

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Факультет спеціальної освіти, психології і соціальної роботи
Кафедра логопедії і спеціальних методик

Кваліфікаційна робота

магістра

з теми: **«ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК СПІЛКУВАННЯ У ДОШКІЛЬНИКІВ
ІЗ ЗАЇКАННЯМ У ПРОЦЕСІ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ»**

Виконала:
здобувач вищої освіти
заочної форми навчання
ОП Спеціальна освіта (Логопедія)
спеціалізація 016.01 Логопедія
Вікторія СУШАНИН

Науковий керівник: **Вадим ЛЕВИЦЬКИЙ**,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри логопедії і спеціальних методик

Рецензент: **Олена ВЕРЖИХОВСЬКА**,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри
психолого-медико-педагогічних
основ корекційної роботи

Кам'янець-Подільський – 2023

ЗМІСТ

Вступ	3
Розділ I. Теоретичні основи проблематики заїкання у психолого-педагогічній літературі	
1.1. Етіологія, симптоматика та патогенез заїкання.....	7
1.2. Причини заїкання у дітей.....	20
1.3. Комплексні системи корекційної роботи з дошкільниками із заїканням.....	22
1.4. Порухення спілкування у дошкільників із заїканням.....	26
1.5. Сучасні методики корекції заїкання у дітей дошкільного віку.....	30
Висновки до розділу	35
Розділ II. Опис сутності та методики проведення констатувального та формувального етапів дослідження	
2.1. Опис методики психолого-педагогічного та логопедичного обстеження дітей із заїканням.....	38
2.2. Опис результатів проведеного обстеження.....	46
2.3. Методика роботи з подолання заїкання у дітей старшого дошкільного віку з використанням логоритміки.....	51
2.4. Рекомендації батькам щодо формування мовлення у дошкільників із заїканням.....	65
Висновки до розділу	68
Висновки	74
Список використаних джерел	79

Вступ

Актуальність дослідження. Спілкування виступає необхідною умовою буття людей, без якого неможливе повноцінне формування не лише окремих психічних функцій, процесів та властивостей людини, а й особистості взагалі.

Заїкання є одним з поширених, складних і тривалих порушень мовленнєвого розвитку. Воно характеризується складним симптомокомплексом та, у ряді випадків, невисокою ефективністю корекції. Виникаючи, найчастіше, у період найактивнішого формування мовлення (2-6 років), заїкання обмежує комунікативні можливості дитини, ускладнює соціальну адаптацію.

Наукова розробка проблеми заїкання у логопедії пов'язана з іменами психіатрів І. Сікорського, В. Гіляровського. У сучасних дослідженнях М. Піддякова, С. Коноплястої, Л. Артемової, Г. Волкової, І. Мартиненко, Н. Чередніченко, Ю. Пінчук, В. Тищенко, М. Шеремет та ін. ставиться питання розробки та відбору спеціальних методик для подолання заїкання у дітей.

У вітчизняних та зарубіжних дослідженнях розроблялися та висвітлювалися різні аспекти розвитку навичок спілкування. Механізми онтогенетичного формування комунікативних вмінь та навичок вивчалися В. Сухомлинським, А. Богуш, М. Вашуленко, О. Гвоздевим, С. Дорошенко, Н. Виноградовою, Н. Гавриш, Т. Котик, К. Крутій, І. Лапшиною, Н. Луцан, Н. Жинкіним, Л. Паламар, Л. Шадріною. Вивчення процесів спілкування у дітей з різними порушеннями

мовленнєвого розвитку дошкільного віку розглядалася дослідниками, науковцями логопедами, педагогами методистами: Н. Гавриловою, О. Правдіною, С. Коноплястою, О.Ткач, Р. Левіною, В. Лубовським, І. Марченко, О. Мастюковою, О. Мілевською, В. Петровою, Ю. Рібцун, Є. Соботович, В.Тищенко, В. Тарасун, Л. Трофименко, М. Шеремет та ін.

Відповідно до вказаних поглядів: спілкування одна із основних умов розвитку дитини, найважливіший компонент формування особистості, є провідним видом людської діяльності, спрямованим на пізнання і оцінку себе опосередковано через інших людей. Реальність та необхідність спілкування визначено спільною діяльністю: щоб жити люди змушені взаємодіяти, тому з цієї точки зору важко переоцінити вплив спілкування на якість людського життя.

Існуюча система прийомів, методів та логопедичних технік корекції заїкання, спрямована на становлення правильного мовлення недостатньо ефективна. Попри існування окремих напрямів корекції заїкання, особливого значення набуває комплексний вплив як цілісна модель. Таким чином, складаються протиріччя між:

- зростаючою потребою у ефективній системі корекції заїкання та недостатньою узгодженою спрямованістю корекційних заходів;
- практичною потребою науково обґрунтованих корекційних методик, що сприяють виправленню заїкання, які відображають систематизацію методів, засобів, форм та прийомів логопедичної роботи та їх недостатньою теоретичною розробленістю;

Важливе включення формування навичок спілкування у дошкільників із заїканням як напрямку у комплексну систему логопедичної роботи із подолання заїкання. Що обумовило формулювання теми кваліфікаційної роботи, як: «Формування навичок спілкування у дошкільників із заїканням у процесі логопедичної роботи».

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати, розробити та апробувати модель логопедичної роботи з формування навичок спілкування у дошкільників із заїканням.

Об'єкт дослідження: процес спілкування дошкільників із заїканням.

Предмет дослідження: логопедична робота з формування навичок спілкування у дошкільників із заїканням.

Гіпотеза дослідження: логопедична робота з формування навичок спілкування у дошкільників із заїканням буде ефективною, якщо: буде організована на основі системного, особистісно-орієнтованого та діяльнісного підходів; буде створено умови для реалізації комплексного підходу до корекції заїкання.

Відповідно до мети, предмету та висунутої гіпотези дослідження були поставлені **завдання:**

1) на основі міждисциплінарного аналізу теоретичної та методичної літератури вивчити стан проблематики виникнення, діагностики, диференціації та корекції заїкання;

2) теоретично обґрунтувати, розробити та апробувати модель логопедичної роботи з формування навичок спілкування у дошкільників із заїканням;

3) кількісно та якісно описати результати проведеного дослідження;

4) обґрунтувати і сформулювати висновки проведеної роботи.

Методи дослідження:

- організаційні методи (порівняльний, комплексний);
- емпіричні методи (аналіз медичної документації (клінічних та параклінічних даних); спостереження, анкетування; констатувальний, формувальний та контрольний експерименти);
- методи обробки отриманих даних (якісний та кількісний аналіз, наукового узагальнення).

Елементи наукової новизни полягають в уточненні окремих аспектів походження порушень спілкування при заїканні.

Практичне значення отриманих результатів обумовлене можливістю використання практичного матеріалу для обстеження, розвитку та корекції навичок спілкування у дошкільників із заїканням логопедами, вихователями спеціальних груп закладів дошкільної освіти та батьками дітей із заїканням.

База дослідження: заклад дошкільної освіти №39 „Журавлик” комбінованого типу Ужгородської міської ради, м. Ужгород Закарпатської області.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів та висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел.

Розділ I

Теоретичні основи проблематики заїкання у психолого-педагогічній літературі

1.1. Етіологія, симптоматика та патогенез заїкання.

Етіологія заїкання характеризується різноманітністю точок зору щодо виникнення цього порушення. Заїкання являє собою судомні скорочення м'язів мовленнєвих органів, що повторюються.

Перший опис заїкання належить Гіпократу, який бачив причину його у підвищеній вологості мозку. Аристотель пов'язував заїкання з патологією периферичних органів мовлення. Вчені (у тому числі Гален, Ецій Амідський, П. Агінський) пов'язували появу заїкання з ураженнями центрального або периферичного відділу мовленнєвого апарату [1].

Х. Лагузен відмічав, що батьки пов'язували виникнення нападів з афектами (переляк, страх, почуття сорому, гніву, і навіть із травмами, особливо травмами голови), але головне – це почуття страху. Інша причина виникнення – наслідування мовлення батьків із заїканням, проте по спадковості порушення не передається: діти, виховані далеко від батьків, ніколи на нього не страждали. Також вчений говорить про те, що цей розлад мовлення може бути наслідком тривалих захворювань, що впливають на головний мозок, що збивають природний хід думок і, як наслідок, погіршують якість мовлення [55].

Р. Кен бачив причини заїкання у патології органів дихання: дихання поверхнєве, неправильне; грудні органи розвинені слабо. Як і Х. Лагузен, Р. Кен вважав заїкання наслідком душевних травм, що супроводжувалися сильним хвилюванням із порушенням кровообігу. Зовні це супроводжувалося блідістю, тремтінням і втратою мовлення, але щойно відновлювався кровообіг, мовлення поверталось [33].

I. Сікорський поділяв причини виникнення заїкання на сприятливі та формуючі. До сприятливих причин він відносив вік (від двох до шести років), стать (на його думку, жінки менш схильні до заїкання, ніж чоловіки), спадковість (заїкання у членів сім'ї, сімейні хвороби, фізичні знаки виродження, особливості характеру). Формуючі причини включають переляк, травми, інфекційні захворювання і наслідування [39].

За етіологічною ознакою розрізняють два види заїкання: еволюційне заїкання, що розвивається в період становлення розгорнутого фразового мовлення у віці від 2 до 5 років, коли немає будь-яких органічних уражень у мовленнєвих механізмах центральної та периферичної нервової системи (I. Сікорський називав його "дитячою хворобою"). Також виділяють симптоматичне заїкання (як правило, у дорослих), яке виникає на основі органічного ураження центральної нервової системи (при черепно-мозкових травмах, нейроінфекціях, ураження судин тощо) [39].

Більшість дослідників вважають, що поява заїкання обумовлена низкою чинників: біологічних, психологічних, соціальних. До біологічних факторів належать:

- загальна схильність до заїкання, обумовлена розвитком дитини;
- особливості індивідуального розвитку центральної нервової системи, які зумовлюють особливу вразливість мовленнєвої функції в дітей віком 2-5 років;
- ранній мовленнєвий розвиток з інтенсивним накопиченням словника;
- недорозвиток мовлення (при нестачі запасу слів та граматичних засобів для вираження думки);
- перевиховання ліворукості (у третини таких дітей розвивається заїкання);
- статевий деморфізм (у хлопчиків заїкання зустрічається в середньому в 4 рази частіше, ніж у дівчаток);
- органічні захворювання центральної нервової системи (ураження головного мозку може відбуватися у різні періоди розвитку);

- патологічний перебіг вагітності (механічні, хімічні ураження, ендокринні порушення, інфекційно-запальні процеси, несумісність крові матері та плода та інші фактори);

- родові травми, асфіксія плода;

- соматична схильність (результат перенесених інфекцій, інтоксикацій та травм при різних дитячих захворюваннях) [1].

Психологічні чинники.

До появи заїкання батьки часто помічають, що дитина нерішуча, невпевнена в собі, полохлива, чогось боїться (наприклад, за близьких людей). Виділяються і, навпаки, такі риси характеру, як легка збудливість, демонстративність зі схильністю до бурхливих агресивних спалахів, негативізм. Соціальні умови розвитку можуть відігравати як позитивний (вирівнюючий) так і негативний вплив.

Виникненню заїкання сприяють умови виховання, що ведуть до розбалуваності дитини, нерівне та непослідовне виховання, «виховання зразкової дитини». Дитина, як правило, недостатньо активно вступає у взаємодію з оточуючими. Низькі вимоги, що ставляться до неї з боку оточуючих, призводять до того, що дитина неспроможна всебічно виявити свої можливості і часто доводиться підпорядковуватися іншим дітям. У таких випадках дитина боязка, не впевнена в собі і скута. Майже у всіх спостерігаються явища нестійкості вегетативної нервової системи: діти часто червоніють, з'являються краплі поту на обличчі, руки тремтять, ноги підгинаються, думки кудись плутаються, посилюється серцебиття; в інших різко блідніє обличчя, з'являється маскоподібність, рухи робляться скутими, язик погано рухається, дихання переривається, з'являються спазми в горлі, збільшується рух головою і руками; всі ці рухи безладні і безцільні і часто стереотипні, виникають судоми рота та лицьових м'язів, тикозні посмикування м'язів, психомоторний апарат перебуває у загальному збудженні [39].

Діти нерідко піддаються глузуванню з боку товаришів по іграх, що змушує їх уникати однолітків. Порушується соціальний контакт із колективом. Розбалувані діти схильні задовольняти свої бажання, виявляючи впертість та агресивність. Досить часто в сім'ї складається ситуація, коли у батьків відсутня єдність дій та вимог до дитини. То непомірно високі, то занижені вимоги, зайва суворість одного з батьків і повне потурання з боку іншого викликає подвійний стан, збудження та гальмування нервових процесів одночасно. Таке невірнорозважене виховання часто призводить до фобій, що є сприятливим ґрунтом для виникнення заїкання [47].

Виховання "зразкової дитини" характеризується високими вимогами, що пред'являються до неї, та розвитком марнославства. Такі діти не зважають на оточуючих, і тому їх поведінка може набувати асоціального характеру. Реакція дитини на будь-яку невдачу може виявитися депресивною чи боязкою. Надмірні вимоги до дітей: примушення до повторення незрозумілих і важких слів, декламація віршів перед сторонніми, навантаження читанням, що не відповідає віку та стану актуального розвитку, одна з поширених причин виникнення заїкання. Ставлення оточуючих до порушення має вирішальне значення для перебігу заїкання. Батьки можуть допомогти дитині в момент появи заїкання і вплинути на її мовлення. Однак багато хто з них, намагаючись виправити мовлення дитини самотійно, звертає увагу на кожен її помилку і затинання, примушує до наслідування або правильного повторення слова. В результаті чого дитина ще більше зосереджується на порушенні, а чим більше фіксує увагу на своїх мовленнєвих невдачах, тим гірше стає мовлення та впевненість у ньому [22].

Іноді, помітивши, що дитина заїкається, батьки починають поводитися з нею як із важко хворою. Вони висловлюють своє співчуття, хвилюються, йдуть на різноманітні поступки, надмірно опікають і балують. Дитина помічає, що симптоми заїкання дають їй певні переваги, і не прагне позбутися цього недоліку. Деякі батьки намагаються припинити заїкання дитини постійними осудами, але це

лише посилює ступінь тяжкості. Дитина займає або захисну, або агресивну позицію [33].

Зі 100 випадків заїкання 10 набувається через наслідування. Діти говорять плутано тому, що постійно чують мовлення дорослих з цим порушенням – їх батьки та близькі заїкаються або страждали на цю недугу в минулому [55].

Велику роль у виникненні заїкання відіграють психічні травми, які можуть бути гострими та хронічними. Гостра психічна травма – сильний, раптовий, переважно одноразовий шок, викликаний афективною (емоційною) реакцією. Зазвичай ця травма викликається страхом, переляком, але рідше надмірно радісним, бурхливим захопленням. Хронічна психічна травма – тривалі, негативні емоції у вигляді стійких психічних напружень або невирішених конфліктних ситуацій, що постійно закріплюються. Вони часто пов'язані з напруженим психологічним кліматом. Діти дошкільного віку, в силу своєї емоційної збудливості та невідповідності до переробки зовнішніх впливів навколишнього середовища більш, ніж дорослі, схильні до бурхливих емоційних реакцій [1].

Необхідно враховувати ще й таку обставину, що усі перелічені чинники діють на дитину під час формування мовлення, характеру і особистості (4-5 років), то функція мовлення, як ще тендітна у цьому віці, може постраждати насамперед [4]. Залежно від обставин заїкуватим вдається більш-менш вільно говорити у звичних (фіксованих) ситуаціях і при короткій відповіді.

У дітей з'являється своєрідне ставлення до свого мовлення та порушення. Одні гостро відчують мовленнєвий недолік, особливо внаслідок несприятливих впливів довкілля. Інші бояться проявів судом у мовленні, їм небайдужа оцінка їх мовлення та комунікативної поведінки оточуючими. Треті критично ставляться до заїкання, переживають після неуспішної мовленнєвої спроби чи після невдач у будь-якій діяльності. І заїкання починає впливати на характер комунікабельності дітей. Незважаючи на те, що більшість дітей 4-7 років легко вступають у

спілкування з однолітками та дорослими, проте є діти з нестійкими формами спілкування, а також що мають негативну або аутистичну поведінку. Діти з нестійкою комунікабельністю спочатку охоче вступають у контакт, виявляють інтерес до завдання, але потім виявляють пасивність, байдужість, неуважність до прохань дорослого виконати те чи інше завдання. Вони важко входять у проблемну ситуацію, вимагають стимуляції своєї діяльності і після багаторазових спонукань відмовляються виконати завдання. Діти з негативним ставленням до співрозмовника замкнуті, сором'язливі, іноді з агресивними рисами у поведінці. Необхідність виконати прохання, завдання, особливо у новій обстановці, викликає реакції невротичного характеру, іноді майже аутистичну поведінку. Діти начебто не потребують колективу однолітків чи дорослого. Спілкування має суворо вибіркового характеру. Залучення дітей у колективну діяльність зустрічає пасивний чи активний опір [11].

Види заїкання різні: кожна дитина відрізняється чимось, властивим виключно їй; діти, які страждають однаково – зустрічаються рідко. У деяких заїкання ледь помітне, інші заїкаються при вимові деяких слів; треті не можуть вимовити жодного слова без затинань; є такі, які протягом тижнів говорять вільно, і час від часу до часу сильно заїкаються, у деяких заїкання перетворюється на хвилину німоту [23].

Таким чином, виникненню заїкання сприяє ціла низка причин: екологічна ситуація, нервово-психічне напруження, збільшення кількості пацієнтів із церебральною дефіцитарністю. Однак слід пам'ятати, що роль органічного та функціонального не уточнена досі, і має дуже велике значення встановлення етіології та патогенезу цього порушення мовлення.

Експериментально встановлено, що заїкання характеризується наявністю судом у мускулатурі. Виділяють два основних типи мовленнєвих судом: тонічні та клонічні. Тонічні судами характеризуються різким неконтрольованим підвищенням тону м'язів, який зазвичай захоплює кілька груп м'язів. Дитина в

момент мовлення сильно напружена, докладає зусиль, щоб почати або продовжити мовлення. У мовленні тонічна судома проявляється у вигляді тривалої паузи, а також у вигляді напруженої та протяжної вокалізації. Клонічні судоми виглядають як неконтрольоване багаторазове, ритмічне скорочення м'язів мовленнєвого апарату і повторення окремих звуків або складів. Експериментально та практично встановлено, що у людини із заїканням можна спостерігати обидва типи судом. Судоми можуть виявлятися у всіх відділах мовленнєвого апарату: артикуляційному, голосовому, дихальному. У клінічній картині заїкання частіше зустрічаються змішані судоми: дихально-артикуляційні, дихально-голосові і т.д.

Інспіраторна судома – це судома дихального апарату. Суть її проявів у тому, що на різних етапах мовленнєвого висловлювання промовець раптово робить різкий вдих, що створює необґрунтовану паузу. Судоми можуть йти одна за одною, і хворий не зможе здійснити видих. Тому інспіраторні судоми порушують, як процес говоріння, так і процес дихання. Сила їх різна і може бути малопомітною, але іноді судоми можуть бути тривалими, сильними і супроводжуються почуттям напруження у грудях [1].

На відміну від інспіраторної, експіраторна судома характеризується несподіваним різким видихом у процесі говоріння. Внаслідок цього хворий може нахилитися вперед, з шумом випускаючи повітря з голосової щілини. Супроводжується це тяжким відчуттям тиску у грудях, нестачею повітря. Якщо цей вид судом у хворого виражений сильно, то до них додається розкриття голосової щілини, опускання нижньої щелепи, підняття піднебінної завіси та роздування крил носа [39].

Судоми голосового апарату виникають у момент фонації голосних звуків і бувають трьох основних видів.

Голосова судома перериває мовлення або на її початку, або в середині висловлювання. Це відбивається під час голосоподачі – вона припиняється

внаслідок різкого змикання голосових складок, що перешкоджає проходженню повітря. Звуки відсутні і пауза може мати різну тривалість. Оскільки голосова щілина перекрита, то черевна мускулатура перебуває у напруженому стані. Дитина також напружена, хворі відчувають напругу в області гортані, грудях, черевних м'язах, перешкоду в області гортані [57].

Вокальна судома характеризується підвищенням тону голосових, шийних м'язів під час вимови, як правило, голосних звуків, і супроводжується їх тривалою вокалізацією. Артикуляторні рухи можуть здійснюватися доти, доки не пройде вокальна судома. На думку І. Сікорського, такий стан є ознакою заїкання, що починається, і можливих судом дихального і артикуляційного апаратів. Зазвичай при вокальних судамах не порушується тембр і висота голосу, але іноді голос хворого набуває фальцетного неприємного звучання [55].

Тремтячий або поштовхоподібний гортанний спазм виникає тоді, коли хворий вимовляє чи намагається вимовляти голосні звуки. Це перериває мовлення появою тремтячого переривчастого звуку. Артикуляція при цьому відсутня або звуки чути у вигляді окремих повільних ударів. Голосові складки під час спазму то стуляються, то розмикаються, що призводить до появи нефонологічних звуків. Ротова порожнина відкрита, голова може ритмічно відкидатися назад або нахилитися вперед. Також спостерігаються судоми артикуляційного апарату. Вони можуть бути лицьовими, язичними та судамами м'якого піднебіння.

До лицьових судом відноситься замикальна судома губ – одна з найбільш поширених судом при заїканні.

Змикальна судома характеризується спазмами кругового м'яза рота. Виникає при вимові губних звуків (п, б, м, в, ф). Губи при цьому сильно стискаються. Може порушуватися вимова задньоязикових звуків – таких як *т, д, н*. Інші м'язи обличчя можуть бути судомою не вражені. Щоки під час вимови можуть надуватися під тиском повітря, який заповнює ротову порожнину.

Верхньогубна судома рідко зустрічається. Характеризується спотворенням обличчя, спазмом м'язів, що піднімають верхню губу, рідше – крила носа. Під час цієї, найчастіше, клонічної судоми на одному боці обличчя ротова щілина набуває косоного напрямку і стає неможливою вимова губних звуків.

Нижньогубна судома схожа з верхньогубною. Ураження одного м'яза, що опускає кут рота, спостерігається рідше, ніж ураження обох м'язів, що характеризується різким виворотом нижньої губи.

Кутова судома рота. При ній порушується робота кругового м'яза рота. Кут рота різко відтягується з обох або з одного боків, і піднімається, перекошуючи ротову щілину у бік ураження. Судома може перейти і на ніс, лоб, повіки. Під час цієї судоми, яка може бути як клонічною, так і тонічною, неможлива вимова губних звуків. Судомне розкриття ротової порожнини може супроводжуватися широким розкриттям рота та опусканням нижньої щелепи або оголенням зубів при зімкнутих щелепах. М'язи дуже сильно напружуються під час тонічної судоми, вона може охопити м'язи чола, повік, носа, інколи всього обличчя.

Складна судома обличчя. Виділена І. Сікорським, вона не має точної локалізації і може проявлятися у дорослих у сильній мірі у різних комбінаціях вищенаведених судом (лицьових та лобних, повік, вушних) разом із судомою кругового м'яза рота [39].

Мовленнєві судоми виникають при спробі вимови звуків, в артикуляції яких активну участь бере язик. Судоми язика можуть бути різними.

Судома кінчика язика часто зустрічається серед судом артикуляційного апарату. При ній напружений кінчик язика, що впирається у ньобо, зупиняє артикуляцію та фонацію, викликає необґрунтовану паузу.

При судомі кореня язика, корінь язика мимоволі піднімається вгору і відтягується назад, змикаючися з ньобом. Внаслідок цього стає неможливим рух повітряного струменя через рот і хворий не може вимовляти такі задньязикові звуки, як: **г, к, х**.

Судома виштовхнутого язика, виражається в тому, що язик виштовхується назовні у міжзубний простір. При тонічній судомі язик може бути висунутим з рота (упиратися в зуби), а при клонічній іноді висовуватися вперед, а потім з силою втягуватися всередину. Характеризується така судома нездатністю до звуковимови, порушенням дихання та іноді больовими відчуттями [57].

Під'язикова судома характеризується тим, що нижня щелепа опускається та відкривається ротова порожнина. Може супроводжуватися повторенням складів, придиханнями і нерідко поєднується з іншими видами судом.

Судома м'якого піднебіння. Рідко зустрічається як самостійна і виникає зазвичай як складна судома апарату артикуляції. М'яке ньобо то піднімається, то опускається, відкриваючи та закриваючи вхід у носову порожнину, роблячи звуки назалізованими. Мовленнєва діяльність раптово зупиняється і в залежності від положення органів ротової порожнини хворий повторює звуки, близькі до «пм-пм» або «кн-кн». Людина відчуває напруження, сухість у носі та садніння.

Ступінь прояву судом може бути легким, середнім та тяжким, але на сьогодні ще не існує ні єдиних показників, ні загальної методики для її оцінки. На думку одних фахівців, ступінь тяжкості залежить від можливості плавно здійснювати мовленнєву діяльність. Легкий ступінь супроводжується затинаннями лише у спонтанному мовленні; середній – як у монолозі, і при діалозі; важкий – у будь-якій формі мовленнєвого висловлювання. Інші практики вважають, що ступінь тяжкості залежить від ступеня фіксації на своєму порушенні або кількості і тривалості пауз, повторів, зайвих звуків і т.д. Важкість протікання захворювання змінна. Вона залежить від таких показників, як емоційний стан у момент мовлення, емоційної значущості спілкування для хворого, рівня труднощів у формулюванні висловлювання. Важлива також наявність звуків, важких для вимови в даному випадку [11].

Виділяються такі типи протікання заїкання: постійний — заїкання, виникнувши, проявляється систематично у різних формах мовлення, ситуаціях

тощо.; хвилеподібний – то посилюється, то слабшає, але не зникає; рецидивуючий – зникнувши, заїкання з'являється знову, тобто настає рецидив, повернення після досить тривалих періодів вільного без затинань мовлення.

На прояви заїкання впливають різні чинники (як фізіологічні, так і психологічні), тип судом, тип перебігу, ступінь фіксованості хворого на порушенні. У дошкільників із заїканням фіксованість на порушенні провокує сором'язливість, страх перед комунікацією, а іноді навпаки, розгальмованість, показну браваду і різкість. Тому необхідно проводити корекційну роботу з позиції психотерапії, зважаючи на психологічні особливості [57].

У патогенезі заїкання розрізняють 3 основні форми: невротичне; неврозоподібне; змішане. Причини та механізми їх розвитку різні. Невротичне заїкання посилюється в ситуації емоційної напруги, з'являються додаткові рухи у м'язах обличчя, шиї та кінцівок. Зазвичай він поєднується з іншими невротичними розладами (страхами, порушеннями сну, нічним нетриманням сечі). Розвиток невротичного заїкання може бути представлений у чотирьох основних періодах.

До першого періоду відносяться ті форми заїкання, при яких є тільки початкова судомність мовленнєвих рухів і коли дитина ще не помічає розладів. Якщо ці розлади не проходять, то хвороба переходить у наступний, другий період.

До другого періоду хвороби відносяться ті випадки, коли дитина вже починає помічати труднощі і мимоволі починає застосовувати для подолання цих труднощів напруження при вимові звуків. Виникають супутні рухи. Це посилює нервовий фон. Ця форма заїкання появляється у дошкільному віці та в перші роки школи. Надалі невроз починає набувати більш важкої форми [39].

У третьому періоді хвороби, що відноситься до підліткових і юнацьких років, на перший план виступають уявлення про труднощі вимовити слово і страх мовлення, що викликає посилення судомності. Поведінка хворого зазвичай

проходить тепер під знаком збентеження, невпевненості, страху мовлення, хитрощів та постійного спостереження за власним мовленням. Змінюється характер хворого, який набуває астеничних властивостей.

У четвертому періоді у абсолютній більшості випадків заїкання починає поступово слабшати. У зрілому віці заїкання спостерігається рідко, а якщо й проявляється, то є залишками старих навичок, як натяк на те, що було. Невротичне заїкання посилюється в ситуації емоційної напруги, з'являються додаткові рухи у м'язах обличчя, шиї та кінцівок. Зазвичай поєднується з іншими невротичними розладами (страхами, порушеннями сну, нічним нетриманням сечі).

Неврозоподібне заїкання може мати спадковий характер. У цих випадках в одних дітей заїкання припиняється або зменшується до 10-12 років, в інших в тій чи іншій мірі зберігається все життя. Незалежно від того, що викликало неврозоподібне заїкання (спадковість, органічні причини або їх поєднання), зовні воно виглядає однаково. Мовлення монотонне, одноманітне, залежить від ситуації, хворі намагаються боротися з порушенням. Якщо пацієнта змушують стежити за власним мовленням, фіксують увагу на порушенні, то заїкання різко зменшується. За цими параметрами неврозоподібне заїкання відрізняється від невротичного [55].

Невротичне заїкання – це психогенне захворювання з переважним ураженням мовленнєвої функції.

Розрізняють три критерії психогенних розладів:

- розлад, спричинений психічною травмою;
- зміст психічної травми відображається на картині захворювання;
- ліквідація психогенного розладу в міру подовження періоду після психічної травми [1].

На тлі невротичних розладів (знижений настрій, почуття неповноцінності, тривожне очікування чогось неприємного, повільне засинання, часте

пробудження, знижений апетит) розвиваються ознаки порушення мовлення, серед яких зокрема, логофобія.

Логофобія – нав'язливий страх мовлення. Сутність у тому, що після психічної травми виникає напружене очікування неможливості вимови звуків, слова, фрази, речення. Очікування своєї неспроможності призводить до вираженого страху, при якому у хворого ніби паралізується механізм вимови. Логофобія непостійна. Виразність логофобії буває настільки помітною, що пацієнт взагалі не здатний щось сказати. Логофобія як один із найголовніших і найпоширеніших механізмів призводить до невротичного заїкання [11].

Невротичне заїкання виявляється у психотравмуючій ситуації. При фіксації уваги пацієнта на своєму порушенні воно посилюється, а при відволіканні уваги порушення плавності мовлення зменшується або взагалі проходить. Заїкання, обумовлене логофобією, зазвичай поєднується з невротичними тиками і супутніми рухами, які мають характер, що і всі розлади, що походять з логофобії. Крім логофобічного варіанта неврозу, можна виділити істеричний механізм, при якому внаслідок психічної травми шокового характеру паралізуються центральні механізми мовлення. Хворий не відчуває страху перед мовленням, він просто не може говорити. Виникає істеричний мутизм, зазвичай, повний, хворий мовчить. Після зникнення істеричного мутизму нерідко настає істеричне заїкання, у якому страх мовлення не виражений.

Дані параклінічних обстежень за різних видів заїкання виявляють ряд відмінностей. При неврозоподібному заїканні на рентгенограмі виявляється субкомпенсована гідроцефалія (нестійка, що стабілізується), на електроенцефалограмі переважають органічні зміни, нерідко з підвищеною судомною готовністю. При невротичному заїканні обстеження не виявляє особливих відхилень. Прогноз заїкання у різних вікових групах різний, проте в багатьох хворих воно повністю зникає.

Комплексне обстеження дорослих із заїканням дозволило виявити можливі нейрофізіологічні механізми розвитку цього синдрому. Разом з тим, дані отримані при дослідженні дорослих, характеризують функціональний стан мозку та емоційно-вольової сфери після тривалого періоду з моменту виникнення захворювання. Ця обставина через велику пластичність і компенсаторні можливості мозку ускладнює виявлення тих факторів ризику виникнення заїкання, які пов'язані з раннім постнатальним розвитком, а також не дозволяє розмежувати симптоми, безпосередньо пов'язані з етіологією заїкання та його наслідками [1].

Порівняння даних комплексного обстеження дітей та дорослих показало, що електроенцефалографічні та нейропсихологічні ознаки зміни функціонального стану мозку на рівні глибинних структур та кори, пов'язані з порушенням кровообігу у задніх, переважно лівосторонніх, відділах, яскраво виявляючись у дитячому віці, у дорослих вже не відзначалися. При цьому, неврологічна симптоматика, що характеризує стан нижніх (стволових) відділів нервової системи, менш схильних до пластичних перебудов, зберігалася.

1.2. Причини заїкання у дітей.

У 20 столітті склалося три основні теоретичні напрями у розумінні механізмів заїкання.

1. Заїкання як спастичний невроз координації, що походить від дратівливої слабкості мовленнєвих центрів (апарат складових координацій), що було сформульовано у працях Р. Гутцмана, І. Куссмауля, І. Сікорського [55].

І. Сікорський першим зробив припущення про причини заїкання. У 1889 році вчений довів, що заїкання виникає у дитячому віці, коли дитина тільки вчиться говорити, а також пов'язав заїкання зі спадковістю та особливостями нервової системи. Одним із досягнень І.А. Сікорського в цьому питанні була гіпотеза, що заїкання особлива форма неврозу [39].

2. Заїкання як асоціативне порушення психологічного характеру. Прихильники теорії А. Лібман, Г. Неткачев, Ю. Флоренська. Г. Неткачев, Ю. Флоренська розглядали заїкання як асоціативне порушення психологічного характеру, коріння якого найчастіше сягає дитинства [33].

3. Заїкання як підсвідомий прояв, що розвивається на ґрунті психічних травм, різних конфліктів із довкіллям. Прихильники теорії А. Адлер, А.Шнейдер. Вони вважали, що заїкання – це підсвідомий прояв, що виник у результаті психічних травм і конфліктів із довкіллям. Вважали, що у заїканні, з одного боку, проявляється бажання індивіда уникнути будь-якої можливості контакту з оточуючими, з другого – викликати співчуття оточуючих у вигляді демонстративного страждання.

До 30-х років і у наступні 50-60-ті роки 20 століття механізм заїкання стали розглядати, спираючись на вчення І. Павлова про вищу нервову діяльність людини і, зокрема, механізм неврозу. При цьому, одні дослідники розглядали заїкання як симптом неврозу, інші – як особливу його форму. Але в обох випадках ці різноманітні та складні механізми розвитку заїкання ідентичні механізмам розвитку неврозів взагалі.

В. Кочергіна дійшла висновку, що заїкання, як і інші неврози, виникає внаслідок різних причин, що викликають перенапругу процесів збудження і гальмування та утворення «патологічного умовного рефлексу. Із зроблених спостережень автор зазначає, що «заїкання – це не симптом і синдром, а захворювання центральної нервової системи загалом» [39, 78].

Розглядаючи механізм і сутність заїкання в ранньому дитячому віці, М. Пайкін, бачив у ньому «патологічний комбінаційний рефлекс, що формується навколишнім середовищем на основі ранніх мовленнєвих автоматизмів» [39, 94]. До них вчений відносив характерне для періоду початкового голосоутворення і белькотіння дитини повторення тих самих або подібних звуків і складових структур [39].

Н. Жинкін мав своє бачення механізму заїкання, він розглядав його як розлад саморегулювання мовлення і вказував, що «чим більше зростає побоювання за результат мовлення і чим більшою мірою вимова оцінюється слухом як порушена, тим сильніше порушується мовленнєве саморегулювання. Цей стан через кілька повторень перетворюється на патологічний умовний рефлекс і виникає все частіше, тепер перед початком мовлення. Процес стає циркулярним, оскільки порушення прийому посилює порушення на виході» [54, 230].

Розглянемо причини виникнення заїкання [23]:

1. Загальна схильність до заїкання, зумовлена розвитком дитини: вікові особливості діяльності мозку; прискорений розвиток мовлення; вплив соціальних умов на його формування.

2. Індивідуальна схильність дитини до заїкання: ураження головного мозку у ранньому дитячому віці; патологічні риси темпераменту; спадкові фактори; функціональні асиметрії мозку; соматична ослабленість та інфекційні захворювання.

3. Соціальні фактори, що сприяють виникненню заїкання: вплив навколишнього середовища на дитину; вплив хронічних конфліктних переживань; неправильного виховання.

4. Психогенні фактори, що викликають заїкання.

5. Гострі важкі психічні травми.

1.3. Комплексні системи корекційної роботи з дошкільниками із заїканням.

Подолання симптомів заїкання може бути здійснене лише комплексним методом, що включає медичний, фізіотерапевтичний, психотерапевтичний, логопедичний вплив.

Сучасний комплексний метод.

1. Сприятлива навколишня ситуація.

Для осіб із заїканням необхідно створювати середовище такого способу життя, яке сприяло б якомога швидкій нормалізації функцій організму, зокрема, вищої нервової діяльності. Обстановка, що оточує дитину має бути доброзичливою і спокійною.

2. Режим дня:

- раціон харчування;
- вітамінотерапія;
- тривалість сну: 1,5 -2 години вдень і 11-12 годин вночі, дорослі не менше 8-9 годин.

3. Медикаментозне лікування:

- загальнозміцнювальна терапія;
- препарати для нормалізації м'язового тону;
- транквілізатори та спазмолітики;
- симптоматичне лікування.

4. Фізіотерапія:

- електросон;
- лікувальні ванни;
- душі (гольчастий, Шарко, підводний);
- рефлекторна терапія;
- електрофарез.

5. Психотерапія.

Мета: формування вольових зусиль та емоційного благополуччя.

Рационально проводити у вигляді психотерапевтичних бесід (тексти про сильних людей, їх волю, навіювання віри у свої можливості).

Види навіювання:

Гіпноз у формі сидячи: кора в гальмівному стані потрібно знати аналізатор, в полі якого настає гальмування. Навіювання гіпнотичне [11].

Фази:

1. Викликати гіпнотичний стан, коли максимально скорочується інформація від периферії до кори головного мозку.

Людина невідривно дивиться на секундну стрілку або крапку на підлозі. Мовлення логопеда: твоє серце б'ється спокійно, сторонні думки не турбують, пауза – пацієнт повторює. Навіюється тепло, важкість у кінцівках.

2. Вимовляється коротка формула (наприклад, Я не боюся говорити, я сміливо вступаю у спілкування і т.д.).

3 Фаза виходу із гіпнотичного стану – кілька різких рухів.

Протипоказання: гіпотонія або гіпертонія. Умови: кімната із задернутими шторами. Абсолютна тиша, відсутність запахів.

Імперативне навіювання (метод одномоментного зняття заїкання). Техніка запропонована у 1957 році. Просять розповісти про свої проблеми, записують на магнітофон. Колективно читають текст, і призначається день, коли пацієнт читатиме на сцені – це викликає завчасні переживання щодо виступу.

Імперативне навіювання включає низку етапів:

1 етап – нагнітання емоційного напруження.

2 етап – формування довіри до логопеда та його слів. Слово може вбити, а може йвилікувати: подивіться мені в очі, вірте мені, не допомагайте, але й не заважайте, зараз вас тягне назад і логопед робить висновок про силу слова – треба говорити вільно, довго вселяти і повторювати: я можу говорити, перераховуємо дні тижня, усний рахунок до 10. Це перший крок до лікування, у вас програма хорошого мовлення. Мета: віра в одужання, і почуття впевненості та перемога над страхами [11].

Низка принципів комплексного методу реабілітації осіб із заїканням:

- до початку корекційної роботи необхідне проведення комплексного обстеження;

- корекційні впливи мають спрямовуватися не тільки на розвиток навички плавного мовлення, але і на весь організм і особистість в цілому;
- логопедичній роботі з розвитку навички плавного мовлення має передувати «охоронний мовленнєвий режим»;
- розвиток навички плавного мовлення включає поступове ускладнення «ступеня самостійності мовлення»:
- пов'язане, відображене, короткі відповіді на питання за картинкою, самостійний опис картинки, переказ прослуханого оповідання, розповідь знайомого тексту, розмова (спонтанна) [55].

Крім цього, система реабілітації включає такі розділи: робота з розвитку загальної та дрібної моторики, що здійснюється на логоритмічних заняттях, у ручній праці та образотворчій діяльності дітей, робота з виправлення звуковимови, робота з розвитку мовлення дітей, її лексичного наповнення та граматичного оформлення.

Комплексний підхід до реабілітації у медичних закладах, осіб із заїканням переважно в амбулаторних та стаціонарних умовах, розроблений В. Селіверстовим, який наголошує на необхідності індивідуалізації корекційного впливу при розробці завдань та термінів корекційного впливу. У його системі надається велике значення активній та свідомій участі дітей у процесі роботи над мовленням та поведінкою [39]. Ця система логопедичних занять передбачає регулярне та обов'язкове використання магнітофона на всіх етапах роботи з дітьми. Це дозволяє дітям активізувати свою увагу на «мовленнєвих помилках», як власних, так і інших дітей, правильніше оцінювати свої досягнення та недоліки.

Побудова комплексного реабілітаційного впливу ділиться автором на три етапи:

1. Підготовчий етап. Поряд із оздоровчими заходами та охоронним мовленнєвим режимом, у цей період починають роботу з розвитку моторики,

розширення словникового запасу. Логопедична робота ведеться лише з використанням тих видів мовлення, в яких судоми не проявляються, тобто здійснюється індивідуальний підхід.

2. Тренувальний етап. Поряд з моторикою здійснюється цілеспрямований розвиток активної уваги, пам'яті та інших психічних функцій. Логопедичні заняття включають подальше формування лексико-граматичної сторони мовлення. У процес логопедичного тренування поступово включаються ті види мовлення, у яких у дитини раніше відзначалися затинання. У цей час діти тренуються у тих видах мовлення і ситуаціях, які є для них важкими. Це передбачає поступовий перехід від відповіді на питання до спонтанного мовлення, від тихого до гучного, від спокійних занять до емоційно насичених. Відповідно на цьому етапі вводяться ігри рухливі, рольові та творчі.

3. Заключний етап. Продовжується комплексний психолого-педагогічний вплив. На цьому етапі закріплюються навички вільного мовлення у повсякденній діяльності [39].

На логопедичних заняттях використовуються такі форми, як розмови, розповіді та ін. Активно використовуються рольові та творчі ігри. Курс логопедичних занять завершується концертом, у якому беруть участь усі діти.

На всіх етапах корекційної роботи велике значення надається роботі логопеда з батьками.

Так, у підготовчий період логопед проводить розмови з батьками про сутність заїкання, про значення та цілі логопедичних занять та визначає роль батьків у лікувально-педагогічному процесі.

1.4. Порушення спілкування у дошкільників із заїканням.

М. Шеремет виділяє міжіндивідуальну функцію мовлення, під якою розуміє мовлення як засіб спілкування для людей. Ця функція виступає як комунікативна.

Відповідно за А. Богуш, критеріями аналізу становлення комунікативних здібностей є:

- увага до партнера;
- емоційне ставлення до впливів;
- прагнення продемонструвати себе;

Основні мотиви спілкування:

- потреба у враженнях (пізнавальний мотив);
- в активній діяльності (діловий мотив);
- у визнанні та підтримці (особистісний мотив).

Відповідно, за А. Богуш, семантичний характер людського мовлення обумовлює можливість його використання для свідомого спілкування за допомогою позначення своїх думок і почуттів для їх повідомлення іншому. Необхідна для спілкування, ця семантична, сигніфікативна функція сформувалася у спілкуванні, точніше, у спільній громадській діяльності людей, що включає їх реальне, практичне і ідеальне спілкування, що здійснюється через мовлення, в єдності та взаємопроникненні одного та іншого [3].

У багатьох осіб із заїканням спостерігається патологічна особистісна реакція – логофобія. Логофобія включає нав'язливі переживання і страх виникнення мовленнєвих судом. Цей страх посилюється у певних ситуаціях, у зв'язку з чим виникає реакція на уникнення мовленнєвих ситуацій, спостерігається обмеження спілкування. Логофобія значно ускладнює загальну картину перебігу заїкання.

Деякі дослідники вважають, що заїкуваті відрізняються більшою інертністю психічних процесів, ніж люди з нормотиповим розвитком мовлення, їм властиві явища персеверації, що пов'язано з рухливістю нервової системи.

Перспективними є дослідження особистісних особливостей, осіб із заїканням як з допомогою клінічних спостережень, так і із застосуванням експериментально-психологічних методик. З їх допомогою виявлено тривожно-

недовірливий характер, підозрілість, фобічні стани; невпевненість, замкнутість, схильність до депресії; пасивно-оборонні та оборонно-агресивні реакції на порушення.

Заслуговує на увагу розгляд механізмів заїкання з позицій психолінгвістики. Даний аспект вивчення передбачає з'ясування того, на якій стадії утворення мовленнєвого висловлювання виникають судоми в мовленні. Виділяють такі фази мовленнєвої комунікації:

- 1) наявність потреби у мовленні, або комунікативний намір;
- 2) утворення задуму висловлювання у внутрішньому мовленні;
- 3) звукова реалізація висловлювання.

Постійно відбувається зіставлення задуманого та здійсненого. В. Тарасун вважає, що заїкання виникає у момент готовності до мовлення за наявності комунікативного наміру, програми мовлення і принципового вміння говорити нормально. У триєдину модель генерації мовлення автор пропонує включити фазу готовності, де у заїкуватого “ламається” весь вимовний механізм, його системи: генераторна, резонаторна і енергетична. Виникають судоми, які явно проявляються потім на завершальній фазі [47].

При заїканні сам факт існування мовленнєвих судом призводить до цілого ряду мовленнєвих і особистісних порушень, що змушує під час мовлення одночасно думати про те, що сказати і що подумують оточуючі. Мовлення, стаючи тяжкою працею, ставить перед необхідністю передати хоча б елементарний зміст висловлювання; тут не до пози, погляду, міміки, жестів. Поступово вони перестають використовуватися в акті комунікації, мовлення стає спрощеним і примітивним.

Окрім мовленнєвих труднощів, людина, що заїкається, не відчуває якихось фізичних або інтелектуальних недоліків. Інтереси, потреби та різноманітні здібності дітей із заїканням анітрохи не нижче, ніж у однолітків. Можна назвати і багато обдарованих людей. І в той же час, самотійні спроби подолати власні

мовленнєві труднощі призводять, як правило, не до полегшення, а ще більш видимих труднощів і переживань.

Переживання, як форма вираження емоцій і почуттів пов'язуються з самим порушенням, з труднощами у мовленнєвому процесі, з неблагополуччям у спілкуванні з оточуючими, з образливим ставленням з боку оточуючих, з незадоволеністю собою, власним мовленням, своїми вчинками тощо. Менш виражені неприємні переживання, пов'язані з нереалізованою потребою вільного спілкування з оточуючими, можуть супроводжуватися емоціями, почуттями та станами невдоволення, пригніченості, апатії, тривожності, побоювання, страху, напруженості, дратівливості, похмурості, сильною зміною настрою та ін.

Емоції та почуття – це безпосереднє переживання дійсності, для яких характерна порівняно невелика тривалість та інтенсивність. Але вони можуть переростати й у більш тривалі психічні стани. Емоції (як психічний процес) дуже близькі до первинного пізнавального процесу – відчуття: відчуття сигналізує про сам факт того чи іншого зовнішнього або внутрішнього подразника, а нерозривно пов'язане з відчуттям переживання (емоціями) дає оцінку корисності чи шкідливості, приємності чи неприємності даного впливу. У той же час функція емоцій, що оцінює, нерозривно поєднана з функцією спонукання до дії, до вольового зусилля. Як зазначалося вище, перші дії з подолання мовленнєвих затинань у дитини знаходяться на рівні несвідомих рухів охоронного або коригувального характеру. З усвідомленням свого порушення пов'язуються згодом спроби силою (як природне так і просте реагування) подолати труднощі чи перешкоду у мовленнєвому процесі, потім – пошуки засобів і прийомів якось полегшити проблему або якось приховати, замаскувати її від оточуючих. Все це може створювати різноманітні мовленнєві емболи та рухові хитрощі (допоміжні довільні рухи). Парадоксальність становища: намагаючись з допомогою допоміжних рухів і мовленнєвих ембол приховати, замаскувати своє неправильне

мовлення від оточуючих, цим ще більше привертає увагу, переживає, а прояви заїкання приймають складніший та більш виражений характер.

Відтворення психологічної моделі фіксованості на порушенні дозволяє побачити її розвиток у певній зростаючій послідовності спочатку на рівні психічних процесів: від перших відчуттів та емоційного реагування на затинання до цілісного усвідомленого сприйняття та утворення уявлень, понять, картин, що запам'ятовуються, з випадків неприсмностей, формування картин уявних труднощів із передбаченням і очікуванням пароксизмів заїкання. Одночасно від першого мимовільного емоційного реагування у дітей, що заїкаються, поступово формується своє ставлення до нього, пов'язане з емоційними переживаннями і відображається у вольових зусиллях (діях і вчинках) у самостійній і безуспішній боротьбі із заїканням [11].

Залежно від сприятливих чи несприятливих соціальних умов, у яких зростає і виховується дитина, названі психічні явища можуть різною мірою або проявлятися короткочасно чи закріплюватися і переростати у стійкі психічні стани та властивості особистості, визначаючи загалом психологічні особливості особистості.

Таке розуміння моделі розвитку феномена фіксованості на своєму порушенні узгоджується з постулатами філософської теорії відображення. І отже, поняття феномена фіксованості можна визначити так: це відображення об'єктивно існуючого порушення (мовленнєвих затинань) у психічній діяльності людини, що заїкається. Це результат процесів отримання та переробки інформації про мовленнєві труднощі (або перешкоди) і пов'язані з ними неприємності, трансформовані у психічних процесах, станах і властивостях особи із заїканням і проявляються у її взаємодії з навколишнім соціальним середовищем.

1.5. Сучасні методики корекції заїкання у дітей дошкільного віку.

В наш час багато дослідників приділяють багато уваги психотерапевтичним впливам на особистість особи із заїканням в комплексній системі лікування. Вчені та фахівці-практики подолали тенденційність розроблених раніше прийомів усунення заїкання, відібрали усе краще, раціональне і визначили сучасний комплексний підхід до подолання заїкання.

Більшість дослідників заїкання відзначають складний системний характер цього захворювання, виникнення якого пов'язане з причинами різного характеру, що, у свою чергу, потребує відповідних методів корекції. Під сучасним комплексним підходом до подолання заїкання розуміється лікувально-педагогічний вплив на різні сторони психофізичного стану різними засобами та зусиллями різних спеціалістів. До комплексу лікувально-педагогічних заходів входять лікувальні препарати та процедури, лікувальна фізкультура, психотерапія, логопедичні заняття, логопедична ритміка, виховні заходи. Мета їх: оздоровлення та зміцнення нервової системи та всього організму в цілому; позбавлення дитини від неправильного ставлення до свого порушення, усунення або ослаблення мовленнєвих судом та супутніх розладів голосу, дихання, моторики та мовлення; соціальна реадаптація та адаптація. Нині робляться спроби глибше вивчити індивідуальні психологічні особливості. Весь лікувально-педагогічний комплекс за характером впливу можна умовно розділити на дві складові: лікувально-оздоровчу та корекційно-педагогічну [22].

Основними завданнями лікувально-оздоровчої роботи, яку проводить лікар, є: зміцнення та оздоровлення нервової системи та фізичного здоров'я; усунення та лікування відхилень та патологічних проявів у психофізичному стані (ослаблення або зняття мовленнєвих судом, розладів вегетативної нервової системи, порушень моторики та ін.). Основним завданням корекційно-педагогічної роботи, яку переважно проводить логопед, є: усунення порушень (подолання неправильного мовлення) та психологічних особливостей осіб із заїканням. Логопед організує

співдружню медико-педагогічну роботу необхідних спеціалістів (лікарів, вихователів, інструктора з ЛФК, музичного працівника та ін), які використовують свої методи та засоби впливу.

До лікувально-оздоровчої роботи належать: створення сприятливої обстановки для лікування, організація режиму дня та раціонального харчування, загартовуючі процедури, лікувальна фізкультура, медикаментозне лікування, фізіо- та психотерапія. У дитини треба підтримувати гарний настрій, бадьорість, впевненість у одужанні. Систематичне чергування різних видів діяльності, певний ритм життя також мають важливе значення, оскільки сприяють нормалізації та полегшенню роботи вищих відділів нервової системи та всього організму загалом. Лікувальна фізкультура та фізичні вправи, розвиваючи м'язову систему, посилюють роботу найважливіших життєвих органів – легенів та серця, підвищують обмін речовин. Вони розвивають координовані та точні рухи, допомагають позбутися скутості чи, навпаки, розгальмованості рухів. Все це є необхідною передумовою для кращого функціонування органів мовлення дитини, із заїканням і позитивно впливає на формування правильних мовленнєвих навичок. Фізичні вправи для дітей із заїканням набувають лікувального значення. Медикаментозне лікування ставить за мету нормалізацію діяльності центральної та вегетативної нервової систем, мовленнєворухового апарату, усунення судом, зняття психогенних напруг. Роль медикаментозного лікування із віком збільшується. Це пояснюється ускладненням клініки заїкання внаслідок приєднання додаткових функціональних напруг, пов'язаних з пубертатними зрушеннями та підвищенням ролі слова як фактора спілкування.

Психотерапія в комплексі лікування заїкання займає значне місце. Основне завдання психотерапії: оздоровлення психіки. Оздоровлюючу дію надає непряма та пряма психотерапія. Під непрямою психотерапією розуміється обстановка, навколишня природа, колектив, ставлення обслуговуючого персоналу, режим, ігри та багато іншого. Пряма психотерапія: лікувальна дія словом у вигляді

роз'яснення, переконання, навіювання та навчання. У психотерапії розрізняють два основні види впливу словом:

- 1) раціональну, або роз'яснювальну психотерапію;
- 2) сугестивну терапію, в якій виділяються навіювання, гіпноз і самонавіювання (аутогенне тренування).

Для маленьких дітей раціональна психотерапія виявляється у використанні різноманітних ігрових прийомів, барвистого дидактичного матеріалу, праці, музики, ритміки та ін. Ці форми психотерапії тісно поєднуються з психопрофілактикою та психогігієною. Для старших школярів потрібне широке використання основних прийомів раціональної психотерапії. Навіювання (сугестія) – спеціальний метод психотерапії. Розрізняють навіювання з боку іншої особи (гетеросугестія) та самонавіювання (аутосугестія) [11].

Ці психотерапевтичні методи використовуються в комплексі з іншими медико-педагогічними засобами впливу. Одним із видів аутосугестії є метод аутогенного тренування. Він застосовується для лікування неврозів. Шляхом самонавіювання за певною формулою викликається стан спокою та м'язового розслаблення (релаксація). Надалі проводяться цілеспрямовані сеанси самонавіювання щодо регуляції тих чи інших порушених функцій організму. У цьому плані воно виявляється корисним і при заїканні. Опановується здатність викликати розслаблення м'язів, особливо обличчя, шиї, плечового пояса, і регулювати ритм дихання, що послаблює інтенсивність судомних спазмів. У зв'язку з незрілістю психіки та недостатньою концентрацією уваги у дітей дошкільного віку гіпнотерапія та аутогенне тренування з ними не застосовуються.

Багато фахівців, працюючи з дітьми із заїканням використовують ігри та вправи, які допомагають розслабити м'язи рук, передпліччя, шиї, ніг, обличчя. Серед активізуючих методів психотерапії значне місце посідають функціональні тренування. Вони являють собою тренування нервових та психічних процесів, зміцнення активності та волі. Всі види психотерапії заїкання спрямовуються на

усунення психогенних порушень (страху мовлення та ситуацій, почуття пригніченості, нав'язливої фіксації на своєму порушенні, різноманітних переживань у зв'язку з цим тощо); на формування умінь володіти собою та власним мовленням, на розбудову своїх особистісних якостей. Педагогічну частину комплексного підходу становить корекційно-педагогічна (логопедична) робота, що включає систему логопедичних занять, виховні заходи, логопедичну ритміку, роботу з батьками. Логопедична робота розглядається як система корекційно-педагогічних заходів, спрямованих на гармонійне формування особистості та мовлення дитини з урахуванням необхідності подолання чи компенсації порушення.

Логопедична дія в цей час здійснюється у двох напрямках: прямому та непрямому. Прямий логопедичний вплив реалізується під час групових та індивідуальних занять. Ці заняття передбачають розвиток загальної та мовленнєвої моторики, нормалізацію темпу та ритму дихання та мовлення, активізацію мовленнєвого спілкування, у разі потреби розвиток слухової уваги та фонематичного сприймання, корекцію порушень звуковимови, розширення пасивного та активного словника, удосконалення граматичного оформлення фрази. На заняттях усувають психологічні відхилення у поведінці, формують правильне ставлення до порушення, розвивають інтелектуальні здібності, етичні та моральні уявлення, формують гармонійно розвинену особистість. Індивідуальні заняття проводять у разі необхідних додаткових вправ (корекція неправильної вимови, розмови психологічного характеру тощо.).

Непрямий логопедичний вплив є системою логопедизації всіх режимних моментів для дитини та ставлення до неї оточуючих. Особливе значення у цій системі має мовленнєвий режим. Мовленнєвий режим здійснюється за допомогою дорослих, які послідовно контролюють перехід дітей від одного мовленнєвого етапу до іншого. Мовленнєвий режим передбачає вибір необхідних мовленнєвих вправ, розуміння вимог правильного мовлення, систематичне

тренування навичок правильної вимови у різних умовах. Мовленнєвий аспект логопедичних занять включає регуляцію та координацію дихальної, голосової та артикуляторної функцій, формування правильного мовлення [13].

У літературі є кілька думок про методику формування правильного дихання. Одні вважають, що над диханням слід спеціально працювати, застосовуючи дихальні дидактичні вправи. Інші вважають, що ритм дихання відновлюється через спокійне плавне мовлення, тобто виховується неквапливий темп мовлення й у результаті нормалізуються всі мовленнєві компоненти, зокрема і дихання. Представники психологічної школи вважають, що розвитку мовлення, отже, і дихання сприяє тренування волі. У кожній з цих думок можна знайти раціональне, якщо роботу над диханням проводити індивідуально, залежно від структури порушення. Консультативно-методична робота з батьками та педагогами спрямована на забезпечення сприятливих умов впливу на дитину; створення правильного ставлення до неї вдома та у дитячому закладі; організацію необхідної самостійної роботи дитини поза логопедичними заняттями.

Висновки до розділу

Заїкання є одним з поширених, складних і тривалих порушень мовленнєвого розвитку. Воно характеризується складним симптомокомплексом та, у ряді випадків, невисокою ефективністю корекції. Виникаючи, найчастіше, у період найактивнішого формування мовлення (2-6 років), заїкання обмежує комунікативні можливості дитини, ускладнює соціальну адаптацію.

У багатьох осіб із заїканням спостерігається патологічна особистісна реакція – логофобія. Логофобія включає нав'язливі переживання і страх виникнення мовленнєвих судом. Цей страх посилюється у певних ситуаціях, у зв'язку з чим виникає реакція на уникнення мовленнєвих ситуацій, спостерігається обмеження спілкування. Логофобія значно ускладнює загальну картину перебігу заїкання.

При заїканні сам факт існування мовленнєвих судом призводить до цілого ряду мовленнєвих і особистісних порушень, що змушує під час мовлення одночасно думати про те, що сказати і що подумують оточуючі. Мовлення, стаючи тяжкою працею, ставить перед необхідністю передати хоча б елементарний зміст висловлювання. Поступово мовлення стає спрощеним і примітивним.

Переживання, як форма вираження емоцій і почуттів пов'язуються з самим порушенням, з труднощами у мовленнєвому процесі, з неблагополуччям у спілкуванні, образливим ставленням з боку оточуючих, незадоволеністю собою, власним мовленням, своїми вчинками тощо. Менш виражені неприємні переживання, пов'язані з нереалізованою потребою вільного спілкування з оточуючими, можуть супроводжуватися емоціями, почуттями та станами невдоволення, пригніченості, апатії, тривожності, побоювання, страху, напруженості, дратівливості, похмурості, сильною зміною настрою та ін.

Перші дії з подолання мовленнєвих затинань у дитини знаходяться на рівні несвідомих рухів охоронного або коригувального характеру. З усвідомленням свого порушення пов'язуються згодом спроби силою (як природне так і просте реагування) подолати труднощі чи перешкоду у мовленнєвому процесі, потім – пошуки засобів і прийомів якимось полегшити проблему або якимось приховати, замаскувати її від оточуючих. Все це може створювати різноманітні мовленнєві емболи та рухові хитрощі (допоміжні довільні рухи). Парадоксальність становища: намагаючись з допомогою допоміжних рухів і мовленнєвих ембол приховати, замаскувати своє неправильне мовлення від оточуючих, цим ще більше привертає увагу, переживає, а прояви заїкання приймають складніший та більш виражений характер.

Відтворення психологічної моделі фіксованості на порушенні дозволяє побачити її розвиток у певній зростаючій послідовності спочатку на рівні психічних процесів: від перших відчуттів та емоційного реагування на затинання

до цілісного усвідомленого сприйняття та утворення уявлень, понять, картин, що запам'ятовуються, з випадків неприємностей, формування картин уявних труднощів із передбаченням і очікуванням пароксизмів заїкання. Одночасно від першого мимовільного емоційного реагування у дітей, що заїкаються, поступово формується своє ставлення до нього, пов'язане з емоційними переживаннями і відображається у вольових зусиллях (діях і вчинках) у самостійній безуспішній боротьбі із заїканням.

Залежно від сприятливих чи несприятливих соціальних умов, у яких зростає і виховується дитина, названі психічні явища можуть різною мірою або проявлятися короткочасно чи закріплюватися і переростати у стійкі психічні стани та властивості особистості, визначаючи загалом психологічні особливості особистості.

Під сучасним комплексним підходом до подолання заїкання розуміється лікувально-педагогічний вплив на різні сторони психофізичного стану різними засобами та зусиллями різних спеціалістів. До комплексу лікувально-педагогічних заходів входять лікувальні препарати та процедури, лікувальна фізкультура, психотерапія, логопедичні заняття, логопедична ритміка, виховні заходи. Мета їх: оздоровлення та зміцнення нервової системи та всього організму в цілому; позбавлення дитини від неправильного ставлення до свого порушення, усунення або ослаблення мовленнєвих судом та супутніх розладів голосу, дихання, моторики та мовлення; соціальна реадаптація та адаптація. Нині робляться спроби глибше вивчити індивідуальні психологічні особливості. Весь лікувально-педагогічний комплекс за характером впливу можна умовно розділити на дві складові: лікувально-оздоровчу та корекційно-педагогічну.

Розділ II

Опис сутності та методики проведення констатувального та формувального етапів дослідження

2.1. Опис методики психолого-педагогічного та логопедичного обстеження дітей із заїканням.

Для правильного прогнозування ефективності логопедичної роботи, вибору необхідних напрямків та форм корекційного впливу велике значення мають дані психолого-педагогічного та логопедичного обстеження дитини.

З психолого-педагогічного вивчення дитини із заїканням фактично починається логопедична робота, воно визначає вибір засобів і прийомів до початку і у процесі роботи, дозволяє оцінити її результативність і дати рекомендації після її закінчення.

Обстеження дошкільників із заїканням носить комплексний характер. Лікар визначає соматичний, неврологічний та психічний стан. Логопедом обстежується стан мовлення дітей, розвиток моторики та психомоторики. Перш ніж розпочати обстеження, логопедом ретельно вивчається медична та психолого-педагогічна документація.

Можна виділити основні розділи логопедичного обстеження, без яких уявлення про дитину буде недостатнім для розробки плану корекційних заходів:

1. Збір анамнестичних даних.
2. Стан психічних функцій.
3. Стан моторики (загальної та дрібної).
4. Симтоматика та прояви заїкання у різних формах мовлення.
5. Стан дихальної функції та характеристика голосу.
6. Просодичні компоненти мовлення.
7. Будова та рухливість органів артикуляційного апарату.
8. Звуковимова.

9. Фонематичні функції.
10. Лексичний запас.
12. Граматична сторона мовлення.
13. Розуміння мовлення.
14. Стану розвитку зв'язного мовлення.

У кожному розділі розглядаються питання, необхідні для розкриття його змісту.

Результати обстеження узагальнюються у заключенні, у якому логопед відображає узагальнені дані всіх сторін вивчення, ті чи інші відхилення і порушення.

У зв'язку з тим, що у стані моторики при заїканні, як правило, є відхилення, необхідно описати способи та прийоми обстеження у дітей дошкільного віку. Дані обстеження необхідні для встановлення характеру порушень довільної моторики, і виявлення ступеня затримки чи відставання у моторному розвитку. Ці дані є додатковим матеріалом для диференціальної діагностики невротичного та неврозоподібного заїкання. Розглянемо докладніше методики обстеження стану та розвитку моторики та мовлення у дітей із заїканням.

Обстеження стану моторних функцій [1]. Обстеження складається з п'яти розділів, кожен із яких містить від 5 до 14 тестових завдань. Спочатку обстежується загальна довільна моторика, потім мимічна моторика, мовленнєва моторика, тонкі рухи пальців рук. Завершується обстеження вивченням відчуття ритму.

Обстежується статична та динамічна координація, одночасність та виразність виконання рухів.

Обстеження довільної мимічної моторики. Пропонуються завдання у ігровій формі. Надається загальна характеристика миміки за результатами спостереження за дитиною (жива, млява, напружена, спокійна, диференційована або недиференційована, амімія, гримасування).

Обстеження тонких рухів пальців рук (ступеня диференційованості).
Обстеження почуття ритму. Дітям 5-6 років логопед показує хлопками ритмічний малюнок знайомих пісень, мелодій який їм слід повторити.

Обстеження стану психомоторики. Обстеження спрямоване на дослідження рухової пам'яті, перемикання рухів, статичної та динамічної координації, просторової організації, обсягу та якості рухів, відчуття темпу та ритму.

Обстеження стану мовлення в дітей із заїканням. Завдання обстеження полягають у тому, щоб визначити: місце виникнення та форму мовленнєвих судом; частоту їх виникнення та збережені мовленнєві можливості дитини; супутні порушення мовлення; супутні рухові порушення; ставлення дитини до свого порушення, наявність психологічних особливостей.

Таким чином, дане комплексне психолого-педагогічне та логопедичне обстеження дітей дошкільного віку із заїканням дозволить визначити напрямки корекційно-логопедичної роботи для ефективного подолання порушення.

Діагностичні завдання для обстеження були складені з урахуванням доступності для дітей дошкільного віку та основного виду діяльності дошкільника – гри. Завдання подавалися у ігровій формі. Отже, запропонована програма включала в себе:

Дослідження моторики:

- пробігти, потім проскакати на обох ногах, на одній нозі за завданням (від стола до вікна, від вікна до дверей та ін.);
- зупинитися за сигналом (бубон, хлопок, команда «стій») після ходьби, пробіжки, стрибків;
- підняти руку з прапорцем вгору, іншу – також вгору, перекласти прапорець з руки в руку;
- вдарити м'яч долонею об підлогу і повторити 5 разів поспіль та рахувати до п'яти;

- марширувати, чергуючи крок і хлопки долонями. Хлопки робити у проміжку між кроками.

Зазначаємо: виконує правильно, з першого разу; виконує правильно, з другого-третього разу; напружується, рухи рук і ніг скуті; чергування кроку та хлопка не вдається. Дослідження довільної моторики пальців рук (виконати під рахунок): Проводиться у вигляді ігрової вправи «Привіт, пальчик».

- на обох руках одночасно показати другий та третій пальці (5-6 разів);
- на обох руках одночасно показати другий та п'ятий пальці (5-6 разів) тощо.

Фіксуємо: плавне, точне та одночасне виконання проб; напруженість, скутість рухів; порушення темпу виконання рухів (під рахунок логопеда); невиконання; наявність ліворукості.

Дослідження обсягу та якості мовленнєвих рухів:

- показати вузький язик вперед «жалом», утримати 4 секунди;
- показати широкий язик «лопаткою», утримати 4 секунди;
- перекласти кінчик язика по черзі з правого кута рота до лівого;
- показати язик, підняти його до верхньої губи («дістати кінчик носа») тощо.

Фіксуємо: виконання правильне; рухи язика недостатнього діапазону; у м'язах з'являються співдружні рухи; язик рухається незграбно, неточно, всією масою, повільно; рух не вдається.

Дослідження тривалості видиху:

- піддувати пушинки, ватні кульки (2-3 дихальні рухи).

Зазначаємо: тривалість видиху – відповідає віку; укорочений видих.

Обстеження довільної мімічної моторики.

Дослідження обсягу та якості рухів м'язів чола:

- нахмурити брови, утримати позу;
- підняти брови вгору, утримати позу;
- нахмурити лоб, утримати позу.

Фіксуємо: виконання правильне або рух виконується зі співдружними рухами (мружаться очі, посмикуються щоки і т.д.) або рух не вдається. Дослідження обсягу та якості рухів м'язів очей: легко зімкнути повіки, утримати позу; щільно зімкнути повіки, утримати позу; примружити очі, утримати позу; закрити по черзі праве та ліве око.

Фіксуємо: виконання правильне чи дитина заплющує очі, чи виникають співдружні рухи, чи рух не вдається.

Для дослідження наслідування пропонуємо дітям такі завдання: за зразком розіграти за допомогою іграшок невеликий сюжет після триразового показу та оповідання розказаного логопедом. Наприклад: «У Сашка тато льотчик. Він часто літає на північ. Якось він привіз Саші ведмежа. Сашко з мамою напоїли його молоком. Коли ведмежа підросло, його віддали до зоопарку». Іграшки: літак, ляльки (мама, тато, син, ведмедик).

Фіксуємо: наслідування повне; наслідування творче (діти внесли додаткові деталі в показ дії та інші звороти у розповідь, нічого не опустивши; наслідування неповне (діти не до кінця передали побачене та почуте, опустивши частину його); відмова від наслідування).

Дослідження темпу рухів: протягом певного відрізка часу утримувати заданий темп у рухах рук, які показує логопед.

Потім за сигналом пропонується виконувати рухи подумки, а за наступним сигналом (хлопок) показати, на якому русі випробуваний зупинився; рухи рук: вперед, вгору, убік, на пояс, опустити.

Відмічаємо: темп нормальний, уповільнений, прискорений.

Дослідження імпресивного мовлення: показати розуміння та знання слів, що позначають: величину, форму та колір предмета, розуміння та знання пір року (з використанням сюжетних малюнків); показати розуміння та знання свят, основних професій (з використанням сюжетних малюнків). Дослідження експресивного мовлення: скласти кілька речень до сюжетних малюнків типу «Що робить?»

Наприклад, «Хлопчик ловить рибу», «Дівчинка годує кошеня», «Бабуся в'яже шкарпетки»; показати інсценування знайомої казки, використовуючи фігурки настільного театру; бесіда про дитячі передачі, книги, друзів, сімейні свята тощо; повторити за логопедом речення невеликого тексту; разом із логопедом назвати та виконати дію, наприклад, із мозаїкою: «Я взяв червоний кружечок. Я взяв ще один червоний кружечок...», «Вийшла квітка».

У ході дослідження мовлення дитини фіксуємо:

- особливості уваги (уважна, зосереджена, відволікається, непосидюча, дратівлива, виснажена); форму судом (клонічна, тонічна, змішана):
 - клоно-тонічна, тоно-клонічна);
 - вид судом (дихальна, голосова, артикуляційна, змішана:
 - дихально-голосова, дихально-артикуляційна, артикуляторно-голосова і т.д.);
 - ступеня виразності заїкання:
 - ЛЕГКА – дитина активна у діяльності, заїкання не впливає на товариськість, легкий контакт з однолітками, з дорослими, судоми спостерігаються лише у самотійному мовленні;
 - СЕРЕДНЯ – активність у діяльності знижена, заїкання вплинуло на товариськість дитини, з дорослими та дітьми вступає в контакт неохоче, судоми є у самотійному, запитально-відповідному, відображеному мовленні;
 - ВАЖКА - дитина пасивна у діяльності, нетовариська, контакт тільки при спонуканні з боку дорослого, судоми у всіх видах мовлення;
 - прояви заїкання (кількість судом, їх сила та тривалість) у різних формах мовлення:
 - у самотійній розповіді, у розповіді за картинками, у діалозі, при читанні вірша, під час відображеного, сполученого і шепітного мовлення;
 - стан дихальної функції:

- ритм (нормальний, аритмія), темп (нормальний, прискорений, уповільнений), характер вдиху (нормальний, скорочений, занадто глибокий, під час мовлення), характер видиху (відповідає кількості слів у фразі, скорочений, надто швидкий видих), характер дихання (діафрагмально-черевне, діафрагмальне, поверхнєве верхньоключичне);

- стан, будова та рухливість органів артикуляційного апарату:

- аномалії у будові губ, щелеп, зубів, язика, твердого та м'якого піднебіння (ні, є, які).

Зазначаємо параметри рухів: наявність чи відсутність руху; активність (розгальмованість, загальмованість); обсяг (повний, неповний); точність виконання; тривалість (здатність утримувати органи у заданому положенні); темп рухів (норма, уповільнений, прискорений); заміна руху (синкінезії).

Стан фонематичного аналізу, синтезу та фонематичних уявлень.

Фонематичний аналіз: дитині пропонувалося визначити місце приголосного звука у слові, спочатку на початку, наприкінці, середині слова; визначити місце звуку у слові відносно інших звуків, наприклад: «Який звук чути після звуку [М] у слові МАК? Який звук знаходиться на третьому місці в слові КАША?»; визначити послідовність звуків у слові, наприклад: «Назви сусідів звуку [К] у слові РУКА?»; визначити кількість звуків у словах, наприклад: «Скільки звуків у словах РАК, ЛАПА, КІШКА?»; диференціювати звуки з протиставлення: дзвінки - глухі, м'які - тверді, свистячі - шиплячі.

Фонематичний синтез. Складання слова із послідовно поданих звуків, Інструкція: «Послухай звуки [Д], [І], [М], постав їх поряд і скажи, яке слово в тебе вийшло».

Фонематичні уявлення. Дитині пропонуються для виконання наступні завдання: дібрати слово на заданий звук. Наприклад: "Назви слово зі звуком [Ш] або зі звуком [З], зі звуком [Р]" і т.д.; розкласти у два ряди предметні картинки, назви яких починаються з опозиційних звуків, наприклад: [С] - [Ш], [Ч] - [Ц] та ін;

із загальної кількості картинок відібрати ті, назви які починаються на певний звук. Перед дитиною розкладається ряд із 10-12 картинок з різних логічних груп слів, серед яких є картинки зі звуком [С]. Дитині пропонується уважно подивитися на картинки, подумати та відкласти убік картинки у назві яких є звук [С].

2.2. Опис результатів проведенго обстеження.

На констатувальному етапі експерименту було проведене обстеження дошкільників із заїканням.

У ході експерименту було обстежено четверо дітей 6-річного віку із заїканням із закладу дошкільної освіти №39 „Журавлик” комбінованого типу Ужгородської міської ради, м. Ужгород Закарпатської області.

Обстеження почалося із заповнення анкетних даних, докладного з'ясування анамнезу: збиралися відомості про спадковість, перебіг пологів у матері та про ранній розвиток дитини. Було складено психолого-педагогічні характеристики дітей, в якій аналізувався загальний розвиток дитини, особливості діяльності, характер трудової та ігрової діяльності, відзначалися також підвищена збудливість, або, навпаки, млявість, загальмованість, стомлюваність, виснаження, особливості розвитку особистості та емоційно-вольової сфери, характерологічні особливості дитини; стан психічних функцій.

При зборі анамнестичних даних слід зазначити, що у більшості дітей не відзначалася наявність мовленнєвих, нервово-психічних порушень в батьків і родичів. В анамнезі дошкільників із заїканням, зазначені особливості перебігу вагітності та пологів. В основному, діти були народжені від першої або другої вагітності. Тільки в одній карті вказано, що дитина з'явилася від третьої вагітності, тому що перша вагітність була перервана абортom, а друга викиднем у матері.

Також наголошується, що 75% матерів під час вагітності продовжували палити, а дві з них вживали алкоголь. А 50% дітей (2 дитини) народилися на сьомому місяці вагітності. У 75% дітей (3 дитини) була післяпологова асфіксія.

Розвиток заїкання протікало так:

У дітей 50% (2 дитини) заїкання з'явилося у віці чотирьох років, у половини дітей – у віці п'яти років.

Домінуючою причиною заїкання став переляк. В одному випадку дитина отримала сильний опік при купанні у ванній, в іншому – дитину налякав гавкіт і напад собаки, в третьому випадку дитину сильно налякав брат, у четвертому випадку батькам важко назвати причину.

На момент вступу дітей до закладу дошкільної освіти (за висновком ІКЦ) та обстеження мовлення були відмічені судоми клонічної форми у 75% (3 дітей). У 25% дітей (1 дитина) виявлено судоми тонічної форми. Звертаючи увагу на форму судом, необхідно звернути увагу і на ступінь їх виразності.

Таким чином, визначено судоми середнього ступеня у 75% (3 дітей). У 25% дітей (1 дитина) визначено судоми тяжкого ступеня виразності. Говорячи про локалізації виникнення судом, зазначаємо, що у 75% (3 дітей) судоми виникають у голосовому відділі мовленнєвого апарату; у 25% дітей (1 дитина) у ділянці дихального апарату.

Лицьові судоми виникають у 75% (3 дітей), губні – у 25% дітей (1 дитина). Як показало медичне обстеження, у 1 дитини виявилися ознаки органічного ураження мозку, що свідчить про органічний характер порушення. Слід зазначити, що у 75% (3 дітей) визначене функціональне заїкання.

У всіх 100% дітей (4 дитини) заїкання проявляється у мовленні постійно.

Було з'ясовано, що у більшості випадків для дітей не створено всіх необхідних умов життя (охоронний режим, правильний розпорядок дня тощо), діти мають статус соціально-педагогічної занедбаності.

Дві дитини виховуються у неповній сім'ї, з матерями, які вживають алкоголь. Ніхто з дітей не мав контактів із заїкуватими та особами з іншими порушеннями мовлення. У всіх сім'ях спостерігається недостатня стимуляція мовленнєвого розвитку (дітям не читають дитячої літератури, не розучують віршів, пісень тощо).

У період безпосереднього спілкування з дітьми було відмічено, що 75% (3 дітей) вдаються до використання захисних прийомів. Деякі діти намагаються застосовувати у мовленні якомога простіші слова, використовують непотрібні слова. Діти в момент спілкування терли ніс або вухо, виконували різні рухи пальцями рук, притопували ногами.

Загальний розвиток у 75% (3 дітей) відповідає віковій нормі. Ці діти володіють відомостями про себе, розуміють родинні зв'язки, але мають недостатній рівень уявлень про навколишню реальність. У 25% дітей (1 дитина) загальний розвиток не відповідає віковій нормі, не достатній рівень уявлень про себе та уявлень про навколишню дійсність.

75% (3 дітей) здатні організувати гру, адекватно використовують іграшки, можуть довго грати з однією іграшкою, супроводжують гру мовленням, 25% (1 дитина) грає мовчки. Всі діти гостро реагують на зауваження (плачуть, засмучуються). У стані психічних функцій виявлено такі особливості:

75% дітей (3 дитини) мають середній рівень сприйняття кольору, форми, просторових відносин, 25% (1 дитина) – низький рівень.

У 75% (3 дітей) переважає недостатня стійкість уваги, слабке переключення, розсіяність, мають середній рівень розвитку пам'яті, не мають достатньої швидкості запам'ятовування і точності відтворення, недостатній рівень розвитку мислення.

У стані загальної моторики та тонких рухів пальців рук, мимічної та артикуляційної моторики виявлено такі особливості: у 75% (3 дітей) точне та одночасне виконання проб із напруженістю, скутістю рухів; в однієї дитини

порушення темпу виконання рухів, не знання провідної руки; невпевненість виконання. При дослідженні статичної координації 75% (3 дитини) були здатні утримати задану позу, але роблять це з напруженням; сильно розгойдувалися з боку в бік, балансували тулубом, а 1 дитині було важко утримувати пози (різко виражене балансування), сходять з місця або робить наляється в сторону.

У 25% дітей (1 дитина) рухи напружені та невідповідні. Є порушення координації рухів рук та ніг, тонкої моторики рук, артикуляційної моторики. Найбільш виражені порушення відзначаються в мімічній, артикуляційній та тонкій моториці рук, особливо страждає динамічний праксис.

Так, 75% дітей (3 дитини) мають досить виразну міміку при виконанні проб, одна дитина має недостатньо виразну міміку; мімічна картина нечітка; рух не вдається. Загальний рівень мовленнєвого розвитку відображено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати логопедичного обстеження

Дитина	Стан звуковимови	Словниковий запас	Граматичний устрій	Зв'язне мовлення
Рустам Б.	Порушення звуковимови фонетичного характеру	В нормі	Наявні аграматизми у відмінюванні іменників.	В нормі
Богдан К.	Порушення звуковимови фонетичного характеру	В нормі	В нормі	В нормі
Сергій С.	В нормі	Бідний	Аграматизми в узгодженні слів у реченні	Розуміє зміст зверненого і власного мовлення. Власний переказ не сформований (більше нагадує не послідовний

				опис).
Глеб М.	Порушення звуковимови фонетичного характера Порушена звуковимова та диференціація: ш-с, р-в, ч-ть, ц-т, л-н.	Бідний	Численні порушення	Недорозвинуте

Далі було обстежено різні види мовлення: синхронне, відображене, ритмічне, шепітне.

В результаті були отримані дані, що у всіх дітей порушене самостійне мовлення, у 75% (3 дітей) незначно – відображене, у 25% дітей (1 дитина) – синхронне.

Таблиця 2.2.

Прояви симптоматики заїкання

Дитина	Форма мовленнєвих судом	Вид заїкання	Наявність супутніх та маскувальних рухів,	Темп мовлення
Рустам Б.	клонічна	голосовий	Чухає лоб, вухо. Нічний енурез	прискорений
Богдан К.	клонічна	голосовий	Тик обличчя	нормотиповий
Сергій С.	клонічна	голосовий	Нічний енурез, мовленнєві маскувальні штампи	уповільнений
Глеб М.	тонічна	дихальний	Мовлення супроводжується супутніми рухами пальців рук та притопуванням	уповільнений

Половина дітей мають досить гучний голос, у 50% дітей (2 дитини) – голос тихий, немодульований. У всіх дітей (4 дітей) дихання поверхнєве, трохи напружене.

За підсумками обстеження було встановлено, що 75% дошкільнят (3 дітей) мають невротичну форму заїкання; 25% дітей (1 дитина) має неврозоподібну форму заїкання.

Аналіз результатів обстеження показав необхідність розробки спеціальної корекційної програми, спрямованої на розвиток темпоритмічної сторони мовлення дошкільників на основі використання засобів логоритміки.

2.3. Методика роботи з подолання заїкання у дітей старшого дошкільного віку з використання логоритміки.

Було розроблено та апробовано програму занять для дошкільників із заїканням.

Пояснювальна записка. Заїкання є виразом найрізноманітніших труднощів у оволодінні комунікативною функцією мовлення. Поряд з особливостями мовлення, у дітей із заїканням, відзначаються специфічні особливості загальної та мовленнєвої поведінки: підвищена імпульсивність, слабкість волевої регуляції, уповільнене або передчасне включення в діяльність, нестійкість уваги, невміння вчасно переключитися з одного виду діяльності на інший.

Поведінка дошкільників із заїканням, відрізняється зниженим рівнем саморегуляції і порушеннями поведінки.

Досить поширений метод подолання заїкання – застосування логоритмічних занять, що базуються на взаємозв'язку мовлення, музики та рухів.

Все в нашому організмі підпорядковане ритму. Руховий ритм впливає на становлення мовленнєвих механізмів. Відчуття ритму допомагає швидше та легше засвоювати вірші, розуміти музичні твори. Дуже важлива логопедична ритміка для

дітей із заїканням, тому що вона створює позитивний емоційний настрій та мотивацію до виконання логопедичних вправ.

Логоритміка спрямована на всебічний розвиток дитини, вдосконалення мовлення, оволодіння руховими навичками, покращення орієнтації у навколишньому, розуміння сенсу запропонованих завдань, здатність долати труднощі, творчо проявляти себе.

У цій програмі відображені розділи: завдання (корекція порушень мовлення, розвиток музичних та творчих здібностей, збереження та зміцнення здоров'я дітей); тематичне планування; навчально-тематичні плани; очікувані результати.

Зміст програми.

Логоритмічні заняття складено з опорою на лексичні теми. Сюжетно-тематична організація занять відповідає можливостям дітей.

Мета програми: корекція заїкання з допомогою поєднання слова та руху.
Основні завдання програми:

- активізувати вищу психічну діяльність через розвиток зорової та слухової уваги та сприймання;
- розвивати та збільшувати обсяг зорової пам'яті;
- розвивати та вдосконалювати артикуляційну, дрібну та загальну моторику;
- формувати чіткі координовані рухи у взаємозв'язку з мовленням;
- розвивати мелодико-інтонаційні та просодичні компоненти мовлення, творчу фантазію та уяву.

Завдання логопедичної роботи з корекції заїкання:

- формування правильної вимови;
- продовжити роботу над загальними мовленнєвими навичками щодо розвитку мовленнєвого дихання, формування правильної голосоподачі та плавності мовлення;
- формування навичок фонематичного аналізу та синтезу;
- формування лексико-граматичного ладу мовлення та зв'язного мовлення.

Програма включає такі види вправ:

Ходьба та орієнтування у просторі.

Динамічні вправи на регуляцію м'язового тону розвивають уміння розслабляти та напружувати групи м'язів.

Артикуляційні вправи готують апарат артикуляції дитини до постановки звуків. Робота над артикуляцією дозволяє уточнити правильну звуковимову, розвиває рухливість язика, щелеп, губ, зміцнює м'язи глотки. Дихальна гімнастика коригує порушення мовленнєвого дихання, допомагає виробити діафрагмальне дихання, а також тривалість, силу та правильний розподіл видиху.

Фонопедичні та оздоровчі вправи для горла розвивають основні якості голосу – силу та висоту, зміцнюють голосовий апарат.

Вправи на розвиток уваги та пам'яті розвивають усі види пам'яті: зорову, слухову, моторну. Активізується увага дітей.

Чистомовки допомагають автоматизувати звуки, тренують виконувати правильні рухи, відпрацьовується чітка, ритмічна вимова фонем і складів.

Мовленнєві ігри можуть бути представлені у різних видах: ритмічні декламації без музичного супроводу, ігри зі звуком, ігри з грою на дитячих музичних інструментах, театральні етюди, ігри-діалоги.

Ритмічні ігри розвивають відчуття ритму, темпу (акцентуації сильної частини такту), що дозволяє дитині краще орієнтуватися у ритмічній основі слів, фраз.

Спів пісень та вокалізації розвивають пам'ять, увагу, мислення, емоційну чуттєвість та музичний слух; зміцнюється голосовий апарат дитини, автоматизуються голосні звуки.

Пальчикові ігри та казки. Розвиток рухливості пальців безпосередньо пов'язаний з мовленнєвим розвитком, тому, розвиваючи дрібну моторику пальців рук, ми сприяємо швидкому розвитку мовлення. Елементарна гра на дитячих

музичних інструментах розвиває дрібну моторику, відчуття ритму, темпу, покращує увагу, пам'ять, інші психічні процеси.

Театральні етюди. Мімічні та пантомімічні етюди розвивають мімічну та артикуляційну моторику (рухливість губ та щік), пластичність та виразність рухів дітей, їх творчу фантазію та уяву. Це зміцнює у дошкільників почуття впевненості у собі, можливість точніше керувати своїм тілом, виразно передавати у русі настрій і образ.

Комунікативні ігри формують у дітей вміння побачити в іншій людині її переваги; сприяють поглибленню усвідомлення сфери спілкування; долучають до співпраці.

Рухливі ігри, хороводи, фізхвилинки тренують дітей у координації слова та руху, розвивають увагу, пам'ять, швидкість реакції на зміну рухів. На основі програми було розроблено систему занять для дошкільників із заїканням.

На заняттях використовувався різноманітний матеріал: ігри зі словами та співом, комунікативні ігри, а також різні вправи для формування основних рухів, орієнтування у просторі, для розвитку почуття темпу та ритму, чіткого перемикання рухів, на розвиток мовленнєвого та немовленнєвого дихання, голосу та артикуляції.

Ю. Пінчук розробила систему використання ігор (дидактичних, зі співом, рухливих, ігор-драматизацій, творчих) з дітьми із заїканням, на різних етапах послідовних логопедичних занять: на етапі мовчання (4-6 днів) і шепітного мовлення (10 днів); поєднаного (4-5 тижнів) та відображеного (4-5 тижнів); питання-відповіді (8-10 тижнів); самостійного мовлення (8-14 тижнів) та на етапі закріплення активної поведінки та вільного спілкування дітей [31].

У запропонованій системі різних ігор, на думку автора, діти засвоюють правила поведінки в ігрових, уявних ситуаціях, але відображають реальні, життєві явища та відносини людей. Засвоєні форми взаємовідносин сприяють перебудові поведінки і мовлення дітей із заїканням.

Виділяють базові напрямки логопедичної роботи:

1. Охоронний мовленнєвий режим. Передбачає організацію режиму обмеження мовлення з метою послаблення судомного компонента мовленнєвого порушення. Включає також емоційну стимуляцію, активацію вміння висловлювати свої почуття невербальними способами, створення умов для розвитку моторики, розвиток передумов правильного мовлення (наслідування, слухо-рухових та зорово-рухових координацій, уваги та пам'яті).

2. Формування мовленнєвого дихання. Передбачає диференціацію ротового та носового дихання, формування тривалого мовленнєвого видиху; формування артикуляційно-дихальних координацій.

3. Формування техніки нормативного мовлення в синхронному, відображеному, діалогічному видах. Головне завдання: зняття локального напруження м'язів артикуляційного та голосового апарату, дисфонічних розладів, формування злитної вимови.

4. Розвиток просодичної сторони мовлення відбувається в ході активізації і закріплення розгорнутого мовлення на матеріалі, що поступово ускладнюється. Розвиток інтонаційно-виразної сторони мовлення: мелодики; темпу; ритму; тембру.

5. Розвиток координації та ритмізації рухів.

Включає розвиток координації та точності рухів рук та ніг, пальців рук та артикуляторних рухів, розвиток відчуття темпу і ритму рухів.

Логопедична робота враховує вік та структуру порушення мовлення та будується на основі базових напрямків.

Розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання.

У дітей із заїканням спостерігаються судоми м'язів дихального відділу мовленнєвого апарату. Мовлення стає уривчастим через судомне дихання, на основі якого дитина намагається вимовити звуки, склади, слова, фрази.

Перші вправи допоможуть активізувати діафрагму.

Спробуємо зімітувати дихання собаки, якій «спекотно». Відкривши рота і висунувши вперед язик, швидкими рухами робимо вдихи і видихи невеликими порціями повітря. Однією рукою контролюємо рух м'язів черевного преса: при вдиху живіт трохи випинається вперед, а при видиху втягується.

Вправа «хом'як» – робимо те саме, з тією різницею, що вдих і видих іде тільки через ніс, і при цьому ще показуємо зуби.

Наступний етап – постановка нижньо-діафрагмального дихання. При нижньо-діафрагмальному диханні при одночасному вдиху синхронно вперед випинаємо м'язи живота (надуємо живіт). Вдих робимо через ніс. При видиху м'язи живота втягуємо у себе.

Вправа на дихання "Сильний вітер".

Права рука на животі. Діти роблять глибокий вдих носом – пауза, повільно видихають.

У дітей із заїканням мовленнєве дихання, як правило поверхнєве, коротке. Дитина має навчитися правильно дихати під час мовлення, економити повітря в той момент, коли вона не вимовляє звуки; не робити вдих у середині слова, не говорити на вдиху тощо.

Щоб збільшити тривалість видиху, вимовляємо на видиху окремо звуки **З, Ш, Ж** (тягнемо їх).

Вправа «Запалимо ліхтарик». Логопед пропонує дітям підійти до будиночка, опустити руки, зробити спокійний вдих, «послати повітря в животик», а на видиху зробити губи трубкою і подути на ліхтарик.

"Сніг". Дитині пропонується подути на вату, дрібні папірці, пушинки і тим самим перетворити звичайну кімнату на сніговий ліс.

"Футбол". Зробіть з конструктора або іншого матеріалу ворота, візьміть кульку від пінг-понгу або будь-яку іншу легку кульку. І пограйте з дитиною у футбол. Дитина повинна дмухати на кульку, намагаючись загнати її у ворота.

«Жук дзижчить». Вихідне положення: руки підняті в сторони і трохи відведені назад, немов крила. Видихаючи, діти вимовляють «ж-ж-ж», опускаючи руки вниз.

Розвиток голосу.

Для того щоб зняти напругу з голосових складок, щоб вони рівно стулялися, на початковому етапі роботи з голосом слід проводити наступні вправи:

1. Після вдиху на плавному видиху потягнути звук "м", при цьому зуби не стуляти і голос не підвищувати.

2. Після вдиху на плавному видиху по черзі простягнути голосні «а, о, у, и, е, і», по два голосні, по три у різних поєднаннях.

Ці вправи формують довге дихання та володіння голосом.

Крім цього добре проводити вокальні вправи: спів голосних звуків у такому порядку - *а, е, о, і, у*. Потім до цих звуків додають приголосні: *сссааа, шшшааа* і т.д.

Далі слід вимовляти короткі слова, фрази. Можна також співати мелодії, слова та дитячі пісеньки. Такі вправи сприяють тому, що голос стає впевненішим.

3. Вправа 1. Вихідне положення стоячи, ноги на ширині плечей, руки в замку над головою. Вдихнути через ніс, трохи прогнувшись назад. Нахилиючись уперед, повільно видихнути. При цьому вимовляти щоразу новий голосний: "а", "о", "у", "и", "е".

"А" - руки вгору.

"О" - руки кільцем перед собою.

"У" - руки рупором.

"И" - руки овалом попереду.

«Е» – руки овалом позаду.

Вправа 2.

Плавно розвести руки убік і вимовити протяжно: «**Aaaaaa**». Потім прямі руки з'єднати перед грудьми і вимовити: "Ууууу". Різко розвести руки і коротко вимовити: "**Aaaaaa**", з'єднати – "Ууууу".

Вправа 3. Стоячи, розвести руки убік, похитати ними («літак летить»), вимовити протяжно: «**Vvvvvv**». Різко опустити руки вниз, сісти і вимовити коротко: "**Vvvvvv**" ("літак сів").

Розвиток сили голосу.

Вправа 1.

Стоячи розводити опущені руки і тихо вимовляти: «**Aaaaaa**». Розводити руки від грудей, трохи голосніше: «**Aaaaaa**». Руки над головою, голосно: "**Aaaaaa**". Так само з іншими голосними.

Вправа 2.

Сидячи чи стоячи рахувати до 5 (10), з поступовим зниженням сили голосу (від гучного до тихого), уявляючи, що спускаєшся з верхнього поверху до підвалу (і навпаки).

Ігри-вправи для розвитку сили голосу.

1. «Великий та маленький».

- дитина голосом зображує, як гавкає великий собака і як їй відповідає маленьке цуценя (Як стукає великий молоток і як маленький).

2. «Далеко та близько».

- дитина говорить то тихим голосом, то гучним, а інші діти відгадують, де вона: далеко чи близько.

3. «Будинки». Мовлення поєднується з рухом:

У ведмедя будинок великий,

(Підняти руки вгору – говорити басом).

А у зайця маленький.

(Присісти, руки опустити вниз – говорити високим голосом).

Мишко наш пішов додому,

(йти вперевалку – говорити басом)

Поскакав і зайчик.

(стрибати – говорити високим голосом)

Доцільно використати музичний супровід.

4. «Сходинок».

Я йду нагору

(голос поступово підвищується)

Я крокую вниз

(Голос поступово знижується).

Розвиток тембру голосу.

Вправа 5. Обігрування звичок різних тварин, характерних рис людей (зображення злого великого собаки, лагідної хитрої кішки, здивованої мами і т.д.).

Вправа 6. Інсценування доступних дітям віршів, казок.

Розвиток артикуляційної моторики.

Артикуляційна гімнастика – логопедична розминка – це спеціальні вправи, що покращують рухливість артикуляційного апарату. Артикуляційні вправи поділяються на два види: статичні – припускають завмирання губ або язика у певному положенні на 10-15 секунд; динамічні – рух здійснюється на протязі усього виконання.

1. Гімнастика для язика: широко розкрити рота і утримувати розслаблений язик на дні ротової порожнини протягом декількох хвилин; по черзі висовувати широкий і вузький язик, рухати язиком в сторони - «чашки», «шишки» (язичок за щічки), покусати широкий язик зі звуком «а» - *ла-ла* (товстий дзвіночок), постукати кінчиком язика по верхнім альвеолам *-ля -ля* (тонкий дзвіночок), облизати верхню губу («смачне варення»), «бовтанка» – порухати язиком по піднебінню.

2. Гімнастика для губ: «усмішка» – оголювати верхні та нижні губи – звук «*I*», витягувати губи в трубочку – звук «*У*», потім поперемінно «*АУ*» (рот розкритий широко) та «*ОІ*», оголюючи зуби.

3. Гімнастика для нижньої щелепи: опускання та піднімання, переміщення вправо-вліво.

Ці вправи проводяться кілька разів як у статиці, так і у динаміці. Такі вправи допомагають довільно розслаблювати оральну мускулатуру і досягти легких, чітких координованих рухів язика, губ і нижньої щелепи у повному обсязі, що необхідно при судамах артикуляційного апарату.

Розвиток відчуття ритму.

У дітей із заїканням мовлення уривчасте, некоординоване. Порушується відчуття ритму, вони можуть самотійно керувати ритмічним малюнком власного мовлення. Плавне, уповільнене мовлення сприяє встановленню необхідного ритму фізіологічних процесів кори головного мозку, що сприяє становленню правильного співвідношення процесів збудження та гальмування, веде до усунення моторних механізмів заїкання.

Можна проводити з дитиною такі вправи.

1. Відстукати ритмічний малюнок у середньому темпі спочатку до 2, 3, 4, 5 до 10. При цьому інтонуємо голос звучить постійно, не перериваючись. Коли дитина засвоїть цю вправу у середньому темпі, то можна спробувати в уповільненому і прискореному.

2. Ходьба під рахунок. Дитину вчать спочатку просто ходити під рахунок у середньому темпі. Крокувати починати з лівої ноги.

Можна проводити такі вправи:

Вдих – маршування до 3-х - виділяємо наголошений голосний, і голос звучить постійно, не перериваючись на видиху. Вправа виконується синхронно: крок – цифра. Вдих – маршування до 4, 5, 6 і т.д. до 10 на одному видиху.

3. Робота з м'ячем. Набивання м'яча обома руками: кинути м'яч у підлогу та зловити його. Ноги на ширині плечей. При ловлі м'яча, що відскочив від підлоги, намагатися не присідати. Необхідно зловити м'яч, що відскочив, від підлоги обома руками і знову кинути його. Навчити дитину легко набивати м'яч до 2, 3, 4 і т. д. до 10. Потім теж проводити під рахунок.

5. Вправа «Сходи». Намалювати у профіль сходи (марш) до 10 сходинок. Вдих рахуємо до 2-х (піднімаємо фішки або предмети на дві сходинок), до 3-х, 4-х і до 10-ти на одному видиху. Малюнок має бути великий. Для цієї вправи можна використовувати будь-який лічильний матеріал: гудзики, олівці, цукерки тощо.

Вправи на розслаблення, зняття м'язового напруження.

Напруження м'язів тіла супроводжується напруженням мовленнєвої мускулатури дитини. Для того щоб зменшити це напруження, під час мовлення потрібно домагатися розслабленого стану тіла. Цей розслаблений стан передається на м'язи мовленнєвого апарату, що веде до зменшення судом.

1. Дерева «шумлять». Підняти руки над головою і помахати ними в обидва боки. Руки розслаблені. Дитина вимовляє звук «ШШШ». Цю вправу слід проводити на рахунок – 1-2. Повторити кілька разів.

2. «Полоскання білизни» – нахилитися вперед і опустити руки. Вони розслаблені (заснули), вони не мають напруження. Розгойдувати корпус в сторони – розслаблені руки теж починають рухатися. Цю вправу проводити на рахунок – 1-2.

3. «Маятник» – ця вправа схожа на попередню, але при цьому одна рука за спиною, а інша у розслабленому стані повторює рухи маятника. Змінити становище рук. І так кілька разів.

4. «Метелик» – руки на рівні плечей, вони розслаблені. Помахати ними кілька разів.

Розвиток загальної та дрібної моторики.

Для деяких дітей із заїканням, характерна недосконала загальна і дрібна моторика. У таких дітей відзначається недостатня координація рухів, утруднене перемикання з одного руху на інший. Їм важко впоратися зі шнурівкою черевиків, із застібкою гудзиків. Виникають труднощі у маніпулюванні з предметом: погано володіють фломастером, пензликом, ножицями. Погано малюють, конструюють. Незграбна дитина почувається не впевнено, а це впливає на стан психічного благополуччя: стає сором'язливою, нерішучою, важко вступає в контакт. Щоб зняти цю незручність, варто проводити такі вправи: вправи з дотримання рівноваги на одній нозі; вправи з м'ячем: катання, прийом, кидання, підкидання, набивання; вправи зі скакалкою.

Розвиток нормативного мовлення в уповільненому темпі та ритмі.

Вправи подані у порядку зростання за складністю:

1. Пов'язане мовлення. Це мовлення за зразком. Наприклад: показуємо предмет чи картинку і називаємо. Мовлення починаємо після короткого вдиху. Кожний наголошений голосний у слові супроводжуємо ударом розслабленої кисті, що лежить разом із ліктем на поверхні столу. Голос звучить постійно, не перериваючись (на видиху). Виділяючи наголошені голосні, а вони вимовляються більш акцентовано і триваліше, ніж інші, рефлекторно уповільнюємо мовлення. Що нам і потрібно: уповільнити мовлення – основна умова в роботі з дитиною із заїканням. Це поступово дає можливість синхронізувати роботу всіх систем, дихальної, голосової, артикуляційної та центральної нервової системи, яка ними керує.

Вимовивши словосполучення або фразу, просимо дитину повторити те саме разом, виконуючи одночасно вимоги. "Давай зробимо вдих, як я". «Давай відстукуватимемо кожне слово кистю руки, як я». «Давай говорити разом, як я». Між словами немає пауз, зупинок

2. Відображене мовлення. При відображеному мовленні логопеди теж дають зразок словосполучення, фрази, і просять це повторити дитину самостійно,

виконуючи всі три основних фізіологічних правила: вдих перед початком мовлення, виділення наголошених голосних для уповільнення темпу і злитна вимова всіх слів. Дитина уважно слухає та вимовляє за вами фразу, чітко її копіюючи.

3. Запитання-відповідь (діалогічне мовлення). На цьому етапі вчимо дитину самостійно відповідати на питання спочатку односкладно, а потім розгорнутою фразою. Під час цієї роботи виконуються всі правила, як і попередніх етапах. Потрібно намагатися всіх етапах роботи варіювати логоритмічні вправи (вправи на координацію слова з рухом),

Ритмізацію здійснювати хлопками, ударами кистю по столі, по стегна, кожне слово на кожен крок, кидками м'яча об підлогу. Для цього використовується:

1. Зорова опора. Показуємо дитині м'яч і запитуємо: Що це? Дитина відповідає: «Це м'яч». Далі ускладнюємо: «Який м'яч? Великий чи маленький?». Відповідь: «Це маленький м'яч».

Беремо сюжетний малюнок і спільно розглядаємо її. Потім починаємо ставити різні запитання. Відповіді можуть бути прості або розгорнуті. Домагаємося того, щоб дитина легко, вільно відповідала на запитання без ознак заїкання.

2. Слухова опора. Тексти та розповіді спочатку даються без прямої мови. Пряма мова передбачає роботу над модуляцією голосу, тобто його силою, виразністю, мелодійністю. До цього можна переходити тоді, коли дитина впевнено відповідатиме на питання за прослуханням текстом без прямої мови, без зупинок, зі сформованими мовленнєвими навичками. Батьки або логопед мають точно передавати голосові характеристики героїв оповідання, казки.

3. Трудова діяльність (конструювання, ліплення, мозаїка, розфарбовування). Наприклад, дитина малює будинок. Задаємо питання: "Що ти робиш?". Відповідь: "Я малюю будинок". Питання задаються в той час, коли дитина чимось захоплена,

щось робить. Під час трудової діяльності вона ніби «забуває» про своє порушення і на цій основі проводимо відповідну роботу.

4. Переказ (монологічне мовлення). Пропонуємо дитині сюжетний малюнок, задаємо кілька питань щодо зображеного на ній сюжету, дотримуючись всіх мовленнєвих правил. Дитина відповідає на них розгорнутими фразами.

Потім переходимо до переказу на слуховій опорі. Дитині читають кілька разів невеликий текст, щоб краще запам'ятати, і після цього ставлять запитання. Запитання можуть бути як короткими, так і розгорнутими. Дитина відповідає на них, дотримуючись мовленнєвих правил, а потім приступає до переказу під керівництвом дорослого.

5. Самостійне мовлення.

Сюди входить така робота:

1. Самостійне називання предметів, що пред'являються дитині.
2. Самостійне вигадкування назви картинки, серії картинок.
3. Самостійний опис сюжету за картинкою.
4. Самостійний переказ тексту після його прослуховування.

Це складний етап, на якому вчимо дитину планувати свій вислів. Спонтанне, емоційне мовлення. Сюди можна включити розмови за малюнком, розповіді, з різних тем із застосуванням питань типу «Навіщо? Чому? Для чого? З якою метою? Як треба зробити?». Ставлячи питання, які змушують дитину самостійно формулювати відповіді, ми цим формуємо навички спонтанного імпровізованого мовлення.

На цьому етапі відпрацьовуються навички виразного мовлення, його інтонації, а також сили голосу, його модуляції. Дана логопедична робота допоможе подолати симптоматику заїкання, скоригує темп і ритм мовлення, а також сформує різні види та компоненти мовлення.

Логопед організує співдружню роботу команди фахівців (невролога, фізіотерапевта, психотерапевта, клінічного психолога, інструктора ЛФК,

музичного керівника), що використовують свої методи та засоби впливаючи на дітей, вирішують кожен у своєму напрямку єдині корекційні завдання.

Логопедична робота побудована на основі логопедичного обстеження та диференціальної діагностики зі складанням індивідуального корекційно-розвивального маршруту. Індивідуальний корекційно-розвивальний маршрут розробляється з урахуванням віку дитини, форми заїкання (невротична, неврозоподібна, змішана), ступеня її вираженості, наявності супутньої мовленнєвої та немовленнєвої симптоматики. У корекційній роботі з дітьми із заїканням, враховуються загальнодидактичні принципи: системності (облік всіх об'єктивних факторів, що зумовлюють порушення мовлення, а також структуру порушення); диференційованості (визначення типу дизонтогенезу, облік відмінності порушень у стані довільних рухів та мовлення дітей з невротичним та неврозоподібним заїканням); поступовості (безперервність і регулярність занять з розвитку комунікації, послідовне запровадження нових навичок у різні форми мовлення з урахуванням ступеня її самостійності); наочності; комплексності; та активної співпраці з сім'єю.

Робота ведеться із зростанням рівня складності мовленнєвих вправ залежно від різного ступеня загального мовленнєвого розвитку дітей. Звідси і рекомендована послідовність: відображене мовлення; завчання фраз; розповідь за картинкою; відповіді на запитання; спонтанне мовлення.

Рекомендовані обов'язкові ритмічні та музичні заняття з дітьми та проведення роз'яснювальної роботи з батьками та залучення їх до корекційно-розвиткової роботи.

Завдання логопедичної роботи в тому, щоб шляхом систематичних планових занять звільнити мовлення дітей від напруження, зробити його вільним, ритмічним, плавним і виразним, а також усунути неправильність вимови і сформуванати чітку, правильну артикуляцію.

2.4. Рекомендації батькам щодо формування мовлення у дошкільників із заїканням.

Формування зв'язного мовлення в дітей дошкільного віку набуває першорядне значення у загальному комплексі корекційних заходів. Організація навчання дітей передбачає формування умінь планувати власний вислів, самостійно визначати зміст висловлювання.

Наприклад, у працях Ю. Рібцун представлено методику поетапного формування умінь та навичок зв'язного мовлення дітей за допомогою наочного використання картинно-графічного плану [31].

Методика навчання творчій розповіді представлена у роботах В. Тарасун [47], яка пропонує використовувати методи корекційно-розвивального навчання зв'язного мовлення, рекомендує прийоми, що формують повноцінну мовленнєву діяльність.

Вся корекційна робота поділяється на три етапи. На кожному етапі проводиться робота з розвитку словника, фразового мовлення та виходу на спонтанне зв'язне мовлення. Формування зв'язного мовлення: основне завдання третього етапу. Робота починається з формування поняття «слово», уявлень про зв'язок слів у реченні. Автор пропонує навчати дітей спочатку докладним, потім вибіркоким та творчим переказам. Будь-якому виду переказу передують аналіз тексту. Завершується робота над зв'язним мовленням упорядкуванням розповіді з урахуванням особистого досвіду.

А. Богуш запропоновано методику формування зв'язного мовлення.

При обстеженні зв'язного мовлення вона рекомендує використовувати різноманітні завдання, наприклад: розповіді від однієї особи; дібрати епітети до певних слів; переказати текст змінюючи час події; утворити порівняльний ступінь прикметників; утворити зменшувальну форму та ін. [4]

За М. Шеремет, основним завданням логопедичного впливу на дітей: навчити їх складно і послідовно, граматично і фонетично правильно викладати

свої думки, розповідати про події навколишнього життя. Це має важливе значення для навчання у школі, спілкування з дорослими та дітьми, формування особистісних якостей.

Робота з розвитку зв'язного мовлення ведеться за такими напрямками: збагачення словникового запасу; навчання складання переказу та вигадування оповідань; розучування віршів; відгадування загадок [58].

Е. Данілавічюте пропонує оригінальну та ефективну систему у роботі над зв'язним мовленням дітей, з використанням наочності та моделювання плану висловлювання [4].

Методика передбачає розвиток граматичного ладу та розвиток фразового мовлення від простого до складного. Вправи у захоплюючій ігровій формі спонукають дітей розширити свій словниковий запас, навички словотвору, розвиток вживання дієслів з різними префіксами, утворення прикметників від іменників, використання синонімів, антонімів, утворення складносурядних і складнопідрядних речень. Утворення та використання прийменникових відмінкових конструкцій. Методика націлена на підвищення навичок планування висловлювання та вдосконалення розвитку зв'язного мовлення.

Вправи розташовуються по мірі зростаючої складності, з поступовим зменшенням наочності та «згортанням» плану висловлювання. Робота з формування мовленнєвої діяльності включає аспекти: розширення словникового запасу; розуміння значення слів; вдосконалення граматичного ладу; розвиток діалогічної та монологічної форм мовлення.

Основною метою методичних рекомендацій щодо розвитку зв'язного мовлення дітей старшого дошкільного віку є залучення батьків. На кожному етапі робіт вирішується низка різних завдань.

Основні завдання: закріплювати та розвивати у дітей навички мовленнєвого спілкування, комунікації; розвивати навички контролю та самоконтролю за побудовою зв'язних висловлювань; цілеспрямовано впливати на активізацію

психічних процесів (сприймання, пам'яті, уяви, розумових операцій) тісно пов'язаних із формуванням усного спілкування; сприяти взаємодії батьків, дітей та педагогів.

Внаслідок цього позначається наступний порядок роботи.

- переказ розповіді з описаною дією (1 заняття);
- переказ оповідання з використанням фланелеграфа (3 заняття);
- переказ розповіді з використанням сюжетних картинок (3 заняття);
- складання розповіді за серією сюжетних картинок (4 заняття);
- переказ розповіді з використанням однієї сюжетної картинки (1 заняття);
- складання розповіді за однією сюжетною картинкою (1 заняття).

Види робіт у серії завдань «Переказ коротких текстів».

У процесі аналізу тексту дітям необхідно пояснювати значення малознайомих і нових слів. Закріплення відбувається у процесі переказу з використанням навідних питань, у театральній діяльності (обігрування казок, оповідань), у сюжетних іграх.

Складання розповіді за серією картинок.

1. Скласти речення за кожною з картинок.

Серії сюжетних картинок на теми:

- хлопчик з яблуками;
- кішка та мишка;
- дівчинка та лялька.

Розкласти у правильній послідовності.

Пропонується дитині розкласти серію картинок у правильній послідовності. Під час виконання цієї роботи дитина може використовувати питання-підказки логопеда.

Скласти розповідь з використанням усієї серії картинок по кожній із запропонованих тем без допомоги та навідних питань логопеда.

Складання творчої розповіді. Рекомендуємо використовувати такі види творчих розповідей: додавання до розповіді попередніх чи наступних подій; складання розповіді, аналогічної до наведеної, зі зміною часу чи результату дії; з включенням чи виключенням об'єктів; складання розповіді за комплектом іграшок; за частково закритим сюжетним малюнком; вигадування розповіді про знайомого героя; складання розповіді за назвою; вигадування за кількома опорними словами.

Особлива увага приділяється проведенню підготовчої роботи, тобто формуванню передумов зв'язного мовлення: розвитку лексико-граматичного ладу мовлення.

Висновки до розділу

Для правильного прогнозування ефективності логопедичної роботи, вибору необхідних напрямків та форм корекційного впливу велике значення мають дані психолого-педагогічного та логопедичного обстеження дитини.

У ході експерименту було обстежено четверо дітей 6-річного віку із заїканням.

При зборі анамнестичних даних слід зазначити, що у більшості дітей не відзначалася наявність мовленнєвих, нервово-психічних порушень у батьків та родичів. В анамнезі дошкільників із заїканням, зазначені особливості перебігу вагітності та пологів.

Розвиток заїкання протікало так:

У дітей 50% (2 дитини) заїкання з'явилося у віці чотирьох років, у половини дітей – у віці п'яти років. Домінуючою причиною заїкання став переляк.

На момент вступу дітей до закладу дошкільної освіти (за висновком ІКЦ) та обстеження мовлення були відмічені судоми клонічної форми у 75% (3 дітей). У 25% дітей (1 дитина) виявлено судоми тонічної форми. Звертаючи увагу на форму судом, необхідно звернути увагу і на ступінь їх виразності.

У 75% (3 дітей) судоми виникають у голосовому відділі мовленнєвого апарату; у 25% дітей (1 дитина) у ділянці дихального апарату.

Лицьові судоми виникають у 75% (3 дітей), губні – у 25% дітей (1 дитина). Як показало медичне обстеження, у 1 дитини виявилися ознаки органічного ураження мозку, що свідчить про органічний характер порушення. Слід зазначити, що у 75% (3 дітей) визначене функціональне заїкання.

У період безпосереднього спілкування з дітьми було відмічено, що 75% (3 дітей) вдаються до використання захисних прийомів. Деякі діти намагаються застосовувати у мовленні якомога простіші слова, використовують непотрібні слова. Діти в момент спілкування терли ніс або вухо, виконували різні супутні рухи пальцями рук, притопували ногами.

Загальний розвиток у 75% (3 дітей) відповідає віковій нормі. Ці діти володіють відомостями про себе, розуміють родинні зв'язки, але мають недостатній рівень уявлень про навколишню реальність. У 25% дітей (1 дитина) загальний розвиток не відповідає віковій нормі, не достатній рівень уявлень про себе та уявлень про навколишню дійсність. Так, 75% (3 дітей) здатні організувати гру, адекватно використовують іграшки, можуть довго грати з однією іграшкою, супроводжують гру мовленням, 25% (1 дитина) грає мовчки. Всі діти гостро реагують на зауваження (плачуть, засмучуються). У стані психічних функцій виявлено такі особливості: 75% дітей (3 дитини) мають середній рівень сприйняття кольору, форми, просторових відносин, 25% (1 дитина) – низький рівень.

У 75% (3 дітей) переважає недостатня стійкість уваги, слабе переключення, розсіяність, мають середній рівень розвитку пам'яті, не мають достатньої швидкості запам'ятовування і точності відтворення, недостатній рівень розвитку мислення.

У стані загальної моторики та тонких рухів пальців рук, мімічної та артикуляційної моторики виявлено такі особливості: у 75% (3 дітей) точно та

одночасне виконання проб із напруженістю, скутістю рухів; в однієї дитини порушення темпу виконання рухів, не знання провідної руки; невпевненість виконання. При дослідженні статичної координації 75% (3 дитини) були здатні утримати задану позу, але роблять це з напруженням; сильно розгойдувалися з боку в бік, балансували тулубом, а 1 дитині було важко утримувати пози (різко виражене балансування), сходять з місця або робить наляється в сторону.

У 25% дітей (1 дитина) рухи напружені та невідповідні. Є порушення координації рухів рук та ніг, тонкої моторики рук, артикуляційної моторики. Найбільш виражені порушення відзначаються в мімичній, артикуляційній та тонкій моториці рук, особливо страждає динамічний праксис.

Так, 75% дітей (3 дитини) мають досить виразну міміку при виконанні проб, одна дитина має недостатньо виразну міміку; мімична картина нечітка; рух не вдається.

Далі було обстежено різні види мовлення: синхронне, відображене, ритмічне, шепітне. В результаті були отримані дані, що у всіх дітей порушене самостійне мовлення, у 75% (3 дітей) незначно – відображене, у 25% дітей (1 дитина) – синхронне.

За підсумками обстеження було встановлено, що 75% дошкільників (3 дітей) мають невротичну форму заїкання; 25% дітей (1 дитина) має неврозоподібну форму заїкання.

Аналіз результатів обстеження показав необхідність розробки спеціальної корекційної програми, спрямованої на розвиток темпоритмічної сторони мовлення дошкільників на основі використання засобів логоритміки.

Мета програми: корекція заїкання з допомогою поєднання слова та руху. Основні завдання програми: активізувати вищу психічну діяльність через розвиток зорової та слухової уваги та сприймання; розвивати та збільшувати обсяг зорової пам'яті; розвивати та вдосконалювати артикуляційну, дрібну та загальну моторику; формувати чіткі координовані рухи у взаємозв'язку з

мовленням; розвивати мелодико-інтонаційні та просодичні компоненти мовлення, творчу фантазію та уяву.

Програма включала такі види вправ:

Ходьба та орієнтування у просторі. Динамічні вправи на регуляцію м'язового тону розвивають уміння розслабляти та напружувати групи м'язів.

Артикуляційні вправи готують апарат артикуляції дитини до постановки звуків. Робота над артикуляцією дозволяє уточнити правильну звуковимову, розвиває рухливість язика, щелеп, губ, зміцнює м'язи глотки. Дихальна гімнастика коригує порушення мовленнєвого дихання, допомагає виробити діафрагмальне дихання, а також тривалість, силу та правильний розподіл видиху.

Фонопедичні та оздоровчі вправи для горла розвивають основні якості голосу – силу та висоту, зміцнюють голосовий апарат.

Вправи на розвиток уваги та пам'яті розвивають усі види пам'яті: зорову, слухову, моторну. Активізується увага дітей.

Чистомовки допомагають автоматизувати звуки, тренують виконувати правильні рухи, відпрацьовується чітка, ритмічна вимова фонем і складів.

Мовленнєві ігри можуть бути представлені у різних видах: ритмічні декламації без музичного супроводу, ігри зі звуком, ігри з грою на дитячих музичних інструментах, театральні етюди, ігри-діалоги.

Ритмічні ігри розвивають відчуття ритму, темпу (акцентуації акцентованої частини такту), що дозволяє дитині краще орієнтуватися у ритмічній основі слів, фраз.

Спів пісень та вокалізації розвивають пам'ять, увагу, мислення, емоційну чуттєвість та музичний слух; зміцнюється голосовий апарат дитини, автоматизуються голосні звуки.

Пальчикові ігри та казки. Розвиток рухливості пальців безпосередньо пов'язаний з мовленнєвим розвитком, тому, розвиваючи дрібну моторику пальців рук, ми сприяємо швидкому розвитку мовлення. Елементарна гра на дитячих

музичних інструментах розвиває дрібну моторику, відчуття ритму, темпу, покращує увагу, пам'ять, інші психічні процеси.

Театральні етюди. Мімічні та пантомімічні етюди розвивають мімічну та артикуляційну моторику (рухливість губ та щік), пластичність та виразність рухів дітей, їх творчу фантазію та уяву. Це зміцнює у дошкільників почуття впевненості у собі, можливість точніше керувати своїм тілом, виразно передавати у русі настрій і образ.

Комунікативні ігри формують у дітей вміння побачити в іншій людині її переваги; сприяють поглибленню усвідомлення сфери спілкування; долучають до співпраці.

Рухливі ігри, хороводи, фізхвилинки тренують дітей у координації слова та руху, розвивають увагу, пам'ять, швидкість реакції на зміну рухів. На основі програми було розроблено систему занять для дошкільників із заїканням.

На заняттях використовувався різноманітний матеріал: ігри зі словами та співом, комунікативні ігри, а також різні вправи для формування основних рухів, орієнтування у просторі, для розвитку почуття темпу та ритму, чіткого перемикання рухів, на розвиток мовленнєвого та немовленнєвого дихання, голосу та артикуляції.

Логопедична робота побудована на основі логопедичного обстеження та диференціальної діагностики зі складанням індивідуального корекційно-розвивального маршруту. Робота ведеться із зростанням рівня складності мовленнєвих вправ залежно від різного ступеня загального мовленнєвого розвитку дітей. Звідси і рекомендована послідовність: відображене мовлення; завчання фраз; розповідь за картинкою; відповіді на запитання; спонтанне мовлення.

Висновки

Заїкання є одним з поширених, складних і тривалих порушень мовленнєвого розвитку. Воно характеризується складним симптомокомплексом та, у ряді випадків, невисокою ефективністю корекції. Виникаючи, найчастіше, у період найактивнішого формування мовлення (2-6 років), заїкання обмежує комунікативні можливості дитини, ускладнює соціальну адаптацію.

Переживання, як форма вираження емоцій і почуттів пов'язуються з самим порушенням, з труднощами у мовленнєвому процесі, з неблагополуччям у спілкуванні, образливим ставленням з боку оточуючих, незадоволеністю собою, власним мовленням, своїми вчинками тощо. Менш виражені неприємні переживання, пов'язані з нереалізованою потребою вільного спілкування з оточуючими, можуть супроводжуватися емоціями, почуттями та станами невдоволення, пригніченості, апатії, тривожності, побоювання, страху, напруженості, дратівливості, похмурості, сильною зміною настрою та ін.

Для правильного прогнозування ефективності логопедичної роботи, вибору необхідних напрямків та форм корекційного впливу велике значення мають дані психолого-педагогічного та логопедичного обстеження дитини.

У ході експерименту було обстежено четверо дітей 6-річного віку із заїканням.

При зборі анамнестичних даних слід зазначити, що у більшості дітей не відзначалася наявність мовленнєвих, нервово-психічних порушень у батьків та родичів. В анамнезі дошкільників із заїканням, зазначені особливості перебігу вагітності та пологів.

Розвиток заїкання протікало так:

У дітей 50% (2 дитини) заїкання з'явилося у віці чотирьох років, у половини дітей – у віці п'яти років. Домінуючою причиною заїкання став переляк.

На момент вступу дітей до закладу дошкільної освіти (за висновком ІКЦ) та обстеження мовлення були відмічені судоми клонічної форми у 75% (3 дітей). У

25% дітей (1 дитина) виявлено судоми тонічної форми. Звертаючи увагу на форму судом, необхідно звернути увагу і на ступінь їх виразності.

У 75% (3 дітей) судоми виникають у голосовому відділі мовленнєвого апарату; у 25% дітей (1 дитина) у ділянці дихального апарату.

Лицьові судоми виникають у 75% (3 дітей), губні – у 25% дітей (1 дитина). Як показало медичне обстеження, у 1 дитини виявилися ознаки органічного ураження мозку, що свідчить про органічний характер порушення. Слід зазначити, що у 75% (3 дітей) визначене функціональне заїкання.

У період безпосереднього спілкування з дітьми було відмічено, що 75% (3 дітей) вдаються до використання захисних прийомів. Деякі діти намагаються застосовувати у мовленні якомога простіші слова, використовують непотрібні слова. Діти в момент спілкування терли ніс або вухо, виконували різні супутні рухи пальцями рук, притопували ногами.

Загальний розвиток у 75% (3 дітей) відповідає віковій нормі. Ці діти володіють відомостями про себе, розуміють родинні зв'язки, але мають недостатній рівень уявлень про навколишню реальність. У 25% дітей (1 дитина) загальний розвиток не відповідає віковій нормі, не достатній рівень уявлень про себе та уявлень про навколишню дійсність. Так, 75% (3 дітей) здатні організувати гру, адекватно використовують іграшки, можуть довго грати з однією іграшкою, супроводжують гру мовленням, 25% (1 дитина) грає мовчки. Всі діти гостро реагують на зауваження (плачуть, засмучуються). У стані психічних функцій виявлено такі особливості: 75% дітей (3 дитини) мають середній рівень сприйняття кольору, форми, просторових відносин, 25% (1 дитина) – низький рівень.

У 75% (3 дітей) переважає недостатня стійкість уваги, слабе переключення, розсіяність, мають середній рівень розвитку пам'яті, не мають достатньої швидкості запам'ятовування і точності відтворення, недостатній рівень розвитку мислення.

У стані загальної моторики та тонких рухів пальців рук, мимічної та артикуляційної моторики виявлено такі особливості: у 75% (3 дітей) точне та одночасне виконання проб із напруженістю, скутістю рухів; в однієї дитини порушення темпу виконання рухів, не знання провідної руки; невпевненість виконання. При дослідженні статичної координації 75% (3 дитини) були здатні утримати задану позу, але роблять це з напруженням; сильно розгойдувалися з боку в бік, балансували тулубом, а 1 дитині було важко утримувати пози (різко виражене балансування), сходять з місця або робить наляється в сторону.

У 25% дітей (1 дитина) рухи напружені та невідповідні. Є порушення координації рухів рук та ніг, тонкої моторики рук, артикуляційної моторики. Найбільш виражені порушення відзначаються в мимічній, артикуляційній та тонкій моториці рук, особливо страждає динамічний праксис.

Так, 75% дітей (3 дитини) мають досить виразну миміку при виконанні проб, одна дитина має недостатньо виразну миміку; мимічна картина нечітка; рух не вдається.

Далі було обстежено різні види мовлення: синхронне, відображене, ритмічне, шепітне. В результаті були отримані дані, що у всіх дітей порушене самостійне мовлення, у 75% (3 дітей) незначно – відображене, у 25% дітей (1 дитина) – синхронне.

За підсумками обстеження було встановлено, що 75% дошкільників (3 дітей) мають невротичну форму заїкання; 25% дітей (1 дитина) має неврозоподібну форму заїкання.

Аналіз результатів обстеження показав необхідність розробки спеціальної корекційної програми, спрямованої на розвиток темпоритмічної сторони мовлення дошкільників на основі використання засобів логоритміки.

Мета програми: корекція заїкання з допомогою поєднання слова та руху. Основні завдання програми: активізувати вищу психічну діяльність через розвиток зорової та слухової уваги та сприймання; розвивати та збільшувати

обсяг зорової пам'яті; розвивати та вдосконалювати артикуляційну, дрібну та загальну моторику; формувати чіткі координовані рухи у взаємозв'язку з мовленням; розвивати мелодико-інтонаційні та просодичні компоненти мовлення, творчу фантазію та уяву.

Програма включала такі види вправ:

Ходьба та орієнтування у просторі. Динамічні вправи на регуляцію м'язового тону розвивають уміння розслабляти та напружувати групи м'язів.

Артикуляційні вправи готують апарат артикуляції дитини до постановки звуків. Робота над артикуляцією дозволяє уточнити правильну звуковимову, розвиває рухливість язика, щелеп, губ, зміцнює м'язи глотки. Дихальна гімнастика коригує порушення мовленнєвого дихання, допомагає виробити діафрагмальне дихання, а також тривалість, силу та правильний розподіл видиху.

Фонопедичні та оздоровчі вправи для горла розвивають основні якості голосу – силу та висоту, зміцнюють голосовий апарат.

Вправи на розвиток уваги та пам'яті розвивають усі види пам'яті: зорову, слухову, моторну. Активізується увага дітей.

Чистомовки допомагають автоматизувати звуки, тренують виконувати правильні рухи, відпрацьовується чітка, ритмічна вимова фонем і складів.

Мовленнєві ігри можуть бути представлені у різних видах: ритмічні декламації без музичного супроводу, ігри зі звуком, ігри з грою на дитячих музичних інструментах, театральні етюди, ігри-діалоги.

Ритмічні ігри розвивають відчуття ритму, темпу (акцентуації акцентованої частини такту), що дозволяє дитині краще орієнтуватися у ритмічній основі слів, фраз.

Спів пісень та вокалізації розвивають пам'ять, увагу, мислення, емоційну чуттєвість та музичний слух; зміцнюється голосовий апарат дитини, автоматизуються голосні звуки.

Пальчикові ігри та казки. Розвиток рухливості пальців безпосередньо пов'язаний з мовленнєвим розвитком, тому, розвиваючи дрібну моторику пальців рук, ми сприяємо швидкому розвитку мовлення. Елементарна гра на дитячих музичних інструментах розвиває дрібну моторику, відчуття ритму, темпу, покращує увагу, пам'ять, інші психічні процеси.

Театральні етюди. Мімічні та пантомімічні етюди розвивають мімічну та артикуляційну моторику (рухливість губ та щік), пластичність та виразність рухів дітей, їх творчу фантазію та уяву. Це зміцнює у дошкільників почуття впевненості у собі, можливість точніше керувати своїм тілом, виразно передавати у русі настрій і образ.

Комунікативні ігри формують у дітей вміння побачити в іншій людині її переваги; сприяють поглибленню усвідомлення сфери спілкування; долучають до співпраці.

Рухливі ігри, хороводи, фізхвилинки тренують дітей у координації слова та руху, розвивають увагу, пам'ять, швидкість реакції на зміну рухів. На основі програми було розроблено систему занять для дошкільників із заїканням.

На заняттях використовувався різноманітний матеріал: ігри зі словами та співом, комунікативні ігри, а також різні вправи для формування основних рухів, орієнтування у просторі, для розвитку почуття темпу та ритму, чіткого перемикання рухів, на розвиток мовленнєвого та немовленнєвого дихання, голосу та артикуляції.

Логопедична робота побудована на основі логопедичного обстеження та диференціальної діагностики зі складанням індивідуального корекційно-розвивального маршруту. Робота ведеться із зростанням рівня складності мовленнєвих вправ залежно від різного ступеня загального мовленнєвого розвитку дітей. Звідси і рекомендована послідовність: відображене мовлення; завчання фраз; розповідь за картинкою; відповіді на запитання; спонтанне мовлення.

Список використаних джерел:

1. Березан О.І. Неврологічні основи логопедії: Навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010100 – «Корекційна освіта» / О.І. Березан. – Полтава: Друкарня ПП Ткалич А.М. – 2008. – 92 с.
2. Бех І.Д. Особистісно-зорієнтоване виховання. – К.: ІЗМН – 1998. – 204 с.
3. Головаха Е.И., Панина Н.В. Психология человеческого взаимопонимания. – К.: Інститут соціології НАН України, 2002. – 223 с.
4. Довідник вчителя-логопеда / [авт.-упор. С.М. Лупінович] – Тернопіль: Мандрівець, 2008. – 112 с.
5. Запорожец А.В. Избранные психологические труды: в 2-х т. – М.: Просвещение, 1986. – Т. 1. – 427 с.
6. Івахненко В. М. Корекція вад мовлення засобами театральної педагогіки / В.М. Івахненко // Логопед. – 2012. – № 7. – С. 2-5.
7. Игры в логопедической работе с детьми: Пособие для логопедов и воспитателей детских садов: / Под ред. В.И. Селиверстова. – К.: Радянська школа, 1985. – 185 с.
8. Ілляшенко Т.Д., Стадненко Н.І. Аномальна дитина в школі: Навчально-методичний посібник. – К.: ІСДО, 1995. – 120 с.
9. Казачанська І. М. Подорож до лісової школи: корекційно-розвивальні арттерапевтичні заняття / І. М. Казачанська // Логопед – 2012. – № 7. – С. 23-27.
10. Каменєва-Замараєва Т.В., Рудяк Л.В., Тимошенко Л.М. Розмовник. Логопедичні завдання для роботи вихователя. – Х.: Вид.група «Основа», 2013. – 256 с.
11. Канарська М. В. Психотерапія в логопедичній практиці / М.В. Канарська // Логопед. – 2013. – № 5. – С. 19-21.
12. Конопляста С.Ю., Риолаля від А до Я: Монографія. – К.: Книга-плюс. – 2016. – 312 с.

13. Конопляста С.Ю., Сак Т.В. Логопсихологія. Навчальний посібник / за ред. М.К. Шеремет. – К.: Знання, 2010. – 293 с.
14. Киричук О.В. Проблема спілкування як об'єкт педагогічних досліджень // Радянська школа. – 1973. – № 6. – С. 5-14.
15. Корнєв М.Н., Коваленко А.Б. Соціальна психологія. – Київ: Київська книжкова фабрика, 1995. – 304 с.
16. Кудярьська Т.Р. Виховання та навчання дітей з мовними порушеннями в умовах модернізації освіти / Т.Р. Кудярьська // Логопед. – 2011. – № 8. – С. 17-18.
17. Кудярьська Т.Р. Врахування структури порушення під час організації корекційної роботи / Т.Р. Кудярьська // Логопед. – 2012. – № 2. – С. 2-4.
18. Лангмейер І., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага, 1984. – 289 с.
19. Левина Р.Е. Общая характеристика недоразвития речи у детей и его влияние на овладение письмом. – М.: Просвещение, 1981. – 232 с.
20. Лінгводидактика в сучасних закладах освіти. – Одеса: ПНЦ АПН України, 2001. – 269 с.
21. Липа В.А. Основы коррекционной педагогики. – Донецк: Лебідь, 2002. – 327 с.
22. Логопедія: підручник / За ред. М.К. Шеремет. – Вид. 3-тє, перер. та доповнене. – К.: Видавничий дім «Слово», 2015. – 776 с.
23. Логопедия: Учебное пособие для студентов педагогических институтов / Под редакцией Л.С. Волковой. – М.: Просвещение, 1989. – 528 с.
24. Лопатинська В. Морально-гуманістичний зміст спілкування // Шлях освіти. – 2003. – №1. – С.27-30.
25. Малятко. Програма виховання дітей дошкільного віку. – К.: НДІ педагогіки України, 1991. – 198 с.

26. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: [Науково-методичний посібник] / Н.В. Манько. – К.: КНТ, 2008 – 256 с.

27. Марченко. І.С., Спеціальна методика початкового навчання української мови (логопедична робота з корекції порушень мовлення у дошкільників). [Навч. посібн. для студентів вищих навч. закладів.]. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 288 с.

28. Методика викладання української мови: Навчальний посібник / С.І. Дорошенко, М.С. Вакуленко, О.І. Мельничайко та ін. – К.: Вища школа, 1992. – 398 с.

29. Овчиннікова Т.С. Музика, ритм і співи в логопедичній роботі. Методичний посібник для логопедів, учителів, вихователів і музикальних керівників загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладів / Т.С. Овчиннікова, Л.О. Федорович / За наук. ред. Л.О. Федорович. – Кременчук: Християнська Зоря, 2009. – 88 с.

30. Олійник Г.А. виправлення недоліків звуковимови й мовлення в учнів: [Метод. Посібник] / Г.А. Олійник, за ред. О. Давидова. – К.: Основа. –1997. – 306 с.

31. Пінчук Ю.В. Мовленнєві вправи для виховання у дітей правильної вимови звуків Р, Р', Л, Л' / Ю.В. Пінчук, Л.Л. Циба. – К.: КНТ, 2007. – 215 с.

32. Плиска О. І. Фізіологія вищої нервової діяльності та сенсорних систем: Посібник. – К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – 285 с.

33. Психотерапія в логопедичній практиці: Методичні рекомендації / Укладач Н.М. Ушанська. – К.: РУМК, 1992. – 24 с.

34. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. – К.: Освіта. 1992. – 176 с.

35. Савченко О.Я. Сучасний урок у початкових класах: Посібник для вчителя. – К.: Магістр-8, 1997. – 256 с.

36. Савченко М.А., Методика виправлення вад вимови фонем у дітей: Навчальний посібник. – Тернопіль: Мандрівець. – 2011. – 160 с.
37. Савчин М. Педагогічна психологія. – Дрогобич: Відродження, 1998. – 142 с.
38. Сак Т.В. Особлива дитина: Від народження до 6 років: Поради батькам. – К.: Літера ЛТД, 2008. – 144 с.
39. Селиверстов В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 208 с.
40. Словарь практического психолога / Составитель С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 1998. – 800 с.
41. Соботович Е.Ф., Гопиченко Е.М. Фонетические ошибки в письме умственно отсталых учащихся младших классов. – М.: Просвещение, 1979. – 405 с.
42. Соботович Е.Ф. Методика выявления речевых нарушений у детей и диагностика их готовности к школьному обучению. – К.: ПП «Компанія «Актуальна освіта», 1998. – 127 с.
43. Соботович Е.Ф. Нарушения речевого развития у детей и пути их коррекции. – К.: ІСДО, 1995. – 204 с.
44. Социальная психология личности в вопросах и ответах / Под редакцией В.А. Лабунской. – Кишинев: Гардарика, 1999. – 397 с.
45. Спеціальна педагогіка: [понятійно-термінологічний словник] / За ред. акад. В.І. Бондаря. – Луганськ: Альма-матер, 2003. – 436 с.
46. Таранов П.С. Приемы влияния на людей. – Симферополь: Таврия, 1995. – 496 с.
47. Тарасун В.В. Логодидактика. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2004. – 348 с.

48. Тарасюк А.І. Особливості мовленнєвого розвитку дітей із сенсорною алалією Актуальні питання корекційної та інклюзивної освіти / За загальною редакцією Бойчука Ю.Д. – Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2020. – С.234-329.

49. Теорія і практика сучасної логопедії: Збірник наукових праць: Вип. 3. – К.: Актуальна освіта, 2006. – 148 с.

50. Тишина Л.А. Влияние словарной работы на развитие связной речи дошкольников с общим недоразвитием речи / Л.А. Тишина, Г.Р. Кузахметова // Логопедия. – 2007. – №2. – С.59-63.

51. Трофименко Л.І. Новий зміст корекційного навчання з розвитку мовлення дітей середнього дошкільного віку із ЗНМ II–III ступенів // Дефектологія. 2007. – №3. – С.34-40.

52. Ручко С.М. Организация взаимодействия учителя-логопеда и воспитателей в коррекционной работе: на материале лекс. темы "Домашние животные" / С.М. Ручко // Логопед. – 2011. – № 5. – С. 10-16.

53. Федорович Л.О. Конспекти логоритмічних занять із дітьми дошкільного віку з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення / ЛО. Федорович, Я.О. Пищалка. – Запоріжжя: ТОВ «ЛПІС»ЛТД. – 2009. – 288 с.

54. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопеди. – М.: Просвещение, 1989. – 317 с.

55. Чевелева Н.А. Исправление заикания у школьников в процессе обучения. – М.: Просвещение, 1978. – 241 с.

56. Хілько Г. О. Логоритміка для дітей-логопатів дошкільного віку / Г.О. Хілько, І.М. Зятіна // Логопед. – 2013. – N 8. – С. 40-45.

57. Хрестоматія з логопедії / За ред. Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006. – 361 с.

58. Шеремет М.К. Корекція просодичної сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією: навч.-метод. посіб. / М.К. Шеремет, О.В. Боряк. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка,

2013. – 192 с.

59. Шеремет М.К., Ревуцька О.В. Логопедія (корекційна робота при дислалії): Навчальний посібник. – К.: Голос. – 2009. – 244 с.

60. Школьник С.Я. Мовні віршовані ігри та вправи з музичним супроводом для дітей-дошкільників, що мають вади мовлення. – Харків: Торнадо. – 1999. – 80 с.