресивний аграматизм проявлявся в індивідуальних відмінностях, обумовлених різним патогенезом (різні форми алалії, стерта дизартрія, група параалалічного типу). Отже, завдання другої серії й були запропоновані для більш детального диференціального аналізу в зазначених підгрупах.

Оцінюючи виконання завдань цієї серії загалом зазначимо, що усі діти із ТПМ за своїми кількісними та якісними показниками значно поступаються дошкільникам із нормальним розвитком.

В ході проведеного дослідження були виявлені наступні рівні сформованості лексико-граматичного компоненту експресивного мовлення дітей ЕГ. 30% дітей показали **середній рівень** практичних навичок володіння лексико-граматичними операціями. В них виявилася велика кількість аграматизмів, а навідні питання експериментатора при виконанні дитиною завдань не в усіх випадках забезпечували правильне утворення словосполучень, слів або словозміни. 70% дітей ЕГ мали труднощі у самостійному використанні граматичних засобів словотворення й словозміни при виконанні діагностичних завдань, і навіть допомога експериментатора мала низьку ефективність (див. рис.1)

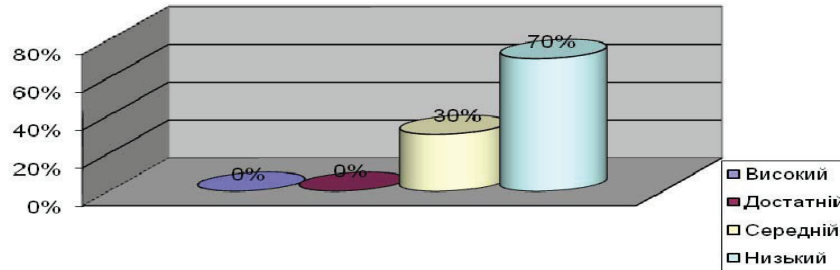


Рис. 1. Кількісні показники рівнів оволодіння операціями з лексико-граматичними категоріями дошкільників із ТПМ (у %).

Однією з виражених та загальних особливостей дітей ЕГ, виявилася більш значна, ніж в нормі, розбіжність в об'ємі активного та пасивного словника. Діти розуміли значення багатьох слів, але використання слів в експресивному мовленні, актуалізація словника, викликали великі утруднення. Особливо велика різниця між дітьми з нормальним розвитком та ЕГ спостерігалися при актуалізації предикативного та атрибутивного словника (дієслів, прикметників). У дітей із ТПМ виявилися труднощі в називанні ознак багатьох предметів, зображених на малюнках (*напр., вузький, кислий, пухнастий, гладкий і т.д.*).

В дієслівному словнику дітей ЕГ переважали слова з назвами дій, які дитина кожний день виконує або спостерігає (*спати, мити, купатися, умиватися, йти, бігти, їсти, одягатися, пити, прибирати та ін.*). Найбільші утруднення викликали слова узагальненого, абстрактного значення, слова, які означають стан, оцінку, якість, ознаки та ін.

Таким чином, дослідження лексичного компоненту експресивного мовлення у дітей ЕГ, виявило його специфічні особливості та найбільш характерні типи помилок:

1. Обмеженість словникового запасу проявлялася у незнанні дітьми 4,5 – 6-річного віку значень багатьох слів, наприклад: частин тіла, назв кольорів, форм, розмірів, елементів предметів, та різка розбіжність між об'ємом активного та пасивного словника.

2. Якісно не повноцінний словник, його ситуативний характер.

3. Множинні вербальні парафазії. За частотою, найбільше зустрічалися заміни слів, які відносяться до одного семантичного поля. Серед замін іменників переважали заміни слів, що входять в одне родове поняття (*лимон-апельсин, сковорода – каструля та ін.*), серед прикметників: *високий – довгий, низький – маленький, вузький – маленький, вузький – тонкий, короткий – маленький, пухнастий – м'який*, що свідчить про відсутність можливості вибору потрібного слова для диференціації ознак предмету. Стосовно особливостей дієслівного словника, виявилася невміння диференціювати деякі дії, що в ряді

випадків призводило до використання більш загального, недиференційованого значення (*повзе – іде, цвірінькає – співає*).

Також спостерігалися змішування слів на означення родових відношень та заміни слів на основі інших семантичних ознак: на основі тотожності за ознакою функціонального призначення (миска – тарілка, кружка – стакан); змішування слів, які означають частину та ціле (кузов – машина, лікоть – рука). Отже, вербальні парафазії характеризували недостатність сформованості семантичних полів, а у структурі окремого семантичного поля – виділення його ядра та периферії.

4. Порушення актуалізації словника та пов'язані з цим такі форми помилок, як відсутність слова (слово не називається), його заміна, спотворення.

5. Слабкі уявлення про родові відношення, труднощі диференціації та узагальнення понять: овочі, фрукти, тварини, меблі, одяг, посуд. Специфіка дітей із ТПМ рівня полягала у поліморфності обраних принципів класифікації та узагальнень. Найбільш характерним виявилось явище узагальнення за сенсорно-привабливими ознаками: кольором, формою, величиною.

6. Несформованість організації семантичних полів, про що свідчить велика кількість не мотивованих, випадкових асоціацій.

7. Порушення розуміння багатозначності слів (*напр., дитина знає, що носик є у хлопчика, дівчинки, собачки, та не знає, що він є й у чайника, сніговика; знає, що ручка є у дівчинки, але не виділяє та не називає її у лопати, у чайника, у дверей, у сумки*).

Найбільш складними для всіх підгруп дітей (за клінічними діагнозами) виявилися завдання на узагальнення за родовими відношеннями та розуміння багатозначності слів. 90% дітей з цими завданнями самостійно не впоралися, та навіть при значній допомозі експериментатора тільки 60% змогли покращити свої результати.

У ході якісного аналізу отриманих даних було встановлено, що неадекватні відповіді, а також неможливість конкретизувати та уточнити деякі висловлювання за проханням експериментатора, характерні для підгрупи дітей з **параалалією**, у яких за протоколами обстеження експертами ІРЦ констатовано затримку психічного розвитку. Ці діти часто не розуміють змісту запропонованого їм завдання, поставленого запитання. Вони швидко відволікаються, неуважні, не проявляють інтересу до слухання.

Слід зазначити, що володіючи невеликим активним словником, діти з **алалією** схильні дуже розширювати значення слів (*напр., слово «пити» позначає – і чашку, і дію, і напій*). Таке розширене вживання слів в нормі спостерігається впродовж короткого періоду, у дітей з алалією, як засвідчують експериментальні дані, спостерігаються значно довше. Розвиток активного словника у дітей з моторною алалією затримується через порушення аналітико-синтетичної діяльності мовнорухового аналізатора (кінестетична оральна апраксія, труднощі перемикання від

одного руху до іншого, труднощі засвоєння послідовності цих рухів при відтворення слова). Передусім, специфічні особливості словника дітей із моторною алалією пояснюються нестійкістю звукових образів слів, труднощами їх актуалізації й утримання складового ряду. Отже, більшість типових для дітей із алалією лексичних порушень, пов'язані не із розумінням того предметного змісту, що стоїть за словом, а з процесом пошуку зовнішньої форми слова. Особливо широко у цієї категорії дітей використовуються заміни слів міміко-жестикуляційною мовою (*напр., лимон -> міміка дискомфортного стану; стеля -> там (показує нагору)*). Також у дітей з алалією зустрічаються випадки використання лепетних слів та звукокомплесів (*яйце ->ко-ко, замість дідусь – «де» тощо*). Типовим є такий вид порушень, коли для називання одного й того ж предмета чи явища, дитина у різних ситуаціях допускає різні викривлення їх звукової оболонки (*напр., «Зима» ->нима, зима, мима, жиму; «Змія» ->юзя, зя, земля; «Жук» ->зук, жук, люх*).

Дуже виразно у цієї категорії дітей спостерігався симптом підвищеної гальмівної функції (термін Н. Трауготт). Цей симптом виявляється у тому, що при незначній зміні ситуації втрачаються, начебто, добре знайомі дитині та наявні у її активному мовленні слова. Зазначена особливість призводила до відмови називання слів (при розумінні їх значення). Пошуки потрібного слова зводилися до перебору, до заміни слова, пошук зовнішньої оболонки якого виявився невдалим, послідовною низкою інших, близьких за звучанням чи за значенням. Іноді це призводило до використання слів, неадекватних у даній ситуації. Причому дитина усвідомлювала свою помилку, проте часто вже не могла все ж назвати відповідне слово. Назви дій часто замінювалися назвами предметів (*відкривати -> «древ» (двері)*), а назви предметів, у свою чергу, замінювалися назвами дій (*ліжка -> «пать», літак -> «літай»*). Деякі з перерахованих вище типів помилок, іноді, проявлялися разом (*наприклад, поряд із заміною слова іншим словом, відбувається й заміна засобами міміко-жестикуляційної мови*). При утрудненнях у пошуках слова, в розгорнутих відповідях дітей часто послідовно виявляються різні форми помилок: наприклад, спочатку слово замінюється іншим словом, потім словесними описами, звуконаслідуванням тощо.

В свою чергу, діти з дизартрією були чутливі до мінімальних розгорнутих видів допомоги та, в більшості випадків, швидко виправлялися і показували значно кращі результати, ніж діти з алалією. Результати дослідження показали, що специфічними особливостями лексики дошкільників з дизартрією є: велика кількість немотивованих асоціацій; недостатня структурна організація і малий об'єм семантичного поля; обмежена кількість смислових зв'язків слова. Лексична недостатність у таких дітей проявляється також при групуванні слів, що свідчить про неточність розуміння значення багатьох слів, про неможливість іноді визначення суттєвих ознак в їх значенні. Дослідження лексики у дошкільників з дизартрією дозволили

констатувати у дітей з цією формою мовленнєвої патології відхилення від норми у співвідношенні денотативних і лексико-семантичних компонентів значення, це проявляється у переважанні синтагматичних зв'язків над парадигматичними, в більш обмеженому використанні типів синтагматичних зв'язків, що свідчить про несформованість лексичної компетенції.

Також, експериментальні дані підтвердили, що при ТПМ, формування граматичної будови мови відбувається з більшими ускладненнями, ніж оволодіння активним та пасивним словником. Це зумовлено тим, що граматичні значення завжди більш абстрактні, ніж лексичні, а граматична система мови організована на підставі більшої кількості мовних правил.

В результаті проведеного дослідження, спрямованого на виявлення стану лексико-граматичного компоненту мовлення дітей ЕГ, було встановлено, що граматичні уявлення майже у всіх дітей зазначеної категорії знаходяться на початковому рівні та характеризуються деякими особливостями.

При попарному пред'явленні малюнків, на яких зображено один або декілька предметів виявлено недостатнє розрізнення однини та множини іменників (60% відповідей), дієслів (55%), прикметників (35%). При пред'явленні малюнків врозкид, кількість хибних відповідей збільшується, особливо у дітей із параалалією, у яких за протоколами обстеження експертами ІРЦ констатовано F 83 та синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ). Так, діти часто показують та називають у формі однини предмети на тих малюнках, на яких подібних предметів декілька (80%).

Під час дослідження навичок використання у власному мовленні числових форм прикметників (*Який м'яч – Які м'ячі?*), хибні відповіді (60%) показують, що діти граматично невірно оформлюють закінчення слів, вимовляють їх нечітко, розмито, скорочено. При цьому діти не помічають власної неправильної вимови, не розуміють, в чому їх помилка (особливо діти з алалією). Допущені помилки свідчать про недостатнє розуміння та розрізнення вказаних форм, при цьому діти орієнтуються на лексичне значення слова в більшій мірі, ніж на граматичне.

Серед виявлених специфічних особливостей з'ясовано, що діти ЕГ з параалалією, у яких за протоколами обстеження експертами ІРЦ констатовано F 83 або ЗПР припускаються стереотипних помилок, орієнтуються на порядок розташування малюнків, замість правильної відповіді висловлюють своє емоційне ставлення до зображених предметів, часто невпевнені в собі, велика кількість відповідей є випадковими при однотипних завданнях.

Відомо, що в нормі в дитячому мовленні до певного періоду середній рід прикметників відсутній, й існує система: чоловічий рід – жіночий рід. За даними О. Гвоздева, С. Цейтлін (Гвоздев А. Н., 1961; Цейтлин С. Н., 2000), в 2,2 р. – 2,4 р. збільшується кількість випадків

правильного використання роду, але змішування тривають. Аналіз отриманих даних розуміння та використання родових форм якісних прикметників дітьми із ТПМ вказує на те, що діти використовують закінчення чоловічого та жіночого роду прикметників стосовно середнього роду довше, ніж у нормі (*Яблуко яке? – Червона. Червоний*). В той же час, деякі приклади свідчать, що прикметники у дітей вказаної категорії мають універсальні закінчення (*червони – червоний, червона, червоне*). Граматично правильне оформлення закінчень в узгодженому словосполученні з іменником спостерігається лише в 40% випадках.

За даними О. Гвоздева, близько 2 років у дитини починають формуватися перші дієслівні категорії. Так, у цьому віці виникають форми дієслів минулого часу однини чоловічого та жіночого роду, а також третьої особи однини теперішнього часу. В цей же період з'являються перші формоутворюючі іновації, створені дитиною самостійно за аналогією, які свідчать про формування механізму дієслівної словозміни (Гвоздев А. Н., 1961).

Наше дослідження виявило недостатнє розуміння та розрізнення дітьми ЕГ дієслів чоловічого та жіночого роду минулого часу (60% відповідей). В нормі рід минулого часу засвоюється в 3 роки. Про недостатнє усвідомлення дітьми категорії роду свідчать 45% не вірного використання у власному мовленні вказаних форм дієслів. Допущені помилки показують, що діти заміняють дієслова минулого часу дієсловами теперішнього часу, які не позначають родової належності (*Що зробила Женя? – Плаче (заплакала). Що зробив Женя? – Теж плаче (заплакав)*). Подібні відповіді отримані після того, як дитина правильно показала потрібний малюнок: *«Покажи, де Женя заплакала, а де Женя заплакав»*.

Результати дослідження розуміння та використання видових категорій дієслова дошкільниками із ТПМ показують, що діти не в повній мірі розрізняють дієслова доконаного та недоконаного виду (30% відповідей). Допущені помилки є підтвердженням бідності та обмеженості дієслівного словника дітей ЕГ за даними обстеження лексичного компоненту.

Одним із труднощів, з якими зіткнулися діти ЕГ під час дослідження, була складна система відмінків, кожен з яких має велику і розгалужену систему значень, особливо, коли розширюється система значень при сполученні слів з прийменниками.

Дані Є. Собонович, С. Цейтлін вказують, що в два роки більшість дітей з нормальним мовленнєвим розвитком у змозі вибрати потрібну форму для передання певного смислу, в 3-4 роки вони конструюють відмінкові форми з певною мірою впевненості, тобто вибирають потрібне закінчення у відповідності до типу відміни іменника (окрім виключень з правил, так званих атипових форм). До кінця дошкільного періоду засвоюються усі основні синтаксичні одиниці, представлені іменниками.

Отримані результати показали різноманітний характер допущених дітьми помилок: заміни, використання ненормативних форм,



неправильне вживання відмінниково-прийменникових конструкцій (опускання, заміни прийменників), узагальнення яких визначило найбільш типові та домінуючі помилки граматичного компоненту експресивного мовлення, серед яких наступні:

1. Не сформованість навичок словотворення.
2. Недостатнє розрізнення однини та множини іменників, дієслів, прикметників.
3. Стійкі порушення парадигми відміни: змішування відмінкових закінчень за типами відмінювання.
4. Труднощі словозміни: наявність великої кількості атипових словозмін, наявність варіативних заміни афіксів, які розрізняються за значенням. Такі порушення обумовлені різними факторами: не сформованістю або порушенням систематизації словозмінних моделей, неправильним вибором суфіксів, порушенням процесу комбінування морфем.
5. Змішування родових закінчень прикметників.
6. Спотворення морфологічної і звукової будови слів у процесі граматичної словозміни.
7. Труднощі вибору відповідної морфеми для вираження потрібного значення.
8. Відсутність узгодження прикметників і числівників з іменниками.
9. Відсутність морфологічного оформлення слів у реченні.
10. Не сформованість прийменниково-відмінникових відношень. Найчастіше фіксувалося використання аморфних прийменників, а у деяких випадках прийменники зовсім опускалися. Сполучники і частки в мовленні майже не використовуються.
11. Недостатнє розрізнення дієслів чоловічого та жіночого роду.
12. Заміни дієслів минулого часу дієсловами теперішнього часу.
13. Порушення у використанні особових займенників.

Спостерігалися випадки, коли дитина говорила про себе від другої особи. Слід зазначити, що аграматизми в експресивному мовленні дітей із дизартрією, на відміну від інших, пов'язані, перш за все, з порушенням диференціації фонем за мовноруховими ознаками, інші помилки пов'язані з порушенням звукового образу слова.

У процесі логопедичного обстеження також було зафіксовано, що діти, у яких за протоколами обстеження експертами ІРЦ констатовано F 83 із СДУГ довго не могли зосереджувати увагу на певному об'єкті, відмічалася слабка перенесення уваги з одного об'єкту на інший, та короткочасне утримання уваги саме на цьому об'єкті, неможливість утримання в полі активної уваги одночасно декількох об'єктів. Усі ці негативні фактори ускладнювали патологічний механізм мовленнєвого недорозвитку дітей ЕГ супутніми порушеннями психічного та інтелектуального розвитку, зумовлювали додаткові труднощі у процесі виконання завдань та значно впливали на показники рівнів сформованості компонентів експресивного мовлення дітей ЕГ.

Таким чином, аналіз отриманих даних показав, що діти 4,5-6 років із ТПМ володіють зниженою здатністю сприймати та розрізняти значення лексико-граматичних одиниць мови, що обмежує їх можливість правильної побудови власного висловлювання. Граматичні операції є надзвичайно складними і вимагають достатньо високого рівня розвитку аналітико-синтетичної діяльності. А тому, незважаючи на науково доведений факт розвитку граматичної будови мови дітей із ТПМ у тій же послідовності, що й у дітей із нормальним мовленнєвим розвитком, своєрідність проявляється в повільнішому темпі засвоєння, у дисгармонії розвитку морфологічної та синтаксичної систем мови, семантичних і формально-мовних компонентів.

Диференційний аналіз симптомокомплексу порушень формування мови та мовлення у дітей ЕГ виявив наступне:

- виражені порушення психічного та інтелектуального розвитку спостерігаються у підгрупі дітей з параалалією. Поряд із низьким рівнем власне мовленнєвих навичок у аспекті лексико-граматичного оформлення висловлювань, незрілість процесів уваги в значній мірі ускладнює саму діяльність дитини з виконання завдань. Відсутність інтересу до мовних явищ зумовлює низький рівень мовних узагальнень, кількісну та якісну неповноцінність мовленнєвої продукції;

- у дітей із дизартрією на перший план виступає порушення диференціації фонем за мовноруховими ознаками. Нечіткість слухового і кінестетичного образу слова (особливо закінчень) призводить до порушення морфологічної системи мови, тобто, у дітей із дизартрією відхилення в розвитку граматики є похідними та носять характер вторинних порушень. У цій підгрупі, діти більш чутливі до мінімальних розгорнутих видів допомоги, ніж діти з параалалією алалією;

- більшість типових для дітей із алалією лексичних порушень пов'язані не із розумінням того предметного змісту, що стоїть за словом, а з процесом пошуку та відтворення зовнішньої форми слова. Особливо широко у цієї категорії дітей використовуються заміни слів міміко-жестикуляційною мовою, використанням лепетних звукокомплексів. Характерною ознакою мовленнєвої патології цієї групи дітей є втрата добре знайомих та наявних у пасивному й активному мовленні слів при незначній зміні мовленнєвої ситуації. Зазначена особливість призводить до відмови називання слів при розумінні їх значення.

Отже, при виявлених спільних ознаках недорозвитку експресивного мовлення у дітей із ТПМ, експериментальне дослідження показало чіткий, закономірно повторюваний комплекс лінгвопатологічної симптоматики, зумовлений різним патогенезом мовленнєвого недорозвитку в підгрупах з алалією, параалалією та дизартрією. Визначена специфіка повинна ураховуватися в практичній діяльності логопеда при розробці підгрупових та індивідуальних програм логопедичної корекції.

**Список використаної літератури**

1. Гвоздев А. Н. Вопросы изучения детской речи. М.: АПН РСФСР, 1961. 218 с. 2. Корнев А. Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. СПб.: Речь, 2006. 380 с. 3. Мастюкова Е. М. Дефекты речи и их происхождение. *Причины возникновения и пути профилактики аномалий развития у детей; под ред. Т. А. Власовой.* М.: АПН СССР, 1985. С. 73–95. 4. Соботович Є. Ф. Нормативні показники та критерії оцінювання мовленнєвого розвитку (у його лексичній ланці) дітей дошкільного віку. *Дефектологія.* 2003. № 2. С. 2–7. 5. Соботович Є. Ф. Нормативні показники та критерії оцінювання мовленнєвого розвитку (у його граматичній ланці) дітей дошкільного віку. *Дефектологія.* 2003. № 2. С. 2–7. 6. Цейтлин С. Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. М.: ВЛАДОС, 2000. 240 с.

**References**

1. Gvozdev, A. N. (1961). Voprosy izucheniya detskoi rechi [Questions of studying children's speech]. M.: APN RSFSR [in Russian]. 2. Kornev, A. N. (2006). Osnovy logopatologii detskogo vozrasta: klinicheskie i psihologicheskie aspekty [Fundamentals of logopathology of childhood: clinical and psychological aspects]. SPb.: Retch [in Russian]. 3. Mastukova, E. M. (1985). Defekty rechi i ih proiskhozhdenie [Speech defects and their origin]. *Prichiny vznikhoveniya i puti profilaktiki anomalii razvitiya u detey; pod red. T. A. Vlasovoy.* (pp. 73-95). M.: APN SSSR [in Russian]. 4. Sobotovych, Ye. F. (2003). Normatyvni pokaznyky ta kryterii otsiniuvannya movlennievoho rozvytku (u yoho leksychnii lantsi) ditei doshkilnoho viku [Normative indicators and criteria for evaluation of speech development (in its lexical link) of preschool children]. *Defektolohiia*, 2, 2-7 [in Ukrainian]. 5. Sobotovych, Ye. F. (2003). Normatyvni pokaznyky ta kryterii otsiniuvannya movlennievoho rozvytku (u yoho hramatychnii lantsi) ditei doshkilnoho viku [Normative indicators and evaluation criteria of speech development (in its grammatical link) of preschool children]. *Defektolohiia*, 2, 2-7 [in Ukrainian]. 6. Tseitlin, S. N. (2000). Yazyk i rebyonok: Lingvistika detskoy rechi [Language and child: Linguistics of children's speech]. M.: VLADOS [in Russian].

**Григор'єва І. О., Макаренко І. В., Махукова Т. В. Особливості лексико-граматичного структурування мовленнєвих висловлювань у дітей дошкільного віку із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ)**

У цій статті здійснюється диференційний аналіз лінгвопатологічної симптоматики в групі дітей дошкільного віку із ТПМ. Збір анамнестичних даних, вивчення медичної документації та витягів із протоколів ІРЦ на підготовчому етапі стали підставою для формування трьох підгруп дітей за патогенетичним принципом: з алалією, з дизартрією, параалалією.

Попередні передбачення полягали у припущенні, що дія різних патологічних механізмів зумовить диференційні симптомокомплекси мовленнєво-мовного та загальнофункціонального недорозвитку. Операції з лексико-граматичними мовними засобами комунікації у експресивному мовленні вимагають достатнього рівня розвитку аналітико-синтетичної діяльності КГМ. Автори статті представляють ретельний якісний аналіз виявленої патологічної симптоматики, здійснюють узагальнення стосовно закономірних, спільних для певної підгрупи ознак мовленнєвого недорозвитку. Докладно описується діяльність дітей з виконання завдань у відповідній підгрупі, специфічний вплив супутніх порушень психічного та інтелектуального розвитку на кількісну та якісну неповноцінність мовленнєвої продукції. Таким чином, низькі показники мовленнєвих навичок є спільними для зазначеної категорії дітей. Але різні патологічні механізми в неоднорідній за клінічними ознаками групі дітей із ТПМ, зумовлюють закономірні диференційні симптомокомплекси мовленнєвого недорозвитку. Виявлення таких закономірних симптомокомплексів при проведенні логопедичної діагностики та урахування їх при виборі пріоритетних напрямків корекції у підгрупах, підвищує її результативність.

*Ключові слова:* тяжкі порушення мовлення (ТПМ), лексико-граматичний компонент експресивного мовлення, диференційні симптомокомплекси мовних порушень, клінічні підгрупи дітей із ТПМ.

**Григорьева И. А., Макаренко И. В., Махукова Т. В.  
Особенности лексико-грамматического структурирования речевых у детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи (ТНР)**

В данной статье осуществляется дифференцированный анализ лингвопатологической симптоматики у детей дошкольного возраста с ТНР. Сбор анамнестических данных, изучение медицинской документации и выписок из протоколов ИРЦ на подготовительном этапе, стали основанием для формирования трех подгрупп детей согласно патогенетического принципа: с алалией, с дизартрией, с параалалией. Предварительный прогноз заключался в предположении, что действие разных патологических механизмов обусловит дифференцированные симптомокомплексы речезыкового и общефункционального недоразвития. Операции с лексико-грамматическими языковыми средствами коммуникации у экспрессивной речи требуют достаточного уровня развития аналитико-синтетической деятельности КГМ. Авторы статьи предоставляют тщательный качественный анализ выявленной патологической симптоматики, осуществляют обобщение относительно закономерных, общих для определенной подгруппы признаков речевого недоразвития. Подробно описывается деятельность детей по выполнению заданий в каждой из подгрупп, специфическое влияние сопутствующих нарушений психического и интеллектуального развития на количественную и качественную неполноценность речевой продукции. Таким образом, количественные показатели

сформированности речевых навыков являются одинаково низкими для всей категории детей. Но разные патологические механизмы в неоднородной по клиническим признакам группе детей с ТНР обуславливают закономерные дифференцированные симптомокомплексы речевого недоразвития. Выявление таких закономерных симптомокомплексов при проведении логопедической диагностики, а также учет их при выборе приоритетных направлений коррекции в подгруппах, повышает ее результативность.

*Ключевые слова:* тяжелые нарушения речи (ТНР), лексико-грамматический компонент экспрессивной речи, дифференцированные симптомокомплексы языковых нарушений, клинические подгруппы детей с ТНР.

**Grigoreva I., Makarenko I., Makhukova T. Specific Features of Lexical and Grammatical Structuring of Speech Expression in Preschool Age Children with Heavy Speech Disorders**

In this article we perform a differential analysis of pathological symptoms in preschool children, suffering heavy speech disorders.

Collection of anamnestic data, studying the medical documentation of children allowed us to form three subgroups of children: children, suffering from alalia, dysarthria and paraalalia. Our preliminary prognosis was based on our assumption that different pathogenesis mechanisms should determine different complexes of symptoms of speech underdevelopment. Operations with lexical and grammatical speech mediums demand sufficient level of development of cerebral cortex. Authors of the article carry out a thorough qualitative analysis of pathological symptoms, special for each subgroup of children with underdevelopment of speech. Activities of children, solving the pedagogical tasks in each subgroup as well as their confluent psychic disorders, effecting their speech underdevelopment are being described in the article.

Although quantity indicators of speech formations are low in each group of children, different pathological mechanisms, special for each the groups have been pointed out. These discovered special features of heavy speech disorders, are being proven to be important to diagnose for proper organization of correctional subgroups and improving the efficiency of speech correction. Prompt and diagnostics of these mechanisms is being proved to be just as important for a more efficient correction.

*Key words:* heavy speech disorders, lexical and grammatical component of expressive speech, differentiated complexes of symptoms of speech disorders, clinical subgroups of children with heavy speech disorders.

Стаття надійшла до редакції 26.01.2020 р.  
Прийнято до друку 01.03.2020 р.  
Рецензент – д. п. н., проф. Харченко С. Я.