

Міністерство освіти і науки України

**Державний заклад
„Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка”**

Навчально-науковий інститут педагогіки і психології

Кафедра спеціальної педагогіки


**Допущено до захисту
протокол № 5 від 12 грудня 2025 року**


Мороз Олександра Олександрівна

**ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ТЕМПО-РИТМІЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У
ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАЇКАННЯМ**

**кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти другого (магістерського) рівня
за спеціальністю 016 Спеціальна освіта
освітня програма: 016.01 Логопедія. Спеціальна психологія**

Особистий підпис  – Мороз О.О.

Науковий керівник –  кандидат наук, доцент МАКАРЕНКО І. В.

Виконуюча обов'язки
завідувачки кафедри –  доктор. пед. наук, професор ВОРОНА Л.І.

Лубни – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ТЕМПО-РИТМІЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	8
1.1. Сутність темпу і ритму мовлення та їх порушень у дітей	8
1.2. Історико-педагогічний аспект дослідження темпо-ритмічних порушень мовлення.....	17
1.3. Заїкання як темпо-ритмічне порушення мовлення у дітей молодшого шкільного віку.....	24
1.4. Психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку із заїканням.....	38
Висновки до першого розділу.....	44
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕМПО-РИТМІЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАЇКАННЯМ.....	45
2.1. Дослідження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку ... із заїканням	45
2.2. Результати дослідження темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей молодшого шкільного віку із заїканням.....	57
2.3. Методичні рекомендації з удосконалення логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із заїканням.....	66
Висновки до другого розділу.....	73
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ.....	80

ВСТУП

Громадянський обов'язок кожного члена суспільства полягає в опануванні літературних норм української мови та дбайливому ставленні до неї як до культурної й особистісної цінності народу. Саме тому питання володіння державною мовою для громадян України набуває особливої важливості. Відповідно до Національної доктрини розвитку освіти в Україні (2001 рік), одним із ключових завдань є створення необхідних умов і такого освітнього простору, який забезпечуватиме формування цілісної особистості впродовж усього життя [27]. Цей розвитковий процес охоплює всі етапи онтогенезу — від дитинства та підліткового віку до юності й зрілості.

Сучасні гуманістичні й демократичні тенденції у розвитку спеціальної освіти спрямовані на виявлення потенційних можливостей в організації логопедичної допомоги, як дітей так і підлітків з порушеннями усного мовлення, їх соціальної адаптації й інтеграції у активне суспільне життя. Формування мовлення, вдосконалення комунікативних умінь і навичок усного мовлення у осіб з порушеннями темпо-ритмічної сторони мовлення знайшли широке відображення у світовому і вітчизняному історико-педагогічному досвіді: В. Кондратенка, С. Миронової, Л. Бегас, А. Кравченка, С. Коноплястої, О. Березана, М. Шеремет, Н. Пахомової та ін. [1, с. 6].

Сучасний темп життя, інтенсифікація соціальних зв'язків особистості, розширення кола спілкування зумовлює зростання напруженості мовленнєвої діяльності людини, підвищує вимоги до культури усного мовлення та спілкування, вміння швидко та адекватно орієнтуватися в чисельних і різноманітних мовленнєвих ситуаціях і передбачає оволодіння уміннями і навичками правильного мовлення, технікою зв'язного мовлення та спілкування. У зв'язку з цим активізуються дослідження особливостей темпоритмічної сторони мовлення й пошуки інтегрованих, оптимальних комплексних засобів і прийомів виявлення, навчання, виховання і корекції темпо-ритмічних порушень мовлення у дітей і підлітків [29, с. 203].

Аналіз науково-методичної літератури показує, що впродовж останніх

десяти років спостерігається помітне зростання інтересу дослідників до проблеми організації логопедичної роботи з подолання порушень усного мовлення у дітей. Це простежується у працях Кравченко А. І., Березан О. І., Рібцуна Ю. В. та інших учених [41]. Сучасні дослідження здійснюються в межах теорії й практики особистісного розвитку, психолого-лінгвістичних засад становлення мовлення та логопедичної науки. Їхня мета — виявити особливості формування темпо-ритмічної організації мовлення, визначити ефективні шляхи попередження й подолання таких порушень у дітей засобами спеціального навчання й виховання. Саме це стимулює пошук і створення інноваційних технологій логопедичної корекції. Особливо перспективним, але ще недостатньо розробленим напрямом є використання комп'ютерних програм для логопедичної роботи [28, с. 165].

Зміст та організація навчально-виховного процесу в закладах освіти не забезпечує умов для виявлення можливих темпо-ритмічних порушень, зокрема заїкання. Причини цього явища мають соціально-педагогічний і організаційно-методичний характер. Загострюється суперечність між наявними суспільними і особистісними потребами вдосконалення мовленнєвої діяльності, зокрема виявлення наявних темпо-ритмічних порушень мовлення у дітей та відсутності науково-обґрунтованих й доцільних методичних рекомендацій діагностики, комп'ютерних програм, що забезпечили б доцільну організацію корекційного процесу в домашніх умовах [28, с. 159].

Отже, актуальність порушеної проблеми зумовлена високими вимогами до культури усного мовлення дітей, зокрема молодших школярів, а також недостатнім рівнем науково-теоретичної розробленості питання темпо-ритмічної організації мовлення в логопедії та відсутністю досконалих методик корекції таких порушень. У поєднанні з наявними передумовами для вирішення цієї проблеми це стало підґрунтям для обрання теми магістерського дослідження: **«Особливості розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей молодшого шкільного віку із заїканням».**

Об'єкт дослідження: темпо-ритмічна сторона мовлення дітей молодшого шкільного віку.

Предмет дослідження: специфіка темпо-ритмічної сторони мовлення у молодших школярів із заїканням.

Мета дослідження: на основі аналізу спеціальної психолого-педагогічної літератури теоретично узагальнити, обґрунтувати та експериментально визначити особливості темпо-ритмічної організації мовлення у дітей молодшого шкільного віку із заїканням.

Відповідно до об'єкта, предмета та мети дослідження сформульовано такі завдання:

1. уточнити зміст понять «темп» і «ритм» мовлення та здійснити історико-педагогічний аналіз вітчизняних і зарубіжних джерел, присвячених проблемі виявлення й корекції темпо-ритмічних порушень мовлення у дітей молодшого шкільного віку із заїканням

2. обґрунтувати, визначити й схарактеризувати методики виявлення темпо-ритмічних порушень мовлення у дітей молодшого шкільного віку із заїканням;

3. експериментально виявити прояви темпо-ритмічних порушень мовлення та їх особливості у дітей молодшого шкільного віку із заїканням;

4. сформулювати методичні рекомендації з удосконалення логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із заїканням в сучасних умовах.

Теоретична та методологічна основи дослідження є дослідження у сфері навчання дітей із заїканням. Зокрема: особливості організації навчання дітей з мовленнєвими порушеннями мовленнєвого сприйняття різних вікових груп (К. Луцько, О. Мартинчук) [42].; теоретико-методологічні засади лінгводидактичного забезпечення основ української мови (С. Кульбіда); методичні принципи навчання дітей рідної мови (Л. Федоренко, А. Богуш, Н. Гавриш та ін.); досліджуються питання інклюзивної освіти дітей з порушеннями мовлення (О. Тараненко, О. Федоренко, І. Луценко) [43].; комплексного, системного та комунікативно-діяльнісного підходів до корекції й розвитку всіх компонентів мовлення у дітей різних вікових груп (І. Мартиненко, Є. Соботович, В. Тарасун, М. Шеремет та ін.).

Методи дослідження

У роботі застосовано комплекс методів, що включає теоретичні та емпіричні підходи.

Теоретичні методи охоплювали історико-теоретичний аналіз і синтез вітчизняних та зарубіжних наукових джерел, що дало змогу обґрунтувати основні положення щодо темпу й ритму мовлення, специфіки темпо-ритмічних порушень та особливостей заїкання у дітей молодшого шкільного віку. На основі цих матеріалів здійснювалось теоретичне осмислення логопедичної роботи з дітьми зазначеної категорії.

Емпіричні методи включали пряме й опосередковане спостереження за проявами темпо-ритмічних порушень мовлення, а також проведення експериментального дослідження, спрямованого на визначення специфічних характеристик порушень у дітей молодшого шкільного віку із заїканням. Додатково застосовувалися методи якісного та кількісного аналізу отриманих експериментальних даних.

Теоретичне та практичне значення дослідження. Теоретична цінність роботи полягає в уточненні й узагальненні відомостей про особливості темпо-ритмічних порушень мовлення у молодших школярів із заїканням. Отримані результати поглиблюють наукові уявлення про механізми та специфіку формування темпу й ритму мовлення в умовах порушеної плавності.

Практичне значення полягає у можливості використання матеріалів теоретичного аналізу та результатів емпіричного дослідження фахівцями: логопедами, психологами та педагогами, які працюють із дітьми молодшого шкільного віку із заїканням. Дані дослідження можуть слугувати основою для вдосконалення корекційної роботи та професійної підготовки спеціалістів.

Експериментальна база. Дослідження проблеми здійснювалося у процесі логопедичної роботи на базі Угнівської загальноосвітньої школи I-III ступенів імені братів Онишкевичів Белзької міської ради Львівської області.

Теоретичні та практичні положення дослідження обговорювалися на засіданні кафедри спеціальної освіти ЛНУ імені Тараса Шевченка.

За матеріалами роботи опубліковано статтю в збірнику „Науковий пошук молодих дослідників”.

Структура магістерської роботи. Робота складається зі вступу, 2 розділів, списку використаних джерел – 80, додатків. Повний текст роботи складає 84 стор.

РОЗДІЛ 1.

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ТЕМПО-РИТМІЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1. Сутність темпу і ритму мовлення та їх порушень у дітей

Темпо-ритмічна сторона мовлення є різноманітною. Одні вчені вважають головними засоби художньої виразності (епітети, метафори тощо) і засоби формуючі звукову виразність (інтонація, голос, темп, паузи, ритм тощо), а інші вчені виділяють текстові та виконавські виразності. Виразні засоби мовлення можуть проявлятися на всіх рівнях: лексичному, фонетичному, морфологічному, синтаксичному, інтонаційному. Темп і ритм – характеристики властиві руху, вони виявляються як в русі неорганічної матерії, так і в русі матерії органічної (О. Голубєва та ін.) [44]. Ритм розглядається як: чергування яких-небудь елементів (звуків, зображень, предметів), що відбувається з певною послідовністю; впорядкованість звукового, словесного та синтаксичного ладу мовлення, визначена її смисловим значенням. Ритм є внутрішньою організацією образів, що сприймаються людиною і слугує основою її дій. Відчуття ритму має моторну (рухову) природу. Ритм виникає при структурному об'єднанні свідомістю ряду звуків (або звукових акцентів) в часі або декількох предметів (зображень) в просторі. Розвиток мовлення нерозривно пов'язаний з розвитком темпо-ритмічної здібності, бо відчуття ритму координує діяльність мовленнєвого периферичного апарату. [45].

Звукове мовлення є «потокком» звуків, що об'єднуються в слова, речення. Для об'єднання звуків у такі одиниці розчленовування мовленнєвого потоку існують спеціальні фонетичні засоби, так звані ритміко-інтонаційні або суперсигментні. У мовленні таких явищ декілька: це чергування наголошених і ненаголошених складів, чергування моментів мовчання і говоріння, висхідної і низхідної інтонації, рівномірність проходження один за одним логічних наголосів. Все це – фонетичні аспекти ритму.

При породженні усного мовлення ритм керує інтонаційною структурою і тим самим співвідноситься з інтонацією. Ритм створюється комплексом інтонаційних одиниць в їх взаємозв'язку і є компонентом просодії як поняття ширшого, до складу якого входить вся система наголосів, – від словесного до різноманітних смислових. В процесі породження мовлення ритм управляє інтонацією, організовує її, тому інтонаційні одиниці, як одиниці комунікативно-значущі, співвідносяться з ритмічними одиницями, тобто фонетичне слово, речення є ритмоінтонаційними одиницями.

Ритм мовлення – це властивість протікання мовленнєвих рухів, пов'язана з розчленовуванням їх паузами, акцентами, це повторюваність подібних, але не ідентичних елементів. [46]. Ритм мовлення пов'язаний також з освітою і розумінням сенсу. Ритмічне мовлення допомагає слухачеві передбачати появу значущих елементів мовлення і спрямовувати на них увагу.

Швидкість, з якою розмовляємо певною мовою, називається *темпом мовлення*, що є одним з виразних засобів усного мовлення. [47]. Нормальному темпу мовлення властиво то вповільнення, то прискорення. Зазначені коливання у швидкості висловлень будуть залежати від швидкості вимови фонем, слів, фраз і від частоти й тривалості пауз між словами й реченнями. Темп мовлення зумовлює тривалість вимови звуків, особливо складотворних, тобто голосних: при повільному темпі артикуляція голосних звуків має повну витримку, чітко простежуються екскурсія і рекурсія, які при швидкому темпі мовлення накладаються одна на одну. Необхідною умовою для нормального темпу мови є правильне співвідношення основних процесів, що відбуваються в корі головного мозку, – порушення й гальмування.

Вивчення механізмів становлення мовленнєвої функції в нормі та патології пов'язане з визначенням ролі півкуль головного мозку в онто- і філогенезі. Дослідниками встановлений факт, що функціональна організація мовних процесів в дитячому віці є іншою, чим у дорослих: значну роль в онтогенезі відіграє не тільки ліва, але й права півкуля [2, с. 29].

Властивість ритму – повторність засвоюється дитиною раніше інших його структурних компонентів. Універсальний характер ритму і темпу виявляється в тому, що вони роблять величезний вплив на різні сторони психічного та мовленнєвого розвитку дітей і є одним із необхідних компонентів, що входить в структуру усного та писемного мовлення. При цьому простежується тісний зв'язок між руховими, просторовими ритмами та ритмічною структурою слова. Відчуття ритму має три основні компоненти, які при мовленнєвих порушеннях недосконалі:

1. відчуття темпу – здібність до сприйняття і відтворення темпу проходження опорних звуків;

2. відчуття метра – здібність до сприйняття і відтворення акцентованих і неакцентованих звуків;

3. відчуття ритмічного малюнка – здібність до сприйняття і відтворення відносин тривалості звуків і пауз. До порушень мовлення в логопедії відносять розлади темпу: *брадилалія і тахилалія*.

Брадилалія – патологічно уповільнений темп мовлення [20, с. 71]. Термін походить від грецьких слів *bradys* – повільний, *lalia* – мова. Синоніми: *bradyphrasia* (брадифразія), *bradyarthria* (брадиартрія), *bradylogia* (брадилогія). В історії вивчення порушень темпу і ритму мовлення брадилалія описувалася в синдромі будь-якого соматичного, неврологічного або психічного захворювання. З кінця XIX ст. її визначили як окреме порушення темпу мовлення. У етіології дослідники виділяють спадкову природу (Д. Вейс, 1950; М. Зеєман, 1962.), екзогенні чинники (інтоксикація та ін.), психологічні причини (виховання, копіювання та ін. – А. Лібманн, 1900; А. Гутцман, 1900; Е.Фрешельс, 1936) [48].

Мовленнєва характеристика (симптоматика) брадилалії різноманітна: сповільненість темпу зовнішньої (експресивного) і внутрішнього мовлення, сповільненість процесів читання і письма, монотонність голосу, інтер- та інтравербальні уповільнені (подовження пауз між словами або сповільнена, розтягнута вимова звуків мовлення та подовження пауз між звуками слова). При слабкій вираженості брадилалії мовленнєві і не мовленнєві симптоми дітьми не

помічаються, а у важчих випадках з'являється усвідомлення порушення мовлення і пов'язані з ним психологічні переживання.

Тахілалія – патологічно прискорений темп мовлення [20, с. 328]. Термін походить від грецьких слів *tachys* – швидкий, *lalia* – мова. Синонім: *tachyphrasia* (тахіфразія). Тахілалія розглядається в синдромі складних мовленнєвих розладів, що характеризуються порушенням інших сторін мовлення окрім просодики. (див. Таблиця 1.1.1.).

Таблиця 1.1.1

Диференційна діагностика порушень темпу і ритму мовлення

Фактор	Заїкання	Брадилалія	Тахілалія
Усвідомлення дефекту	наявне	відсутнє	відсутнє
Мовлення при напруженні	гірше	краще	краще
Привертання уваги до мовлення	гірше	краще	краще
Мовлення, що потребує точної, конкретної відповіді	гірше	краще	краще
Читання добре знайомого тексту	краще	краще	гірше
Читання незнайомого тексту	гірше	без змін	краще
Письмо	стиснуте, напружене, загальмоване	уповільнене, з повторами, випаданнями	поспішне, з повторами, з незрозумілим почерком

Супутні рухи під час мовлення	судоми під час мовлення	нема	нема
Відношення до власного мовлення	боязке	байдуже	байдуже, недбале

Із кінця XIX століття тахілалію було віднесено до групи мовленнєвих порушень, які отримали назву дизфразій (А. Куссмауль, 1879). Для цього розладу характерним є виражене порушення дихальної функції, зокрема надмірне та різке втягування повітря, що зумовлює певну зовнішню подібність до заїкання. Водночас як окрему форму мовленнєвого порушення з домінуючим розладом темпу тахілалію вперше було виокремлено у 1934 році.

Причини та механізми тахілалії тривалий час перебували в центрі наукових досліджень, оскільки цей розлад розглядався як один із чинників, що може сприяти виникненню заїкання. Провідною ланкою у патогенезі тахілалії вважається порушення темпу як зовнішнього, так і внутрішнього мовлення, зумовлене патологічним домінуванням процесів збудження над процесами гальмування.

З психологічної точки зору механізм тахілалії пов'язаний із порушенням сприйняття, недостатньою узгодженістю процесів мислення та мовлення, а також із специфічними особливостями поведінки й емоційно-вольової сфери. У науковій літературі виокремлюють кілька форм тахілалії: чисту форму; функціональну тахілалію, що супроводжується вторинними проявами заїкання; а також паралельну форму, яка спостерігається при енцефалітах і часто поєднується з полілалічним симптомокомплексом, дизартричними або дизритмічними порушеннями.

Мовленнєва симптоматика тахілалії характеризується передусім надмірно прискореним темпом мовлення: замість нормативних 10–12 звуків за секунду людина вимовляє 20–30. При цьому, як правило, відсутні грубі фонетичні та

синтаксичні спотворення. Мовлення має імпульсивний, нестриманий характер і вирізняється надмірною швидкістю.

Поряд із порушенням зовнішнього мовлення спостерігаються аналогічні розлади внутрішнього мовлення, а також читання і письма. У процесі мовленнєвого продукування необхідне слово з'являється у свідомості, однак ще до його вимовляння витісняється іншим. У письмовому мовленні та під час читання фіксуються заміни й перестановки букв, звуків і складів, а також заміна цілих слів іншими, близькими за звучанням або написанням. Таким чином, при тахілалії порушується не лише темп мовлення, а й цілісний процес його побудови.

У вітчизняних наукових джерелах для узагальненого позначення окремих мовленнєвих порушень інколи вживається термін «спотикання», однак таке застосування є некоректним. Це пояснюється тим, що спотиканням зазвичай називають лише необґрунтовані паузи, запинки та зупинки в мовленні, тоді як у даному випадку провідною основою мовленнєвого порушення виступають аграматизми, що виникають на тлі патологічно прискореного темпу мовлення [50].

Баттаризм (парафазія) проявляється неправильною побудовою фрази внаслідок специфічних порушень мовленнєвої уваги та виражених розладів темпу мовлення. Даний вид порушення часто поєднується з іншими мовленнєвими вадами. До можливих причин і механізмів його виникнення відносять соматичні та психогенні чинники, а також сформовані мовленнєві звички. Неврологічні дослідження вказують на зміни у фізіологічній та анатомічній структурі головного мозку, які можуть бути наслідком пренатальних порушень або проявом спадкових, конституціональних особливостей [50].

А. Лібманн (1900) вважав, що парафазія виникає в результаті переважання моторних або сенсорних порушень уваги, подібних до тих, що спостерігаються при відповідних формах афазії. На думку М. Надолечни, мовленнєва квапливість зумовлена невідповідністю між прагненням висловлюватися та реальними мовленнєво-моторними можливостями людини [50]. Така мовленнєва атаксія є характерною для осіб із підвищеною рухливістю, імпульсивністю, недостатньо

сформованою словесною пам'яттю та порушеннями уваги. Основний дефект при афазії та парафазії пов'язаний із труднощами довільного добору слів і проявляється у порушенні синтаксичної організації мовлення, «розпушеності» речення, мимовільному введенні зайвих елементів, спотворенні буквено-звукового складу слова та наявності літеральних парафазій [50].

Полтерн (спотикання) визначається як патологічно прискорене мовлення з уривчастим темпом несудомного характеру, що проявляється у вигляді запинок, пауз і спотикань. Для нього характерні порушення як загальної, так і мовленнєвої моторики, а також часте поєднання з іншими мовленнєвими розладами [51].

Починаючи з праць Арістотеля, полтерн розглядали у групі різних мовленнєвих розладів органічного та функціонального походження. Наприкінці XIX століття його було виокремлено як самостійне мовленнєве порушення. Подальші експериментальні дослідження були спрямовані на чітке розмежування спотикання та заїкання. А. Куссмауль (1879) виділив діалогічні порушення мовлення (дизфразії), пов'язані з дефектами змістової сторони мовлення, та спазматичні лалоневрози, до яких відніс заїкання як переважно артикуляційний розлад. Учений також звернув увагу на можливість поєднання спотикання із заїканням і запропонував критерій їх диференціації: при заїканні зосередження уваги на мовленні посилює судомність, тоді як при спотиканні — навпаки, покращує мовлення; у домашніх умовах діти із заїканням зазвичай говорять краще, а зі спотиканням — гірше [51].

Аналіз клінічних проявів полтерну і заїкання показує, що у першому випадку діти зазвичай не усвідомлюють наявності мовленнєвого дефекту, тоді як діти із заїканням часто переживають його і відчувають психологічний дискомфорт. У 30–50-х роках XX століття електроенцефалографічні дослідження підтвердили наявність нейрофізіологічних відмінностей між заїканням і спотиканням [51].

Французькі дослідники Pichon і Borel-Maisonny (1964) виокремили мовленнєве порушення, яке отримало назву «мимрення» (**bredouillement**). Вони підкреслювали, що мимрення відрізняється від спотикання тим, що стосується лише порушень темпу і ритму зовнішнього мовлення, тоді як при спотиканні

страждає як зовнішнє, так і внутрішнє мовлення. Нині загально визнаною є класифікація D. Weiss (1964), який розрізняє дві форми: чисте спотикання та спотикання-синдром. Чисті форми спотикання зумовлені вродженими конституціональними аномаліями розвитку. Мовлення при цьому є поверхневим, водночас абстрактним, уривчастим і недостатньо чітким за змістом та способом артикуляції [52].

D. Weiss виділяє кілька груп чистих форм спотикання: перша група — з переважанням моторних порушень, для яких характерні прискорене мовлення та артикуляційні відхилення; друга група — із сенсорними розладами, де домінують труднощі добору слів і порушення слухової уваги; третя група — з загальними труднощами формулювання висловлювання за умови достатнього словникового запасу; четверта група — зі спотиканням, що супроводжується розтягуванням окремих голосних або вставлянням вигуків, які відображають постійні труднощі у виборі слів [52].

Полтерн може спостерігатися при хорєї, псевдобульбарному паралічі, дегенеративних органічних захворюваннях головного мозку, а також при психопатіях, психічних розладах і олігофренії. Сукупність симптомів полтерну дозволяє чітко відмежувати його як від нормального мовлення, так і від мовлення при заїканні [52].

Серед темпо-ритмічних мовленнєвих порушень окремо виокремлюють **клаттерінг** — комунікативний розлад, що негативно позначається на здатності людини чітко, послідовно та зрозуміло висловлювати свої думки. За визначенням D. Weiss, клаттерінг є вербальним проявом центрального мовного дисбалансу, який охоплює всі канали комунікації, зокрема усне мовлення, читання, письмо, ритміко-мелодичну організацію мовлення, а також відображається на поведінці загалом [53]. У зарубіжних спеціальних джерелах терміни **баттаризм**, **полтерн** і **клаттерінг** часто розглядаються як тотожні поняття (D. Weiss, 1964). Це комунікативне порушення вперше було зафіксоване в Європі ще у 1717 році, а

перший систематизований підручник, присвячений проблемі клаттерінга, було опубліковано у 1964 році професором Д. Вейсом.

Незважаючи на те, що тривалий час клаттерінг залишався недостатньо дослідженим і вивчався обмеженим колом науковців, упродовж останніх років спостерігається зростання зацікавленості фахівців даним мовленнєвим розладом. Симптоматика клаттерінга ґрунтовно представлена у працях N. Helm зі співавторами (1978), A. Ardila та M. Lopes (1986), A. Preus (1996), K. Louis і F. Myers (1995), M. Langevin та E. Voberg (1996) та інших дослідників. Узагальнюючи їхні положення, можна виокремити такі характерні ознаки: клаттерінг і заїкання є взаємопов'язаними, але водночас різними мовленнєвими порушеннями; клаттерінг часто поєднується з дефектами звуковимови, що свідчить про його системний характер; темп мовлення при клаттерінгу зазвичай прискорений, хоча це не є обов'язковою ознакою; особи з клаттерінгом мають знижений рівень самоконтролю через відсутність вираженого страху мовлення; заїкання переважно виникає на початкових складах слів, хоча можливі винятки; судоми з'являються у словах різної семантики без акценту на емоційно значущій лексиці; корекційна робота при клаттерінгу повинна бути комплексною та здійснюватися за участю логопедів і фахівців суміжних галузей [54].

J. Horner і E. Massey (1983) та інші автори в етіології клаттерінга провідну роль відводять симптомам органічного ураження центральної нервової системи. Аналізуючи зарубіжні наукові джерела, присвячені клаттерінгу, доцільно звернутися до праць І. Сікорського, який наприкінці XIX століття (1889) описав значну групу дітей із заїканням органічного генезу (32,5%). До цієї групи він відносив дітей, у яких заїкання виникло внаслідок черепно-мозкових травм, інфекційних захворювань або дистрофічних процесів. Такі діти характеризувалися пізнім мовленнєвим розвитком та поступовим початком заїкання, що формувалося в період становлення фразового мовлення.

У практиці вітчизняної логопедії серед дітей із заїканням традиційно виокремлюють групи з невротичною та неврозоподібною формами цього мовленнєвого порушення (Л. Белякова, О. Дьякова, 2003). Неврозоподібна форма

заїкання характеризується поліморфністю та поєднує низку ознак, які за своїми проявами є близькими до критеріїв синдрому клаттерінга. Оскільки особи з клаттерінгом зазвичай не звертаються по спеціалізовану допомогу, їх мовлення часто інтерпретується оточенням і фахівцями саме як заїкання.

Ю. Філатова здійснила спробу ідентифікувати осіб із клаттерінгом серед школярів, у яких було діагностовано неврозоподібну форму заїкання. У ході дослідження нею встановлено, що ця група є неоднорідною та включає чотири підгрупи: дітей із заїканням; дітей із заїканням, ускладненим окремими проявами клаттерінга; дітей із клаттерінгом, ускладненим заїканням; дітей із клаттерінгом без заїкання. Дослідниця дійшла висновку, що між особами із заїканням та клаттерінгом існує низка спільних порушень. До них належать незначна затримка психомоторного й мовленнєвого розвитку в ранньому дитинстві, недостатній рівень сформованості темпо-ритмічної організації рухів і мовлення, наявність численних запинок різного характеру, а також специфічні труднощі усного оформлення висловлювання на етапі його попереднього планування [13, с. 252].

Таким чином, усне мовлення як складний і багатокомпонентний процес з лінгвістичної точки зору охоплює кілька взаємопов'язаних аспектів: фонетичний (звуки мовлення, що забезпечують розрізнення слів у потоці мовлення); лексико-граматичний (слова, словосполучення, речення, висловлювання); мелодико-інтонаційний (інтонація, голос, тембр); темпо-ритмічний (швидкість і ритмічність мовлення). Залежно від порушення того чи іншого компонента мовленнєві розлади поділяють на фонетичні, лексико-граматичні, мелодико-інтонаційні та темпо-ритмічні. Для останніх характерні прискорений, уповільнений або переривчастий темп мовлення, що проявляється у вигляді необґрунтованих пауз, спотикань, скандування звуків і слів, запинок несудомного характеру (фізіологічні ітерації, полтерн) або судомного характеру (різні форми заїкання). З огляду на це, вважаємо доцільним звернутися до історико-педагогічного аспекту вивчення темпо-ритмічної організації мовлення.

1.2. Історико-педагогічний аспект дослідження темпо-ритмічних

порушень мовлення

Мовленнєві порушення привертали увагу вчених ще з найдавніших часів. Уже в античну епоху греки та римляни, для яких слово мало надзвичайно важливе суспільне значення, а мистецтво мовлення входило до системи загальної освіти, володіли певними уявленнями про різні розлади мовлення. Одну з перших згадок про мовленнєві порушення знаходимо в працях Геродота – «батька історії», який описував особливості мовлення кіренського царя Батта: його мова була надмірно швидкою, нечіткою, супроводжувалася затинаннями та пропусками закінчень слів. У сучасній спеціальній літературі прийнято вважати, що термін «баттаризм» походить саме від імені цього правителя [27, с. 514].

У працях Гіппократа містяться описи майже всіх відомих на той час форм мовленнєвих порушень, зокрема втрати голосу, втрати мовлення, недомовності, нечіткого мовлення та заїкання. Він підкреслював провідну роль головного мозку в організації мовленнєвої діяльності людини, детально описував будову й функції органів слуху та зору, а також викладав власні уявлення про механізм утворення голосу і мовлення, акцентуючи увагу на ролі повітряного струменя, язика, артикуляції та голосу. Окрім цього, Гіппократ наводив характеристики окремих порушень голосу, мовлення й слуху та пропонував способи їх лікування. Причини розладів функціонування головного мозку, а також порушень слуху, зору, голосу й мовлення він пов'язував із надмірною кількістю вологи в різних органах і відповідно пропонував специфічні, з позицій сучасної науки, рекомендації щодо їх усунення [27, II, с. 513].

Проблему заїкання можна вважати однією з найдавніших у розвитку вчення про мовленнєві розлади. Різноманітність трактувань його сутності зумовлювалася рівнем розвитку науки та підходами, яких дотримувалися дослідники. У давні часи заїкання здебільшого розглядали як захворювання, пов'язане або з накопиченням надлишкової вологи в головному мозку (Гіппократ), або з порушенням взаємодії частин артикуляційного апарату (Арістотель). Ідею про можливі порушення як у центральних, так і в

периферичних відділах мовленнєвого апарату при заїканні підтримували Гален, Цельс і Авіценна [13, с. 253]. Водночас їхні погляди на причини, прояви та методи лікування заїкання істотно відрізнялися між собою.

Проблему порушення мовлення розглядав грецький письменник Плутарх, який описуючи систему спартанського виховання розглядав, зокрема, систему розвитку мовлення в юних спартанців, яка передбачала навчання дітей такій розмові, щоб в їх словах їдка гострота змішувалася з витонченістю, щоб короткі вислови викликали просторові роздуми [27, II, с. 530].

Плутарху належить один з найбільш повних описів дефектів мовлення, який був в давньогрецького оратора і політичного діяча Демосфена, який мав заїкання та недомовність. Ці недоліки зумовили такі риси характеру, як несміливість, вразливість. Плутарх описує, що Демосфен обрав самостійний шлях подолання заїкання. Для цього створив систему різних мовленнєвих вправ. Наприклад, Демосфен використовував такі вправи для усунення вад мовлення: затримував дихання, вимовляв довгі фрази на одному видосі, голосно декламував вірші, при цьому тримав в ротовій порожнині дрібні камінці. Невпинно працюючи над своєю вимовою, він передбачав не лише регулярне тренування правильного мовлення, але і виховання в собі окремих якостей особистості, що допомогли подолати мовленнєві дефекти і набути навичок ораторського мистецтва [27, II, с. 530].

Вперше вчення про хвороби мовлення науково розробив Гален. Він ретельно визначив наукову термінологію хвороб мовлення, виділив у хворобах мовлення місцеві розлади і нервові ушкодження. На основі власних досліджень Гален розрізняє хвороби мовлення і голосу. На його думку причиною хвороб мовлення є порушення гортані і м'язів, які її рухають, а причиною хвороби голоса є враження язика або частин, що його оточують: зуби, губи, твердого і м'якого піднебіння, хоан і вуздечки самого язика. За Галеном, порушення цих частин артикуляційного апарату викликає то заїкання або недомовність, то який – небудь інший недолік мовлення [27, II, с. 514].

Аналізуючи й узагальнюючи найдавніші відомості, слід зазначити, що вчення про хвороби мовлення цієї епохи розвивалося за двома основними

напрямами. Одні вважали, що розлади мовлення – це зовнішні хвороби, які потребують хірургічного лікування, інші вбачали в них внутрішні хвороби.

Авіцена перший виділив заїкання, як хворобу, якій характерно повторення одного складу декілька раз перш ніж слово буде вимовлено. В своєму каноні Авіцена присвячує розділи розм'якшенню язика, його спазмів, вкороченню вуздечки і говорить про центральні враження мовлення і голосу. Як засіб лікування він пропонує застосовувати банки, мушки [27, II, с. 530].

Гарний знавець класичної літератури, особливо Гіпократ і Галена, Меркуріаліс в своєму трактаті (1583) зібрав все, що відомо було тоді в науці про хвороби мовлення. На основі цих даних і власного досвіду він написав трактат, який є першим науковим клінічним вкладом у вивчення заїкання. [56].

На межі XVII–XVIII ст. заїкання намагалися трактувати як результат недосконалості периферичного мовленнєвого апарату. Так, Санторіні вважав причиною заїкання наявність отвору в твердому піднебінні, через який, за його уявленнями, слиз просочується та ускладнює мовлення. Вутцер пов'язував це порушення з аномальним заглибленням у нижній щелепі, де під час руху нібито ховається кінчик язика. Ерве-де-Шегуан пояснював заїкання неправильним співвідношенням між довжиною язика і розмірами ротової порожнини або ж надто щільним його прикріпленням короткою вуздечкою [13, с. 252].

Інші дослідники вбачали причини заїкання у функціональних порушеннях мовних органів: судомному змиканні голосової щілини (Арнот, Шульте), надмірно швидкому видиху (Беккерель), спазматичному скороченні м'язів, що затримують мовлення в ротовій порожнині (Ітар, Чи, Диффенбах), а також у неузгодженості процесів мислення і мовлення (Блюмі). Меркель, своєю чергою, пояснював заїкання недосконалістю волі людини, яка впливає на силу м'язів мовленнєвого механізму [13, с. 253].

Частина науковців пов'язувала заїкання з порушеннями перебігу психічних процесів. Зокрема, Блюмі вважав, що заїкання виникає тоді, коли людина або мислить надто швидко і мовні органи не встигають за ходом думок, через що «спотикаються», або ж коли мовленнєві рухи, навпаки, випереджають мислення.

У результаті напруженого прагнення усунути цю невідповідність м'язи мовного апарату переходять у судомоподібний стан [13, с. 23–135].

На початку XIX ст. низка французьких дослідників, аналізуючи явище заїкання, пояснювали його різноманітними відхиленнями у діяльності як периферичних, так і центральних відділів мовленнєвого апарату [57].

В першій чверті XIX ст починаються з'являтися перші самостійні дослідження з патології мовлення. Так, в Германії видана в 1814 році робота Беме про хвороби голоса і мовлення. Майже в той же час в 1918 році Ітар вперше надрукував невелику, але достатньо вагому статтю про заїкання. Він вперше відокремив заїкання від інших порушень мовлення. На відміну від Меркуріаса, який змішував заїкання з літеральною дизартрією [27, II, с. 254].

Важливий внесок в розвиток науки про хвороби мовлення вніс Іосиф Франк. Порушення мовлення він пропонує ділити і називати, таким чином: хвороби голосу він називає – дисфоніями, що в свою чергу поділяються на парафонію і афонію; розлади артикуляційного мовлення називає дислаліями і поділяє їх на алалію (німоту) і могілалію (недомовність). [58].

В 1830 році 30 травня з'явилася перша значуща робота на той час Рудольфа Шультеса. Він перший зробив розмежування між заїканням і недомовністю. Недомовність на його думку, полягає в тому, що окремі звуки або зовсім не можуть бути вимовлені, або вимовляються неправильно; заїкання ж – це раптова неможливість вимовити слово або склад [27, II, с.514].

І. Сікорський у монографії «Про заїкання» широко і всебічно описав порушення усного мовлення при заїкуванні. Останнє він розглядав, як наслідок вразливої слабкості рухового центру мовлення, який зумовлює порушення рухів та судоми м'язів мовного апарату. І. Сікорський надавав велике значення в розвитку заїкання психофізичним факторам й поряд з «гімнастикою мовлення» вимагав у лікуванні психотерапевтичного впливу на хворого. Ця робота до теперішнього часу має цінність [27, I, с. 377]. .

До початку XX ст. усе різноманіття точок зору з розуміння механізму заїкання можна узагальнити в трьох теоретичних напрямках [13, с. 253-254]:

1. Заїкування трактувалося як спастичний невроз координації, що виникає внаслідок слабкості мовленнєвих центрів. Таке розуміння було чітко сформульоване у працях Г. Гутцмана та А. Куссмауля, а згодом отримало розвиток у дослідженнях І. Сікорського. Надалі ці вчені розглядали заїкування саме в контексті невротичних розладів.

2. Заїкання як асоціативне порушення психологічної природи розглядали Т. Непфнер і Е. Фрешельс. До прихильників цього напряму належала також А. Лібман. У межах даного підходу психологічне тлумачення механізмів заїкання отримало подальший розвиток.

3. Заїкання визначалося як підсвідомий прояв, що формується на ґрунті психічних травм та різноманітних конфліктів із соціальним оточенням. Прибічниками цієї теорії були А. Адлер і Шнейдер, які вважали, що заїкуватість, з одного боку, відображає прагнення особистості уникнути контактів із довкіллям, а з іншого — слугує засобом викликати співчуття з боку оточуючих через демонстрацію страждання.

Таким чином, наприкінці XIX – початку XX ст. постає думка, що заїкуватість – це складний психофізичний розлад.

Робилися спроби розглядати заїкання як невроз чекання, невроз страху, як симптом стану страху. Проте, механізм заїкання цілком не розгаданий. Дотепер механізм заїкання дослідники намагаються розглядати в різних аспектах: клінічному, фізіологічному, нейрофізіологічному, психологічному, лінгвістичному. Серед різних поглядів на сутність заїкання можна виділити наступні: заїкання – це мовне недорозвинення різного генезису, або це невроз чи неврозоподібний стан [1, с. 74, с.90].

На думку автора Б. Мезоні, мовні ускладнення залежать від різних умов: з одного боку, від типу нервової системи і, з іншого, від мовленнєвого середовища, від загального й мовного режиму. Перші прояви заїкання характеризуються по-різному зумовлені ефективною напруженістю, що супроводжує ще непосильну розумову операцію «пошуку» слова чи граматичної форми [2, с. 279-290].

Більшість вітчизняних учених, розробляючи проблему заїкання, відносять

його до неврозів. При цьому частина дослідників схильна розглядати заїкання як симптом неврозу, інша частина — як особливу форму загального неврозу. [13, с. 254].

Первинні порушення кіркової діяльності зумовлюють спотворення індукційних взаємин між корою та підкірковими структурами, а також розлад умовнорефлекторних механізмів, які регулюють активність підкіркових утворень. За умов порушеної коркової регуляції виникають збої темпу й плавності мовлення, однак ці прояви мають вже вторинний характер. Отже, у виникненні заїкання провідну роль відіграють порушення взаємодії нервових процесів, зокрема перенапруження їх сили та рухливості в корі головного мозку [14].

Нервовий зрив у діяльності кори великих півкуль може бути зумовлений, з одного боку, станом нервової системи та її «готовністю» до відхилень від норми, при цьому важливе значення має тип вищої нервової діяльності людини. З іншого боку, такий зрив може виникати під впливом несприятливих екзогенних чинників.

Прагнення вітчизняних учених розглядати заїкання з наукових позицій учення про неврози знайшло підтримку й за кордоном. Зокрема, у Чехословаччині цю позицію поділяли М. Зеєман, Ф. Досужков, Н. Досталова, А. Конделькова; у Болгарії — Д. Даскалов, А. Атанасов, Г. Ангушев; у Польщі — А. Митринович-Моджеєвська; у Німеччині — К. Беккер та інші дослідники [19, с. 30].

Вітчизняні науковці підходять до вивчення заїкання з діалектико-матеріалістичних позицій. Тому, попри різноманітність клінічних проявів заїкання, виділяючи як фізіологічні, так і психічні чинники, вони вважають первинними саме розлади фізіологічного характеру. На їхній основі формуються психологічні особливості заїкуватої особистості, які за принципом зворотного зв'язку, у свою чергу, сприяють погіршенню перебігу заїкання. Психологічні зміни, ускладнюючи клінічну картину порушення, нерідко виходять на перший план [11].

Таким чином, наведені положення дають підстави характеризувати заїкання як складний невротичний розлад. В одних випадках воно є наслідком порушення нервових процесів у корі головного мозку, розладу корково-підкіркової взаємодії

та єдиного авторегульованого темпу мовленнєвих рухів (голосу, дихання, артикуляції), що проявляється у вигляді мовленнєвих спазмів. Фіксація уваги на мовних труднощах посилює й ускладнює порушення нормального механізму формування мовленнєвого потоку. В інших випадках заїкання може бути результатом закріпленого рефлексу неправильного мовлення, який формується на ґрунті мовленнєвих труднощів різного походження.

У сучасній медицині отримали розповсюдження методи, основані на втручанні в процеси управління різними функціями організму [22]. В основі цього методу лежить уява про те, що мозок людини керує будь-яким м'язом, який посилає до нього по нервових волокнах сигнал та контролює результат за допомогою інформації, яка поступає від м'язи по іншим нервовим закінченням. Якщо результат відрізняється від очікуваного, то мозок посилає новий сигнал для «виправлення» отриманого результату. Цей процес здійснюється безперервно. Якщо відбувається збій в обміні інформацією між мозком й виконавчим органом, у даному випадку м'язом, то виникає розлад управління цим органом й розладом тієї функції, яку здійснював орган. [58].

Американському вченому Лі вдалося встановити, що у багатьох людей які заїкуються мовлення нормалізується при величині затримки, у середньому рівній 0,1-0,2 секунди. При цьому мовлення стає уповільненим та дещо розтягнутим. Тобто, важливим діючим початком методу є уповільнення мовлення, що досягається у даному випадку за допомогою втручання у систему управління артикуляційними рухами. Метод отримав широке розповсюдження у різних країнах [32].

Отже, ретроспективний аналіз і синтез вітчизняних і зарубіжних літературних джерел з проблеми виникнення заїкання свідчить, що стан усного мовлення цікавив людство у всі вікові епохи від найдавніших часів і до сьогодення. Люди мали уявлення про заїкання і намагалися його позбутися. Відтак, ця проблема є особливо важливою, проте в наш час складається набагато більше передумов для її вирішення.

1.3. Заїкання як темпо-ритмічне порушення мовлення у дітей молодшого шкільного віку

Сучасні науковці аналізують заїкання з різних наукових позицій, зокрема клінічної (М. Шеремет, Є. Соботович), фізіологічної (В. Тарасун, О. Усанова), нейрофізіологічної (І. Мартиненко, О. Федоренко), психологічної (І. Мартиненко, О. Федоренко) та лінгвістичної (О. Тараненко, Л. Федоренко). Дослідники Л. Белякова, О. Дьякова, В. Селіверстов трактують заїкання як складне психофізичне порушення, основною ознакою якого є розлад темпо-ритмічної організації мовлення, зумовлений судомним станом м'язів мовленнєвого апарату [13, с. 252].

До мовленнєвих порушень, характерних для заїкання, належать різноманітні відхилення плавності мовлення, своєрідні зміни ритму, темпу та мелодики висловлювання. Як зазначають Є. Соботович, В. Тарасун, М. Шеремет, у процесі усного мовлення інтонаційні структури й плавність вимови регулюються ритмом, який тісно пов'язаний із темпом. Мовленнєвий ритм має фізіологічне підґрунтя, співвідноситься зі смисловим наповненням висловлювання та виконує важливу комунікативну функцію.

Наукові праці, присвячені проблемі заїкання (Є. Соботович, В. Тарасун, М. Шеремет, О. Ткаченко, І. Садовнікова, О. Чеботарьова, Л. Федоренко, Л. Копачевська та ін.), дають підстави стверджувати, що порушення плавності мовлення зумовлює дискоординацію всього мовленнєвого акту. При цьому провідною є деформація темпу й ритму мовлення, яка спричиняє порушення різних компонентів інтонації: паузації, наголосу, мелодики, динамічної гармонії [59].

Темпо-ритмічна організація та інтонація усного мовлення виступають стрижневими елементами, що інтегрують і координують усі складові мовленнєвої діяльності (В. Тарасун, Л. Федоренко). Первинна несформованість у дітей із заїканням темпо-ритмічної та мелодико-інтонаційної сторони мовлення зумовлює появу вторинних порушень. У дослідженнях М. Шеремет, О. Ткаченка, І. Садовнікової, Є. Соботович, Л. Копачевської, В. Тарасуна наголошується на

необхідності диференціації заїкання на невротичну та неврозоподібну форми, психолого-педагогічна характеристика яких має низку специфічних особливостей (див. таблицю 1.3.)

Таблиця 1.3

Показники психічного і фізичного розвитку при різних формах заїкання

Показники	Невротичне заїкання	Неврозоподібне заїкання	Неврозоподібне заїкання з невротичними нашаруваннями
Психомоторний розвиток в перші 2 роки життя	Різний, часом прискорений	Із затримкою	Із затримкою
Психомоторний розвиток у 3-4 роки	Різний, часом прискорений	Із затримкою	Із затримкою
Розвиток навичок самообслуговування	Без помітних відхилень	Із затримкою	Із затримкою
Ліворукість	Як в популяції	Часто	Часто
Мовленнєва патологія у близьких родичів	Рідко	Часто	Часто
Час і обставини виникнення заїкання	Після психотравми у будь-якому віці, але, як правило, у 3-7 років	В період становлення мовлення	Невротичні нашарування в 12-15 років

Для цього порушення мовлення типовими є судомні явища, що виникають під час мовленнєвого акту. Їх середня тривалість коливається від **0,2 с до 12,6 с**, а у тяжких випадках може сягати **90 с**. Судоми класифікують за формою (тонічні,

клонічні, змішані), локалізацією (дихальні, голосові, артикуляційні, змішані) та частотою прояву.

Тонічні судоми проявляються у вигляді короткого поштовхоподібного або тривалого спастичного скорочення м'язів, що супроводжується підвищенням тонусом (дитина...). Клонічні судоми характеризуються ритмічним повторенням однакових судомних рухів із менш вираженою напругою м'язів, наприклад: *ди-ди-дитина*. Залежно від того, в яких органах мовлення вони переважають, розрізняють дихальні, голосові та артикуляційні судоми.

При заїканні виокремлюють три форми порушення дихання: **експіраторну** (судомний видих), **інспіраторну** (судомний вдих) та **респіраторну** (судомний вдих і видих, часто із розривом слова) [1, с. 55].

Судоми голосового апарату мають такі прояви: **змикальна форма**, коли судомно зімкнуті голосові складки не можуть своєчасно розімкнутися, унаслідок чого голос раптово обривається або виникає коротка чи тривала судома, що зумовлює переривчастий або поштовхоподібний звук; **розмикаюча форма**, за якої голосова щілина залишається відкритою, що призводить до повної відсутності голосу або шепітного мовлення; а також **вокальна форма**, характерна для дітей і проявляється у протягуванні голосних звуків у словах [60].

В артикуляційному апараті спостерігаються губні та язикові судоми, які найчастіше виникають під час вимови вибухових приголосних [к, г, п, б, т, д]; рідше і з меншою напругою — при щілинних звуках. Під час вимови дзвінких приголосних судоми виникають частіше, ніж при глухих, особливо у поєднанні з голосними, а також на початку слова, фрази або абзацу.

Заїкання супроводжується також порушенням словесного наголосу, інтонації та ритму мовлення. Мова стає уривчастою, з безпідставними паузами й повторами, змінюється її гучність і темп, а також сила, висота та тембр голосу. Характерними є й різноманітні порушення мовленнєвої та загальної моторики, що можуть мати як насильний, так і мимовільний характер у вигляді так званих уловок. До них належать допоміжні рухи, які використовують заїки з метою маскування або полегшення складної вимови. Часто відзначається загальне

моторне напруження, скутість рухів або, навпаки, рухова неспокійність, розгальмованість і порушення координації [13, с. 264].

Починаючи з 70-х років у науковій літературі широко висвітлюються клінічні картини заїкування та їх причини. Аналіз науково-методичної літератури свідчить, що заїкування виникає внаслідок сукупності екзогенних й ендогенних факторів. У сучасний період виділяють дві групи причин: *сприяючі* «підґрунтя» та *зумовлюючі* «поштовхи», але окремі етіологічні фактори можуть як сприяти розвитку заїкання, так і викликати його [13, с. 261]. До *сприяючих причин* відносяться такі:

- невропатична обтяженість батьків (нервові, інфекційні і соматичні захворювання та інші);
- невропатичні особливості того хто заїкується (нічні страхи, енурез, підвищена роздратованість, емоційна напруга);
- конституційна схильність (захворювання вегетативної нервової системи та підвищена чутливість вищої нервової діяльності);
- спадкова обтяженість (заїкання розвивається на підґрунті вродженої слабкості мовного апарату, яка може передаватися від батьків в якості рецесивної ознаки);
- ураження головного мозку у різні періоди розвитку під впливом багатьох шкідливих факторів: внутрішньоутробні й пологові травми, асфіксія.

Причини можуть викликати різні патологічні зрушення у соматичній та психічній сферах, що призводять до затримки або мовленнєвих розладів та сприяють розвитку заїкання [13, с. 261].

До несприятливих умов відносяться:

- фізична слабкість дітей;
- вікові особливості діяльності мозку;
- прискорений розвиток мовлення (3-4 роки), коли її комунікативна, пізнавальна та регулююча функції швидко розвиваються під впливом спілкування з дорослими;
- прихований психічний комплекс неповноцінності дитини, як наслідок

- конфлікту між вимогами середовища й ступенем його сприйняття;
- недостатність емоційних контактів між дорослим та дитиною;
 - недостатність розвитку моторики, почуття ритму, міміко-артикуляторних рухів.

При наявності однієї з перерахованих причин достатньо одного якогось надзвичайного подразника, щоб викликати нервовий зрив і заїкання. До групи *зумовлюючих причин* відносять анатоמו-фізіологічні, психічні та соціальні (див. Таблиця 1.3.1.).

Таблиця 1.3.1

Вплив соціальних, психічних і соматичних факторів на характер проявів різних видів заїкання

Фактори	Невротичне заїкання	Неврозоподібне заїкання	Неврозоподібне заїкання з невротичними нашаруваннями
Страх мовлення	Обов'язково для логофобічного заїкання	Немає. Заїкання наростає при психомоторному збудженні	Як при неврозоподібному, потім приєднується тривога і страх мовлення в присутності незнайомих людей
Посилена фіксація на мовленні	Типова	Ні	Зустрічається часто
Вплив психотравм	Різко погіршує мовлення	Впливає мало	Впливає періодично
Несподівана зміна ситуації	Різко погіршує мовлення	Не має великого значення	Погіршує мовлення

Соматичні захворювання	Не впливає	Посилює	Посилює
Велике мовне навантаження	Погіршує мовлення залежно від психотравмуючої ситуації	Посилює	Посилює
Органічне ураження головного мозку	Суттєво не погіршує	Різко посилює	Посилює
Фізичне ослаблення	Не впливає	Різко посилює	Посилює
Емоційно – вольова незрілість	Суттєво не впливає	Заважає подоланню мовного дефекту	Заважає подоланню мовного дефекту

Анатомо-фізіологічні чинники включають фізичні захворювання з енцефалітними ускладненнями, родові травми, органічні ураження головного мозку, перевантаження нервової системи, а також наслідки перенесених хвороб — кору, рахіту, кашлюка, порушень діяльності ендокринної системи та обміну речовин. До цієї групи належать також захворювання носа, глотки й гортані, а також затримка мовленнєвого розвитку при дизартрії та дислалії [19, с. 17].

Психічні та соціальні причини пов'язані з психічними травмами різної тривалості: короткочасними (переляк, страх) і тривалими (неправильні умови сімейного виховання, хронічні конфліктні переживання, гострі тяжкі психічні травми, порушення формування мовлення в дитячому віці). Виділяють дві форми психічної індукції, що можуть стати поштовхом до виникнення заїкання: **пасивну**, коли дитина мимоволі починає заїкуватися, слухаючи мовлення заїкуватої людини, та **активну**, коли вона свідомо наслідує таке мовлення. До

чинників ризику також належить перевчання ліворукості. Негативний вплив має і неправильне ставлення з боку батьків та педагогів, зокрема надмірна суворість і підвищена вимогливість [13, с. 262].

Симптоматика заїкання на сьогодні вивчена досить ґрунтовно. Ще у **1889 році** І. Сікорський у праці «Заїкання» вперше подав розгорнутий опис основних проявів цього мовленнєвого порушення. Заїкання відзначається значною неоднорідністю у своїх проявах. У деяких дітей воно починається з повної втрати мовлення, що часто пов'язано з сильним переляком: дитина мовчить кілька днів, після чого з'являються заїкання. В інших випадках, навпаки, спочатку спостерігається легке й нестійке заїкування, яке з часом поступово посилюється [19, с. 16].

Порушення темпу, ритму та плавності мовлення проявляються у вигляді вимушених і раптових зупинок та пауз. Причиною таких переривань є судомні скорочення в окремих ланках периферичного мовного апарату — дихальній, голосовій або артикуляційній. Найчастіше судоми виникають на початку слова чи фрази.

Судоми поділяються на **два основні типи — клонічні та тонічні**. **Клонічні судоми** виявляються в мовленні у вигляді легкого, проте багаторазового повторення одного й того самого слова або, найчастіше, його першого складу. **Тонічні судоми**, навпаки, характеризуються тривалими паузами на початку слова; їх тривалість може коливатися **від кількох секунд до однієї хвилини**. При цьому вимовлювані слова ніби з великим зусиллям «виштовхуються» дитиною [61].

У результаті судом порушується плавність мовлення. Темп мовлення стає зміненим: частіше всього швидкий, але швидкий темп мовлення переривається примусовими паузами. Чим частіші й довші судоми, тим тяжкіше заїкування. Судоми поділяються на клонічні, тонічні та змішані. Диференціюються на дихальні, голосові та артикуляційні види. Найчастіше спостерігаються судоми м'язів губ і язика [21, с. 153].

Розвиток заїкування характеризується новими проявами: з'являються не тільки судоми у ділянці мовного апарату, але і судомні рухи в інших м'язах тіла,

які теж є мимовільні, насильницькими й мають назву супровідних. Супровідні рухи можуть носити різноманітний характер: при одних дитина відкидає голову назад чи вбік, другі – нахиляють її, треті – закривають очі. Найчастіше насильницькі рухи спостерігаються у ділянці м'язів обличчя, шиї й рук. Страх перед насміханнями оточуючих примушує дитину із заїканням робити різноманітні хитрощі: це так названі допоміжні рухи і мовленнєві хитрощі. Допоміжні рухи відрізняються від супутніх рухів тим, що заїкуватий за допомогою їх намагається полегшити собі вимову „важкого” звуку, слова, а іноді приховати свій недолік від співрозмовника швидким темпом мовлення, тихим голосом, нечіткою вимовою [21, с. 154].

Розрізняють три ступені заїкування: легка – коли заїкання проявляється лише в збудженому стані й при швидкому висловлюванні; середня – у спокійному стані й звичайному оточенні говорить легко і мало заїкується, але у підвищеному емоційному стані проявляється сильне заїкання; важка – заїкується дитина впродовж всієї розмови, постійно, з супровідними рухами. [62].

Виділяють такі типи протікання заїкання: постійний – заїкання, виникнувши, проявляється постійно у різних формах мовлення й ситуаціях; хвилеподібне – заїкання то підсилюється, то слабшає, але до кінця не зникає; рецидивуюче – зникає, але потім з'являється знову після довгого періоду мовлення без заїкання [13, с. 268] (див. Таблиця 1. 3.2.).

Таблиця 1.3.2

Критерії оцінювання для невротичної та неврозоподібної форм

(за Ю. Рібцун)

Критерії оцінки		Логопедичний висновок	
		З а ї к а н н я	
		<i>невротичне</i>	<i>неврозоподібне</i>
Виникнення	Строки	2-6 р.	3-4 р.
	Умови	біологічні	без видимих
		психологічні	зовнішніх причин
		на фоні розвиненого	

			фразового мовлення внаслідок переляку, хронічної психічної травматизації	
		соціальні	внаслідок раннього (1,5-2 р.) активного введення у спілкування другої мови чи кількох мов одночасно	
		характер	гостро	поступово
Анамнестичні дані	патологія внутрішньоутробного розвитку та пологів		відсутня	наявна
	органічне ураження центральної нервової системи		відсутнє	наявне, резидуального характеру; залишкові явища ураження моторних систем мозку
	характер мовленнєвого розвитку		ранній; фразове мовлення наявне до появи порушення	затриманий; виикнення порушення співпадає з появою фразового мовлення
	мовленнєва патологія у близьких родичів		нечаста	часта
	ранній психомоторний розвиток		прискорений	із затримкою

Рухова сфера	загальна характеристика	без особливостей	рухова незграбність, скутість, в'ялість мимики, одноманітність рухів; найбільше страждає динамічний праксис
	ліворукість	як у популяції	часта
Навички самообслуговування		без помітних відставань	із затримкою
Емоційно-вольова сфера	характерологічні особливості	підвищена тривожність, вразливість, коливання настрою, плаксивість; страхи; невротичний енурез	непосидючість, неслухняність, неуважність, агресивність
	посилена фіксація на мовленні	типова	відсутня
	страх мовлення	обов'язковий для логофобічного заїкання	немає; заїкання зростає внаслідок психомоторного збудження
Протікання заїкання		хвилеподібне	досить постійне, з періодами погіршення
Супутні рухи		часті, мінливий характер	дуже часті, стереотипні
Симптом Фрешельса (роздування крил носа)		постійний	періодичний

Мовленнєва діяльність	загальна характеристика	незрілість артикуляторних механізмів сполучається випередженням розвитку лексичної та граматичної складових	обмежена рухливість артикуляційного апарату, згіперсалівація, у порушення мовленнєвого дихання, відставання в розвитку лексичної та граматичної складових; діапазон мовленнєвих порушень коливається від ФФНМ до ЗНМ (III рівень мовленнєвого розвитку)
	звуковимова	без особливостей	часта дислалія, іноді дизартрія
	фіксація на „важких” звуках	яскраво виражена	виражена неяскраво
	локалізація судом	у дихальному та / чи в голосовому апараті	в артикуляційному апараті
	темп мовлення	може бути різним	тахіталія
	ітерації	дуже часті	часті
	виразність мовлення	може бути різною	низька, приглушеність
	емболофразія	часта	постійна
	мовленнєва	різко знижена	як правило,

	активність		підвищена
	мутизм	частий – тривалістю від 1-2 хв. до 1 доби після гострої психотравми	відсутній
	можливість плавного мовлення	за умов емоційного комфорту, наодинці, при відволіканні активної уваги від процесу говоріння	за умов привертання уваги до процесу говоріння, залучення особистого контролю за мовленням
Чинники впливу	значне мовленнєве навантаження	різко погіршує мовлення	посилює заїкання
	раптова зміна ситуації, адаптація в новому колективі	різко погіршує мовлення, погано переноситься	не має великого значення
	фізична ослабленість	суттєво погіршують мовлення	не посилюють заїкання
	соматичні захворювання		
	емоційно-вольова незрілість		
	Динаміка протікання	рецидивуюче	прогресивне
	Цілеспрямованість у подоланні мовленнєвих порушень	зазвичай висока	різко знижена

Для полегшення диференційної діагностики заїкання у таблиці виділені і описані критерії оцінювання для невротичної та неврозоподібної форми.

Неоднорідність клінічних проявів, мовленнєвих розладів, великий віковий

діапазон, різні особливості особистості хворих, які страждають на заїкування, потребують участі представників різних спеціальностей, а саме: логопедів, психологів, фізіологів, невропатологів, психіатрів в дослідження цієї проблеми, пошуку різних методик к подолання заїкання та його класифікації [29, с. 120]. У зв'язку з цим, виникають різні класифікації: по ступеню, типу, локалізації мовних судом (феноменологічна класифікація), по виразності комунікативних порушень (психологічна класифікація), по ступеню успіху оволодіння логопедичними навиками (педагогічна класифікація) та інші.

В 20-х і роки ХХ-го століття склався динамічний підхід, якій виділяв в еволюції заїкання форми, які притаманні його протіканню. Фахівці виділяли більше п'яти різних форм заїкання [29, с. 121]. Ця класифікація використовується в сучасній логопедичній практиці. Клінічні спостереження останніх років дали основу поділити протікання заїкання у віковому аспекті на два основні варіанти – сприятливий (коли заїкання проходить до підліткового віку) і несприятливий (коли заїкання остається у підлітковому та дорослому віці). Клінічний підхід до заїкання полягав у розгляді його як неврозу – як чисто функціонального розладу. Але поступово накопичувалися факти, які свідчили про патогенетичний зв'язок значної частини випадків заїкання з церебро-органічною недостатністю ЦНС. Так у 30-ті роки науковцем Н. Самійленко була показана різниця в рівні загально моторного розвитку у різних групах дітей –«логоневротиків» та обґрунтована необхідність проведення з ними диференційних логоритмічних й мовленнєвих занять з врахуванням виявленої різниць. Це було початком клінічної диференціації заїкання з метою зробити диференційний підхід до їх лікування (див. Таблиця 1.3.3.).

Таблиця 1.3.3

Клінічна характеристика різних форм заїкання

Ознака	Невротичне заїкання	Неврозоподібне заїкання	Неврозоподібне заїкання з невротичними

			нашаруваннями
Розвиток мовлення	Нормальний або прискорений	Нерідко сповільнений	Нерідко сповільнений
Мовленнєва активність	Різко знижена	Як правило, підвищена	Висока до появи невротичних нашарувань, потім падає
Локалізація судом	Переважно дихально-вокальні	Переважно в артикуляційному апараті	У всіх групах м'язів, пов'язаних з мовленням
Характер судом	Тонічні, тоно-клонічні	Клонічні, клоно-тонічні	Клонічні, клоно-тонічні
Порушення мовленнєвого дихання	Часто, різко виражене	Рідше, виражене слабше	Рідше, виражене слабше
Темп мовлення	Різноманітний	Тахілалія	Тахілалія
Звуковимова	Без особливостей	Часто дислалія, інколи дизартрія	Різноманітна
Виразність мовлення	Різна	Невиразна, монотонна, приглушена	Невиразна, монотонна, приглушена
Психомоторика (включаючи логомоторику)	Без виразних особливостей	Незграбність, поганий почерк, в'яла міміка, скованість та одноманітність рухів	Різна, але частіше схожа на неврозоподібне
Роздування крил	Характерно	Не постійно	Не постійно

носа під час мовлення (с-м Фрешельса)			
Супутні рухи	Часті, їх характер мінливий	Дуже часто, стереотипні	Постійні і частіше одноманітні
Гіперкінези під час мовлення	Відчутні	Часто	Часто
Фіксація на важких звуках	Виражена	Слабша ніж при невротичному заїканні	Більш або менш виражена
Перебіг заїкання	Хвилеподібний, вираженість залежить від вираженості психотравмуючих переживань	Більш або менш постійний з періодами погіршення, що залежать від степені перервтомі, мовного навантаження, соматичного стану	Залежить від психо – фізичного стану, тому хвилеподібний
Дислексія, дисграфія, дискалькулія	Рідко	Часто	Часто
Особиста реакція на дефект мовлення	Виражена	Не виражена	Мінлива
Цілеспрямованість у подоланні дефекту	Звичайно висока, інколи надмірна	Різко знижена	Недостатня

На початку 70-х років В. Ковальовим та його співробітниками була розроблена концепція про невротичне й неврозоподібне заїкання у дітей та підлітків, обґрунтована на основі патогенетичного розрізнення цих двох клінічних форм заїкання. Тим самим була розроблена наукова основа для розробки клінічної типології заїкання. Дослідження співробітників Лабораторії патології мовлення підтвердили правомірність цього клінічного підрозділу у корекції заїкання [13, с. 91].

За анатомо-фізіологічними ознаками виділили дві групи дітей: 1) діти з паллідарним синдромом, коли відмічається психофізична затримка, скованість, особистісні порушення, порушення контакту з оточуючими, діти сумні, не приймають участі в іграх; 2) діти з стріарним синдромом, у яких спостерігається фізична загальмованість, нервово-психічні порушення [13, с. 111]. Таким чином, питання класифікації заїкання розглядаються різними вченими з різних позицій і кожна з них має право на існування, так як має свою наукову обґрунтованість.

1.4. Психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку з заїкуванням

У класичних, традиційних і сучасних наукових дослідженнях наголошується на тісному зв'язку заїкання з психофізичним станом дитини, цілісними особливостями її особистості, а також з її ставленням і установками щодо оточення (С. Конопляста, О. Рау та ін.). Доведено, що виникнення стресу в комунікативній ситуації сприяє формуванню в дитини ставлення до процесу спілкування як до проблемного (О. Рау) [63].

Логофобія виникає вже на рівні самої думки про мовлення і є одним із провідних та найбільш поширених механізмів невротичного заїкання. Водночас при неврозоподібному заїканні виявляють ознаки органічного ураження головного мозку. Ступінь тяжкості заїкання визначається здатністю дитини володіти плавним мовленням у різних умовах мовленнєвого навантаження або рівнем фіксації на власному дефекті з урахуванням вираженості невротичних порушень [64].

На думку багатьох дослідників, мовленнєвого порушення як ізольованого явища не існує: воно завжди охоплює особистість і психіку конкретної людини. Вплив мовленнєвого дефекту на розвиток і життя дитини залежить від його природи, ступеня вираженості, а також від того, як сама дитина ставиться до свого порушення [27]. Оскільки заїкання є складним психофізичним розладом, що охоплює весь організм, воно неминуче відбивається, у тій чи іншій мірі, на вищих психічних функціях, які доцільно розглянути окремо.

Відчуття. Мовленнєві затинання, як судомного, так і несудомного характеру, на початковому етапі стають для дитини об'єктом відчуттів — первинного пізнавального процесу, за допомогою якого людина отримує інформацію з зовнішнього й внутрішнього середовища. Запинки в мовленні відображаються в мозку у формі кінестетичних, тактильних або слухових образів. Важливу роль при цьому відіграє поріг відчуття, тобто мінімальна сила подразника, що викликає усвідомлене відчуття. У зв'язку з цим можна припустити, що початкові прояви мовленнєвих затинань або їх слабка вираженість перебувають нижче порога відчуттів («підпорогове відчуття»). Саме тому перші реакції дитини на дефект є неусвідомленими, емоційно нейтральними, супроводжуються мимовільною увагою, без цілеспрямованості та вольових зусиль, а дії щодо їх подолання мають характер неусвідомлених охоронних чи коригувальних рухів [27, с. 109].

Унаслідок багаторазового повторення мовленнєвих затинань їх сприймання поступово стає для дитини більш чітким і цілісним. Формується розуміння того, що її мовлення відрізняється від мовлення інших: воно є неплавним, переривчастим, із запинаннями, яких раніше не було, і що в даний момент щось заважає вільно говорити та рухати органами артикуляції.

Сприйняття. На відміну від відчуттів, сприйняття завжди має цілісний і предметний характер, поєднуючи сигнали від різних аналізаторів. Його основними властивостями є вибірковість, цілісність і константність. У випадку заїкання вибірковість сприйняття визначається усвідомленою зосередженістю дитини саме на власних мовленнєвих затинаннях. Саме вони стають предметом первинного сприйняття, оскільки відрізняють мовлення дитини від мовлення

однолітків і дорослих, з'являються як несподівані перешкоди, виникають раптово і незрозуміло, привертають увагу оточення, не піддаються негайному подоланню і не зникають самостійно.

Поступово сприйняття власних мовленнєвих запинок розширюється за рахунок внутрішнього та зовнішнього усвідомлення всього, що супроводжує їх прояв. На сталість (константність) сприйняття дефектного мовлення впливають уявлення, які формуються на основі попереднього досвіду, усвідомлення й осмислення випадків неправильної мови. Сприйняття свого мовленнєвого дефекту може бути повним або частковим, глибоким чи поверхневим, точним або викривленим, що зумовлює різне ставлення заїкуватих до власного порушення та необхідність диференційованого, індивідуального підходу до їх психологічного вивчення і корекційної роботи [24, с. 125].

Уявлення. Уявлення як наочні образи предметів і явищ, що вже сприймалися раніше, формуються на основі відчуттів і сприйняття. Вони є менш яскравими й деталізованими, ніж безпосередні сприйняття, відзначаються мінливістю, проте мають узагальнений характер і дають змогу виділити головні, суттєві ознаки. У дітей із заїканням уявлення про власне неправильне мовлення пов'язані як із самим дефектним мовленням (складнощами його породження, частотою та формами мовленнєвих затинань, залежністю їх проявів від виду мовленнєвої діяльності або умов спілкування), так і з його наслідками — особливостями ставлення оточення, власним ставленням до інших, рівнем самооцінки тощо [27, с. 92].

Пам'ять як психічний процес, що полягає в запам'ятовуванні, збереженні та подальшому відтворенні пережитого, сприйнятого або виконаного, відіграє істотну роль у формуванні у дитини уявлення про заїкання як про мовленнєвий дефект. На відміну від сприйняття, яке існує лише в момент дії подразника, пам'ять утримує сліди минулого досвіду: відчуттів, сприйнять, уявлень і понять. Уявлення про власні мовленнєві затинання та пов'язані з ними обставини на початкових етапах переважно фіксуються у мимовільній пам'яті [13, с. 56].

У процесі зростання потреби та зусиль, спрямованих на подолання

мовленнєвих труднощів, дедалі більшого значення набуває довільна пам'ять. Саме вона дає змогу заїкуватим засвоювати й використовувати у мовленнєвій практиці різноманітні допоміжні засоби — звукосполучення, слова, рухи, що полегшують мовлення або маскують дефект і відомі в науковій літературі як мовні емболи чи рухові виверти [65].

Мислення. Мислення бере участь у кожному акті пізнавальної діяльності, оскільки розумова оцінка сприйнятого й відчутого передбачає їх співвіднесення з уже наявним досвідом і знаннями. Завдяки цьому мислення об'єднує окремі відчуття у цілісні уявлення про мовленнєві затинання, формує поняття про власне дефектне мовлення, особливості його проявів і вплив на соціальне становище дитини із заїканням [27, с. 43].

Мислення як абстрактна форма відображення дійсності дозволяє людині не лише сприймати світ у вигляді образів, а й встановлювати закономірності та зв'язки між явищами. Його характерними ознаками є узагальненість та опосередкованість. Поняття про неправильне мовлення формуються у дітей поступово й неоднаково, у міру накопичення особистого досвіду [13, с. 69]. Першим джерелом таких понять виступають самі мовленнєві затинання, що ускладнюють спілкування, викликають невдоволення і переживання через неможливість повноцінно реалізувати комунікативні потреби. Другим важливим джерелом є реакція соціального оточення: образливе або неприйнятне ставлення, нереалізовані бажання, безуспішні спроби самостійно подолати або приховати дефект. Усе це формує уявлення заїкуватих про своє мовлення, про себе та про своє місце в колективі. Зазначені поняття взаємопов'язані за подібністю, контрастом і суміжністю та значною мірою залежать від соціального середовища, у якому перебуває дитина.

Формування понять, а також побудова на їх основі суджень і умовиводів здійснюються за допомогою таких розумових операцій, як аналіз, синтез, порівняння, абстрагування та конкретизація [66]. Оціночні поняття і судження щодо власного мовлення та себе як носія мовленнєвого дефекту визначають, з одного боку, ставлення дитини до себе, до оточення й оцінок інших, а з іншого —

її поведінку в колективі.

Уява, як форма мислення, полягає у створенні нових образів на основі минулого досвіду й уже сформованих понять. Якщо сприйняття відображає теперішнє, пам'ять — минуле, то уява спрямована на майбутнє. Негативний досвід минулих мовленнєвих ситуацій формує у заїкуватих не лише певні уявлення й поняття про власне мовлення та себе, а й образи майбутніх комунікативних ситуацій, передбачення і очікування мовленнєвих затиань у конкретних умовах чи видах мовленнєвої діяльності [22].

Очікування і передбачення пароксизмів заїкання є типовим симптомом для заїкуватих і породжує невпевненість у власних мовленнєвих можливостях, а за механізмом самонавіювання часто провокує самі пароксизми. Уява тісно пов'язана з емоційною сферою: залежно від переживань, вона може формувати як негативні картини майбутнього, так і спричиняти сильні емоційні реакції. Постійне уявне програвання майбутніх мовленнєвих труднощів здатне викликати інтенсивні негативні емоції й призводити до патологічних змін психіки [14].

Поєднання очікування мовленнєвих зривів із негативними емоціями формує стан напруженого, тривожного чекання, що сприяє виникненню мимовільних уявлень про неприємні мовленнєві ситуації. Подальше поглиблення цього процесу веде від простого передбачення затиань до страху мовлення і, зрештою, до нав'язливих страхів — логофобії [27, с. 45].

Емоції. Почуття. Вольові зусилля. Заїкування (як ніяке інше мовленнєве порушення) викликає особливо гостре емоційне реагування індивідуума на свій дефект. Можна думати, що це пов'язано з відсутністю ясних, зрозумілих і конкретних причин його виникнення. І дійсно, крім мовленнєвих труднощів, дитина, що заїкається, не відчуває якихось фізичних чи інтелектуальних недоліків. Інтереси, потреби і різноманітні здібності заїкуватих дітей нітрохи не нижче, ніж у їхніх однолітків [21, с. 163].

Відомо, що емоції і почуття (як психологічний процес) виражаються в людини переживаннями (усередині) і мімікою, пантомімікою, вокальною мімікою, рядом вегетативних явищ (зовні). Емоції і почуття у формі переживань

відбивають не самі предмети і явища, а відносини, у яких вони знаходяться до людини. Прийнято вважати, що емоції (як більш проста структура, пов'язана з відчуттями) регулюють взаємини людини як організму із середовищем, а почуття (як більш складна структура, пов'язана з мисленням і поняттями людини) визначають її взаємини як особистості з іншими людьми, із суспільством [13, с. 128].

Емоції. Почуття. Вольові зусилля.

Заїкання, як жодне інше мовленнєве порушення, зумовлює особливо виражену емоційну реакцію дитини на власний дефект. Це, ймовірно, пов'язано з відсутністю чітких, зрозумілих і конкретних причин його виникнення. При цьому, окрім мовленнєвих труднощів, дитина, що заїкається, зазвичай не відчуває фізичних чи інтелектуальних обмежень. Її інтереси, потреби та різноманітні здібності не поступаються рівню розвитку однолітків [21, с. 163].

Відомо, що емоції та почуття як психологічні процеси проявляються внутрішніми переживаннями, а зовні — мімікою, пантомімікою, вокальною експресією та різними вегетативними реакціями. У формі переживань вони відображають не самі предмети чи явища, а ставлення людини до них. Прийнято вважати, що емоції, як відносно прості психічні утворення, пов'язані з відчуттями й регулюють взаємодію людини як біологічного організму з навколишнім середовищем, тоді як почуття, будучи складнішими і тісно пов'язаними з мисленням та поняттями, визначають взаємини особистості з іншими людьми й суспільством загалом [13, с. 128].

Емоції та почуття є формою безпосереднього переживання дійсності, що зазвичай характеризується відносно невеликою тривалістю та інтенсивністю. Разом із тим вони можуть трансформуватися у більш тривалі й глибокі психічні стани. Як психічний процес, емоції тісно пов'язані з відчуттями: відчуття сигналізує про наявність зовнішнього чи внутрішнього подразника, а емоційне переживання, нерозривно з ним пов'язане, надає оцінку його значущості — корисності чи шкідливості, приємності чи неприємності [27, с. 105].

Увага. Говорячи про фіксованість заїкуватих на власному мовленнєвому дефекті, зазвичай мають на увазі особливості уваги, які можуть бути притаманні їм у різному ступені. Відчуття, сприйняття, пам'ять, мислення, емоції, почуття, вольові зусилля та дії за організуючої ролі уваги стають більш чіткими, повними, усвідомленими й продуктивними, а іноді й якісно змінюються. Аналогічну функцію увага як психологічний чинник виконує і в процесі формування та розвитку фіксованості заїкуватих на своєму дефекті: вона підсилює, розширює та трансформує відображення мовленнєвого порушення у психічних процесах, станах, особистісних властивостях і поведінці дитини [27, с. 106].

Отже, аналізуючи психологічні особливості дітей із заїканням, більшість авторів зазначає, що поряд із відставанням у розвитку рухових умінь, загальної та мімічної моторики, орального праксису, їм властиві підвищена дратівливість,

вередливість, сором'язливість, різною мірою порушення мовно-мисленнєвої та емоційно-вольової сфер, схильність до усамітнення, фіксація на власному дефекті, почуття неспроможності. Саме це спонукає дослідників, поряд із використанням загальноновизнаних методів діагностики й корекції заїкання, шукати інноваційні підходи до подолання цього мовленнєвого порушення, максимально залучаючи компенсаторні можливості організму дитини.

Висновки до першого розділу

На основі теоретичного аналізу наукових праць, представлених у психолого-педагогічній літературі, було розкрито сутність понять «темп» і «ритм» мовлення, їх різновиди та особливості вивчення в логопедії. Заїкання у працях багатьох дослідників розглядається як порушення темпо-ритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату та таким, що супроводжується провідним порушенням комунікативної функції.

Мовлення трактується як складна форма психічної діяльності людини, соціальна за походженням і системна за своєю будовою (Є. Соботович, В. Тарасун, О. Усанова, М. Шермет та ін.). Заїкання при цьому визначається як один із найбільш тяжких психофізичних мовленнєвих розладів, що зазвичай виникає в дитячому віці — у період інтенсивного формування мовленнєвої функції (від **2 до 6 років**), і за відсутності своєчасної допомоги та при хронізації патологічного процесу може зберігатися протягом тривалого часу. У зв'язку з цим низка авторів розглядає його як еволюційне або заїкання розвитку (К. Беккер та ін.).

Заїкання, що виникає в дошкільному віці, у науковій літературі трактується як самостійне мовленнєве порушення, на відміну від симптоматичного або «вторинного» заїкання, яке спостерігається при органічних ураженнях головного мозку чи різних нервово-психічних розладах. З огляду на складність цього дефекту та серйозні наслідки, до яких він може призводити, проблема своєчасного виявлення й корекції заїкання має надзвичайно важливе значення.

Процес реформування сучасної шкільної освіти, що ґрунтується на засадах дотримання прав людини, передбачає розвиток інтегративних підходів у навчанні дітей із мовленнєвими порушеннями. Це, у свою чергу, стимулює пошук і

впровадження інноваційних методів у логопедичній практиці, спрямованих на ефективне виявлення та подолання заїкання у школярів.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕМПО-РИТМІЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАЇКАННЯМ

2.1. Дослідження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку

Діагностика мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку має на меті допомогти педагогам та батькам правильно організувати логопедичну роботу з дитиною. Теоретичною основою діагностики є гуманістична психологія, яка розглядає навчально-виховний процес через призму особистісно орієнтованого підходу. Тому діагностику мовленнєвого розвитку слід розглядати як комплексний підхід до організації такого процесу, що забезпечує повноцінний індивідуальний розвиток кожної дитини. Водночас важливо розрізняти саму діагностику як загальний підхід та діагностування – як практичну складову педагогічної діяльності [2, с. 32]. Діагностика передбачає обґрунтування всіх аспектів дидактичного процесу з метою оцінювання його результатів, тоді як діагностування – це своєчасне виявлення, оцінка та аналіз формування мовлення у дітей [22, с. 204]. Предметом діагностування можуть бути самоаналіз занять, власних дій, емоцій, поведінки, мовлення, а також особистісних та пізнавальних можливостей дитини. Оскільки батьки є активними учасниками процесу формування мовлення своєї дитини, вони також залучені до цього процесу.

Логопедична діагностика – це процес виявлення відхилень у мовленнєвому розвитку, визначення особливостей його протікання та встановлення виду порушення (логопедичного діагнозу) [67]. Заїкання змушує дитину уникати мовленнєвих ситуацій, що призводить до звуження кола спілкування і уповільнення загального розвитку. У дитини виникає недовіра, відчуття відмінності від однолітків, що ускладнює взаєморозуміння з батьками та ровесниками, формуючи відчуття власної неповноцінності. Це часто спричиняє дратівливість, боязкість та сором'язливість, що може поглиблювати заїкання і знижувати успішність у школі.

Теоретичні аспекти темпо-ритмічних порушень мовлення при заїканні у дітей детально висвітлені в роботах Є. Соботович, В. Тарасуна, О. Усанової, М. Шеремета та інших. Діагностика мовленнєвих порушень тісно пов'язана з вивченням мовлення в процесі онто- та дизонтогенезу. Онтогенетичне дослідження мовлення відіграє важливу роль у психічному розвитку дитини, оскільки його відсутність або недорозвиненість впливає на всі психічні процеси. Тому вивчення мовлення дітей має значне теоретичне та практичне значення [68].

На практиці логопедична діагностика дозволяє правильно визначити дітей для логопедичних груп у закладах для дітей із мовленнєвими вадами та обрати ефективні диференційовані методи корекційної роботи. Деякі порушення мовлення є первинними, інші – вторинними. Основною метою дослідження мовлення є визначення механізмів, що лежать в основі мовленнєвих порушень, класифікація мовленнєвих дефектів та оцінка їхньої вираженості.

У 60–70-х роках ХХ століття методики обстеження мовлення дітей базувалися на оцінці сформованості всіх мовленнєвих засобів, після чого аналізувалися фонетико-фонематичний, лексико-граматичний розвиток дитини та стан її зв'язного мовлення.

У 70–90-х роках провідним напрямком стало врахування не лише сформованості мовленнєвих засобів, а й зрілості функцій мовлення. Логопедичні методики передбачали якісний та кількісний аналіз мовленнєвих порушень, що давало змогу диференціювати дефекти за характером і ступенем вираженості, а також оцінювати динаміку керованого мовленнєвого розвитку дитини (Є. Соботович, В. Тарасун та ін.) [69].

Сучасні підходи до вивчення мовленнєвих порушень враховують дані психології, нейролінгвістики та психолінгвістики щодо структури мовленнєвої діяльності. Особлива увага приділяється психічному розвитку дітей із мовленнєвою патологією з позицій системного аналізу психіки. Дослідники опираються на положення Л. Виготського про взаємозв'язок первинного та вторинного дефекту, а також міжфункціональну взаємодію у процесі онто- та дизонтогенезу (Є. Соботович, В. Тарасун, В. Тищенко та ін.). Завдяки спеціально

розробленим завданням методик можна виявити рівень порушення мовлення у дітей та визначити напрями корекційної роботи.

Метою логопедичного обстеження дітей є вивчення складних форм психічної діяльності, зокрема мовлення. Особливу увагу в логопедичній діагностиці дітей молодшого шкільного віку з заїканням приділяють оцінці розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення та інших вищих психічних функцій, таких як рухові, слухові, зорові та мнестичні. Аналіз мовленнєвих порушень передбачає розгляд мовленнєвої діяльності як багаторівневої функціональної системи, де складові частини взаємозалежні та взаємообумовлені. Значну увагу приділяють вивченню розвитку мовлення дітей в онтогенезі з метою своєчасної діагностики мовленнєвих порушень. Зокрема, важливим є визначення первинного дефекту та відокремлення первинних мовленнєвих вад від порушень, що виникають при ускладненому дефекті розвитку.

Обстеження мовлення дітей молодшого шкільного віку проводиться з урахуванням соціальної ситуації розвитку, ієрархії діяльностей, психофізичних особливостей дітей та закономірностей онтогенезу. Основними завданнями обстеження є:

- з'ясування розвитку дитини на ранніх етапах онтогенезу шляхом аналізу умов виховання, динаміки психічного та мовленнєвого розвитку на основі бесід із батьками та медичних висновків;
- дослідження немовленнєвих функцій;
- оцінка всіх компонентів мовленнєвої системи;
- аналіз і узагальнення отриманих даних для обґрунтування логопедичного висновку, визначення механізмів порушень мовлення та їх ступеню;
- прогнозування шляхів компенсації дефекту та термінів його подолання.

Діагностика мовленнєвого розвитку дітей здійснюється за двома напрямками:

1. Діагностика всіх засобів мовлення для виявлення порушень та подальшої корекції як одного з показників розумового розвитку (наприклад, при вступі до школи).

2. Детальне вивчення всіх засобів мовлення та їх використання у спілкуванні з метою виявлення порушень і планування корекційної роботи.

Обстеження має носити індивідуальний характер, а завдання підбираються залежно від характеру та складності мовленнєвого порушення, віку дитини та рівня її загального розвитку. У процесі логопедичної діагностики необхідно дотримуватися таких принципів:

- онтогенетичного підходу, що враховує індивідуальний розвиток;
- етіопатогенетичного підходу, що враховує причини та механізми порушення;
- систематичності;
- структурно-динамічного аналізу мовлення як складної функціональної системи;
- комплексності, враховуючи мовленнєві порушення як симптоми при нервових та психічних захворюваннях;
- діяльнісного підходу, що враховує провідну діяльність дитини відповідно до віку;
- взаємозв'язку мовленнєвого та загального психічного розвитку;
- аналізу симптоматики порушень та структури мовленнєвого дефекту;
- якісного аналізу результатів, зосередженого на процесі виконання завдання, способах виконання, характері помилок та здатності дитини використовувати допомогу дорослого.

У ході психолого-логопедичного вивчення дітей з вадами мовлення логопед вирішує такі завдання:

- виявлення первинного дефекту;
- оцінка обсягу мовленнєвих навичок та зіставлення їх з віковими нормативами;
- визначення особливостей психічного розвитку та співвідношення рівня мовленнєвого та психічного розвитку;
- оцінка мовленнєвої та пізнавальної активності;
- визначення потенційних можливостей компенсації дефекту;

- визначення типу навчального закладу для подальшого навчання та виховання.

При виявленні мовленнєвих вад принципове значення має системний підхід до аналізу порушень, що дозволяє з'ясувати не лише компонент мовленнєвої діяльності, який порушений, а й його взаємозв'язок з іншими складовими мовлення. Це передбачає комплексне обстеження всіх рівнів мовленнєвої системи: фонетики, лексики, граматики. [70]

Важливо також оцінити відповідність розвитку експресивного та імпресивного мовлення, порівняти рівень сформованості мовленнєвих засобів із їх активним використанням у спілкуванні, а також визначити компенсаторну роль збережених ланок мовленнєвої функції. Методи вивчення дітей з мовленнєвою патологією є різноманітними і мають специфіку, що дозволяє максимально точно оцінити стан мовлення.

В практиці логопедичного обстеження широко застосовуються такі методи:

1. Біографічний, що передбачає вивчення документації з особової справи дитини. Основним завданням вивчення документації є збір анамнестичних даних з метою з'ясування причин порушення мовленнєвого розвитку;
2. Вивчення продукції діяльності дітей (малюнки, вироби, учнівські роботи);
3. Спостереження (пасивне, активне);
4. Бесіда (проводиться в двох напрямках: бесіда з батьками, а при необхідності з вихователями або вчителями з метою збору анамнезу; бесіда з дитиною з метою встановлення контакту та отримання уявлення про її загальний розвиток);
5. Експеримент (передбачає збір фактів у спеціально змодульованих умовах).
6. Аналіз (кількісний і якісний) одержаних даних.
7. Специфіка використання методів під час логопедичного обстеження полягає в застосуванні індивідуального підходу з урахуванням вікових та особистісних особливостей дитини, створенні різних ситуацій мовленнєвого спілкування, використанні різноманітних спостережень за мовленням, дитини.

Логопедична діагностика дитини складається з взаємопов'язаних етапів:

1. *Орієнтовний етап.* Збираються та аналізуються анамнестичні дані, вивчається спеціальна документація проводиться бесіда з дитиною. Отримані дані є основою для попереднього встановлення діагнозу.

2. *Диференціувальний етап.* Обстежується слух, інтелект дитини з метою відмежування мовленнєвих вад первинного характеру від порушень мовлення при ускладнених дефектах розвитку.

3. *Обстеження немовленнєвих функцій,* що взаємодіють з мовленнєвими.

4. *Детальне обстеження всіх компонентів мовленнєвої системи.* Проводиться кількісний та якісний аналіз одержаних даних із метою обґрунтування логопедичного заключення.

5. *Заключний або уточнюючий етап.* Проводиться динамічне спостереження за дитиною в умовах спеціального навчання та виховання.

Враховуючи основні вимоги до логопедичного обстеження, слід пам'ятати, що кожен випадок потребує індивідуального підходу. Порівняння результатів обстеження всіх компонентів мовлення дозволяє встановити наявність мовленнєвої вади та її ступінь тяжкості. Виявлені відхилення аналізуються і оформлюються у вигляді логопедичного висновку, який має відображати характер порушень мовлення з урахуванням психолого-педагогічної та клініко-педагогічної класифікації. У разі переведення дитини до іншого навчального закладу складається психолого-педагогічна характеристика.

Для ефективного планування логопедичної роботи з дітьми, що мають заїкання, необхідне комплексне обстеження, яке проводиться у два етапи.

Перший етап передбачає вивчення анамнестичних даних, медичної та психолого-педагогічної документації. Серед дослідників, які підтримували лікувально-педагогічний підхід до подолання заїкання, слід відзначити М. Хватцеву (1959) та В. Шкловського (1994). Вчені зазначають, що порушення плавності мовлення пов'язані з багатьма причинами як біологічного, так і психологічного характеру. Аналіз анамнезу охоплює негативні фактори натального та постнатального періодів розвитку дитини, що оцінюються фахівцями для повного з'ясування етіології та патогенезу заїкання.

Обстеження дітей із заїканням проводиться спільно лікарем та логопедом. Неврологічний огляд доповнюється інструментальними методами: ЕЕГ, РЕГ, ехоенцефалографією. Так, ехоенцефалографія може виявити субкомпенсовану гідроцефалію, а ЕЕГ — підвищену судомну готовність. Для виключення внутрішньомозкових пухлин, церебральних кіст або оклюзійної гідроцефалії проводиться МРТ головного мозку.

Необхідність комплексного лікування заїкання підтверджують численні закордонні дослідження (К. Беккер, М. Совак, 1984; М. Онслоу, 1997; М. Симен, 1962). Дослідники відзначають, що корекційна робота включає логопедичні вправи, лікарську терапію та цілеспрямовану психотерапевтичну роботу, яка сприяє адаптації дитини до соціального середовища.

Анамнестичні дані також включають інформацію про наявність заїкання у батьків або інших близьких родичів. Вивчення психолого-педагогічної документації доповнює анамнез і дозволяє оцінити такі особливості дитини з заїканням: ставлення дорослих до мовленнєвого дефекту, допомога у формуванні правильного мовлення, час виникнення заїкання та його перші ознаки, прояви заїкання у різних обставинах, ставлення дитини до власного дефекту, а також наявність попередньої логопедичної допомоги та її результати.

Оскільки змішане заїкання має значні психологічні аспекти, пацієнтам рекомендується консультація психолога та проведення комплексного обстеження, що включає нейропсихологічне дослідження, психологічне тестування та діагностику особистості.

Другий етап – дослідження мовлення молодших школярів із заїканням, включає всі взаємопов'язані етапи: орієнтовний, диференціувальний, обстеження немовленнєвих функцій, обстеження всіх компонентів мовленнєвої системи і заключний. Завдання обстеження мовлення дитини із заїканням полягає в тому, щоб визначити:

– місце виникнення (дихальні, голосові, артикуляційні, змішані) і форму (клонічні, тонічні, змішані) судом, що визначаються на слух або зорово;

- частоту їх проявів і збережені мовленнєві можливості дитини;
- супутні порушення мовлення, рухові порушення;
- ставлення дитини до свого заїкання, наявність психологічних особливостей.

В обстеження всіх компонентів мовленнєвої системи включаються різні методики обстеження. Методика діагностики спирається на науково-методичні дослідження вчених в діагностиці й корекції заїкання (Н. Гавриш, А. Богущ, Н. Лисенкота ін.), методичні рекомендації Т. Ладиженської щодо особливостей комунікації дітей із заїканням.

Зміст завдань експериментального дослідження був розроблений з урахуванням мети роботи, вікових та психологічних особливостей молодших школярів із заїканням, а також принципу диференційованого підходу. Комплексні методики спрямовані на визначення рівня розвитку усного мовлення дітей із заїканням [11, с. 58].

Під час розробки методики дослідження ми спиралися на науково-методичні розробки Т. Науменко, Т. Піроженко та О. Рау. Під час експерименту дитині пропонувалося виконати завдання за певною інструкцією. Завдання були розроблені таким чином, щоб бути зрозумілими, доступними та цікавими для учнів. Перевірка проводилась через:

- опис зображень на картинках;
- переказ змісту казки, поданої ритмізованою прозою;
- переказ вірша.

Особлива увага приділялась тому, що молодші школярі із заїканням використовують різні форми мовлення як у навчальному процесі, так і поза ним.

Для дослідження мовлення дітей ми використовували картинки, книжки з віршами, казками, підбирали іграшки та були запропоновані такі завдання:

1. Сумісне мовлення – дитина за допомогою логопеда розмовляє без труднощів;

2. Відображене мовлення – повторює фразу за логопедом без особливих труднощів;
3. Відповіді на запитання – спочатку задаємо прості запитання, дівчинка відповідає без труднощів. При ускладненні запитань, у дитини починаються труднощі при більш розгорнутій відповіді;
4. Розповідь вірша – мовлення на розспів, при цьому виду мовлення дитина не заїкується;
5. Переказ казки – розповідь знайомого тексту у дівчинки не приводить до труднощів, але на початку у декількох реченнях з'являються затримки і судоми в мовленні;
6. Переказ за картинкою – мовлення більш плутане, дитина починає хвилюватися, з'являються судоми на початку речення і на початку деяких слів;
7. Спонтанне мовлення – це виявилася сама складна частина дослідження, дитина почала хвилюватися, почалися часті затримки і судоми на початку речення і з початку декількох слів;
8. Активний і пасивний словник – у дівчинки відповідають вікові;
9. Шепітне мовлення – без патології;
10. Читання – дівчинка читає гарно, відповідно вікові, судом при цьому не відмічається;
11. Письмо – дитині було запропоновано написати невеликій диктант.
12. Характер судом – переважають клонічні судоми;
13. Темп мовлення – прискорений;
14. Успіхи в навчанні у школі – середні.

Результати діагностики мовлення логопед заносить в логопедичну картку, як основний документ, що засвідчує порушення мовлення (Додаток А).

Експеримент складався з одного етапу і проводився індивідуально :

I етап – вивчення виду порушення мовлення та рівня заїкання;

На першому етапі нашого експерименту вирішувалися такі завдання:

- вивчення заїкання у дітей;
- виявити темпо-ритмічні порушення у дітей;

— визначити критерії і показники темпо-ритмічних порушень у дітей.

Разом з тим, при обстеженні потрібно звернути увагу на супутні порушення: зайві звуки або слова, вимова окремого звуку, слова і навіть речення на вдиху, неправильність вимови, недостатній розвиток словника і граматичної будови мовлення, темпу, чи присутні мимовільні рухи або різні (довільні) допоміжні рухи і особливості в поведінці: скуті і напружені загальні руху або, навпаки, їх різкі, хаотичні, незібрані, розхитані.

Експериментальна робота здійснювалася впродовж 2024-2025 рр. на базі Угнівської загальноосвітньої школи I-III ступенів імені братів Онишкевичів Белзької міської ради Львівської області. У експерименті взяли участь 5 школярів у віці 6-7 років. Були досліджені порушення темпо-ритмічної сторони мовлення. На основі спостереження, спілкування з школярами, вивчення їх особистих справ виявлені темпо-ритмічні порушення мовлення судорожного характеру, тобто усі 5 школярів мають заїкання (див. Таблицю 2.1.1.). Детальна схема обстеження школярів із заїканням, представлена в Додатку А.

Таблиця 2.1.1

Список школярів експериментальної групи

Ім'я дитини	Дата народження	Логопедичний висновок
1.	22.04.2019р.	неврозоподібне заїкання клоно-тонічної форми середнього ступеня у дитини із ЗНМ III рівня
2.	17.07.2019р.	неврозоподібне заїкання клонічної форми середнього ступеня у дитини із ЗНМ III рівня
3.	21.08.2018р.	невротичне заїкання клонічної форми легкої міри
4.	3.09.2018р.	неврозоподібне заїкання з невротичним нашаруванням клоно-тонічної форми середнього ступеня у дитини із ЗНМ III рівня
5.	1.03.2019р.	невротичне заїкання клонічної форми легкого ступеня

З таблиці видно, що 80 % випробовуваних складають хлопчики і лише 20 % – дівчатка. Також необхідно відмітити, що у 60 % дітей заїкання неврозоподібної

форми або неврозподібної форми з невротичним нашаруванням середнього ступеня, у 40 % – заїкання невротичної форми легкого ступеня. Оскільки частота судом і рівень вільного плавного мовлення визначаються залежно від ступеня самостійності мовлення, виявлення заїкання у дітей базується на поступовому переході від простих форм мовлення до більш складних. Для цього застосовуються такі прийоми: складання оповідань або опису змісту картинки, переказ прослуханого тексту, поєднане й відображене повторення простих і складних фраз, а також розповідь віршів або ритмізованої прози.

Для встановлення залежності судом від рівня гучності мовлення дитині пропонується говорити тихо, голосно та пошепки. Під час обстеження також звертається увага на супутні мовленнєві та рухові порушення. При дослідженні ігрової діяльності дітей з'ясовується характер ігор, взаємини з однолітками, рівень ігрової активності та емоційний стан.

Інформація, отримана в процесі обстеження, узагальнюється логопедом і враховується при визначенні таких параметрів: форма судом (тонічні, клонічні, змішані), вид судом (дихальні, голосові, артикуляційні, змішані), ступінь заїкання (легка, середня, важка), темп мовлення (уповільнений, прискорений, наявність тахілалії), супутні мовленнєві порушення (дислалія, дизартрія, ЗНМ), стан моторної функції та наявність і вираженість психічних симптомів заїкання, таких як страх мовлення (логофобія), рухові й мовленнєві виверти, емболофразія та реакція на емоційно значущі ситуації.

Результати обстеження учнів з порушеннями мовлення представлені у таблиці (див. Таблиця 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

Результати обстеження школярів із заїканням

№	Вид обстеження	1 (хлопець)	2 (хлопець)	3 (хлопець)	Галя (дівчинка)	5 (хлопець)
1.	Анамнез	обтяжений	обтяжени й	нормальни й	обтяжени й	нормальни й

2.	Стан моторних функцій	моторна невправність	моторне напруження	своєчасне формування	із затримкою	своєчасне формування
3.	Стан дихальної функції	дихання преривисте	дихання преривисте	короткий видих	дихання преривисте	короткий видих
4.	Стан просодичної сторони мовлення	порушений	сформований з відхиленнями	сформований з відхиленнями	сформований з відхиленнями	порушений
5.	Рівень мовленнєвого розвитку	середньо-низький	середній	середній	середньо-низький	середній
6.	Характеристика проявів заїкання: локалізація судом; їх форма; ступінь тяжкості	артикуляційні клонотонічні середня	артикуляційно-голосові клонічні середня	дихальні клонічні легка	дихально-артикуляційні клонічні середня	дихальні клонічні легка
7.	Характерологічні особливості	конфліктність	задиристость	дратівливість	роботство	дратівливість
8.	Особливості психічних процесів	неустійка увага	інертність мислення	слабка продуктивність запам'ятовування	неустійка увага	висока емоційна збудливість
9.	Ступінь фіксації на мовленні	нульова	нульова	нульова	помірна	нульова

Аналіз результатів обстеження свідчить, що 60% обстежуваних учнів мають обтяжений анамнез; 80 % – порушення моторної функції; 60 % – преривчасте дихання, 40 % – короткий мовленнєвий видих; 100 % – порушення просодичної

сторони мовлення; 60 % – середній і 40 % – середньо-низький рівні мовного розвитку; 20 % мають клоно-тонічні артикуляційні судоми, 40 % – дихальні клонічні, 20 % – артикуляційно-голосові, клонічні, 20 % – дихально-клоно-тонічні судоми; 100 % мають негативні риси характеру; 20 % – помічають мовленнєвий дефект.

Отже, результати обстеження дають змогу здійснити диференціальну діагностику і відмежувати заїкання від інших розладів темпоритмічної сторони мовлення (тахілалія, спотикання, тощо), і визначити форму заїкання та сформулювати логопедичний висновок.

2.2. Результати дослідження темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей молодшого шкільного віку із заїканням

Діагностування як сукупний результат є необхідною складовою особистісного розвитку, основна умова організації профілактики виникнення заїкування у дітей молодшого шкільного віку, яке здатне виявити заїкання, передбачити організацію корекційного процесу. Це своєчасне виявлення, оцінювання та аналіз перебігу процесу формування мовлення у осіб з мовленнєвими вадами. Вчені І. Абєлева, Л. Андропова, Л. Голубєва, А. Євгєнова, вказують на необхідність діагностування рівня мовленнєвого розвитку з метою визначення видів порушень [22, с. 26].

Отже, діагностика мовлення – це процес виявлення відхилень від нормального розвитку мовлення та оцінювання індивідуальних біологічних і соціальних особливостей дитини, що передбачає цілеспрямоване логопедичне обстеження, аналіз отриманих даних і їх узагальнення у вигляді логопедичного діагнозу. В контексті нашого дослідження ми розглядаємо діагностування як:

— обов'язковий процес у логопедичній роботі, що передбачає взаємодію дитини із заїкуванням і логопеда;

— засіб здійснення особистісно орієнтованого підходу у корекції мовлення дітей молодшого шкільного віку;

— початок логопедичної корекції з подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку.

Дослідження темпоритмічної сторони мовлення дітей із заїкуванням здійснювалося впродовж в процесі педагогічного експерименту. Експеримент передбачав збір фактів щодо розвитку темпоритмічної сторони молодших школярів у спеціально змодульованих умовах. У експерименті брали участь 5 дітей 6-7-річного віку і 5 дітей з нормальним розвитком мовлення.

Для реалізації поставленої мети було визначено коло практичних завдань:

1. Визначити критерії оцінки розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення молодших школярів.
2. Підібрати і апробувати методики діагностики темпо-ритмічної сторони мовлення молодших школярів.
3. Виявити особливості розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення молодших школярів.
4. Проаналізувати результати, отримані в ході дослідження.

В основу дослідження покладені наступні принципи:

1. Принцип оптимальності припускає, що мінімальними зусиллями має бути отримана достатня кількість діагностичної інформації.
2. Принцип комплексності, системності і систематичності припускає, що вивчення дитини проводиться послідовно, через певні проміжки часу.
3. Принцип об'єктивності і науковості припускає опору на наукове дослідження, що обґрунтовує вибір показників, що вивчаються, методи, терміни і організацію обстеження.
4. Принцип доступності і індивідуальності припускає облік вікових особливостей дітей і оптимальної міри доступності.
5. Принцип детермінізму означає, що всяке психічне явище взаємозв'язане з іншими.

При організації і проведенні психолого-педагогічного дослідження ми орієнтувалися на наступні вимоги: рівень методик повинен відповідати віковим особливостям, самостійне виконання методик, виконання завдання має бути

цілеспрямовано. У експерименті взяло участь 5 дітей молодшого шкільного віку із заїканням, а також 5 дітей з нормальним психофізичним розвитком. Всього було вивчено 10 дітей. Дослідження проводилося в три етапи:

1. Підготовчий – на цьому етапі відбувався підбір методик спрямованих на вивчення темпо-ритмічної сторони мовлення молодших школярів, визначалися критерії. Термін «критерії» – це міра для оцінювання порушень, що відбулися у стані усного мовлення, або умов [21]. Комплектувалися контрольна і експериментальна групи.

2. Експериментальний – на цьому етапі здійснювалася діагностика темпо-ритмічної сторони мовлення молодших школярів із заїканням. Робився аналіз експериментальної документації.

3. Узагальнювальний – проводився аналіз і систематизація результатів експериментальної роботи, узагальнювалися отримані дані.

В результаті аналізу теоретичного матеріалу із заданої проблеми мною дібрані наступні методики обстеження темпо-ритмічної сторони:

1. Методика «Визначення темпу мовлення» із завданнями та визначеними критеріями їх виконання.

2. Методика «Дослідження сприйняття темпу мовлення» із завданнями та визначеними критеріями їх виконання.

3. Методика «Дослідження відтворення відображеного темпу мовлення» із завданнями та визначеними критеріями їх виконання.

4. Методика «Самостійне управління темпом мовлення» із завданнями та визначеними критеріями їх виконання.

5. Методика «Вивчення характеру самоконтролю дитини при відтворенні мовних висловлювань» із завданнями та визначеними критеріями їх виконання.

1. *Методика «Визначення темпу мовлення».* Одиницею виміру є склад. Характеристикою темпу – кількість складів у певному проміжку часу. Дитина повинна повторити за логопедом речення або відповіді на питання, запис яких відбувається на мікрофон. Потім потрібно провести підрахунок кількості складів у секунду.

Завдання № 1: Послухай речення і повтори: Вранці дзвінко співають птахи; Хлопчик читає книгу; Ваня любить малювати олівцями; Бабуся в'яже онукові теплі шкарпетки.

Завдання № 2: Відповідай на питання: Коли співають птахи? Що робить хлопчик? Що любить робити хлопчик? Хто в'яже шкарпетки?

Критерії оцінки: 4-бали – темп нормальний (4-5 складів в секунду); 3-бали – незначні відхилення від норми (3-4 складу в секунду); 2-бали – уповільнений темп (2-3 складу в секунду); прискорений темп (7-8 складів в секунду); 1-бал – дуже повільний темп (1-2 складів в секунду); дуже швидкий темп (більше 9 складів в секунду); 0-балів – за вираженого мовного порушення допускається повтор слів, утруднюється при передачі складової структури слів. Методика «Дослідження сприйняття темпу мовлення» передбачає попереднє пояснення дитині, що темп мовлення може бути повільним, швидким або нормальним. Для цього використовуються символічні картинки: черепаха рухається повільно і говорить повільно, заєць рухається швидко і говорить швидко, їжачок рухається спокійно і говорить нормально. Дитина повинна слухати текст, який читає логопед, і визначати зміну темпу мовлення, показуючи відповідні символи. Завдання оцінюється за шкалою від 0 до 4 балів, залежно від правильності виконання.

2.Методика «Дослідження відтворення відображеного темпу мовлення» полягає у тому, що дитина повторює речення логопеда у тому ж темпі. Завдання оцінюється за шкалою від 0 до 4 балів, з урахуванням змін темпу та здатності дитини його контролювати.

3.Методика «Самостійне управління темпом мовлення» передбачає, що дитина, бачачи картинку-символ, змінює темп мовлення при читанні віршів: черепаха – повільно, заєць – швидко, їжачок – нормально. Оцінювання проводиться від 0 до 4 балів залежно від точності зміни темпу.

4.Методика «Вивчення характеру самоконтролю дитини при відтворенні мовних висловлювань» включає повторення речень різним темпом, запитання про успіх у зміні темпу та завдання з картинками-символами. Критерії оцінки від 0 до

4 балів визначають рівень сформованості навичок самоконтролю: від повної відсутності до повного контролю, здатності помічати всі власні помилки.

Отримані в ході діагностики дані заносяться до логопедичної картки обстеження. Для зручності кількісного аналізу темпо-ритмічної сторони мовлення використовується трибальна система оцінювання: нормальний, уповільнений, прискорений або наближений до норми. Критерії допомагають визначити зміни в мовленні дітей порівняно з нормою або з попереднім станом.

Таблиця 2.2.1

Шкала оцінки темпо-ритмічної сторони мовлення

Рівні	бали	Характеристика рівня
Низький рівень	0-1	У самотійному мовленні фрази немає, слова часто вимовляють із спотворенням звукобуквенного складу. Слова не домовляються, є присутніми повтори, аграматизми, мовленнєве дихання порушене. У спілкуванні, як правило, усним мовленням не користуються. Мовлення в більшості випадків невиразне, <i>темп мовлення прискорений</i> , є порушення голосу, слова вимовляють незлито (по складах, по частинах і по окремих звуках), звуковий склад з грубими порушеннями.
Середній рівень	2-3	У самотійному мовленні – коротка фраза з аграматизмами і окремі слова. Пасивний і активний словник обмежений, тривалі паузи, емболофразія. В усному спілкуванні переживають значні утруднення. Мовлення маловиразне або невиразне, <i>темп мовлення уповільнений</i> , інколи нормальний. В більшості випадків є порушення голосу вимови звуків. Відтворюють темп мовлення.
Високий рівень	3-4	У самотійному мовленні – розгорнута або коротка фраза. Активний словник і граматична будова мовлення відповідають віку, паузи в словах і фразах логічно обгрунтовані. Діти охоче вступають в усне спілкування. Мовлення, як правило, досить виразне, темп мовлення <i>нормальний або наближений до норми</i> . Голос нормальний. Відтворюють темп мовлення.

Після проведення дослідження були проаналізовані отримані дані. Результати аналізу приведені в таблиці (див. Таблицю 2.2.2.).

Таблиця 2.2.2

Аналіз результатів дослідження рівня розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення дітей експериментальної групи

Ім'я дитини	Завдання 1.	Завдання 2.	Завдання 3.	Завдання 4.	Завдання 5.	Підсумок
1.	Н	Н	Н	Н	Н	Н
2.	С	С	Н	С	С	С
3.	С	Н	С	С	С	С
4.	Н	Н	Н	Н	Н	Н
5.	С	С	С	С	С	С

Умовні позначення: Н – низький рівень (прискорений), С – середній рівень (уповільнений), В – високий рівень (нормальний або наближений до норми).

З таблиці видно, що 40 % дітей мають низький рівень, 60 % дітей мають середній рівень розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення, а також припускаються помилок при зміні слів за родами, числами, відмінками, не використовують діалог, пряму мову тощо.

Результати констатувального експерименту показали відхилення в розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей із заїканням у порівнянні з дітьми із нормальним психофізичним розвитком. Кількісні дані розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення представлені в таблиці (див. Таблицю 2.2.3.)

Таблиця 2.2.3

Показники розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення на констатувальному етапі експерименту

Експериментальна група					
Рівні	Визначення темпу мовлення	Сприйняття темпу мовлення	Відтворення темпу мовлення	Самостійне управління темпом	Вивчення характеру самоконтролю

							мовлення			
	учні	%	учні	%	учні	%	учні	%	учні	%
високий	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
середній	3	60	3	60	3	60	3	60	3	60
низький	2	40	2	40	2	40	2	40	2	40
Контрольна група										
Рівні	Визначення темпу мовлення		Сприйняття темпу мовлення		Відтворення темпу мовлення		Самостійне управління темпом мовлення		Вивчення характеру самоконтролю	
	учні	%	учні	%	учні	%	учні	%	учні	%
високий	5	100	5	100	5	100	5	100	5	100
середній	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
низький	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Отже, спираючись на шкалу ми виявили, що в експериментальній групі у дітей виявлений, переважно, середній рівень розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення. У самостійному мовленні – розгорнута або коротка фраза, іноді з аграматизмами. Діти вступають в усне спілкування. Мовлення, як правило, досить виразне, темп мовлення *уповільнений*, інколи може бути нормальний. Голос нормальний. В більшості випадків слова вимовляють зливо, словесний наголос і орфоепічні правила дотримують на знайомому і незнайомому матеріалі.

Учні до 40 % мають низький рівень розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення. У самостійному мовленні фрази немає, слова часто не домовляються, є присутніми повтори, аграматизми. У спілкуванні, як правило, усним мовленням не користуються. Мовлення в більшості випадків невиразне, темп мовлення прискорений.

Діти контрольної групи показали високий рівень розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення й набрали максимальну кількість балів. У самостійному мовленні у них – розгорнута фраза. Діти охоче вступають в усне спілкування. Мовлення виразне, темп мовлення нормальний, голос нормальний. Слова

вимовляють злито, словесний наголос і орфоепічні правила дотримують. Фразовий наголос відтворюють.

Отримані, узагальнені і обчислені результати виконання завдань відобразили в таблиці (див. Таблиця 2.2.4.)

Таблиця 2.2.4

Результати розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення

Кількість осіб Рівні мовлення	Експериментальні групи із заїканням		Контрольні групи, діти з нормальним розвитком мовлення		Розбіжність у рівнях розвитку	
	Особи	%	Особи	%	Особи	%
Високий	-	-	5	100	5	100
Середній	3	60	-	-	3	60
Низький	4	40	-	-	2	40

Е – експериментальна група

К – контрольна група

Проведений аналіз стану усного мовлення вказує, що діти із заїканням мають особливості мовлення, що проявляються: порушеннями темпо-ритмічної сторони мовлення, судомним станом мовного апарату, обмеженим користуванням засобами спілкування, недостатньою реалізацією особистісних можливостей у процесі навчання. Діти з нормальним розвитком мовлення мають сформовану темпо-ритмічну сторону мовлення, широко користуються всіма засобами спілкування.

Отже, узагальнені результати експериментального дослідження підтвердили наявність особливостей мовлення у дітей молодшого шкільного віку із заїканням, зокрема порушення темпо-ритмічної сторони мовлення та необхідність логопедичної роботи з ними. У дітей із заїканням, розвиток темпо-ритмічної сторони мовлення знаходиться на нижчому рівні розвитку, чим у їх однолітків, з нормальним розвитком мовлення.

2.3. Методичні рекомендації з удосконалення логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із заїканням

Процес реформування шкільної освіти передбачає запровадження гуманістичних засад навчання і виховання дітей молодшого шкільного віку, зокрема інноваційних підходів в організації освітнього й логопедичного, в тому числі, процесу. Виникає гостра потреба у пошуку і застосуванні інноваційних підходів до організації процесу логопедичної роботи. Оскільки, діагностичний етап з виявлення заїкання є невідривним від етапу корекції й усунення заїкання у молодших школярів, то необхідність інноваційних підходів в організації торкається і його. Як показав історико-теоретичний аналіз (підрозділ 1.2), корекція заїкання в сучасному розумінні – це процес сприяння особистісному становленню дитини, реалізації внутрішнього потенціалу. Існують різноманітні методи і підходи логопедичної роботи з усунення порушень у розвитку темпо-ритмічної сторони мовлення. Досить поширеним є метод, як подолання порушення через сполучену, відображену, питально-відповідну форму мовлення, перекази, оповідання та спонтанно-емоційне мовлення, так і виявлення. Проте, особливо це стало відчутним в останні роки, коли різко зросла кількість дітей з порушеннями темпо-ритмічної сторони мовлення. Потреба в поліпшенні розвитку і результатів освітнього й корекційного процесу сприяли введенню в педагогічну систему інновацій у педагогічній інтерпретації й в найзагальнішому сенсі. Інновація (від англійського – нововведення, новація) – це зміни в середині системи, тобто логопедичній роботі. Разом з тим, нововведення можуть і погіршити систему, але суть не в самих нововведеннях, а в тому, що вони дають [29]. Інновації – це обов'язково прогресивні нововведення, що просувають практику вперед. Це корисне застосування відомого в нових умовах. Виділяють три рівні інновацій:

- зовсім нові, досі не відомі;

- розгорнуті або переоформлені ідеї та дії, які набувають актуальності у певному середовищі, в певний час;
- педагогічні дії, ідеї, методи і принципи логопедичної роботи, що існували раніше, але оновлені у зв'язку зі зміною умов та завдань сучасної ситуації життя.

Підкреслимо, що впровадження нових підходів – складний процес, який потребує серйозного ставлення, і тому вважаємо за необхідне орієнтувати вчителів-логопедів на дотримання таких рекомендацій: ретельно вивчити конкретну новацію та прийняти її особисто; оцінити доцільність використання її елементів у роботі з дітьми; подбати про створення розвивального середовища (матеріальні умови, дидактичні засоби тощо).

Ще зовсім недавно вважалося, що застосування технічних засобів у роботі логопеда не може мати вирішального значення, адже основний результат цієї роботи базується на суб'єктивних відчуттях дитини, різноманітність яких неможливо виміряти об'єктивними засобами. Однак технічні засоби для логопеда постійно вдосконалюються. Якщо раніше постановка звуковимови, відпрацювання механізмів голосоутворення, пропедевтичні вправи та артикуляційна гімнастика спиралися переважно на тактильні відчуття органів мовлення, а оптичний контроль здійснювався класично через логопедичне дзеркало, то сьогодні стрімкий розвиток техніки дозволяє логопеду працювати не лише на рівні суб'єктивних відчуттів дитини, а й використовувати більш об'єктивні комп'ютерні засоби для діагностики, оцінки мовлення та проведення корекційних вправ.

У ряді робіт було показано, що апаратурний вплив, який здійснюється при корекції заїкання впливає на швидкість мовлення по різному. Заглушення мовлення шумом незначно впливає на тимчасові характеристики мовлення дитини із заїкуванням (О. Вессарт, 1983). Затримка акустичного зворотного зв'язку приводить до значного уповільнення мовлення і значного зниження кількості запинок визначені показання до застосування апарату «АІР», якій базується на використанні ефекту затриманого акустичного зворотнього зв'язку, і

пропонована методика корекції темпу і ритму мовлення у курсі комплексного лікування заїкання, рівень затримки сигналузначається у кожному конкретному випадку індивідуально. При «тонічній формі заїкання» максимальне збільшення швидкості мови (83%) проходить при частоті 1Гц (60 ударів метроному в хвилину), але при «клонічній формі заїкання» – при частоті 2,17 Гц (130 уд./хв.). При змішаному типі заїкання максимальна злитність мовлення досягається на частотах 1,3-1,5 Гц (80-90 уд/хв.), що узгоджується з даними інших авторів. Штучні управляючі зв'язки, сформовані при поєднанні світових і звукових впливів підтримуються за допомогою портативних метрономів «Ритм» чи «Темп». За ствердженням авторів, використання метроному в кодової частоті зберігає мовлення від зривів і забезпечує зниження числа рецидивів. У процесі оволодіння новими мовленевими стереотипами здійснюється розвиток артикуляційного апарату, оволодіння ритмізованого складового мовлення, релаксації м'язів тіла і артикуляційного апарату, подолання супровідних рухів, освоєння вправ по психотренінгу, які включають елементи аутогенного тренування на фоні заданого ритму.

Нині відомі аналоги – способи нормалізації активності моторних і сенсорних нервових мовних центрів, що використовують акустичний і візуальний біологічний зворотний зв'язок (БЗЗ) з метою зменшення заїкування використовують і для діагностики темпоритмічних порушень мовлення. Дані аналоги передбачають застосування комп'ютерів, зокрема використовують пристрої для БЗЗ, що складаються з мікрофона, блоку, що змінює мовлення.

1. Пристрої, що затримують сприйняття власного мовлення на долі секунди [9,с 7], що приводить до перебудови функціонування нервових мовленевих центрів і проявляється в уповільненні темпу мовлення (ефект Лі) [9, с. 6].

2. Пристрої, що маскують сприйняття власного мовлення за рахунок «білого» чи іншого шуму [2, с. 3].

3. Пристрої, що візуалізують мовлення (спектрографи й ін.), тим самим, дозволяючи створити додатковий сенсорний канал контролю мовлення.

Спроби застосувати комп'ютер у роботі логопеда ведуться давно. Ще в 70-80-ті роки знаходилися засоби для досліджень та серійного виробництва приладів візуального контролю мовлення для слабочуючих «ВІР», «І-2» та інші. Сучасний розвиток комп'ютерних технологій привів до того, що персональний комп'ютер стає незамінним помічником для логопеда. Комп'ютер третього тисячоліття може інтегрувати в собі відеомагнітофон і телевізор, домашній кінотеатр типографію, допомагати дитині у використанні навчальних і спеціальних програм з розвитку мовлення. Якщо розглядати персональний комп'ютер як універсальний вимірювальний прилад, то умовно можна виділити наступні напрями використання сучасних комп'ютерних технологій логопедами, зокрема :

діагностика, що передбачає визначення комп'ютерних програм для виявлення порушень мовленнєвої діяльності; допоміжна функція – використання комп'ютерів в логопедичній роботі включає розробку дидактичного матеріалу (картинки, картки, лото, пазли, контурні малюнки, розфарбованки тощо), а також збереження та аналіз отриманих даних; корекція – визначення комп'ютерних програм для діагностики і виправлення порушень мовлення. Комп'ютер у роботі логопеда надає наступні переваги:

- наявність цікавого зворотного зв'язку для дитини;
- швидке встановлення емоційного контакту з дитиною;
- вибір, дозованість і контроль інформації (на відміну від перегляду телевізійних програм);
- можливість проведення порівняльної діагностики дітей будь-яких міст і регіонів;
- виявлення особливостей мовлення зумовлених різними чинниками;
- оцінювання якості роботи логопедів;
- можливе перенесення частини комп'ютерної логотерапевтичної роботи в домашні умови, що веде до регулярної та спрямованої роботи з дитиною;
- дистанційна робота з дитиною завдяки всесвітній мережі Інтернет;
- вибір і виготовлення різноманітного якісного дидактичного матеріалу.

Технічні засоби продовжують удосконалюватися й нині існують розробки спеціальної апаратури на основі персональних комп'ютерів на основі «віддаленого мовлення», яке можливо легко моделювати у великому діапазоні від 50 до 150 мс, «маскований шум», силу якого теж можливо регулювати, та ритмічна подача звукового сигналу, яку можливо легко регулювати по інтенсивності і ритму. Широкого розповсюдження набули різноманітні комп'ютерні програми, логопедичні технології, які використовують ефект «Видимого мовлення», зокрема з молодшими школярами із заїканням. З метою діагностики і напрацювання подовженого мовного видиху, корекції інтонаційно-мелодійної сторони мовлення і нормалізації процесу паузування використовується ряд модулів програми «Видимого мовлення».

1. Робота з модулем «Довгий мовленнєвий видих»

Мета роботи полягає у діагностиці й корекції вміння довільно регулювати тривалість і силу видиху засобами ігор, у процесі яких необхідне вміння економно розподіляти видихуване повітря з визначеною силою і тривалістю. Виконання завдання контролюється візуально, що допомагає формуванню нових навичок мовлення.

2. Робота з модулем «Зміна висоти голосу»

Мета роботи полягає у діагностиці й корекції вміння вмінні довільно посилювати і знижувати висоту голосу, засобами ігор, у яких за обмежений проміжок часу необхідно декілька разів повільно змінити висоту звучання голосу, долаючи «перепони», які зображені на екрані.

3. Робота з модулем «Інтонація»

Мета роботи полягає у діагностиці й корекції вміння правильних інтоном, коли дитина із заїканням отримує інформацію у вигляді кількісного показника чистоти основного тону при вимові фраз з різною інтонацією і порівнює даний показник у відповіді з еталоном.

4. Робота з модулем «Гучність і висота»

Мета роботи полягає у діагностиці й корекції вміння паузування, темпу і злитості мовлення. Використання цього модуля дозволяє заїкуватим бачити на

екрані комп'ютера графічну запис власного мовлення (де по горизонталі фіксується тривалість звучання голосу і тривалість пауз, а по вертикалі – інтенсивність звучання голосу), а також порівняти еталон мовлення, який запропонував логопед, з особистим мовленням. Цей модуль передбачає паралельну запис мовлення на магнітофон, що дає можливість треніруючись зробити візуальний і аудитивний контроль за мовленням. У процесі роботи паузування на даному модулі полягає в утриманні потрібної довготривалості інтервербальних пауз у відповідності з їх синтагматичною зумовленістю. Відпрацьовується адекватна тривалість інтервербальних пауз відображаючи час вимовлення зімкнених приголосних звуків, які для дітей є важкими у вимовному плані. У результаті роботи з комп'ютерною програмою «Видиме мовлення» маємо можливість отримати ряд об'єктивних кількісних параметрів мовлення заїкуватого з метою діагностики. До них входить: частота основного тону, ступень володіння мимовільних і довільних змін висоти звучання голосу, тривалість пауз, темпу і ритму мовлення.

З бурхливим розвитком світової комп'ютерної інформаційної мережі Інтернет з'явилася дуже приваблива можливість дистанційної роботи логопеда з дитиною із порушеннями мовлення, й заїканням в тому числі. При цьому завдяки технології мультимедіа зберігається повний візуальний і звуковий контакт логопеда з дитиною. Дитина та логопед можуть знаходитись за декілька тисяч кілометрів один від одного і, навіть, на іншому континенті. Веб-камери передають на монітори зображення обличчя людей, а мікрофони – відповідний звук, що забезпечує режим відеотелефону. Одночасно з цим у логопеда залишається можливість демонструвати на моніторі дитини необхідні завдання. Зазначена технологія отримала назву дистанційного навчання, вже освоєна та з успіхом використовується. На жаль, при вивченні ринку комп'ютерних програм нами не було виявлено жодної україномовної програми, а також жодної програми для діагностики порушень мовлення.

Отже, перспективним є напрями наукових досліджень з діагностики і корекції темпо-ритмічної сторони мовлення й впровадження їх у практику логопедичної

роботи як сучасної технології у корекційному навчання для діагностики і корекції заїкання молодших школярів.

Висновки до другого розділу

Заїкання – порушення темпо-ритмічної організації мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовного апарату й у виникненні заїкання першорядну роль відіграють порушені взаємини нервових процесів (перенапруга їхньої сили і рухливості) у корі головного мозку та несприятливі екзогенні фактори.

1. Фіксованість на своєму дефекті можна вважати основним фактором, що визначає характер і складність психологічних особливостей молодших школярів із заїканням.

2. Основною метою логопедичної роботи є виявлення молодших школярів з порушеннями темпо-ритмічної сторони мовлення і заїканням та перевиховання неправильного мовлення і поведінки, усунення психологічних відхилень й педагогічними засобами виховати навички правильного мовлення і розвинуту, повноцінну особистість.

3. При індивідуальному підході в логопедичній роботі велике значення має первинне і динамічне вивчення темпо-ритмічної сторони мовлення на основі підібраних нами методик. Діагностичний етап є складним й передбачає вибір необхідних форми корекційного впливу й прогнозування ефективності логопедичної роботи з ним.

4. Проведений аналіз стану усного мовлення у нашому експериментальному дослідженні вказує, що діти із заїканням мають особливості мовлення, що проявляються: порушеннями темпо-ритмічної сторони мовлення, судомним станом мовного апарату, обмеженим користуванням засобами спілкування, недостатньою реалізацією особистісних можливостей у процесі навчання.

5. Узагальнені результати констатувального експерименту підтвердили наявність особливостей мовлення у дітей молодшого шкільного віку із заїканням та необхідність логопедичної роботи з ними.

6. Перспективні розробки методик діагностики й корекції порушення темпо-

ритмічної сторони мовлення у молодших школярів із застосуванням комп'ютерних технологій сприятимуть в сучасних умовах динамічному виявленню порушень і ефективному їх подоланню.

ВИСНОВКИ

Вивчення науково-теоретичних основ темпо-ритмічних порушень мовлення та узагальнення результатів констатувального етапу дослідження дало можливість сформулювати такі висновки.

1. Опрацювання теоретичних засад проблеми порушення темпо-ритмічної сторони мовлення та аналіз результатів констатувального дослідження дало змогу встановити, що питання заїкання у дітей молодшого шкільного віку є одним із найбільш актуальних у логопедії. Теоретичний аналіз спеціальної психолого-педагогічної літератури та сучасних наукових підходів свідчить про значний інтерес дослідників до теми, проте водночас показує, що аспект діагностики темпо-ритмічних порушень мовлення залишається недостатньо розробленим. Це підтверджує потребу вдосконалення логопедичної роботи в цьому напрямі.

На основі вивчення наукових джерел уточнено зміст понять «темп» і «ритм» мовлення, визначено їх основні характеристики та окреслено їхній вплив на розвиток дитини. Доведено важливість темпо-ритмічної організації мовлення у процесі подолання заїкання.

2. Науково обґрунтовано та підібрано діагностичний інструментарій для дослідження мовлення дітей молодшого шкільного віку, зокрема для вивчення темпо-ритмічних характеристик. Відповідно до завдань роботи сформульовано критерії й показники, за якими оцінюється рівень сформованості темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей із заїканням.

Аналіз отриманих експериментальних даних показав, що молодші школярі із заїканням мають суттєво нижчий рівень сформованості темпо-ритмічної організації мовлення порівняно зі своїми ровесниками з нормальним мовленнєвим розвитком.

3. Вивчення мовлення дітей молодшого шкільного віку із заїкання виявило їх особливості, що проявляються: порушеннями темпо-ритмічної сторони мовлення, судомним станом мовного апарату, обмеженим користуванням засобами спілкування, недостатньою реалізацією особистісних можливостей у процесі

навчання, а діти з нормальним розвитком мовлення мають сформовану темпо-ритмічну сторону мовлення, широко користуються всіма засобами спілкування.

4. За результатами дослідження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку розроблено методичні рекомендації з удосконалення логопедичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із заїканням.

Здійсненне дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми вивчення порушень темпо-ритмічної сторони мовлення і заїкання й подальші розробки вимагають сучасних методик діагностики і відповідно до різних форм заїкання на основі комп'ютерних програм

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абелєва І. Ю. Психологія заїкання у дорослих на різних фазах процесу мовної комунікації // *Питання психології*. – 1976. – № 4. – С. 144–150.
2. Аніщук А. М. *Основи дефектології та логопедії* : навч.-метод. посіб. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2012. – 175 с.
3. Березан О. І. *Неврологічні основи логопедії* : навч. посіб. – Полтава : ПП Ткалич А. М., 2008. – 92 с.
4. Бегас Л. Д. Використання нестандартних занять у вихованні заїкуватих дітей старшого дошкільного віку // *Педагогічні науки*. – 2009. – Вип. 51. – С. 129–133.
5. Бегас Л. Д. Комплексні системи реабілітації заїкання у старших дошкільників // *Науковий часопис НПУ*. – 2009. – № 14. – С. 6–9.
6. Бегас Л. Д. Науково-методичні засади корекції заїкання // *Науковий часопис НПУ*. – 2009. – № 13. – С. 3–5.
7. Бойчук Ю. Д. (ред.). *Актуальні проблеми корекційної та інклюзивної освіти*. – Харків, 2020. – 356 с.
8. Бондар В. І. (ред.). *Спеціальна педагогіка: словник*. – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 436 с.
9. Боряк О. В. *Неврологічні та психолінгвістичні основи мовленнєвих порушень*. – Суми, 2015. – 214 с.
10. Гаврилова Н. С. *Логопедія*. – Кам'янець-Подільський, 2018. – 188 с.
11. Гаврилова Н. С. Анатомо-фізіологічні особливості органів мовлення // *АКО*. – 2014. – Вип. 4. – С. 30–40.
12. Гаврилова Н. С. *Методика корекції артикуляційної моторики* // *АКО*. – 2018. – Вип. 10.
13. Данільченко Є. В. *Методика викладання української мови у спеціальній школі*. – Слов'янськ, 2012. – 108 с.
14. Дегтяренко Т. М., Лобанова О. В., Дудченко І. О. *Мовленнєва і сенсорна системи*. – Суми, 2021. – 416 с.
15. Засєкіна Л. В. *Психолінгвістичні механізми мовлення дитини* //

- Психолінгвістика*. – 2017. – Вип. 22. – С. 98–107.
16. Кисличенко В. А., Конопляста С. Ю. *Логопедичний супровід сім'ї*. – Миколаїв, 2016. – 217 с.
17. Кондратенко В., Ломоносов В. *Заїкання: феноменологія*. – Київ, 2006. – 70 с.
18. Кондратенко В., Ломоносов В. *Комплексний підхід до подолання заїкання*. – Київ, 2014. – 152 с.
19. Конопляста С. Ю., Морозова Т. С. *Подолання заїкування у юнаків*. – Київ, 2004. – 115 с.
20. Корнєв С. *Корекційна педагогіка у спадщині І. Сікорського*. – Київ, 2009. – 217 с.
21. Кравченко А. І. *Корекція заїкання засобами фізичної реабілітації*. – Суми, 2013. – 176 с.
22. Крутій К. Л. *Формування граматично правильного мовлення*. – Запоріжжя, 2005. – 144 с.
23. Літовченко О. В. *Заїкання у дітей*. – Одеса, 2021. – 248 с.
24. Лупінович С. М. *Довідник учителя-логопеда*. – Тернопіль, 2008. – 112 с.
25. Малярчук А. Я. *Дидактичний матеріал*. – Київ, 1997.
26. Марченко І. С. *Спеціальна методика початкового навчання*. – Київ, 2010. – 288 с.
27. Мартиненко І. В. *Логопсихологія*. – Київ, 2016. – 248 с.
28. Миронова С. П. *Корекційна педагогіка*. – Київ, 2019. – 384 с.
29. Набієва Т. Н. Чинники виникнення заїкання // *Дефектологія*. – 2000. – № 1. – С. 18–23.
30. Новий тлумачний словник української мови. – Т. 2. – Київ, 1999. – 912 с.
31. Омельченко І. М., Тарасун В. В., Федорович Л. О. *Вступ до логопедії*. – Кременчук, 2011. – 416 с.
32. Островська К. О. Психологічні особливості матерів // *НЧ НПУ*. – 2015. – Вип. 29. – С. 213–220.
33. Плиска О. І. *Фізіологія ВНД*. – Київ, 2009. – 285 с.

- 34.Ревуцька О. В. *Збагачення лексичного запасу*. – Донецьк, 2007. – 110 с.
- 35.Рібцун Ю. В. *Професійний довідник учителя-логопеда*. – Херсон, 2013. – 239 с.
- 36.Рібцун Ю. В. *Заїкання: підтримка дитини*. – Київ, 2023. – 272 с.
- 37.Романенко О. М. Логопедичні технології подолання заїкання // *Особлива дитина*. – 2021. – № 3. – С. 45–52.
- 38.Савінова Н. В. *Логодіагностика та логокорекція*. – Миколаїв, 2017. – 262 с.
- 39.Савченко О. Я. *Навчання і виховання учнів*. – Київ, 2018. – 320 с.
- 40.Супрун М. О. *Основи нейропсихології дитячого віку*. – Київ, 2022. – 296 с.
- 41.Тітаренко С. А. *Основи дефектології та логопедії*. – Глухів, 2012. – 87 с.
- 42.Хрестоматія з логопедії / за ред. М. К. Шеремет. – Київ, 2006. – 360 с.
- 43.Шевців З. М. *Основи інклюзивної педагогіки*. – Київ, 2016. – 248 с.
- 44.Шеремет М. К. (ред.). *Логопедія*. – 4-те вид. – Київ, 2017. – 672 с.
- 45.Alm P. A. Stuttering and the basal ganglia circuits // *JCD*. – 2004.
- 46.Bloodstein O., Bernstein Ratner N. *A Handbook on Stuttering*. – 2008.
- 47.Bothe A. K. et al. Stuttering treatment research // *AJSLP*. – 2006.
- 48.Chang S. E. Neuroimaging studies of children who stutter // *SS&L*. – 2014.
- 49.Conture E. G. *Stuttering*. – 2001.
- 50.Craig A. et al. Anxiety levels in people who stutter // *JSLHR*. – 2003.
- 51.De Nil L. F. et al. PET study of stuttering // *JSLHR*. – 2001.
- 52.Etchell A. C. et al. Neuroimaging review // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2018.
- 53.Guitar B. *Stuttering: An Integrated Approach*. – 2019.
- 54.Hodgson J. C. et al. Hemispheric lateralisation // *Dev. Cognitive Neuroscience*. – 2016.
- 55.Howell P. *Recovery from Stuttering*. – 2013.
- 56.Kalinowski J., Saltuklaroglu T. Choral speech // *JSLHR*. – 2003.
- 57.Kang C. et al. DRD2 polymorphisms // *Journal of Human Genetics*. – 2011.
- 58.Kohler K. J. Rhythm in speech // *Phonetica*. – 2009.
- 59.Leonard L. B. *Children with Specific Language Impairment*. – 2014.

60. Max L. et al. Internal models and dysfluency // *JSLHR*. – 2004.
61. Ntourou K. et al. Emotional regulation // *JFD*. – 2013.
62. Onslow M. et al. *Lidcombe Program*. – 2003.
63. Perkins W. H. et al. Neuropsycholinguistic theory // *JSHR*. – 1991.
64. Riley G. D. *SSI-4*. – 2009.
65. Smith A., Kelly E. Dynamic multifactorial model // *JSLHR*. – 1997.
66. Smith A., Weber C. Dynamic pathways theory // *JSLHR*. – 2017.
67. Spencer C., Weber-Fox C. Preschool predictors // *JFD*. – 2014.
68. Starkweather C. W. et al. *Stuttering Prevention*. – 1990.
69. Ward D. *Stuttering and Cluttering*. – 2017.
70. Yairi E., Ambrose N. *Early Childhood Stuttering*. – 2005.

ДОДАТКИ

Додаток А

Логопедична карта обстеження дитини із заїканням

1. Дата обстеження _____

2. Прізвище, ім'я _____

3. Дата народження _____

4. Адреса батьків _____

5. Д/садок, термін перебування _____

6. Короткий анамнез (вагітність, роди, фізичний розвиток, захворювання, умови дошкільного виховання і т. д.) _____

_____7. Загальна характеристика мовного розвитку (перші слова, речення, виразність мови і т. д.)

8. Коротка характеристика особистості (моторика, поведінка, увага, контактність, успішність

т. д.) _____

_____9. Оточуюче мовне середовище, недоліки мовлення членів сім'ї, темп мовлення оточуючих, контакт з заїками, двомовність в сім'ї. _____

_____10. Обстановка в сім'ї: спокійна, конфліктна та ставлення до заїкання дитини _____

11. Наявність заїкування у близьких та родичів _____

12. Ставлення до дитини(рівне, балують, жорстке, нерівне) _____

13. Коли виникло заїкання _____

14. Протікання заїкання _____

15. Реакція дитини на свій дефект _____

16. Висновок невропатолога і психіатра _____

17. Стан слуху _____

18. Стан артикуляційного апарату (будова, рухливість)

19. Стан усного мовлення(звуківимови) _____

20. Темп, ритм і плавність мовлення (затримки в мові, характер судом і місце локалізації)

21. Вид заїкання _____

22 Ступінь заїкування _____

23. Висновки логопеда про стан мови дитини _____

Логопедичне обстеження учня із заїканням

I блок — Анкетні дані

Прізвище, ім'я учня _____
 Дата народження _____ Вік на 1.09. _____
 Рідне мовлення _____
 Домашня адреса _____ телефон _____
 Дата вступу у ЗНЗ _____

II блок — Анамнез

(сімейний, загального розвитку дитини, розвитку мовлення)

Відомості про батьків:

Мати _____ Вік _____
 Освіта _____
 Батько _____ Вік _____
 Освіта _____
 Скарги батьків _____
 Заїкання у батьків й інших членів родини _____
 Спадкові й хронічні захворювання батьків _____

Наявність інших дітей у родині із заїканням _____
 Наявність двомовності _____
 Ставлення до дитини у сім'ї (рівне, балують, жорстке, нерівне) _____
 Вік матері при народженні дитини _____
 Вік батька при народженні дитини _____
 Від якої вагітності дитина _____
 Протікання вагітності: токсикоз I половини, II половини, травми, інтоксикації, захворювання _____
 Пологи: дострокові, термінові, швидкі, стрімкі, зневоднені _____
 Стимуляція: механічна, хімічна, електростимуляція _____
 Крик: був, не був _____ Чи спостерігалася асфіксія: біла, синя _____
 Резус-фактор: негативний, позитивний, сумісність _____
 Вага _____, зріст _____ за шкалою Апгара _____.
 Перше годування у _____ добу. Вигодовування: природне, штучне.
 З пологового будинку виписаний на _____ добу, додаткове перебування в пологовому будинку, причини _____
 Утримання голови _____ (1,5 міс.). Повзає _____ (5 міс.). Сидить _____ (6 міс.).
 Ходить _____ (до 1р.). Перші зуби _____ (6-8 міс.)
 Відхилення в поведінці в перші три місяці життя _____
 Перенесені захворювання до 1 місяця _____ до 3 років _____
 Особливості розвитку до 3 років:
 Фізичного: (гіперрухлива, не координувана у рухах, неспокійна, загальмована, неповоротка, несвоєчасне переключення рухів) _____

Психічного (правша, лівша, амбідекстр) _____
 Гуління _____ (2-3 міс.). Лепет _____ (4-8 міс.). Перші слова _____ (1 р.).

Використання жестів _____
 Особливості мовленнєвого розвитку до 3 років _____

III блок — Висновки про нервово-психічний і соматичний стан дитини

Педіатр _____

Невропатолог _____

Окуліст _____

Отоларинголог _____

Психіатр _____

Хірург _____

Дефектолог _____

Логопед _____

Психолог _____

IV блок — Обстеження розвитку відносин учня та особистості:

Реакція на свій дефект мовлення _____

Ставлення до ровесників _____

Ставлення до дорослих _____

Прояви вибіркового ставлення до людей _____

Коротка характеристика особистості (самооцінка, реакції в ситуації фрустрації, тривожність та ін.) _____

Успішність _____

Дисциплінованість _____

V блок — Обстеження мовлення:

Обстеження загального розвитку усного мовлення:

Словниковий запас _____

Граматична будова мовлення _____

Зв'язне мовлення _____

Звуковимова _____

Стан фонематичних процесів _____

Темп, ритм і плавність мовлення _____

Обстеження розвитку писемного мовлення:

Обстеження читання (читання букв, складів, слів, тексту та ін.) _____

Розуміння прочитаного _____

Техніка читання _____

Розуміння прочитаного _____

Переказування тексту _____

Обстеження письма: _____

Списування _____

Диктант _____

Самостійне письмо _____

Обстеження навичок користування мовленням:

Розуміння зверненого мовлення _____

Шепітне мовлення _____

Спонтанне мовлення _____

Відображене мовлення _____

Супутнє мовлення _____

Труднощі в ситуативному чи контекстному мовленні _____

Обстеження різних видів мовлення:

Називання картинок (відображено і самотійно). _____

Складання речення за картинкою _____

Розповідь про іграшку _____

Розповідь вірша _____

Бесіда _____

Переказ казки _____

Виявлення порушень функціонування мовленнєвого апарату:

Тип дихання: верхньоключичний; грудний; нижньодіафрагмальний (мовне).

Судоми дихального апарату: _____

Голос: відсутній; тихий; гучний; гнусавий; шепітний; хриплий; звичайний

Судоми голосового апарату _____

Артикуляційний апарат _____

Судоми артикуляційного апарату:

– губи (нормальні, товсті, вузькі, вкорочені, з розщілиною, рухливі, малорухливі, парез, рухи виконує повністю, не виконує, з труднощами);

– язик (нормальний, великий, малий, довгий, короткий, вузький, широкий, м'ясистий, рухливий, малорухливий, в'ялий, напружений, рухи виконує правильно, швидко, з труднощами, повільно, з допомогою, не виконує);

Судоми інших у інших частинах

тіла _____

Супутні рухи _____

Емболофразія _____

Страх мовлення _____

Час виникнення судом _____

Причини виникнення судом _____

VI блок — Узагальнений висновок логопеда про стан мовлення дитини

(форма заїкання, характер судом, протікання заїкання, ступінь вираженості)

VII блок — Індивідуальна програма логопедичної корекції мовлення: (на 6 міс.) _____

VIII блок — Результативність роботи: _____

Дата

Підпис логопеда