

*such methods as a game, a sociodramatic game, an interactive virtual game, a fairy tale, group intervention with combined strategies, project activities, the method of SST strategies, etc. In addition, according to our observations, such methods of work as: social larpings, shopping stories, friendships, social cards, methods of individual and group intervention, emotional-sensual SST approaches, joint work of the educational institution with parents, external support prove their effectiveness representatives of the child, the relationship between educational activities and extracurricular work. The implementation of these methods is possible only in conditions of carefully planned training with the support of specialists and a number of measures aimed at gaining one's own social experience for interaction in modern society. We see the implementation of a more extensive systematization of approaches and methods of forming the social competence of children with SEN and ASD according to separate nosologies as perspectives for further research.*

**Key words:** social competence, autism spectrum disorder, complex developmental disorder, method, children with psychophysical developmental disorders.

Стаття надійшла до редакції / Received 07.09.2023

Прийнята до друку / Accepted 23.10.2023

Унікальність тексту 99 % (Unicheck ID1015980271)

© Суменко Тетяна Юріївна, 2023

DOI : <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2023-9-18>

УДК 612.789:616-008]:376-056.264

Владислав Володимирович Тищенко

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-2449-4722>

кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник,

доцент кафедри логопедії та логопсихології,

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова,

м. Київ, Україна

[vtyshchenko@gmail.com](mailto:vtyshchenko@gmail.com)

## РОЗЛАДИ ПРАКСИСУ МОВЛЕННЯ: КВАЛІФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ В УМОВАХ РЕВІЗІЇ ЛОГОПЕДИЧНИХ КЛАСИФІКАЦІЙ

У науковій статті розглянуто питання кваліфікації актуального для сучасної логопедичної науки та практики розладу: апраксії та диспраксії мовлення в осіб з порушеннями звуковимови. Розглянуто поняття: праксис, апраксія та диспраксія мовлення. Визначено види праксису та їхню участь в актах створення та реалізації моторної програми вислову. Визначено типологію апраксії та диспраксії мовлення й виокремлено їхні диференційні ознаки як у межах групи порушень праксису мовлення, так і в групі порушень звуковимови загалом. Зокрема показано відмінності кінетичного та кінестетичного праксису й особливості вияву їхніх порушень у мовленні. Так визначено, що кінестетична (аферентна) апраксія мовлення вивляється переважно на рівні порушення звуковимови за типом літеральних парафазій – численних варіативних, нестабільних замінь звуків. Другою особливістю цієї форми апраксії (диспраксії) мовлення є відчутні труднощі автоматизації вже поставлених звуків. Натомість кінетична (еферентна) апраксія мовлення передусім впливає на відтворення складової структури слова та труднощі їх подолання в процесі корекційної (відновлювальної) роботи при відносно збереженій вимові окремих звуків.

Автор звертає увагу на два варіанти кваліфікації порушень праксису мовлення – як самостійного порушення звуковимови та як симптому при складніших порушеннях: кірковій дизартрії, моторній кінестетичній (аферентній) та моторній кінетичній (еферентній) алалії та афазії. Наголошено на істотних проблемах кваліфікації апраксії та диспраксії мовлення в умовах відсутності таких нозологій у чинній в Україні клініко-педагогічній та психолого-педагогічній класифікаціях порушень мовлення. Окреслено шляхи розв'язання означених проблем шляхом ревізії чинних класифікацій та введення до них апраксії та диспраксії мовлення як окремих нозологій. Представлено варіанти узгодження формулювань логопедичних висновків, у яких названі порушення кваліфіковано за старою та оновленою класифікаціями.

**Ключові слова:** праксис, апраксія (диспраксія) мовлення, моторні механізми мовлення, порушення звуковимови, клініко-педагогічна та психолого-педагогічна класифікації порушень мовлення.

**Вступ.** Проблема корекції порушень звуковимовного компонента мовлення й досі є доволі актуальною в логопедичній науці та практиці. Останнім часом особливою гостротою як на науковому, так і на практичному рівні постала проблема апраксії та диспраксії мовлення як самостійного виду порушень звуковимови (Wambaugh, Kalinyak-Fliszar, 2003; Тищенко, 2021). З огляду на те, що в чинних (офіційно визнаних у вітчизняній логопедії) клініко-педагогічній та психолого-педагогічній класифікаціях мовленнєвих порушень названих видів порушень немає (Логопедия, 1998), постає закономірне питання: як логопедам кваліфікувати зазначені мовленнєві розлади, не відступаючи від норм та правил ведення ділової документації, та що саме кваліфікувати як апраксію чи диспраксію мовлення? Означені проблеми пропонуємо розглянути в цій статті.

**Мета дослідження:** визначити та встановити питання кваліфікації порушень мовленнєвого праксису, введення зазначеної нозології в класифікації мовленнєвих порушень, формулювання відповідних логопедичних висновків.

**Методи дослідження:** теоретичні – аналіз, порівняння та узагальнення даних науково-теоретичної та методичної літератури з проблеми дослідження, метод конкретизації та класифікації порушень мовленнєвого розвитку, метод кваліфікації дефекту за сукупністю симптоматичних та патогенетичних показників.

**Виклад основних результатів дослідження.** Апраксію в логопедії та

нейропсихології називають дефект, що виявляється у відсутності / грубому порушенні праксису, а диспраксією – лише його часткове порушення. Практисом своєю чергою називають аналітико-синтетичну діяльність вторинних ділянок кори головного мозку, спрямовану на організацію цілісного довільного рухового акту. Праксис також розглядають як обов'язковий компонент формування довільних та автоматизованих рухових дій – навичок (Лурія, 1947, 1962; Wambaugh, Kalinyak-Fliszar, 2003)

Свого часу О. Лурія (1947) виокремив два варіанти праксису, що мають відношення до створення та реалізації моторної програми мовленнєвого акту: кінестетичний (аферентний), або оральний, праксис та кінетичний (еферентний), або динамічний, праксис. Цим указав на подвійну природу названого явища, яке пов'язане із забезпеченням формування окремого складноорганізованого артикуляційного руху через узагальнення комплексу кінестетичних відчуттів (звідси й назва – кінестетичний праксис), з одного боку, та з організацію послідовно організованих рухів, що вимагає перемикання з руху на рух та забезпечення швидкості, плавності, точності, ритмічності таких рухів, з іншого боку (Тищенко, 2018).

Оскільки праксис забезпечує різні види довільної моторної діяльності, для акценту на праксисі саме артикуляційних органів, що включені в моторний компонент мовленнєвої діяльності, ми будемо користуватися терміном апраксія (диспраксія) мовлення (Strand., 2006;

Wambaugh, Kalinyak-Fliszar, 2003).

Таким чином, апраксією (диспраксією) мовлення як самостійним порушенням (не симптомом) можна назвати грубе (або часткове) порушення звуковимови внаслідок дефектів праксису при збереженості інших компонентів мовлення, передусім лексичного та граматичного.

В решті випадків порушення праксису є симптомом при інших часом складніших порушеннях: кірковій дизартрії, моторній кінестетичній (аферентній) і кінетичній (еферентній) алаліях та афазіях тощо.

Теоретично важливим є розібратись у суті цих видів праксису та варіантах їхнього порушення, що спричиняють розлади мовлення.

Кінестетичний (аферентний), або оральний, праксис мовлення базується на доцентрових імпульсах, що надходять від пропріоцептивних рецепторів м'язів у процесі зміни їхньої фази (скорочення чи розслаблення) до нижніх відділів постцентральної звивин кори головного мозку (Лурія, 1962, Duffy., 2006, Тищенко, 2018). Цей процес забезпечує так звану кінестетичну чутливість та є базою для здійснення кінестетичного контролю шляхом порівняння імпульсу, що надходить від кори до м'яза, та зворотного (аферентного) імпульсу. Кінестетична чутливість та контроль забезпечують правильність виконання рухів кожного м'яза окремо. А тому для виконання складноорганізованих рухів (зокрема артикуляційних, де для вимови кожного окремого звука одночасно мають бути задіяні кілька артикуляційних органів – язик, губи, нижня щелепа, м'яке піднебіння, голосові зв'язки) ізолюваного контролю за кожним м'язом окремо є замало. Має бути долучена функція, яка може одночасно проконтролювати положення всіх задіяних у вимові певного звука артикуляційних органів – ще до початку власне вимови. Без цього правильна вимова звука не гарантована.

Саме одномоментний контроль кінестетичних відчуттів, що надходять від різних артикуляційних органів, задіяних у вимові звука, і забезпечує кінестетичний (аферентний), або оральний, праксис мовлення. Його мозковий

центр локалізується у вторинних (гностикопраксичних) полях нижніх відділів тім'яної частки домінуючої півкулі (Лурія, 1947). Ця ділянка кори межує із задніми третинними полями кори головного мозку (зона ТРО), що забезпечують симультанність (одномоментність) складних видів аналітико-синтетичної діяльності. Але якщо задні третинні поля є надмодальними і виконують свою функцію без прив'язки до якогось одного аналізатора, то сусідні до них нижні відділи тім'яної кори (центр кінестетичного праксису) мають вузькоспеціалізовану функцію і відповідають лише за одномоментність аналізу кінестетичних відчуттів від органів, задіяних у вимові звуків. Таким чином, можна говорити про близькість центру кінестетичного контролю та зони ТРО не лише в локалізаційному, але й у функціональному плані, що дуже важливо враховувати під час аналізу таких порушень мовлення, як моторні кінестетичні (аферентні) алалія та афазія (Тищенко, 2018).

Далі розглянемо кінетичний (еферентний), або динамічний, праксис, який забезпечує створення моторної програми вислову, тобто програмує серію послідовних рухів, потрібних для вимови вже не окремого звука, а серії послідовно організованих звуків та складів для вимови слів, речень тощо.

Функція кінетичного праксису локалізується в нижніх задніх відділах домінуючої півкулі кори головного мозку в центрі Брока (Лурія, 1947). Ця ділянка кори межує з нижнім заднім краєм переднього третинного поля, що витягнуте вздовж зовнішнього краю лобної долі. Переднє третинне поле також є надмодальним і забезпечує складні види сукцесивно (послідовно) організованої аналітико-синтетичної діяльності без прив'язки до конкретного аналізатора (Лурія, А.Р., 1962). Центр Брока, який локалізаційно немовби продовжує переднє третинне поле, належить до вторинних полів кори, і тому виконує ту саму функцію послідовної організації, але лише стосовно моторних відділів мовленнєвого апарату, що важливо враховувати під час аналізу моторних кінетичних (еферентних) алалії та афазії (Terband, Maassen, Guenther, Brumberg, 2009).

Уявно візуалізувавши локалізацію центрів кінетичного та кінестетичного праксису в корі головного мозку варто звернути увагу на те, що між ними міститься ще один важливий центр, яким безпосередньо керує центр Брока. Ідеться про центр у нижній частині передньо-центральної звивини, який забезпечує довільну іннервацією органів артикуляції, тобто є виконавцем моторної програми, створеної центром Брока. Саме він керує м'язами артикуляційних органів, змушуючи їх виконувати запрограмовані довільні рухи в певній послідовності, з певними швидкістю, ритмом, плавністю (Соботович, 1997). Ми актуалізуємо увагу на цьому центрі та його локалізації не випадково. Без цього важко розібратися в плутанині з кваліфікацією апраксії (диспраксії) у вітчизняній логопедії, про що йтиметься далі.

Перейдемо до розгляду видів апраксії та диспраксії мовлення й спробуємо визначити їхню типологію.

**Кінестетична апраксія мовлення** виникає в результаті грубого органічного ураження центру кінестетичного контролю (нижня частина тім'яної частки за постцентральною звивиною домінуючої півкулі головного мозку). Кінестетична диспраксія мовлення – при незрілості або дисфункції згаданого центру (Лурія, 1962).

Однак функціонально центр кінестетичного контролю базується на кінестетичних відчуттях, які надходять з нижньої частини постцентральної звивини, а тому при його грубому органічному ураженні, незрілості чи дисфункції центр кінестетичного контролю не зможе нормально сформуватись та/або функціонувати і буде порушеним вторинно.

Звідси можна виокремити два типи кінестетичної апраксії та диспраксії мовлення:

**Перший тип, або первинна кінестетична апраксія (диспраксія) мовлення**, виникає при ураженні центру кінестетичного праксису й виявляється у відсутності чи розладах цілісних артикуляційних позицій (рухів) за збереженості окремих рухів артикуляційних органів, що беруть участь у вимові звука. Саме це є диференційною ознакою кінестетичної апраксії

(диспраксії) мовлення стосовно дизартрії. Окремі рухи артикуляційних органів збережені або мають незначні відхилення від норми. У мовленні цей вид апраксії виявляється в істотних труднощах вимови навіть простих звуків. Часто це є причиною значної затримки формування звуковимовної сторони мовлення та чітких і стабільних рухових образів фонем, що властиво для моторної кінестетичної алалії (Соботович, 1995). У хворих на кінестетичну моторну афазію моторний компонент експресивного мовлення на початкових етапах захворювання також буде значно порушеним, однак прогноз щодо його відновлення є досить позитивним за умови вчасно розпочатої логопедичної роботи (McNeil, Robin, 1997).

Кінестетична диспраксія мовлення (так само як і кінестетична апраксія на етапі корекційної чи відновлювальної роботи) буде проявлятися у численних порушеннях вимови звуків переважно за типом заміни, які через свої специфічні відмінності в порівнянні з іншими порушеннями звуковимови (дислаліях, дизартріях, ринолаліях) часто називають *літеральними парафазіями* (Соботович, 1995; Цветкова, 1988). Для літеральних парафазій властивими є варіативні, нестабільні та парадоксальні заміни звуків. Причиною є неврахування артикуляційної позиції одного чи кількох органів, що беруть участь у вимові звука.

Стосовно корекції цього типу кінестетичних апраксій мовлення треба зазначити, що за достатньої рухливості артикуляційних органів і відносно короткому етапі постановки правильного звука його автоматизація відбувається зі значними труднощами. Це відрізняє кінестетичну диспраксію мовлення від інших порушень звуковимови (дислалії, дизартрії, ринолалії).

Ще одним симптомом цього типу апраксій (диспраксій) мовлення є часом досить тривале своєрідне «прицілювання», «намацування» язиком правильної артикуляційної позиції в процесі, що передує безпосередній вимові звука (Соботович, 1995);

**Другий тип, або вторинна апраксія (диспраксія) мовлення**. При ураженні центру кінестетичної чутливості (нижня частина постцентральної звивини), крім первинного

порушення кінестетичної чутливості всіх чи окремих органів артикуляції, виявлятиметься й порушення кінестетичного праксису мовлення (повне або часткове), але вже вторинного генезу.

Це, безумовно, специфічно позначиться й на стані артикуляційної моторики. Так за цієї форми апраксії (диспраксії) мимовільна рухливість органів артикуляції не порушується, це можна простежити в актах жування, ковтання, мимовільних мімічних реакціях, позіхання тощо. Однак довільні рухи артикуляційних органів без додаткової зорової опори (відображення в дзеркалі) часто є недоступними або значно ускладненими. Трапляються спроби визначити (уточнити) положення органа артикуляції за допомогою рук. Зорова опора значно підвищує результативність виконання довільних рухів органів артикуляції. У дітей порушення кінестетичної чутливості ускладнює формування кінестетичного праксису мовлення, а в дорослих – його функціонування. Тому алалія, яка виникає на тлі другого типу кінестетичної апраксії мовлення, буде значно складнішою, ніж при першому її типі. А афазія за ступенем порушення моторного компонента мовлення за складністю істотно не відрізнятиметься від першої форми (Цветкова, 1988).

Той самий висновок стосується першого та другого типів диспраксії.

**Кінетична (еферентна), або динамічна, апраксія мовлення** виникає в результаті грубого органічного ураження центру Брока доміантної півкулі головного мозку. Кінестетична диспраксія мовлення – при його незрілості або дисфункції.

За кінетичної апраксії мовлення грубо порушується процес формування моторної програми вислову, або так званої кінетичної мелодії, що базується на перемиканні одного артикуляційного руху на інший – важливої умови плавного, темпо-ритмічно організованого мовлення (Соботович, 1995; Цветкова, 1988). Унаслідок порушення цього виду праксису грубо страждає складова структура слова та плинність мовлення загалом. На мовленнєвому рівні можна спостерігати складові елізії, антиципації персеверації, контамінації тощо (Тищенко, 2018).

За кінетичної апраксії звуковий компонент мовлення дитини з моторною кінетичною (аферентною) алалією розвивається, але дуже повільно. У мовленні наявні окремі звуки та склади, слова, що містять два і більше неповторюваних складів, які дитина засвоює зі значними труднощами. У дорослих з моторною кінетичною (еферентною) афазією ця апраксія на початкових етапах захворювання часто виявляється у відсутності мовлення, що поступово перетікає в грубі порушення складової структури слів за відносно збереженої вимови окремих звуків (Соботович, 1995; Цветкова, 1988).

З погляду фізіології центр довільної іннервації органів артикуляції не є базовим для формування центру Брока, а тому порушення одного центру не позначається на функціональній збереженості іншого (на відміну від двох типів кінестетичного праксису мовлення).

Проте можливі варіанти комбінованого порушення обох центрів:

– центр Брока + центр довільної іннервації органів артикуляції;

– центр довільної іннервації + центр кінестетичної чутливості.

Нагадаємо, що три названі центри містяться поруч – в один ряд уздовж передньо-задньої осі кори головного мозку, що при значних зонах ураження можуть разом втягуватись у патологічний процес.

Наступна проблема, яка стосується апраксії і диспраксії мовлення, – їхня кваліфікація за відсутності цієї нозології в офіційних логопедичних класифікаціях мовленнєвих порушень в Україні (Тищенко, 2013).

Традиційно – а традицію ми успадкували з класифікацій, складених понад 50 років тому в колишньому СРСР – апраксію (диспраксію) мовлення розглядають лише як симптом і не виокремлюють як нозологію в зазначених класифікаціях:

– кінетична апраксія мовлення – при моторній кінетичній (еферентній) алалії та афазії;

– кінестетична апраксія мовлення – при моторній кінестетичній (еферентній) алалії та афазії (Тищенко, 2021).

Навіть урахувавши те, що стара логопедична школа визнає алалію системним порушенням мовлення, яке охоплює всі його сторони (фонетико-фонематичну, лексичну та граматичну), зв'язне мовлення, письмо та читання), апраксічні порушення як *єдиний симптом* у мовленні дитини кваліфікують як *моторну алалію* (щоправда з уточненням за психолого-педагогічною класифікацією не *ЗНМ*, а *ФФНМ*) (Логопедія, 1998).

Ще дивніша історія з диспраксіями мовлення. Оскільки диспраксія не спричиняє повної відсутності мовлення, то назвати її алалією ніхто не наважився. А тому під час кваліфікації порушення диспраксії під'єднували до іншої нозології – *дизартрії*. І справді, до синдромокомплексу, наприклад, кіркової дизартрії (локалізація зони ураження – центр довільної іннервації органів артикуляції) цілком закономірно може входити кінетична та/або кінестетична апраксія мовлення з тієї простої причини, що центри, які спричиняють кінетичну апраксію та вторинну кінестетичну апраксію, сусідять з центром локалізації цієї форми дизартрії (див. вище).

Тому, характеризуючи кіркову дизартрію, говорять про її форми, поєднані з кінетичною чи кінестетичною диспраксією мовлення. У цьому разі диспраксічні порушення поєднуються з порушеннями іннервації центрального генезу (Логопедія, 1998).

Однак коли за диспраксії мовлення порушення іннервації відсутні чи невиражені, як тоді кваліфікувати порушення? А ось тут ми натрапляємо на ще одне викривлення: *стерта дизартрія*. Ні, ми не заперечуємо наявності такої форми дизартрії, але (як це часто буває в сучасній логопедії) цим терміном дуже часто зловживають, коли пошук істини не є значущим для логопеда – порушення треба якось «позначити», але розбиратися в його симптомах та механізмах немає сил, знань, досвіду тощо.

Наші спостереження свідчать, що дуже часто під логопедичним заключенням *стерта дизартрія* приховується саме *диспраксія*. Ознакою цього є:

– при кінестетичній диспраксії мовлення

досить добре сформована рухливість органів артикуляційного апарату, достатній рівень виконання завдань на артикуляційну моторику, відносно швидка постановка звуків за тривалої та малорезультативної автоматизації і диференціації (переважно за артикуляційними ознаками) поставлених звуків;

– при кінетичній диспраксії мовлення відносно швидка робота з формування правильної вимови звуків (включно з автоматизацією та диференціацією) за ускладнень, які виникають на етапі корекції складової структури слів. Труднощі нарастають при збільшенні кількості складів в опрацьовуваних словах, а також за наявності в них збігу приголосних тощо.

Проте є й інший бік проблеми. Останнім часом терміном *апраксія (диспраксія) мовлення* теж почали «жонглювати». У багатьох логопедичних висновках бачимо це заключення без будь-якої доказової бази. Ні симптоми, ні об'єктивні методи медичного обстеження, ні патогенез, ні механізми порушень не враховано. І це при тому, що апраксії (диспраксії) та методи їх виявлення добре вивчені, зокрема в дослідженнях алалії та афазії.

Наші пропозиції розв'язання окреслених проблем такі:

1. Українська логопедія – це наука, яка має вагомий авторитет і високий статус, а отже, їй не варто займатись евфемізмами, коли справа стосується термінології та класифікацій, що для будь-якої науки є центротворними факторами. А тому нам треба відмовитися від приховування відомих фактів, вуалюючи їх ширмою «старої наукової школи».

2. Апраксія і диспраксія мають посісти чільне місце в структурі клініко-педагогічної класифікації (доки ми нею користуємося) у розділі «Порушення усного мовлення», підрозділах «Порушення фонаційного оформлення вислову» – «Порушення звуковимови» поряд з *дислалією, дизартрією, ринолалією*.

3. Під час встановлення відповідностей між клініко-педагогічною та психолого-педагогічною класифікаціями мовленнєвих порушень нозології *апраксія* та *диспраксія* мають співвідноситися з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення (ФФНМ).

3. Зміни, які стосуватимуться кваліфікації порушень мовлення, що їх раніше використовували як евфемізми на позначення апраксії та диспраксії, наводимо в таблиці 1.

Таблиця 1

### КВАЛІФІКАЦІЇ АПРАКСІЇ (ДИСПРАКСІЇ) МОВЛЕННЯ

Короткий опис мовленнєвого порушення	Кваліфікація порушення за старою класифікацією	Кваліфікація порушення за оновленою класифікацією
значні порушення складової структури слів без значних порушень звуковимови та синтаксису в експресивному мовленні, а також лексичного та морфологічного компонентів мовлення щонайменше на імпресивному рівні	ФФНМ (моторна кінетична алалія)	ФФНМ (кінетична апраксія мовлення); ФФНМ (кінетична диспраксія мовлення)
значні порушення звуковимови з переважанням замінь (за типом літеральних парафазій) мовлення без значних порушень лексичного та граматичного компонентів мовлення щонайменше на імпресивному рівні	ФФНМ (моторна кінестетична алалія)	ФФНМ (кінестетична апраксія мовлення); ФФНМ (кінестетична диспраксія мовлення)
численні порушення складової структури слова в дітей з рівнем лексико-граматичного компонента мовлення та зв'язного мовлення в межах вікової норми	ФФНМ (стерта дизартрія)	ФФНМ (кінетична диспраксія мовлення); кінетична диспраксія мовлення
численні порушення звуковимови, що мають виражені труднощі автоматизації та диференціації поставлених звуків	ФФНМ (стерта дизартрія)	ФФНМ (кінестетична диспраксія мовлення); кінестетична диспраксія мовлення

#### Висновки та перспективи наступних досліджень

1. Висвітлено питання потреби ревізії чинних (офіційно визнаних в Україні) клініко-педагогічної та психолого-педагогічної класифікацій мовленнєвих порушень та внесення до них додаткової нозології *апраксія (диспраксія) мовлення*. Унормовано класифікацію апраксії (диспраксії мовлення), уперше виокремлено два

типи кінестетичної апраксії (диспраксії) мовлення, описано їхні диференційні ознаки.

2. Запропоновано шляхи розв'язання проблеми невнормованості кваліфікації апраксії (диспраксії) мовлення в сучасній логопедичній практиці в Україні, зокрема запропоновано варіанти формулювань логопедичних висновків при порушеннях праксису з урахуванням запропонованих змін до чинних класифікацій мовленнєвих порушень.

3. Перспективи подальшого дослідження діагностики й корекції апраксії (диспраксії) пов'язані з деталізацією методики мовлення. внутрішньогрупової та міжгрупової диференційної

### Література

- Логопедия: Учебник для студентов / Под. ред. Волковой, Л. С. Москва.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. 680 с.
- Лурия А.Р. Травматическая афазия. Москва : Изд-во АМН СССР, 1947. 250 с.
- Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Москва : Изд-во Московского университета, 1962. 432 с.
- Соботович Е. Ф. Структура речевой деятельности и механизмы ее формирования. Київ. 1997. 44 с.
- Соботович Е. Ф. Нарушения речевого развития у детей и пути их коррекцию. Київ : Ин-т систем. досліджень освіти. 1995. 203с.
- Тищенко В. В. Алалія. *Логопедія* / За ред. Шеремет М. К. Київ : Видавничий дім «Слово». 2018. С. 301–347.
- Тищенко В. В. Обґрунтування типології первинного системного недорозвитку мовлення. *Науковий журнал Хортицької національної академії*, 2021. 1(4). С. 156–165.
- Тищенко В. В. Загальний недорозвиток мовлення: перспективи подальших досліджень. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія соціально-педагогічна*. 2013. Випуск 23. Том. 2. Кам'янець-Подільський: Медобори. С. 396–405
- Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. Москва : «Просвещение». 1988. 207 с.
- Duffy, J. R. Apraxia of Speech: Concepts and Controversies. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 2006. 20(4). 271–280.
- McNeil M. R., Robin D. A. Apraxia of Speech in Adults: The Disorder and Its Management. *Clinical Aphasiology*, 1997. 25. 181–190.
- Strand E. A. Differential Diagnosis and Treatment of Developmental Apraxia of Speech in Infants and Toddlers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 2006. 37(3), 169–183.
- Terband, H., Maassen, B., Guenther, F. H., Brumberg, J. A Kinematic Characterization of Speech Movements in Apraxia of Speech. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 2009. 23(4), 292–305.
- Wambaugh, J., Kalinyak-Fliszar, M. Apraxia of Speech: A Treatable Disorder of Motor Planning. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2003. 10(1), 1–15.

### Reference

- Duffy, J. R. (2006). Apraxia of Speech: Concepts and Controversies *Clinical Linguistics & Phonetics*, 20(4), 271-280 (eng).
- Luria, A.R. (1947). Traumatic aphasia : Publishing House of the USSR Academy of Medical Sciences (rus).
- Luria, A.R. (1962). Higher cortical functions of a person and their disturbances in local brain lesions : Moscow University Press (rus).
- McNeil, M. R. & Robin, D. A. (1997). Apraxia of Speech in Adults: The Disorder and Its Management. *Clinical Aphasiology*, 25, 181–190 (eng).
- Sobotovich, E. F. (1997). The structure of speech activity and the mechanisms of its formation : Institute of Systematic Studies of Education (rus).
- Sobotovich, E.F. (1995). Disorders of speech development in children and ways to overcoming them : Institute of Systematic Studies of Education (rus).
- Speech Language Pathology: A textbook for students (1998) / Ed.by Volkova, L.S. : Humanitarian publishing center VLADOS (rus).
- Strand, E. A. (2006). Differential Diagnosis and Treatment of Developmental Apraxia of Speech in Infants and Toddlers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37(3), 169–183 (eng).



- Terband, H., Maassen, B., Guenther, F. H. & Brumberg, J. (2009). A Kinematic Characterization of Speech Movements in Apraxia of Speech. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 23(4), 292–305 (eng).
- Tsvetkova, L. S. (1988). Aphasia and restorative learning : Enlightenment (rus).
- Tyshchenko V.V. (2018). Alalia. *Speech Language Therapy* / Ed. by M. K. Sheremet : Slovo Publishing House. 301–347 (ukr).
- Tyshchenko, V. V. (2013). General speech underdevelopment: prospects for further research. *Collection of scientific works of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University. The series is socio-pedagogical*. Issue 23. Vol. 2. Kamianets-Podilskyi : Medobory. 396–405 (ukr)
- Tyshchenko, V. V. (2021) Justification of the typology of primary systemic speech underdevelopment. *Scientific journal of the Khortytsk National Academy*, 1(4). 156–165 (ukr).
- Wambaugh, J. & Kalinyak-Fliszar, M. (2003). Apraxia of Speech: A Treatable Disorder of Motor Planning. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 10(1), 1–15. (eng)

### **SPEECH PRAXIS DISORDERS: DISORDERS QUALIFICATION IN THE CONDITIONS OF SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY CLASSIFICATIONS REVISION**

**Vladyslav Tyshchenko, Candidate of Pedagogical Sciences, Senior Researcher, Assistant Professor at Department of Speech-Language Pathology and Speech Psychology, National Pedagogical Dragomanov University, Kyiv, Ukraine, e-mail: vvtyshchrnko@gmail.com**

*The article covers the issue of qualifications relevant for modern speech-language therapy science and praxis of the disorder: apraxia and dyspraxia of speech in persons with sound disorders. Concepts: praxis, apraxia and dyspraxia of speech, – are considered. The types of praxis and their participation in the acts of creation and implementation of the motor program of speech are determined. The typology of apraxia and dyspraxia of speech was determined and their differential features were identified both within the group of speech praxis disorders and in the group of phonological disorders as a whole. In particular, the differences between kinetic and kinesthetic praxis and the specifics of the demonstration of their disorders in speech are represented. Thus, it is determined that kinesthetic (afferent) apraxia of speech manifests itself mainly at the level of phonological disorders of the type of literal paraphasias – numerous, variable, unstable substitutions of sounds. The second feature of this form of apraxia (dyspraxia) of speech is the significant difficulty in automating the sounds that have already been produced. Instead, kinetic (efferent) apraxia of speech primarily affects the reproduction of the syllabic structure of the word and the difficulties of overcoming them with relatively preserved pronunciation of separate sounds.*

*The author draws attention to two options for the qualification of speech praxis disorders, as an separate sound disorder, and as a symptom in more complex disorders: cortical dysarthria, motor kinesthetic (afferent) and motor kinetic (efferent) alalia and aphasia. The essential problems of the qualification of apraxias and dyspraxias of speech in the absence of such nosologies in the clinical-pedagogical and psychological-pedagogical classifications of speech disorders existing in Ukraine are emphasized. The ways of solving the specified problems are justified by revising the existing classifications and including apraxia and dyspraxia of speech as separate nosologies in them. Options for coordinating the formulation of speech-language therapy conclusions are presented, in which this disorders are qualified according to the old and updated classifications.*

**Key words:** praxis, apraxia (dyspraxia) of speech, motor mechanisms of speech, sound disorders, clinical-pedagogical and psychological-pedagogical classification of speech disorders.

Стаття надійшла до редакції / Received 15.09.2023

Прийнята до друку / Accepted 23.10.2023

Унікальність тексту 98 % (Unicheck ID1015980270)

© Тищенко Владислав Володимирович, 2023

## РОЗДІЛ 4. СОЦІАЛЬНА РОБОТА

DOI : <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2023-9-19>  
УДК 364-78:347.514]:316.346.2

Валентина Володимирівна Анголенко  
ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-6673-4494>  
кандидатка педагогічних наук  
викладачка кафедри соціальної роботи  
Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»  
Харківської обласної ради  
м. Харків, Україна  
[v\\_angolenko@ukr.net](mailto:v_angolenko@ukr.net)

Наталія Михайлівна Печериця  
ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-9219-2294>  
кандидатка педагогічних наук,  
викладачка кафедри соціальної роботи,  
Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»  
Харківської обласної ради,  
м. Харків Україна  
[natalapecerica8@gmail.com](mailto:natalapecerica8@gmail.com)

### ОЦІНКА ГОТОВНОСТІ ФАХІВЦІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ДО РОБОТИ З ДЕЛІКТОЗДАТНИМИ СУБ'ЄКТАМИ З ВИКОРИСТАННЯМ ГЕНДЕРНОЧУТЛИВОГО ПІДХОДУ

*Наукова стаття присвячена проблемі діагностики готовності фахівців соціальної сфери до впровадження гендерночутливого підходу в роботі з деліктоздатними особами. Предметом діагностики визначено відповідну професійну готовність – теоретичне та інструментальне володіння фахівцем соціальної сфери сукупністю методів, засобів і прийомів, а також алгоритмів ресоціалізації делінквентних суб'єктів на засадах гендерночутливого підходу. Обґрунтовано критеріальну базу дослідження (мотиваційний критерій: спрямованість до мотивації успіху у професії, здатність до реалізації професійних цілей, зокрема роботи з делінквентними особами; когнітивний критерій: знання нормативно-правової бази України, насамперед, ратифікованих нашою державою міжнародних документів із питань дотримання прав та знань щодо недискримінаційного підходу у соціальній роботі з особами схильними до правопорушень, теоретичні та практичні знання та вміння, які необхідні в процесі ресоціалізації таких осіб на засадах гендерночутливого підходу; операційно-діяльнісний критерій: уміння аналізувати, прогнозувати, розробляти та здійснювати соціальні проєкти й технології, спрямовані на соціально-педагогічний супровід на засадах гендерночутливого підходу, уміння здійснювати соціально-педагогічний супровід деліктоздатних осіб, з урахуванням окресленого підходу). У результаті проведеної діагностики у фахівців соціальної сфери констатовано переважно середній та низький рівні готовності практично за всіма показниками. Доведено, що така підготовка має ґрунтуватися на наскрізному гендерночутливому підході й концепції постійного професійного зростання, підвищення кваліфікації та освіти протягом життя.*

**Ключові слова:** фахівці соціальної сфери, деліктоздатні суб'єкти, гендерночутливий підхід, ресоціалізація, професійна готовність фахівців соціальної сфери.

**Вступ.** Наразі перебуваючи в складних соціально-політичних та економічних умовах, наша держава стикається з проблемою зростання кількості скоєних правопорушень. У 2022 році