

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
Навчально-науковий інститут фізичної культури
Кафедра логопедії

Журавель Ольга Юріївна
КОРЕКЦІЯ ЗАЇКАННЯ У ПІДЛІТКІВ ЗАСОБАМИ ТОЧКОВОГО
МАСАЖУ

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта (Логопедія. Спеціальна психологія)
Галузь знань: 01 Освіта/Педагогіка

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра

Науковий керівник

_____ А. І. Кравченко,
кандидат педагогічних наук, професор,
професор кафедри логопедії
« ____ » _____ 20__ року

Виконавець

_____ О.Ю.Журавель
« ____ » _____ 20__ року

Суми 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЇ ЗАЇКАННЯ	7
1.1. Характеристика та класифікація заїкання	7
1.2. Психолого-педагогічна характеристика підлітків, які страждають на заїкання	21
1.3. Методики подолання заїкання	23
Висновки до першого розділу	26
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ ІЗ ЗАЇКАННЯМ	27
2.1. Організація та проведення обстеження	27
2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження	33
Висновки до другого розділу	42
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ПОДОЛАННЯ ЗАЇКАННЯ В ПІДЛІТКІВ.....	44
3.1. Точковий масаж як засіб подолання заїкання	44
3.2. Реалізація методики подолання заїкання у підлітків засобами точкового масажу	46
3.2. Аналіз результатів впровадження розробленої методики	54
Висновки до третього розділу.....	57
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	62
ДОДАТКИ.....	68

ВСТУП

Заїкання – це порушення темпу, ритму та плавності усного мовлення, зумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату [8].

Як зазначає А. І. Кравченко, заїкання є одним із найбільш складних і тривалих мовленнєвих порушень. На сьогодні не існує єдиного погляду на природу заїкання через широкий спектр причин та умов його виникнення, різноспрямованості клінічних особливостей, варіантів протікання, форм особистого реагування на дефект. Тому необхідно враховувати всі особливості прояву захворювання [25].

В усьому світі визнано, що заїкання – важка проблема як в теоретичному, так і в практичному аспектах. Як зазначають науковці, проблема заїкання залишається ще остаточно не вивченою через широкий спектр причин його виникнення, різноманітність клінічних проявів, варіантів перебігу, патологічних реакцій особи, яка заїкається, на своє порушення [47].

Проблемою заїкання займалися багато вітчизняних і закордонних фахівців: В. Гіляровський, Н. Неткачев, І. Сікорський, Л. Бондарева, В. Ісагулієв, П. Ісагулієв, Р. Левіна, Ф. Рау, М. Хватцев, Л. Белякова, Є. Дьякова, Є. Рау, В. Селіверстов, В. Шкловський, А. Кравченко, В. Кондратенко, З. Ленів. Тривалий час заїкання в підлітків досліджували такі фахівці, як Л. Андропова (Л. Арутюнян), Г. Волкова, Б. Драпкін, Ю. Некрасова, Є. Оганесян, І. Поварова, Є. Рау, В. Селіверстов, В. Шкловський.

Заїкання – це тяжке мовленнєве порушення, при якому через судомі м'язів мовленнєвого апарату страждає плавність мовлення. Аналіз наукової літератури дає підстави говорити про те, що заїкання виникає, як правило, через слабкість нервової системи, що спричинена інфекційними захворюваннями, несприятливим перебігом вагітності й недоліками виховання. Можна стверджувати, що заїкання має стійкий характер і без медичного та педагогічного втручання і допомоги з боку батьків, як правило, не зникає.

Подолання заїкання це досить складний і тривалий процес. Ефективність роботи з подолання порушення темпу та ритму мовлення внаслідок мимовільного судомного стану м'язів мовленнєвого апарату залежить від правильно організованого корекційного втручання. Тому існує проблема пошуку нових методів корекційного впливу, це завдання є своєчасним та актуальним. Одним із таких методів є точковий масаж, завдяки якому вдається позитивно вплинути на нервову регуляцію мовлення, що є порушеною при заїканні, та сприяти нормалізації процесів збудження та гальмування мовленнєвих центрів. Включення нетрадиційного засобу подолання заїкання до традиційних логопедичних занять сприяє закріпленню навичок плавного мовлення та перенесення їх до природніх умов спілкування, впливає на особистість дитини, гармонізуючи його відносини з навколишнім світом.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити методику організації корекційної роботи з подолання заїкання в шкільному віці засобом точкового масажу в умовах науково-практичного центру кафедри логопедії Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка.

Для реалізації мети дослідження необхідно вирішити наступні **завдання:**

1) провести теоретичний аналіз науково-методичної літератури щодо проблеми виникнення та подолання заїкання в підлітків, психолого-педагогічного статусу підлітків із заїканням;

2) визначити ступінь заїкання, основні характеристики проявів запинок у мовленні та супутніх мовленнєвих та психологічних порушень;

3) розробити та експериментально апробувати методику подолання заїкання в підлітковому віці засобом точкового масажу; провести порівняльний аналіз результатів констатувального та контрольного етапів дослідження.

Об'єктом дослідження є мовлення дітей шкільного віку (підлітків) із заїканням.

Предмет: подолання заїкання в дітей шкільного віку (підлітків) засобом точкового масажу в умовах науково-практичного центру кафедри логопедії Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка.

Елементи наукової новизни одержаних результатів. Розроблена та представлена методика подолання заїкання в дітей шкільного віку засобом точкового масажу в умовах науково-практичного центру кафедри логопедії СумДПУ імені А. С. Макаренка.

Теоретичне значення. Теоретично обґрунтоване використання точкового масажу в процесі подолання заїкання в підлітків.

Практичне значення одержаних результатів. Результати проведеного дослідження та запропоновані види та форми корекційно-розвиткової роботи подолання заїкання засобом точкового масажу можуть бути використані у розробці корекційної роботи з дітьми шкільного віку із заїканням у закладах шкільної освіти.

Методи дослідження.

1. Теоретичні – вивчення та аналіз науково-методичної літератури щодо проблеми дослідження.
2. Емпіричні – спостереження, бесіда, констатувальний, формувальний і контрольний етапи дослідження.
3. Статистичні – якісний аналіз даних констатувального і контрольного етапів дослідження.

Апробація результатів магістерської роботи здійснювалась шляхом практичного застосування точкового масажу на логопедичних заняттях в рамках корекційно-розвиткової роботи з подолання заїкання в дітей шкільного віку (підлітків) на базі науково-практичного центру кафедри логопедії навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка протягом 2019-2020 років поетапно.

Публікації. Основний зміст дипломної роботи висвітлений у публікаціях:

1. «Науково теоретичні основи корекції заїкання в підлітків» науковий збірник «Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: матеріали IX Всеукраїнської заочної науково-практичної конференції» (2020 рік, м. Суми);
2. «Корекція заїкання в дітей підліткового віку засобами точкового масажу» науковий збірник «Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: матеріали IX Всеукраїнської заочної науково-практичної конференції» (2020 рік, м. Суми);

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 77 сторінок, з них 68 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЇ ЗАЇКАННЯ

1.1. Характеристика та класифікація заїкання

Під заїканням розуміють специфічне порушення мовлення, його темпо-ритмічної організації, викликане судомним станом м'язів мовленнєвого апарату.

Заїкання – порушення темпо-ритмічної організації мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату [31, 32].

Науковцями всього світу проблема заїкання визнана складною як у теоретичному, так і практичному аспектах. Через широкий спектр причин виникнення заїкання, різноманітну симптоматику, особливості перебігу проблема його подолання залишається недостатньо вивченою.

Відсутній і єдиний погляд на етіологію заїкання. Більшість дослідників вважають, що поява заїкання може бути обумовлена наступними факторами:

- стан центральної нервової системи;
- вік дитини;
- особливості перебігу мовленнєвого онтогенезу;
- особливості формування функціональної асиметрії мозку;
- психічна травматизація;
- генетична обтяженість;
- статевий диморфізм.

Найчастіше причиною виникнення заїкання є не поодинокий специфічний чинник, а низка екзогенних та ендогенних компонентів.

Проблемою заїкання займалися вчені давніх часів, які висловлювали різні погляди на причини виникнення заїкання. Гіппократ у заїканні вбачав хворобу, пов'язану з накопиченням вологи в головному мозку, Аристотель – у неправильному співвіднесенні частин артикуляційного апарату.

Прихильниками гіпотези про порушення в центральному або периферичному відділах мовленнєвого апарату при заїкання були Гален, Цельс, Авіценна. Достатньо активно причини виникнення заїкання вивчалися на рубежі XVII – XVIII ст. Х. Лагузен (1838) до причин, що зумовлюють заїкання відносив «переляк, гнів, сором, страх», а також забої голови та наслідування неправильного мовлення батьків [29].

На думку І. Сікорського (1880) схильність до заїкання може бути викликана рядом причин, серед яких вік, стать, географічні та етнографічні причини. Він уперше зазначив, що заїкання виникає переважно в дитячому віці між 2 та 5 роками життя, а також відмічав, що в жінок майже втричі слабше виражена схильність до заїкання, ніж у чоловіків. Основним же чинником виникнення заїкання І.Сікорський вважав спадковість, яка виявляється чотирма ознаками: «фамільним заїканням, фамільними нервовими захворюваннями, фізичними знаками виродження, особливостями характеру» [46].

Частина дослідників пов'язувала заїкання з порушеннями функції органів мовлення судомне змикання голосової щілини (Арнот, Шельтесс); спазматичне скорочення м'язів, що утримують язик у ротовій порожнині (Ітар, Диффенбах); надто швидкий видих (Беккерель); неузгодженість процесів мислення та мовлення (Блюме) та ін.

Інші дослідники розглядали заїкання як результат неправильного виховання дітей (А.Шервен); перенесених інфекційних захворювань (А.Гутцман); падіння, переляку, наслідування, перенавченої ліворукості (Т.Гепфнер, Фрешельс).

На початку XX ст. сформувалось три теоретичних напрями розуміння механізмів заїкання:

- заїкання як спастичний невроз координації, який виникає через слабкість мовленнєвих центрів; така думка була сформульована в працях Г.Гутцмана, І.Куссмауля, пізніше в дослідженнях І.Сікорського, який писав: «Заїкання є раптове порушення безперервності артикуляції, викликане

судомою, яка утворилась в одному з відділів мовленнєвого апарату як фізіологічного цілого» [46];

- заїкання як асоціативне порушення психологічного характеру. Цю теорію, висунуту Т.Гепфнером і Е.Фрешельсом, підтримали А.Лібманн, Г.Неткачев, Ю.Флоренська, які дали подальший розвиток психологічному підходу до розуміння механізмів заїкання;

- заїкання як підсвідомий прояв, що розвивається на ґрунті психічних травм, конфліктів з оточенням. Прибічниками цього напрямку були А.Адлер, Шнейдер, які вважали, що заїкувата людина, з одного боку, намагається уникнути зіткнення з оточенням, а з іншого – викликати співчуття шляхом демонстративного страждання.

Отже, наприкінці XIX – початку XX ст. заїкання розглядалося як складний психофізичний розлад, в основі якого, на думку одних, лежать порушення фізіологічного характеру, а психологічні прояви носять вторинний характер (А.Гутцман, А.Куссмауль, І.Сікорський). Інші первинними вважали психологічні особливості, а фізіологічні прояви – як наслідки цих психологічних недоліків (Х.Лагузен, А.Коен, Г.Каменка, Г.Неткачев). У середині XX ст. механізм заїкання почали розглядати, спираючись на вчення І.Павлова про вищу нервову діяльність людини і, зокрема, про механізм неврозу. Одні дослідники розглядали заїкання як симптом неврозу, інші – як його особливу форму. Проте в обох випадках складні механізми розвитку заїкання ідентичні механізмам розвитку неврозів. Заїкання, як й інші неврози, виникає внаслідок різних причин, що викликають перенапруження процесів збудження та гальмування та утворення патологічного умовного рефлексу. Заїкання – не симптом і не синдром, а захворювання нервової системи в цілому (В.Кочергіна, 1962) [31, 32].

У сучасній логопедії виділяють дві групи причин заїкання: такі, що призводять до виникнення заїкання («ґрунт»), та вихідні («поштовхи»). При цьому деякі етіологічні фактори можуть як сприяти розвитку заїкання, так і безпосередньо викликати його.

До причин, що призводять до виникнення заїкання, належать:

- невротична обтяженість батьків (нервові, інфекційні та соматичні захворювання, що послаблюють та дезорганізують функції центральної нервової системи);
- невропатичні особливості самого заїкуватого (нічні страхи, енурез, емоційна напруженість, підвищена дратівливість);
- конституційна схильність (захворювання вегетативної нервової системи, підвищена збудливість вищої нервової діяльності та її чутливість до психічних травм);
- спадкова обтяженість (заїкання розвивається на ґрунті природженої слабкості мовленнєвого апарату, яка може передаватися спадково як рецесивна ознака); при цьому необхідно враховувати роль екзогенних факторів, коли схильність до заїкання поєднується з несприятливим впливом оточення;
- ураження головного мозку в різні періоди розвитку під впливом багатьох шкідливих чинників: внутрішньоутробні та пологі травми, асфіксії; постнатальні – інфекційні, травматичні та обмінно-трофічні порушення при різних дитячих захворюваннях.

До несприятливих умов належать:

- фізична ослабленість дітей;
- вікові особливості діяльності мозку (великі півкулі головного мозку в основному формуються близько до п'ятого року життя, на цьому ж етапі оформлюється функціональна асиметрія в діяльності головного мозку; мовленнєва функція, яка пізно дозріває та онтогенетично найбільш диференційована, особливо ранима. Причому більш повільне її дозрівання в хлопчиків порівняно з дівчатками обумовлює більш виражену нестійкість їхньої нервової системи;
- прискорений розвиток мовлення (3-4 роки), коли його комунікативна, пізнавальна та регуляторна функції швидко розвиваються під впливом спілкування з дорослими. У багатьох дітей у цей період спостерігається повторення складів, слів (ітерації), які мають фізіологічний характер;

- прихована психічна обмеженість дитини, підвищена реактивність на ґрунті ненормальних стосунків з оточенням; конфлікт між вимогами середовища та ступенем його усвідомлення;
- недостатність позитивних емоційних контактів між дорослим і дитиною; виникає емоційна напруженість, внаслідок чого досить часто виникає заїкання;
- недостатність розвитку моторики, почуття ритму, міміко-артикуляційних рухів [13, 31, 32].

При наявності тих чи інших перелічених несприятливих умов достатньо будь-якого надзвичайного за своєю силою подразника, щоб викликати нервовий зрив і заїкання.

У групі вихідних причин («поштовхів») виділяють анатомо-фізіологічні, психічні та соціальні причини.

До анатомо-фізіологічних причин належать: захворювання з енцефалітними наслідками; травми – внутрішньоутробні, пологові, нерідко з асфіксією, струсом мозку, при яких можуть пошкоджуватися підкоркові механізми, які регулюють рухи; виснаження та перевтома нервової системи через інтоксикації та інші захворювання, які послаблюють центральні апарати мовлення (кір, тиф, рахіт, глисти, коклюш, захворювання внутрішньої секреції, обміну); захворювання носа, глотки, гортані; недосконалість звуковимовного апарату у випадках дислалії, дизартрії, затримки мовленнєвого розвитку.

До психічних і соціальних причин належать: короткочасна – миттєва – психічна травма (переляк, страх); довго діюча психічна травма в розумінні неправильного виховання в родині: розбещеність, імперативне виховання, нерівне виховання, виховання «зразкової» дитини; хронічні конфліктні хвилювання, тривалі негативні емоції у вигляді стійких психічних напружень або невирішених конфліктних ситуацій; гостра важка психічна травма, потрясіння, що виникли не очікувано та викликали гостру афективну реакцію: стан жаху, надмірної радості; неправильне формування мовлення в дитинстві: мовлення на вдиху, прискорений темп мовлення, порушення вимови звуків,

швидке нервове мовлення батьків; перенавантаження мовленнєвим матеріалом дітей молодшого віку; ускладнення мовленнєвого матеріалу та мислення, що не відповідає віку дитини (абстрактні поняття, складна конструкція фрази); поліглоссія (одночасне оволодіння в ранньому віці різними мовами викликає заїкання на будь-якій одній мові); наслідування заїкуватого. Розрізняють дві форми такої психічної індукції: пасивна – дитина мимоволі починає заїкатися, чуючи мовлення заїкуватої людини; активна – дитина копіює мовлення заїкуватого; переучування ліворукості. Постійні нагадування, вимоги можуть дезорганізувати вищу нервову діяльність дитини та довести до невротичного і психопатичного стану з виникненням заїкання; неправильне ставлення до дитини вчителя: надмірна строгість, невміння налагодити стосунки з учнем – можуть бути поштовхом до виникнення заїкання [31, 32].

Отже, клінічна картина заїкання різноманітна як з точки зору фізіології, так і психології, проте первинними вважаються розлади фізіологічного характеру. На основі фізіологічних розладів формуються психологічні особливості особистості заїкуватого, які можуть посилювати заїкання і нерідко виступати на перший план.

Симптоматику заїкання в осіб різних вікових категорій у різні часи вивчали М.Хватцев, М.Зеєман, Е.Фрешельс, В.Гіляровський та ін. Найбільш широко симптоматика заїкання представлена в роботі І.Сікорського «Заїкання» (1889) [45]. Нині умовно виділяють дві групи симптомів, які взаємопов'язані: біологічні (фізіологічні) та соціальні (психологічні).

До фізіологічних належать мовленнєві судоми, порушення центральної нервової системи та фізичного здоров'я, загальної та мовленнєвої моторики. До психологічних – мовленнєві запинки та інші розлади експресивного мовлення, феномен фіксованості на дефекті, логофобії, виверти та інші психологічні особливості.

Найбільш вираженим зовнішнім симптомом заїкання є судоми мовленнєвого апарату, які виникають під час мовленнєвого акту. Судоми

розрізняють за формою (тонічні, клонічні, змішані), локалізацією (артикуляційні, голосові, дихальні, змішані), частотою [31, 32, 13].

При тонічних судомах спостерігається коротке або тривале спазматичне скорочення м'язів з різким підвищенням тону. Тонічна судома охоплює кілька м'язових груп. Обличчя заїкуватого при цьому напружене, губи міцно стиснуті або, навпаки, рот напіввідкритий.

При тонічних судомах спостерігається ритмічне судомне скорочення м'язів з менш вираженим напруженням. Заїкуватий при цьому повторює окремі звуки або склади. Такими судомами вражається весь дихально-голосово-артикуляційний апарат, адже його функція керується цілісно працюючою центральною нервовою системою і він, відповідно, у процесі мовлення працює як єдине ціле. У залежності від переважання судом у тих чи інших органах мовлення розрізняють дихальні, голосові та артикуляційні. Клінічна картина заїкання найчастіше має змішані судоми: дихально-артикуляційні, дихально-голосові, артикуляційно-голосові.

Розрізняють три форми порушення дихання при заїканні: експіраторна, що характеризується судомним видихом, інспіраторна, особливістю якої є судомний вдих, іноді зі схлипуванням, респіраторна, для якої характерні судомні вдих і видих, часто з розривом слова.

Виділяють такі види судом голосового апарату:

- зімкнена (голосові зв'язки в момент судоми різко змикаються і не можуть вчасно розімкнутися, що перешкоджає проходженню повітря. При цьому або миттєво переривається голос, або утворюється клонічна або тонічна судома, внаслідок чого з'являється голосний звук, що переривається, або поштовхоподібний голосний звук);
- розімкнена (голосова щілина залишається відкритою. При цьому спостерігається повна відсутність мовлення або шепітне мовлення);
- вокальна (виникає у вигляді підвищеного тону голосових м'язів у процесі мовлення на голосних звуках. Властива дітям, які протяжно

вимовляють голосні звуки в словах. При цьому можуть спостерігатися зміни тембру та висоти голосу);

- гортанний спазм (тремтячий або поштовхоподібний). Характеризується судомним змиканням та розмиканням голосових зв'язок, унаслідок чого виникає тремтячий або переривчастий не фонологічний звук. Мовлення при гортанному спазмі припиняється, артикуляція відсутня. Ця судова може супроводжуватися ритмічним відкиданням або опусканням голови.

В артикуляційному апараті розрізняють судоми – лицьові (губи, нижня щелепа), язикові та м'якого піднебіння. Частіше вони виникають при вимові приголосних вибухових звуків [к, г, п, б, т, д], рідше – при вимові щілинних приголосних звуків. На дзвінких приголосних звуках, координаційне положення яких є більш складним, ніж глухих, судоми виникають частіше, особливо в поєднанні з голосними, а також на початку слова, що починає фразу, синтагму або абзац. Отже, окрім труднощів, зумовлених фонетичною природою самих складних звуків, велику роль відіграють граматичні фактори: положення слова у фразі, структура тексту тощо. Також потрібно враховувати зміст висловлювання, оскільки заїкання посилюється при семантичному та емоційному ускладненні тексту. При простому висловлюванні про добре відомі події, переказі знайомого матеріалу заїкання проявляється рідше.

У більшості існуючих класифікацій заїкання враховуються загальні закономірності даного мовленнєвого порушення в дітей дошкільного та шкільного віку. А.Аллістер (1938) виділила чотири групи заїкуватих за етіологічною ознакою з урахуванням клінічної картини: заїкання, що супроводжується аномаліями в структурі або функції органів мовлення; заїкання, пов'язане з ліворукістю; заїкання за наслідуванням; заїкання, що супроводжується емоційною нестабільністю та емоційними розладами (логофобії, відчуття неповноцінності тощо). Є.Нікітіна, М.Брунс (1939) виділили дві групи заїкуватих за анатомо-фізіологічною ознакою: діти з палідарним синдромом, при якому відмічається психофізична загальмованість, скутість, особистісні порушення, порушення контакту з оточенням; діти зі

стриарним синдромом, які характеризуються нервово-психічними порушеннями, психофізичною розгальмованістю (діти непосидючі, надто рухливі, заїканням не переймаються, легко йдуть на контакт).

У класифікації, запропонованій Н. Власовою (1958), В. Кочергіною (1959), ураховуються в першу чергу клінічні ознаки хвороби. Так, В. Кочергіна виділяє такі групи дітей: діти, у яких неврівноваженість поведінки з'явилась унаслідок заїкання; діти, у яких неврівноваженість поведінки відмічається з дитинства і є індивідуальною особливістю, а розвиток заїкання сприяє посиленню їх неврівноваженості; діти з підвищеною збудливістю, в анамнезі яких є дані про несприятливі умови внутрішньочеревного розвитку, пологові травми, соматичні захворювання, гострі та хронічні інфекції, серцево-судинні захворювання, розлади ендокринної системи, дистрофії; діти, у яких до появи заїкання спостерігались ознаки тяжкого неврозу, схильність до істеричних реакції [24].

Запропонована Н. Власовою та Е. Герценштейн класифікація спиралась у першу чергу на форму заїкання (тонічна, клонічна) з урахуванням етіологічних факторів, вторинних психічних симптомів, ступеня успішного логопедичного впливу.

У працях, присвячених проблемі заїкання в підлітків, показана кореляція між специфікою нервово-психічного захворювання та особливостями заїкання. М. Шуберт (1928) вивчала заїкання в епілептоїдних психопатів, психастеніків, у хворих істерією, шизофренією. М. Лебединський, Ф. Янович, Г. Платонова вивчали заїкання при різних формах неврозів; у психопатів та осіб з патологічним розвитком особистості; при різних органічних ураженнях центральної нервової системи. Таким чином, питання класифікації заїкання розглядалися багатьма вченими з різних позицій і кожна з них має наукове обґрунтування.

Починаючи з 70-х років XX ст. з'являється нове трактування класифікації заїкання. Дослідниками виділено дві клінічні форми заїкання – неврозоподібну

та невротичну, які зумовлені різними патогенетичними механізмами [13, 22, 31, 32].

Неврозоподібна форма заїкання подібна до неврозу, не має зв'язку з ситуацією, що спричиняє психічну травму. Найчастіше неврозоподібний синдром обумовлений органічним ураженням центральної нервової системи у ранньому дитинстві. Комплекс залишкових явищ, подібних до ураження головного мозку, часто спостерігається після травм голови, струсу головного мозку, менінгоенцефалітів. У цьому комплексі поєднуються універсальні загально мозкові синдроми та ознаки ураження тієї чи іншої функціональної системи. До універсальних синдромів, які виникають у більшості тих, хто переніс подібні ураження, належить церебрастенічний синдром. Люди з церебрастенічним синдромом характеризуються підвищеною втомлюваністю при інтелектуальному або фізичному навантаженні, млявістю, негативним перенесення спеки, перебування в транспорті. Діти з церебрастенічним синдромом потребують дозованих розумових та фізичних навантажень, чергування активних і пасивних видів діяльності, відпочинку. Наявність церебрастенії посилює наявну патологію головного мозку з одного боку, а з іншого – призводить до виникнення різних нових порушень, зокрема заїкання.

До причин, що призводять до виникнення неврозоподібного заїкання, відносять тяжкі захворювання батьків, як правило інфекційного або нервово-психічного типу (туберкульоз, сифіліс, шизофренія, маніакально-депресивний психоз), шкідливий вплив на організм вагітної (виробнича шкідливість, паління, наркоманія, прийом лікарських засобів), ускладнення вагітності (токсикози, внутрішньочеревні інфекції, гіпоксія плода) і пологів (асфіксія новонародженого, внутрішньочерепна пологова травма). Мають значення й спадкові фактори, які лежать в основі генетичної схильності до заїкання.

Відмічено, що багато дітей з неврозоподібною формою заїкання мають родичів з мовленнєвою патологією.

Заїкання неврозоподібної форми починається в дітей поступово в три-чотирирічному віці без психотравматичних причин і збігається з періодом

формування фразового мовлення. Для початкового періоду заїкання характерний хвилеподібний тип перебігу, відсутність вільних від судом періодів. Заїкання має тенденцію до поступового обтяження в разі відсутності логопедичної допомоги. Характерним для неврозоподібного заїкання є підвищена активність мовлення, яке супроводжується стереотипними рухами. Фіксація на мовленнєвому дефекті відсутня. Прояви заїкання посилюються при психомоторному збудженні та після перенесених соматичних захворювань. У психічній сфері відмічається імпульсивність, інертність, труднощі переключення, виснаження, втомлюваність.

За цієї форми заїкання м'язовий тонус нестійкий, рухи недостатньо швидкі, не розмірені, має місце порушення координації рухів, що робить дитину незграбною. Найбільш виражені порушення мимічної, артикуляційної та дрібної моторики рук. Діти відчувають труднощі у відтворенні заданого темпу, ритму. Спостерігається різке порушення мовленнєвого дихання, мовленнєві спотикання проявляються як наодинці з самим собою, так і в колективі. Полегшує і покращує мовлення активна увага заїкуватих до процесу мовлення.

Невротична форма заїкання носить функціональний характер і пов'язана з несприятливими психоемоційними факторами. Патологія внутрішньоутробного розвитку та пологів відсутня. Анамнез заїкуватого містить дані про супутні вегетосоматичні або невротичні розлади. У мовленнєвому онтогенезі відмічається ранній розвиток мовлення: швидко поповнюється словниковий запас, формується фразове мовлення; темп мовлення пришвидшений. Діти начебто «захлинаються» мовленням, недомовляють закінчень слів, речень; спостерігається велика кількість ітерацій. Артикуляційні механізми мовлення сформовані недостатньо, а лексико-граматична сторона часто випереджає норму.

Невротична форма заїкання виникає гостро в дітей від 2 до 6 років, коли фразове мовлення вже сформоване. Найбільш вразливі діти 4-5 років, проте поява невротичного заїкання може відбутися в будь-якому віці, навіть у

дорослої людини. Причинами його виникнення є гостра психічна травма (переляк, напад гніву, неочікувані потрясіння) або хронічний стрес (тривалий сімейний конфлікт, прикросі на роботі, навчанні). У першому випадку заїкання може мати короткотривалий характер, проте досить часто його симптоми досягають значної виразності. При тривалому впливі психологічно негативних ситуацій відбувається закріплення патології мовлення, що призводить до інших невротичних розладів. Близько 60% випадків захворювання пов'язані з несприятливим мовленнєвим кліматом у родині: спроби форсувати мовленнєвий розвиток дитини, надто високу вимогливість до мовленнєвих здібностей дитини, інформаційна перевантаженість, двомовність тощо. Іноді невротичне заїкання може сформуватися при наслідуванні заїкуватої людини, якщо вона є в найближчому оточенні. У таких випадках заїкання закріплюється за типом невротичної фіксації. За цієї умови заїкання часто супроводжується іншими невротичними станами: астенією, порушенням сну, депресивним неврозом, неврастенією, істерією, іпохондрією, енурезом та ін.

Відмінною рисою невротичної форми заїкання є зміна інтенсивності проявів хвороби в залежності від обстановки, що оточує пацієнта, його психічного стану. Характерним для невротичного заїкання є хвилеподібний перебіг, наявність рецидивів, перший з яких часто виникає у шести-, семирічному віці у зв'язку зі збільшенням емоційного навантаження, зумовленого вступом до школи. У підлітковому віці, коли діти починають усвідомлювати свою мовленнєву ваду, формуються логофобії, які можуть поєднуватися з невротичними тиками та синкінезіями. Дитина намагається уникати вимови складних звуків, маскує заїкання розтягуванням звуків та іншими вивертами. Через дефект мовлення заїкуватий часто соромиться спілкуватися зі сторонніми особами, відмовляється від відповідей на уроках, виступів на публіці тощо. Найбільш виражена логофобія в підлітків, що може обумовити порушення засвоєння навчальної програми та повну шкільну дезадаптацію. Підлітки особливо піддані невротичним і соматовегетативним розладам, що в подальшому провокує невротичний розвиток особистості. У

пубертатному періоді спостерігається й посилення симптомів заїкання, яке згладжується в постпубертатному періоді, можливо його повне зникнення. У дорослого, який у дитинстві мав невротичну форму заїкання, при виникненні стресової ситуації може статися рецидив.

Як відомо, такий мовленнєвий дефект як заїкання не обмежується лише судомними спазмами м'язів мовленнєвого апарату. Неврологічний механізм заїкання часто ускладнюється рядом патопсихологічних особливостей, що виникають в емоційно-вольовій сфері та характері заїкуватого. Розуміння людиною своєї мовленнєвої вади породжує такі психологічні особливості, як сором'язливість, уразливість, беззахисність, відчуття пригніченості, бажання до усамітнення. Іноді, навпаки, проявляється розгальмованість, дратівливість, різкість у вчинках.

Здебільшого дослідники трактують такі особистісні особливості як психічні порушення за типом вторинних реакцій на свою мовленнєву ваду (Х.Лагузен, І.Сікорський, Г.Неткачев, І.Татаковський, Ю.Флоренська, М.Хватцев) [29, 37, 45, 46]. Глибоко вивчати психологічні особливості дітей із заїкання та диференціювати їх почали з метою заснування психотерапевтичного напрямку в логопедичній роботі (С.Павлова, В.Селіверстов, В.Шкловський, Ю.Некрасов) [43, 61]. В основу досліджень було покладено наявність логофобії та різний ступінь фіксованості на мовленнєвій ваді. У поняття фіксованості на дефекті дослідники заїкання вкладають різний зміст: особлива якість уваги (стійке, застрягле, нав'язливе, концентроване), усвідомлення дефекту, уявлення про нього, різне емоційне відношення до нього (хвилювання, тривожність, боязливість, страх). Модель виникнення та розвитку феномену фіксованості можна представити з позиції інтегральної взаємодії психічних процесів, станів, якостей і дій у заїкуватих. Від першого мимовільного емоційного реагування на дефект у заїкуватої дитини поступово формується своє ставлення до нього, пов'язане з емоційними переживаннями і відбите у вольових зусиллях (діях і вчинках) у самостійній та безрезультатній боротьбі із заїканням. «Поняття феномена фіксованості в даному випадку

можна визначити як: це є відображення об'єктивно існуючого мовленнєвого дефекту (мовленнєвих судом) у всіх психічній діяльності заїкуватої людини» [32].

Дослідники виділяють три групи хворобливої фіксації на ваді: нульову, помірну й високу.

При нульовому ступені хворобливої фіксації діти не відчують обмеження від усвідомлення дефекту або зовсім не помічають його. У таких дітей відсутні сором'язливість, образливість, а також прагнення здолати порушення мовлення.

Помірний ступінь хворобливої фіксації властивий підлітками, які знають про своє заїкання, соромляться його, хвилюються під час спілкування, намагаються приховати свій дефект, застосовуючи різні виверти, намагаються якомога менше спілкуватися.

При високому ступені хворобливої фіксації хвилювання заїкуватих з приводу дефекту переходять в обтяжливе почуття неповноцінності. Кожен учинок розглядається через призму мовленнєвої неповноцінності. До цієї категорії частіше відносять підлітки, які концентрують увагу на мовленнєвих поразках, глибоко переживають їх. Для них характерно заглиблення у хворобу, страх перед мовленням, людьми, ситуаціями тощо.

Вивчення феномену фіксованості заїкуватого на своєму дефекті дало можливість зробити наступні висновки:

- фіксованість – один із основних факторів, що ускладнює структуру дефекту та ефективність його подолання;
- існує пряма залежність фіксованості від віку дітей або стажу заїкання, що пояснюється наявністю несприятливих факторів оточення, вдосконаленням та ускладненням психічної діяльності у зв'язку з формування особистості дітей, появою зрушень у нервовій та ендокринній системах, пов'язаних з пубертатним періодом;
- відмічається зв'язок з характером моторних порушень. Тонічна судома іноді може розглядатися як спроба заїкуватого боротися зі своїм дефектом.

Характер моторних порушень у заїкуватого зазвичай пов'язаний з емоційним ставленням дитини до дефекту;

- ефективність логопедичної роботи залежить від ступеню фіксованості на ваді. Чим більша фіксованість, тим нижчі результати корекційної роботи, і навпаки.

1.2. Психолого-педагогічна характеристика підлітків, які страждають на заїкання.

У залежності від сприятливих або несприятливих соціальних умов, у яких росте і виховується дитина, психічні явища можуть у тій чи іншій мірі проявлятися, закріплюватися та переростати в стійкі психічні стани та якості особистості, визначаючи в цілому психологічні особливості заїкуватих.

Дослідницькі дані щодо психологічних особливостей особистості заїкуватих суперечливі. М.Буянов, обстежуючи пацієнтів психіатричної лікарні, виявив, що серед осіб з різними формами заїкання (невротичною, неврозоподібною, змішаною) було 75-80% чоловіків і 20-25% жінок, тобто заїкання переважає у чоловіків більше, ніж у жінок. Залежно від домінування тих чи інших психологічних особливостей хворих було поділено на 5 груп [31].

До першої групи увійшли пацієнти, переважно підлітки, яким притаманні психопатичні властивості.

До складу другої групи віднесено підлітків із залишковими явищами раннього органічного ураження центральної нервової системи, психоорганічним синдромом і психоподібними проявами. У всіх хворих цієї групи спостерігався церебрастенічний та гіпердинамічний неврозоподібні синдроми.

Третя група складалась з хворих, у яких неврозоподібне заїкання поєднувалося з шизофренією, епілепсією.

До складу четвертої групи належали підлітки, яким були притаманні риси психічного інфантилізму (дисгармонічного, гіпогенітального, гармонічного). У

підлітків з гармонічним інфантилізмом відмічається незрілість емоційно-вольової сфери, яка виявляється в легковажності, переважанні ігрових інтересів, швидкій перенасичуваності. Для дітей з гіпогенітальним інфантилізмом властиві надмірна балакучість, нездатність до активних дій, прагнення коментувати вчинки та дії інших, погоджуватися з усім.

У дітей п'ятої групи не спостерігалось вад особистості, приблизно у 15% із них були наявні ознаки акцентуації гальмівного типу. До цієї групи входили заїкуваті підлітки із загостренням особливостей, що зумовлені пубертатним періодом.

У підлітковому віці можливе приєднання невротичних симптомів у вигляді тривожності, логофобії в присутності сторонніх осіб. Спостерігається зниження мовленнєвої активності, з'являється фіксація на складних для вимови звуках. Заїкання може посилюватися під час перебування в психологічно некомфортній атмосфері, носить хвилеподібний характер, оскільки залежить від психічного та фізіологічного стану.

У заїкуватих підлітків на перший план у клінічній картині виступають вторинні емоційні розлади. Відчуття неповноцінності та страх мовлення в певної групи хворих стають основними симптомами. Заїкання викликає особливо гостру емоційну реакцію людини на свій дефект, що, можливо, пов'язано з відсутністю зрозумілих і конкретних причин його появи.

Чим більше заїкуватий фіксує увагу на симптомі хвороби, тим більш стійким він стає. М.Жинкін, характеризуючи психологічні особливості заїкуватих дітей і підлітків, відмічав, що чим більше зростає побоювання за результат мовлення та чим більше вимова оцінюється як дефектна, тим сильніше порушується мовленнєва саморегуляція. Цей стан через декілька повторювань перетворюється в патологічний умовний рефлекс і виникає все частіше [18].

За умови особливо тяжкого перебігу заїкання в підлітків формується складна клінічна картина, яка характеризується дисгармонічним розвитком особистості. Це проявляється у відчутті соціальної неповноцінності зі

своєрідною системою суджень, постійно зниженому фоні настрою, ситуаційному страху перед мовленням, який нерідко сполучається з повною відмовою від мовленнєвого спілкування. Заїкуваті схильні до нав'язливості, нерішучі, часто мають тривожний характер. Труднощі спілкування характерні обумовлюють певні зміни особистості, які заважають їм навчатися, повною мірою розкрити свої інтелектуальні здібності й можливості.

Більшість дітей у спокійному стані, при відволіканні від процесу артикуляції (наприклад, при зацікавленості темою розмови), а також наодинці з собою мовлення більш вільне, часто зовсім позбавлене судомних запинок.

1.3. Методики подолання заїкання

На сьогодні спеціальна логопедична література пропонує декілька ефективних методик подолання заїкання в учнів шкіл та підлітків.

Методика В. Селиверстова розрахована на логопедичні заняття з дітьми в медичному закладі (амбулаторних та стаціонарних умовах). Відповідно до навчальних чвертей автор виділяє чотири періоди в організації корекційної роботи: супровідне мовлення; завершальне мовлення; мовлення, що випереджає; закріплення навичок самостійного мовлення. Дана система логопедичних занять передбачає обов'язкове використання магнітофона на всіх етапах корекційної роботи. Це дозволяє учням активізувати свою увагу на мовленнєвих помилках, як власних, так і інших дітей [43].

А. Ястребова, досліджуючи стан мовлення учнів 1-4 класів, виділила групу дітей, до якої ввійшли заїкуваті з елементами загального недорозвинення мовлення, і розробила для цієї категорії логопатів систему логопедичних занять [63].

Основними напрямками логопедичної роботи автор визначила:

цілеспрямований і всебічний розвиток основних взаємодіючих компонентів мовлення (фонетики, лексики, граматики) у процесі роботи над його темпом плавністю;

тісний взаємозв'язок мовленнєвого матеріалу зі змістом програми початкової школи;

розвиток активності дітей.

Автор виділяє три періоди корекційної роботи.

Перший період спрямований на уточнення та розширення пасивних знань дітей у мовленні, упорядкування темпу, ритму і плавності мовлення.

У другому періоді активізують здобуті учнями знання, закріплюють навички плавного, ритмічного і виразного мовлення на більш складному мовленнєвому матеріалі.

Третій період – завершальний. Його завданням є закріплення навичок правильного, вільного мовлення, що передбачає роботу над звуковою та інтонаційною стороною мовлення.

Співробітниками ДНДІ вуха, горла і носа під керівництвом С.Ляпідевського розроблена методика усунення заїкання в підлітків в умовах медичного стаціонару, яка передбачає шість основних етапів логопедичної роботи:

підготовчий тривалістю 2-3 дні;

настановний (вступна конференція, спеціальний інструктаж у плані психотерапії);

максимальне обмеження мовлення тривалістю 10-14 днів;

активна перебудова мовленнєвих навичок упродовж 3-4 тижнів;

закріплення правильних мовленнєвих навичок протягом 3-5 тижнів;

завершальний етап у вигляді випускної конференції.

На етапі активної перебудови мовлення вводиться мовленнєво-ручний режим, робота над діалогом, бесідами, невеликими самотійними переказами.

На завершальному етапі проводиться конференція за участю батьків, друзів, під час якої підлітки відповідають на запитання, декламують, роблять доповіді.

В основу методики Н. Асатіані покладено підхід Н. Власової, що полягає в переході від полегшених форм мовлення до самотійних. Комплексний підхід

даної методики включає медикопедагогічні заходи: медикаментозне лікування, психотерапевтичний, логопедичний і логоритмічний вплив. Методика розрахована більшою мірою на стаціонарне лікування. Курс розрахований на 45 днів і поділяється на 4 етапи.

I етап. Підготовчий. Розрахований на 5-7 днів і передбачає режим мовчання з метою угасання патологічних мовленнєвих навичок. Паралельно проводяться психотерапевтичні заняття.

II етап. Активної терапії. Розрахований на 20 днів і складається з колективних та індивідуальних занять з логопедом, спрямованих на відпрацювання різних видів мовлення, постановку діафрагмального дихання, розвиток просодичних компонентів мовлення. Застосовується логопедична ритміка, психотерапевтичні сеанси, медикаментозне лікування.

III етап. Активних тренувань (10 днів). Проводяться функціональні тренування, під час яких пацієнти тренують своє мовлення поза стаціонаром з метою реалізації спілкування у більш складних мовленнєвих ситуаціях.

IV етап. Завершальний етап лікування полягає в підготовці пацієнтів до виступу перед чисельною аудиторією.

Система логопедичної роботи при заїканні Н. Асатіані передбачає диференційований підхід до людей з невротичним і неврозоподібним заїканням. При невротичній формі акцент робиться на психотерапевтичну роботу, яка в процесі логопедичної роботи набуває характеру ускладнених функціональних тренувань або моделювання різних ситуацій спілкування. При неврозоподібній формі перевага надається логопедичним і логоритмічним заняттям, а також медикаментозній терапії [5].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ І

Заїкання – порушення темпо-ритмічної організації мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату.

Найчастіше причиною виникнення заїкання є не поодинокий специфічний чинник, а низка екзогенних та ендогенних компонентів.

Проблемою заїкання займалися вчені давніх часів, які висловлювали різні погляди на причини виникнення заїкання: Аристотель, Гален, Цельс, Авіценна, Х. Лагузен, І. Сікорський, А. Гутцман, Є. Фрешельс, І. Куссмауль, А. Лібманн, Г. Неткачев, Ю. Флоренська, В. Кочергіна, М. Хватцев, М. Зеєман, В. Гіляровський

У сучасній логопедії виділяють дві групи причин заїкання: такі, що призводять до виникнення заїкання («грунт»), та вихідні («поштовхи»).

Найбільш вираженим зовнішнім симптомом заїкання є судоми мовленнєвого апарату, які виникають під час мовленнєвого акту. Судоми розрізняють за формою (тонічні, клонічні, змішані), локалізацією (артикуляційні, голосові, дихальні, змішані), частотою.

Починаючи з 70-х років ХХ ст. дослідниками виділено дві клінічні форми заїкання – неврозоподібну та невротичну.

У заїкуватих підлітків на перший план у клінічній картині виступають вторинні емоційні розлади. Відчуття неповноцінності та страх мовлення в певної групи хворих стають основними симптомами. Заїкання викликає особливо гостру емоційну реакцію людини на свій дефект, що, можливо, пов'язано з відсутністю зрозумілих і конкретних причин його появи.

На сьогодні спеціальна логопедична література пропонує декілька ефективних методик подолання заїкання в учнів шкіл та підлітків: методика В. Селиверстова, А. Ястребової, С. Ляпідевського, Н. Асатіані та інших.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ ІЗ ЗАЇКАННЯМ

2.1. Організація та проведення обстеження

Заїкання, основу якого становить порушення вербальної комунікації, є порушенням у застосуванні засобів мовлення. Для визначення адекватних шляхів та ефективної корекційно-розвивальної роботи з подолання заїкання у підлітків необхідним є обстеження дитини з урахування всієї симптоматики даного мовленнєвого порушення.

На констатувальному етапі дослідження обстежено чотири дитини із заїканням віком 11-12 років, які відвідували науково-практичний центр кафедри логопедії Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. За основу обстеження підлітків із заїканням взято методику А. І. Буянова [10].

Обстеження містило декілька блоків.

Блок І. Збір відомостей від батьків.

Зі слів батьків ми заповнювали опитувальник, що містив питання, які стосуються мовленнєвого розвитку дитини, особливостей захворювання і особистості, кола інтересів підлітка, результати попереднього лікування або навчання.

Анамнестичні дані про індивідуальні особливості розвитку мовлення та моторики давали можливість правильно оцінити стан дитини та, відповідно, спланувати роботу.

1. Прізвище, ім'я дитини, вік дитини.
2. Скарги батьків.
3. Ранній мовленнєвий розвиток (час появи гуління та лепету, їх особливість – активність, різноманітність звукових комплексів, характеристика

голосових реакцій, час появи перших слів, простої фрази, розгорнутої фрази, наявність ітерацій, дефектів мовлення).

4. Ранній розвиток дитини (сон, апетит, інфекційні, соматичні та мозкові захворювання, мозкові травми, формування моторних навичок (сидіння, стояння, ходіння) та навичок охайності, час виділення ведучої руки та наявність перенавчання, адаптація в дошкільному закладі, основні риси характеру (спокійний – збуджений, рухливий – уповільнений, врівноважений – вередливий тощо), основні риси поведінки (вередливість, сльозливість, тривожність, негативізм, виснажливість, розгальмованість, утруднення переключення), наявність емоційної нестійкості, рівень розвитку ігрової діяльності, схильність дитини до певних ігор).

5. Вагітність та пологи матері – яка за порядком вагітність; особливості протікання вагітності (токсикози, фізичні травми, захворювання); протікання пологів; особливості післяпологового періоду (асфіксія, травми тощо).

6. Час появи заїкання, характер виникнення заїкання (гостро, психогенно, без видимої причини та інше), ймовірні причини.

7. Перебіг заїкання (постійно присутнє в мовленні чи ні).

8. Якість мовлення в даний час: у сім'ї, під час відповіді в класі у незнайомій обстановці.

9. Наявність страху

10. Якість засвоєння шкільного матеріалу

11. Особливості характеру дитини

12. Спадковість (наявність алкоголізму у батьків; нервово-психічні захворювання, затримка мовленнєвого розвитку, заїкання в близьких родичів; умови виховання в сім'ї, характерологічні особливості батька та матері тощо).

13. Умови виховання дитини (соціальне середовище, мовленнєве середовище, двомовність, особливості мовленнєвого спілкування з дитиною, стимуляція мовленнєвого розвитку дитини, культурно-побутові умови в родині).

14. Психологічний клімат у сім'ї (конфлікти, гіперопіка або гіпоопіка, перенавантаження враженнями, нерівність у спілкуванні з дитиною, характер відношення членів родини до мовленнєвого дефекту дитини (байдужість, співпереживання, постійна фіксація уваги оточуючих на заїкання, пред'явлення підвищених вимог до мовлення того, хто заїкається та інше).

15. Результати попереднього лікування, навчання.

Блок II. Вивчення документації.

1. Вивчення медичної документації – заключення невролога, психіатра, отоларинголога, окуліста, що містить дані про неврологічний стан дитини, стан інтелекту, слуху та зору відповідно.

2. Вивчення психолого-педагогічної документації – характеристики зі школи на дитину, що складені учителем (класним керівником) та практичним психологом.

Блок III. Первинне логопедичне обстеження усного мовлення.

За даними цього обстеження логопед надає повну характеристику мовленнєвого порушення. Первинне логопедичне обстеження починається з бесіди, яка містить перелік наступних запитань, які логопед задає дитині.

Прізвище, ім'я, в якому класі навчаєшся? Коли почав заїкатися? Пам'ятаєш сам або зі слів батьків? Погіршувалася мова в міру дорослішання? Де важче говорити: в школі, в магазині тощо? Характер відповідей в школі (усно, письмово, після уроків). Чи відрізняється мовлення під час розмови з однолітками, батьками та незнайомими людьми? Чи є хвилювання, страх мовлення в незнайомій обстановці? Чи змінюється якість мовлення в залежності від пори року, доби? Чи бувають періоди плавного мовлення, без запинок? Чи зберігається заїкання, коли тебе ніхто не чує? Чи заважає тобі заїкання – як, де, чому? Чи псується настрій через мовлення із запинками? Як хвилювання впливає на твоє мовлення? У чому твої мовленнєві труднощі? Що ти відчуваєш, коли мовлення є неможливим? Ти лікувався від заїкання? Якщо так, чи користуєшся будь-якими вивченими тоді прийомами? Чи продовжував займатися вдома самотійно? Коли ти говориш краще: коли думаєш про

мовлення або коли забуваєш про заїкання? Чи впливає твоє мовлення на успішність в школі? Як оцінюєш своє заїкання за ступенем тяжкості? Чи хочеш лікуватися?

У бесіді з підлітком логопед звертає увагу на його мовленнєві особливості, на прояв заїкання в різних видах мовленнєвої діяльності, на те, як проявляється заїкання в залежності від ситуації. Також бесіда дає можливість дізнатися про відношення підлітка до свого порушення, про ступінь оцінки свого стану та готовності до навчання та лікування.

Схема первинного логопедичного обстеження.

1. Прізвище, ім'я дитини.
2. Дата.
3. Загальне враження про дитину. Як вступає в контакт.
4. Темп мовлення.
5. Характеристика голосу (гучний; тихий; модульований; немодульований; з носовим відтінком; хрипкий тощо).
6. Характеристика дихання (грудочеревне, верхньогрудне; ритмічне, аритмічне; достатня за глибиною, поверхнєве; напружене тощо).
7. Темп мовлення (прискорений значно; прискорений незначно; помірний; уповільнений незначно; уповільнений значно; нерівний).
8. Виразність мовлення.
9. Локалізація і тип судом: а) тонічні, клонічні; б) лицьові, голосові, дихальні.
10. Супутні рухи: а) довільні (виверти); б) мимовільні; в) емболофразія.
11. Фіксація уваги на звуках (на мовлення).
12. Особливості перебігу заїкання (періоди поліпшення, погіршення).
13. Найбільш легка ситуація. Найбільш важка ситуація.
14. Наявність мовленнєвих прийомів (заміни слів; перестановки слів; емболофразії; довільне обмеження мовленнєвого спілкування).
15. Якість мовлення момент емоційного підйому.
16. Оцінка власного мовлення.

17. Налаштованість на лікування, віра в одужання.

(Пункти 1-17 заповнюються на підставі запитань, що представлені вище).

18. Будова і рухливість артикуляційного апарату (точність, обсяг, рухливість, переключення рухів; утримання заданої пози, добре переключається з одного руху на інший, рухи точні, в повному обсязі; рухи недостатньо точні, не в повному обсязі, переключення порушено незначно; відсутність утримання пози, виражені зміни обсягу, точності і переключення артикуляційних рухів).

19. Звуковимовна (спотворення, відсутність, заміни, змішання звуків) і фонематичного слуху, стан складової структури слова, аналізу і синтезу звукового складу слова.

20. Стан загальної моторики.

21. Якість мовлення під час обстеження:

- 1) сполучене мовлення;
- 2) відображене мовлення;
- 3) автоматизовані ряди (дні тижня, місяці року, рахунок);
- 4) читання віршів;
- 5) переказ прочитаного;
- 6) відповіді на запитання;
- 7) складання розповіді за картиною;
- 8) самостійне мовлення.

22. Загальна характеристика мовлення:

- 1) лексичний склад мовлення;
- 2) граматичне оформлення мовлення;
- 3) сформованість зв'язного мовлення.

23. Особливості мовленнєвої поведінки (контактність, мовленнєва активність, характер спілкування, стриманість, імпульсивність, характер реакції на зміну обстановки (динамічність та своєчасність мовленнєвих процесів, переключення при зміні тематики спілкування), організованість мовлення).

Проведене обстеження дозволяє виявити інтелектуальні особливості підлітка, його мовленнєвий розвиток.

Під час первинного логопедичного обстеження встановлюється перший контакт з підлітком. М. І. Буянов рекомендує практикувати первинний запис промови підлітків: читання завчених віршів, рахунок, промовляння днів тижня або місяців року, самостійна розповідь за запропонованою темою.

Під час обстеження мовлення логопед користується добіркою дидактичного та мовленнєвого матеріалу: серії сюжетних картинок, предметні картинки, картки із завданнями; вірші і розповіді для читання; короткі оповідання для переказу з прочитаного; опитувальник, що його пропонують підлітку. Дидактичний матеріал підбирається з урахуванням віку.

Блок IV. Обстеження писемного мовлення.

Обстеження писемного мовлення дозволяє виявити дислексію, дисграфію, характер патологічних помилок тощо. Твір дозволяє дати оцінку про рівень мовленнєвого розвитку дитини, про ступінь відмінності між експресивним і імпресивним мовленням.

1. Диктант

Недавно наш клас вирішив посадити сад. Яких ми яблунь насадимо, яких груш, абрикосів, слив, вишень! Навколо саду вирішили посадити захисну смугу акацій, кленів, беріз. Вже місяць ми воюємо з пустирем, звільнили від бур'яну і терну величезну площину.

У жовтні привезли до школи саджанці яблунь і груш. Я, Тимко, Стьопа і Якимчук руками розправляли корінці, присипали їх пухкою землею, заступами біля кожного деревця робили лунки. А спочатку у відкритій ямі ми забивали в дно кілок. Тимко зробив гарну довбню, замашну, зручну. Потім ми прив'язували до кілка посаджене деревце вгорі і внизу, щоб не розхитував вітер.

2. Твір на тему «Осінній вернісаж».

3. Вивчення письмових робіт дитини (шкільні зошити).

Блок V. Обстеження загальної моторики і тонких рухів пальців рук, мимічної моторики.

1. Статична координація – утримання заданої пози.

2. Динамічна координація.

3. Одночасність рухів.

1) виконання рухів двома руками одночасно;

2) виконання одночасних рухів рук і ніг.

4. Обстеження тонких рухів пальців рук:

5. Обстеження довільних мімічних рухів (міміка жива, виразна, адекватна; недостатньо виразна; міміка млява; амімічність).

Обстеження має на меті докладне вивчення дитини з метою визначення ефективних шляхів подолання заїкання та корекції особистості.

Обстеження дітей відбувалось індивідуально, у присутності батьків. Етапи обстеження були розподілені на декілька часових періодів: вивчення документації, збір анамнезу, спостереження за дитиною, власне обстеження дитини, що відбувалося поступово – логопед зустрічався з дитиною декілька разів у приміщенні центру, створюючи кожного разу комфортні умови для дитини.

Дані, що були отримані під час обстеження фіксувалися в мовленнєвій картці (Додаток А).

3.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження.

Після проведення обстеження дитини, яка заїкається, є складання на неї характеристики мовлення – так званого «мовленнєвого статусу». Ми склали його на кожну дитину перед формувальним етапом дослідження, перед початком корекційно-розвиткової роботи з дитиною.

Логопедичне заключення відобразило узагальнені дані всіх аспектів вивчення дитини із заїканням, що дозволило нам виділити певні відхилення у мовленнєвому та психічному розвитку від норми.

Список дітей: Іван, 11,5 р. (м. Суми); Аліса, 12 р. (м. Суми); Артем, 11 р. (Сумський район); Данііл, 11,5 р. (Сумський район).

За даними медичної документації (медичних висновків) можна зробити висновок про те, що діти не мають патології зору, слуху та інтелекту. Заключення невролога констатує факт «логоневрозу» або запинок у мовленні, у заклученні психіатра діагноз позначений шифром F98.5 (МКХ 10).

Батьками були надані психолого-педагогічні характеристики, що містили дані про поведінку дітей, взаємовідносини з однолітками та дорослими, улюблені заняття, успішність опанування навчальної програми тощо. Нами з'ясовано, що всі 2 дитини (Аліса і Артем) засвоюють програму на високому рівні, дві дитини (Іван та Даніїл) – на рівні вище середнього. Відносини з однолітками та дорослим характеризуються як нормальні, неконфліктні, без особливостей.

Всі діти із благополучних сімей, повного складу, умови виховання та навчання задовільні. Батьки всіх дітей скаржилися на запинки в мовленні.

Під час збору анамнестичних даних схильність до заїкання була виявлена в одному випадку (у Артема на заїкання в дитинстві страждав батько). Дві дитини народилися від другої вагітності, дві дитини – від першої. Пологи в усіх мам, за їх словами, були вчасні, без особливостей, без стимуляції, без патології; на токсикози під час вагітності у першому триместрі страждали мами усіх дітей.

Формування моторних навичок у Аліси, Артема та Івана відбувалось за нормативними показниками, у Даніїла – дещо із запізненням.

Батьки не відмічали ніяких особливостей у поведінці дітей, ознак агресії, вередливості, не помічали; батьки відмічають прояви сльозливості, тривожності, негативізму.

Умови виховання дітей задовільні, мовленнєве середовище є також задовільним; двомовність (українська, російська) присутня в мовленнєвому оточенні всіх дітей.

Мовленнєвий анамнез свідчить про більш пізню появу перших слів та простої фрази у Даніїла. У решти дітей мовлення формувалось вчасно, відповідало віковим нормам.

Час появи заїкання в дітей різний: у Даніїла заїкання з'явилося в 4 роки поступово, у Івана також заїкання виникло поступово в 5 років, у Аліси заїкання з'явилося в 5,5 років раптово, у Артема в 4,5 роки раптово. У Артема та Аліси були періоди, майже без запинок у мовленні; у Даніїла та Івана таких періодів не було, але були періоди покращення мовлення, зменшення запинок.

Всі діти отримували спеціальну медичну допомогу (прийом ліків), логопедичну допомогу (перебування в логопедичній групі, заняття в шкільному логопункті, заняття в приватних мовленнєвих центрах). Психологічну допомогу отримували Аліса і Іван (у закладі дошкільної освіти та в школі).

Представляємо результати логопедичного обстеження кожної дитини окремо.

1. Аліса, 12 р.

Скарги матері: запинки в мовленні, роздратованість. Причини назвати не змогли, пов'язують із переходом до середньої школи. Відвідувала логопедичні заняття в закладі дошкільної освіти та в школі, дівчинка отримувала медичне лікування – прийом ліків, фізіопроцедури. Батьки помічали незначне поліпшення мовлення.

Анамнестичні дані: вагітність та пологи протікали без патології, період народження – без патології. Спадковість не обтяжена. Моторний та мовленнєвий розвиток відповідав віку. Заїкання виникло в 5,5 років раптово.

Умови виховання та навчання задовільні.

Дитина не конфліктує з однолітками, має друзів, проте мовленнєва активність є зниженою. В школі відповідає біля дошки не часто, більше дає письмових відповідей.

Аліса відразу вступає в контакт, проявляє адекватні емоції. Охайна, спокійна. Відповідає на запитання, сама ставить запитання.

Голос нормальний.

Темп мовлення незначно прискорений.

Мовленнєве дихання напружене, переривчасте, превалює грудний тип дихання.

Мовлення недостатньо виразне, проте й не позбавлено емоційного забарвлення.

Судоми клоно-тонічні, лицьові.

Фіксації уваги на певних звуках не спостерігається. Найбільш складним є розпочати мовленнєву фразу.

Є періоди вільні від судом та запинок у мовленні, тривають від 0,5 року до 2 років (найбільший), останнього разу заїкання повернулося півроку тому. Заїкання посилюється під час хвилювання, після втоми, під час розмови з незнайомими людьми. В домашніх умовах у мовленні дитини спостерігається мала кількість запинок.

Найбільш легка мовленнєва ситуація – дати відповідь на просте запитання, найбільш складна – скласти розповідь, про щось розповісти.

Замін та перестановок слів, емболофразій не спостерігається.

У момент емоційного підйому має місце збільшення кількості запинок у мовленні.

Власне мовлення оцінює як ненормоване, неправильне. Хотіла б позбутися запинок, проте в неї не виходить.

Будова і рухливість артикуляційного апарату: без патології; рухи достатньо точні, обсяг виконання достатній, добре переключається з одного руху на інший.

Порушень звуковимови та фонематичних процесів не спостерігається.

Загальна моторика розвинена на достатньому рівні.

Під час обстеження найменша кількість запинок спостерігалась у сполученому та відображеному мовленні, під час промовляння автоматизованих рядів, читання віршів; трохи більше – під час переказу та відповіді на запитання; найбільше – під час складання розповіді за картиною та в самотійному мовленні.

Словниковий запас дитини відповідає нормі, граматична складова мовлення сформована за віком, дитина може скласти описову розповідь, переказати та розповісти про себе.

Порушень писемного мовлення не виявлено.

2. Іван, 11,5 р.

Скарги матері: запинки в мовленні, роздратованість, часткова відмова від спілкування. Причиною назвали переляк (дитина злякалась собаки). Іван відвідував логопедичні заняття в закладі дошкільної освіти та в школі, отримував медичне лікування – прийом ліків, фізіопроцедури; відвідував сенсорну кімнату в дошкільному віці. Батьки помічали незначне поліпшення мовлення.

Анамнестичні дані: вагітність та пологи протікали без патології, період народження – без патології. Спадковість не обтяжена. Моторний та мовленнєвий розвиток відповідав віку. Заїкання виникло в 5 років поступово.

Умови виховання та навчання задовільні.

Дитина не конфліктує з однолітками, мовленнєва активність знижена, відмовляється від спілкування. В школі біля дошки не відповідає, дає письмові відповіді або залишається після уроків.

Іван відразу вступає в контакт, але ініціативи не проявляє, емоції адекватні. Спокійний, неініціативний. Відповідає на запитання у більшості простими непоширеними реченнями.

Голос нормальний.

Темп мовлення незначно прискорений.

Мовленнєве дихання напружене, переривчасте, превалює грудний тип дихання.

Мовлення невиразне, проте й не позбавлено емоційного забарвлення.

Судоми тонічні, лицьові.

Фіксації уваги на певних звуках не спостерігається. Запинки проявляються і на початку фрази, і в середині, і в кінці.

Спостерігаються періоди зменшення кількості запинок. Заїкання посилюється під час хвилювання, після втоми, під час розмови з незнайомими людьми, в умовах нової обстановки. В домашніх умовах кількість запинок зменшується.

Найбільш легка мовленнєва ситуація – дати відповідь на просте запитання, найбільш складна – скласти розповідь, про щось розповісти.

Замін та перестановок слів, емболофразій не спостерігається.

Момент емоційного підйому незначно збільшує кількість запинок у мовленні.

Власне мовлення оцінює як ненормоване, неправильне. Є бажання позбутися запинок.

Будова і рухливість артикуляційного апарату: без патології; рухи достатньо точні, обсяг виконання достатній, добре переключається з одного руху на інший.

Порушень звуковимови та фонематичних процесів не спостерігається.

Загальна моторика розвинена на достатньому рівні.

Під час обстеження найменша кількість запинок спостерігалась у сполученому та відображеному мовленні, під час промовляння автоматизованих рядів, читання віршів; трохи більше – під час переказу та відповіді на запитання; найбільше – під час складання розповіді за картиною та в самотійному мовленні.

Словниковий запас дитини відповідає нормі, граматична складова мовлення сформована за віком, описову розповідь, переказ складає з простих речень.

Порушень писемного мовлення не виявлено.

3. Артем, 11 р.

Скарги матері: запинки в мовленні. Причиною назвали перелік у період навчання плавання. Іван відвідував логопедичні заняття в закладі дошкільної освіти та в школі, медичного лікування не отримував, батьки давали дитині відвари трав із заспокійливою дією. Батьки помічали незначне поліпшення мовлення.

Анамнестичні дані: вагітність та пологи протікали без патології, період народження – без патології. Спадковість обтяжена: батько страждав у дитинстві на заїкання. Моторний та мовленнєвий розвиток відповідав віку. Заїкання

виникло в 4,5 роки раптово. Був період вільний від судом та запинок у мовленні, тривав майже 1 рік, рецидив проявився в 7 років.

Умови виховання та навчання задовільні.

Дитина іноді конфліктує з однолітками через мовленнєве іноді порушення, мовленнєва активність знижена, відмовляється від спілкування. В школі біля дошки відповідає не часто, дає письмові відповіді або залишається після уроків.

Артем вступає в контакт неохоче, ініціативи не проявляє, емоції адекватні. Відповідає на запитання у більшості простими реченнями.

Голос гучний.

Темп мовлення нормальний.

Мовленнєве дихання напружене, переривчасте, превалює грудний тип дихання.

Мовлення виразне, не позбавлено емоційного забарвлення.

Судоми тонічні, лицьові, дихальні.

Фіксації уваги на певних звуках не спостерігається. Запинки проявляються на початку фрази.

Був період вільний від судом та запинок у мовленні, тривав майже 1 рік, рецидив проявився в 7 років. Спостерігаються періоди зменшення кількості запинок. Хвилювання, втома, розмова з незнайомими людьми, нова обстановка незначно впливають на якість мовлення.

Найбільш легка мовленнєва ситуація – дати відповідь на просте запитання, найбільш складна – скласти розповідь, про щось розповісти.

Замін та перестановок слів, емболофразій не спостерігається.

Момент емоційного підйому не впливає на кількість запинок у мовленні.

Власне мовлення оцінює як ненормоване, неправильне. Бажання позбутися запинок не виявлено.

Будова і рухливість артикуляційного апарату: без патології; рухи достатньо точні, обсяг виконання достатній, добре переключається з одного руху на інший.

Порушень звуковимови та фонематичних процесів не спостерігається.

Загальна моторика розвинена на достатньому рівні.

Під час обстеження найменша кількість запинок спостерігалась у сполученому та відображеному мовленні, під час промовляння автоматизованих рядів, читання віршів; трохи більше – під час переказу та відповіді на запитання; найбільше – під час складання розповіді за картиною та в самотійному мовленні.

Словниковий запас дитини відповідає нормі, граматична складова мовлення сформована за віком, описову розповідь, переказ складає з простих речень.

Порушень писемного мовлення не виявлено.

4. Даніїл, 11,5 р.

Анамнестичні дані: вагітність та пологи протікали без патології, період народження – без патології. Спадковість не обтяжена. Моторний та мовленнєвий розвиток незначно відставав від вікової норми. Заїкання виникло в 4 років поступово.

Умови виховання та навчання задовільні.

Дитина не конфліктує з однолітками, мовленнєва активність знижена, частково відмовляється від спілкування. В школі біля дошки відповідає не часто, дає письмові відповіді або залишається після уроків.

Даніїл вступає в контакт після додаткового стимулу, ініціативи не проявляє, емоції адекватні. Спокійний, неініціативний. Відповідає на запитання у простими непоширеними реченнями.

Голос тихий, немодульований.

Темп мовлення незначно уповільнений.

Мовленнєве дихання напружене, переривчасте, превалює грудний тип дихання.

Мовлення невиразне.

Судоми клоно-тонічні, лицьові, дихальні.

Фіксації уваги на певних звуках не спостерігається. Запинки проявляються і на початку фрази, і в середині, і в кінці.

Спостерігаються періоди зменшення кількості запинок. Заїкання посилюється під час хвилювання, після втоми, під час розмови з незнайомими людьми, в умовах нової обстановки. В домашніх умовах кількість запинок майже не зменшується.

Найбільш легка мовленнєва ситуація – дати відповідь на просте запитання, найбільш складна – скласти розповідь, про щось розповісти.

Замін та перестановок слів, емболофразій не спостерігається.

Момент емоційного підйому незначно впливає на якість мовлення дитини.

Власне мовлення оцінює як ненормоване, неправильне.

Будова і рухливість артикуляційного апарату: без патології; рухи не достатньо точні, обсяг виконання недостатній, переключення з одного руху на інший порушено незначно.

Порушень звуковимови та фонематичних процесів не спостерігається.

Загальна моторика розвинена на середньому рівні.

Під час обстеження найменша кількість запинок спостерігалась у сполученому та відображеному мовленні, під час промовляння автоматизованих рядів, читання віршів, відповіді на запитання; найбільше – під час переказу та складання розповіді за картиною та в самостійному мовленні.

Лексико-граматична складова мовлення відповідає нормі, сформована за віком, описову розповідь, переказ складає з простих речень.

Порушень писемного мовлення не виявлено.

Результати обстеження дали можливість виявити ступінь порушення використання засобів мовлення та побудувати програм подолання заїкання.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

На констатувальному етапі дослідження обстежено чотири дитини із заїканням віком 11-12 років, які відвідували науково-практичний центр кафедри логопедії Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. За основу обстеження підлітків із заїканням взято методику А. І. Буянова. Обстеження містило декілька блоків.

Блок I. Збір відомостей від батьків.

Блок II. Вивчення документації.

Блок III. Первинне логопедичне обстеження усного мовлення (включало бесіду з дитиною, виконання певних завдань).

За даними цього обстеження логопед надає повну характеристику мовленнєвого порушення.

Блок IV. Обстеження писемного мовлення.

Блок V. Обстеження загальної моторики і тонких рухів пальців рук, мимічної моторики.

Після проведення обстеження дитини, яка заїкається, є складання на неї характеристики мовлення – так званого «мовленнєвого статусу».

Діти не мають патології зору, слуху та інтелекту. 2 дитини (Аліса і Артем) засвоюють програму на високому рівні, дві дитини (Іван та Даніїл) – на рівні вище середнього. Відносини з однолітками та дорослим характеризуються як нормальні, неконфліктні, без особливостей. Схильність до заїкання була виявлена в одному випадку. Формування моторних навичок у трьох дітей відбувалося за нормативними показниками, у однієї дитини – дещо із запізненням. Мовленнєвий анамнез свідчить про більш пізню появу перших слів та простої фрази у однієї дитини. Час появи заїкання в дітей різний: від 4 до 5 років, у двох дітей заїкання виникло поступово, у двох – раптово; у двох дітей були періоди майже без запинок у мовленні, у двох – ні, але були періоди покращення мовлення.

Мовленнєвий розвиток дітей відповідає віковим нормам.

Порушень писемного мовлення не виявлено.

Діти незначно уникають мовлення, характерною є низька мовленнєва активність, відсутність ініціативності під час спілкування. Погіршують мовлення хвилювання, розмова незнайомими людьми, нова обстановка. Підготовлене мовлення або знайомий текст (вірш, переказ) вирізняються меншою кількістю запинок.

Всі діти отримували спеціальну медичну допомогу (прийом ліків), логопедичну допомогу (перебування в логопедичній групі, заняття в шкільному логопункті, заняття в приватних мовленнєвих центрах). Психологічну допомогу отримували дві дитини (у закладі дошкільної освіти та в школі).

Результати обстеження дали можливість виявити ступінь порушення використання засобів мовлення, який виявився тяжким, та побудувати програму подолання заїкання.

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ПОДОЛАННЯ ЗАЇКАННЯ В ПІДЛІТКІВ

3.1. Точковий масаж як засіб подолання заїкання

Масаж відноситься до лікувальних заходів. Теоретичне обґрунтування необхідності логопедичного масажу як одного з найдавніших та найефективніших лікувальних заходів у комплексній корекційній роботі здійснили О. Ф. Архіпова, М. Б. Ейдінова, Є.М. Мастюкова, О. В. Правдіна, К. О. Семенович, В. М. Акименко, І. В. Блискіна, Г. В. Дедюхіна та багато інших авторів.

Останнім часом одним із дієвих підходів до подолання заїкання є нетрадиційна медицина, зокрема точковий масаж – один з її найбільш популярних напрямів. За допомогою точкового масажу лікується не окрема проблема або захворювання, а весь організм людини. Точковий масаж є методом рефлексотерапії, яку необхідно поєднувати з логопедичними заняттями [40].

Точковий масаж – стародавнє мистецтво лікування, що з'явилося в Азії близько 6000 років тому, коли лікарі тих часів з'ясували, що на тілі людини є такі точки, які пов'язані з внутрішніми органами, системами, головним мозком [12]. У Китаї народні лікарі емпіричним шляхом виявили на шкірі людини точки (зони), подразнення яких уколами (акупунктура) або припіканням призводило до зникнення хворобливих явищ в організмі, відновленню його порушених функцій [9].

Ці точки були названі біологічно активними точками (БАТ) – це зони, по яких кровоносні, лімфатичні та нервові канали проходять найбільш близько один до одного. Масаж цих точок поліпшує кровопостачання головного мозку, посилює відтік лімфи, регулюючи тим самим кров'яний тиск, сприяє

поліпшенню зору та слуху. Крім того, активні рухи стимулюють кровообіг в кінчиках пальців, а це, в свою чергу сприяє заспокоєнню та розслабленню [2].

За сучасними поглядами в дії точкового масажу лежать складні рефлекторні безумовні реакції, засновані на функціонуванні різних відділів спинного, головного мозку, периферичної і вегетативної нервової системи. Спричинені сигнали під час впливу на певні біологічно активні точки масажом у вигляді різних відчуттів досягають кори головного мозку [40].

Методом точкового масажу є вплив на біологічно активні точки пальцем або пальцями рук.

Сутність точкового масажу полягає в механічному подразненні невеликих ділянок (2-10 мм) поверхні шкіри – біологічно точкових точок, тому як в них розташовуються багато нервових закінчень [2].

Техніка проведення точкового масажу.

В основі точкового масажу лежить вплив пальцем або пальцями на біологічно активні точки, які мають рефлекторний зв'язок з різними внутрішніми органами і функціональними системами. Якщо людина під час впливу на точки відчуває ломоту, розпирання оніміння тощо, значить точку знайдено правильно.

Прийоми точкового масажу.

Погладжування виконується подушечкою великого або середнього пальця, яким роблять обертові рухи в області голови, обличчя, шиї, рук.

Розтирання виконується подушечкою великого або середнього пальця годинниковою стрілкою (методика нагадує погладжування, але зусилля зростає). Масаж шиї можна виконувати долонею або її ребром. Прийом розтирання використовується, як правило, після інших прийомів точкового масажу.

Розминання (натискання) виконується кінчиком великого пальця або одночасно кінчиками обох великих пальців на симетричних точках, а також середнім та вказівним пальцями. Під час розминання виконують колові обертові рухи пальцем у темпі від повільного до та слабого розминання,

поступово посилюючи тиск до появи почуття розпирання в місті дії, потім поступово ослаблюють тиск. Частота обертання 30-60 оборотів в хвилину.

Пощипування виконується трьома пальцями (великим, вказівним та середнім). У місці біологічно активної точки шкіру захоплюють, утворюють складку та розминають (здавлюють, обертають). Прийом проводиться дуже швидко, відривчасто, 3-4 рази. У місті впливу зазвичай з'являється почуття оніміння, розпирання.

Вібрація реалізується шляхом виконання великим та середнім пальцем ритмічних коливальних рухів. Рухи виконуються досить швидко, не вдриваючи пальця від точки, що масажується. Цей прийом можна застосовувати з обтяженням – на кисть руки, яка виконує масаж, накладається кисть іншої руки для посилення тиску.

Прийом «укол» виконується кінчиком вказівного або великого пальця, цей прийом імітує рух голки вгору- вниз у швидкому темпі.

Постукування здійснюється подушечкою вказівного пальця.

Пунктирне продавлювання точок, розташованих на одній лінії – меридіан [2, 3].

3.2. Реалізація методики подолання заїкання у підлітків засобами точкового масажу.

Корекційна робота з подолання заїкання відбувалась на базі Науково-практичного центру кафедри логопедії СумДПУ імені А. С. Макаренка. Корекційна робота передбачала:

- проведення логопедичних занять за спеціально розробленою програмою;
- використання елементів логоритміки, метою яких є розвиток ритмічної організації мовлення та рухів;
- проведення точкового масажу на занятті;

- роботу з батьками, метою яких є формування здорової особистості дитини.

Заняття з дітьми мали лише індивідуальну форму проведення, оскільки така форма застосовувалась в навчально-практичному центрі кафедри логопедії. Загальна тривалість заняття складала 60 хвилин.

Логопедичний вплив, як рекомендують більшість авторів, ми здійснювали в двох напрямках:

- прямий логопедичний вплив здійснювався під час індивідуальних занять з заїкуватими, які передбачали розвиток загальної та мовленнєвої моторики, нормалізацію темпу і ритму дихання і мовлення, активізацію мовленнєвого спілкування, розвиток слухової уваги і сприйняття;

- непрямий логопедичний вплив реалізовувався батьками через виконання рекомендацій, наданих логопедом.

Під час корекційної роботи ми враховували *основні вимоги, що висуваються до логопедичних занять з дітьми із заїканням* [31].

1. Логопедичні заняття відображали основні задачі корекційно-педагогічного впливу на мовлення і особистість дитини, яка заїкається.

2. Логопедичні заняття проводились в певній системі, послідовно, поетапно, з урахуванням основних дидактичних принципів; в залежності від індивідуальних особливостей кожної дитини; з опорою на свідомість і активність дітей; на заняттях використовувались посібники, наочні та технічні засоби навчання.

3. Логопедичні заняття узгоджувались з вимогами програм навчання дітей-підлітків.

4. На заняттях передбачалась необхідність тренування правильного мовлення та поведінки заїкуватих дітей в різних умовах: у кабінеті і поза ним, в різних життєвих ситуаціях, у присутності знайомих та незнайомих людей тощо.

5. Заняття організовували таким чином, щоб дитина говорила на них без заїкання та супутніх порушень.

6. Заняття підтримували в дитини гарний настрій, бадьорість, упевненість в своїх силах.

7. На заняттях з заїкуватими були присутні зразки правильного мовлення: самого логопеда та аудіозаписи.

8. Заняття проводилися на тлі правильного ставлення оточуючих до заїкуватої дитини і правильного його виховання.

9. Індивідуальний підхід у логопедичній роботі виражається насамперед у ретельному вивченні стану кожного заїки перед початком і в процесі логопедичної роботи, у доборі засобів корекційно-педагогічної роботи залежно від його психологічних особливостей і мовленнєвих можливостей [27].

Також нами були враховані фактори, що впливають на посилення або послаблення судом (якість мовлення) [31].

1. Ступінь самостійності мовлення: 1) сполучене мовлення; 2) відображене мовлення; 3) відповіді на запитання; 4) переказ; 5) розповідь; 6) спонтанне мовлення.

2. Послідовність формування вільного самостійного мовлення: 1) сполучено-відображене мовлення, 2) питально-відповідне мовлення, 3) переказ або розповідь, 4) спонтанне мовлення.

3. Ступінь підготовленості мовлення (легше говорити тоді, коли мовленнєвий матеріал є підготовленим, вивченим).

4. Різна складність мовленнєвої структури: 1) звуки, 2) склади, 3) слова, 4) фрази прості, 5) фрази складні, 6) зв'язне мовлення.

4. Ступінь гучності мовлення. Мовленнєвий матеріал відпрацьовується 1) беззвучно, 2) пошепки, 3) тихо, 4) гучно, 5) звичним голосом.

5. Плавність та ритмічність мовлення. Виховання плавності та ритмічності мовлення: 1) співи, 2) співи з рухами, 3) ритмізоване мовлення (вірші, проза) у супроводі рухів, 4) ритмізоване мовлення (вірші, проза) без рухів, 5) опора на голосні, 6) різнометричне мовлення.

6. Емоційний стан дитини, обстановка, ситуації. Мовлення необхідно тренувати при різних емоційних станах дитини, вчити дитину володіти собою, мовленням незалежно від настрою та емоцій.

7. Виховання правильного мовлення в залежності від обстановки: 1) тренування в добре знайомій обстановці, 2) в малознайомій, 3) в незнайомій.

8. Виховання правильного мовлення в залежності від оточення: 1) наодинці, 2) з близькими та друзями, 3) з вихователями, 4) з малознайомими людьми, 5) з незнайомими.

9. Характеристика діяльності:

- вид діяльності (навчальна діяльність, зображувальна діяльність, трудова діяльність тощо);
- ступінь складності (елементарні дії, комплекс дій);
- відношення діяльності до мовлення (опис того, що було, того, що є або того, що буде).

Програма подолання заїкання включала певні етапи.

1. Підготовчий етап, 2-3 заняття. Ми готували дитину до мовленнєвих занять, налаштовували на ці заняття. Протягом цього етапу дотримувались режиму відносного мовчання, відносного мовленнєвого спокою.

2. Етап обмеження мовленнєвого спілкування, 5-7 занять. На даному етапі проводилися артикуляційні та дихальні вправи, фразова зарядка, лічильна зарядка, робота автоматизованими рядками.

3. Етап сполученого мовлення, 5-7 занять. На даному етапі відбувалося читання віршів, промовляння речень, фраз, невеликих повідомлень.

4. Етап відображеного мовлення, 7-10 занять. На даному етапі дитина повторювала за дорослим тексти, віршовані форми, речення, прислів'я тощо.

5. Етап перебудови мовленнєвих навичок, 10-15 занять. Даний етап передбачає роботу над діалогом, переказом, проведення бесід на задані теми, складання розповіді тощо. Також цей етап включав практику розмовного мовлення.

6. Етап закріплення правильних мовленнєвих навичок, 10-15 занять. Етап включає закріплення набутих навичок в самостійному мовленні в різних життєвих ситуаціях, які були створені нами та батьками.

7. Заключний етап, 3-5 занять. Етап передбачав групові заняття, що проводилися разом з батьками. На даному етап проводилися декламування, інсценування, доповіді-вступи на задані теми, які представляють інтерес для дитини.

На кожному занятті всіх етапів нами застосовувався точковий масаж, основною метою якого стало:

- релаксація м'язів, що забезпечують роботу дихального, голосового та артикуляційного відділів;
- нормалізація емоційного стану підлітків.

Під час проведення масажу ми дотримувались певних умов.

1. На перших заняттях ми масажували 3-4 точки, поступово збільшуючи їх кількість.
2. Симетричні точки масажували одночасно.
3. Масаж зазвичай проводився наприкінці логопедичного заняття.
4. Заняття відбувалися через день, масаж проводився через день.
5. Дитина під час масажу має бути розслабленою та спокійною. Масаж проводився під спеціально підібрану музику.

Для того, щоб знайти точку, необхідно було намацати її кінчиком пальця та натиснути: в дитини виникало відчуття специфічного болю або ломоти. Це відчуття є передбаченим, воно сигналізує про те, що точку знайдено. Проте у процесі масажу ні відчуття болі, ні відчуття ломоти не повинно виникати. Якщо в дитини виникає запаморочення, масаж необхідно припинити. Під час нашого дослідження таких випадків не було.

Під час точкового масажу дитина мала бути спокійною, розслабленою. Ми попереджали батьків про те, що не потрібно дітей годувати перед заняттям, давати дитині чай, тому як це збуджу нервову систему.

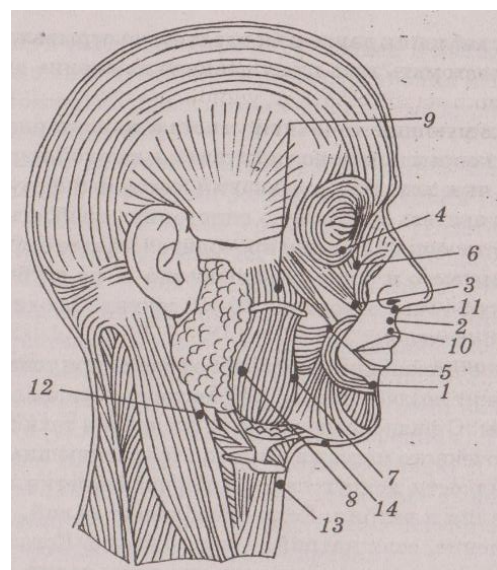
У нашому дослідженні ми задіяли комплекс біологічно активних точок за Ю. В. Мікляєвою, вплив на які є найбільш ефективним для нормалізації стану м'язів артикуляційного апарату (Рис. 3.1.) [2].

Точка 1 – знаходиться в центрі складки підборіддя-губа (непарна). Застосування: опущення кута рота, втрата голосу, гіперсалівація, заїкання та параліч лицьового нерву.

Точка 2 – знаходиться під носовим отвором (непарна). Застосування: опущення кута рота.

Точка 3 – знаходиться на перетині горизонтальної лінії, що проведена через основу крил носа та щічно-губної складки, для знаходження якої, необхідно усміхнутися) (парна). Застосування: опущення кута рота, закладеність носа, носова кровотеча, параліч лицьового нерву, нежить.

Точка 4 – знаходиться під зіницею на середині нижнього краю орбіти (парна). Застосування: птоз повік, парез мімічних м'язів рота.



Точка 5 – знаходиться на відстані 1 см. від кутів рота (парна). Застосування: невралгія трійчастого нерву, парез лицьового нерву, тики і птоз повік, опущення кутів рота, гіперсалівація.

Точка 6 – знаходиться вертикально нижче зіниці (парна). Застосування: опущення кутів рота, ослаблення оральної мускулатури.

Точка 7 – знаходиться перед кутом нижньої щелепи в поглибленні на кістці (парна). Застосування: парез лицьового нерву, спазм жувальних м'язів, спазм м'язів шиї, опущення кутів рота.

Точка 8 – знаходиться під вушною раковиною в найбільш випуклому місці жувального м'язу (парна). Застосування: заїкання, зняття напруги.

Рис. 3.1. Біологічно активні точки.

Точка 9 – знаходиться у поглибленні виличної дуги під виличною кісткою (парна). Застосування: гіперсалівація, параліч лицьового нерву.

Точка 10 – знаходиться в центрі верхнього краю верхньої губи (непарна). Застосування: контрактура міміки лицьового нерву, тікі.

Точка 11 – знаходиться в ямці над верхньою губою прямо під носом (непарна). Застосування: опущення кутів рота, тік і контрактура верхньої губи.

Точка 12 – знаходиться на рівні нижньої щелепи, під кутом за щелепною кісткою (парна). Застосування: гіперсалівація, розлади ковтання.

Точка 13 – знаходиться під підборіддям на піднесенні виступу гортані під основою язика (непарна). Застосування: западання язика, знижений тонус язика, утруднене дихання, гіперсалівація, дисфагія.

Точка 14 – знаходиться в області підщелепної ямки (непарна). Застосування: дисфагія, розслаблення язика та його кореня.

Також на заняттях ми використовували не одну точку, а цілий комплекс біологічно активних точок.

Нормалізація стану м'язів артикуляційного апарату:

- 1) точка під носом в верхній третині вертикальної борозди;
- 2) точка в центрі складки підборіддя-губа;
- 3) парні точки назовні кутів рота на відстані 1 см.;
- 4) парні точки на відстані 1 см. по діагоналі від крил носа;
- 5) парні точки на нижній щелепі, що розташовані на одній вертикальній лінії з точками 3.

Поліпшення кровотоку верхніх відділів порожнини носу:

- 1) парні точки на середині відстані між крилами носа та краєм верхньої губи, назовні від середньої лінії на 0,5 см.;
- 2) парні точки у крил носа;
- 3) парні точки у бічній борозні крил носа, нижче внутрішнього кута ока;
- 4) парні точки у основі надбрівних дуг;
- 5) точка в центрі перенісся, посередині між закінченням брів.

Нормалізація стану голосового апарату:

- 1) точка на серединній лінії шиї, між нижнім краєм тіла під'язикової кістки та верхньою частиною щитоподібного хряща;
- 2) точка приблизно вище верхнього краю яремної частини грудини на 0,7 см.

Нормалізація стану м'язів глотки, гортані та кореня язика:

- 1) точка на серединній лінії шиї або посередині верхнього краю під'язикової кістки;
- 2) парні точки назовні від нижнього краю щитоподібного хряща, у переднього краю грудино-ключично-соскоподібного м'яза.

Нормалізація стану м'язів шиї і плечового поясу:

- 1) парні точки, розташовані вище задньої лінії росту волосся, в сторону від середньої лінії голови на 1,5 поперечного пальця;
- 2) парні точки, що розташовані під потиличною кісткою вище задньої лінії росту волосся, в ямці у зовнішнього краю трапецієподібного м'яза;
- 3) точка між 1-м і 2-м шийними хребцями, трохи вище задньої лінії росту волосся;
- 4) парні точки в області верхнього плечового поясу і ключиці;
- 5) точка в області 7-го шийного і 1-го грудного хребців.

Нормалізація стану м'язів плечового пояса і регуляція ритму дихання:

- 1) точка в середній частині грудини, на відстані ширини долоні, яка додається до ключиць;
- 2) точка в центрі грудини, на лінії розташування сосків;
- 3) парні точки в поглибленнях при положенні зведених плечей.

Точка життя впливає на організм в цілому: на тім'яні, ближче до верхівки, в западині на прямому проділі, там, де його поперечна лінія, проведена від вуха до вуха через верхні точки вушних раковин [16].

3.2. Аналіз результатів впровадження розробленої методики

На контрольному етапі дослідження обстежено також чотири дитини із заїканням віком 11-12 років, які відвідували науково-практичний центр кафедри логопедії Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка та пройшли курс корекційних занять щодо подолання заїкання із застосування точкового масажу. За основу обстеження підлітків із заїканням на контрольному етапі також взято методику А. І. Буянова. На даному етапі нами виключено вивчення медичної документації, збір анамнезу, тому як ці дані ми отримали на констатувальному етапі дослідження. Також нами виключено обстеження писемного мовлення, так як у дітей не виявлено порушень писемного мовлення.

На наше повторне прохання нам були надані психолого-педагогічні характеристики із навчальних закладів, які відвідували діти. В усіх характеристиках було зазначено, що діти активніше стали брати участь в колективній діяльності, брати на себе ініціативу, що не було відмічене в наданих характеристиках на констатувальному етапі дослідження. Педагоги відмічають, що кількість запинок у мовленні зменшилась, діти охоче спілкуються з однолітками та дорослими.

Під час спостереження за дітьми на заняттях та безпосереднього обстеження, можна констатувати наступне:

- всі діти виявляли бажання позбутися мовленнєвого недоліку;
- всі діти займалися з інтересом, ставилися до занять відповідально, не виявляли небажання виконувати певне завдання;
- програмний матеріал Аліса опанувала на високому рівні, Артем, Данііл та Іван – на рівні вище середнього;
- діти були ініціативними під час проведення занять, супроводжували дії мовленням, все частіше ставали ініціаторами спілкування;
- у дітей не виявлено станів випадкової зміни настрою, емоційний стан є позитивним, прикладали вольові зусилля, контролювали власне мовлення.

Обстеження загальної моторики і тонких рухів пальців рук показало, що діти утримують задану позу, без утруднень переключаються з однієї позиції на іншу, відсутні порушення координації та рівноваги. Покращився показник виконання дій, які потребують одночасності виконання двома руками або руками та ногами.

Проби на виявлення стану мимічних рухів показали, що міміка дітей є живою, виразною, адекватною; вони можуть показати здивування, образу, злість, веселість, усміхнутися, «кислий лимон, «імітація свисту», «яскраве сонце» тощо.

Обстеження артикуляційної моторики виявляє її точність, рухливість, вміння переключатися з одного руху на інший. Діти виконали задані динамічні та статичні артикуляційні вправи, виконали завдання з виконання вправ по чергово.

Діти легко вступають в контакт; достатня мовленнєва активність спостерігається у всіх дітей.

Позитивні зміни ми відстежили і в розвиткові темпу та ритму мовлення. У дітей покращилися навички говорити неквапливо, ритмічно й виразно.

Дихання стало більш глибоким, діти навчилися максимально заповнювати легені повітрям та примушувати діафрагму брати участь у голосоутворенні.

Слід зазначити, що діти навчилися контролювати власне мовлення, у них майже зник страх мовлення.

Заїкання у всіх дітей на констатувальному етапі дослідження яскраво проявлялося в усіх видах мовлення: у бесіді, під час складання оповідання за заданою темою, розповіді, переказу прочитаного тощо. На контрольному етапі дослідження заїкання частково проявлялось під час розповіді та спонтанному мовленні. Також слід відмітити, що в дітей частково погіршувалось мовлення під час сильного емоційного збудження, на що ми звернули увагу батьків та надали рекомендації.

Рівень вираження мовленнєвих судом на контрольному етапі дослідження визначений нами як легкий.

Слід сказати про те, що настрій виявився у дітей стійким, позитивним, діти стали ініціативним, легко вступають в контакт, адекватно сприймають зауваження та схвалення.

Отже, створена нами програма корекції заїкання із застосовуванням точкового масажу за умови правильного вибору прийомів, визначенні їх інтенсивності та дозування, дотримання всіх умов його проведення є вагомим засобом не лише корекції мовленнєвих вад, невід'ємною частиною логопедичної роботи, а й лікування і відновлення працездатності, зняття втоми і підтримки загального тону організму, активним засобом зміцнення здоров'я і попередження захворювань організму, особливо при порушеннях загальної та дрібної моторики на фоні артикуляційних розладів.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Останнім часом одним із дієвих підходів до подолання заїкання є точковий масаж. Біологічно активні точки – це зони, по яких кровоносні, лімфатичні та нервові канали проходять найбільш близько один до одного. За сучасними поглядами в дії точкового масажу лежать складні рефлекторні безумовні реакції, засновані на функціонуванні різних відділів спинного, головного мозку, периферичної і вегетативної нервової системи.

Методом точкового масажу є вплив на біологічно активні точки пальцем або пальцями рук. В основі точкового масажу лежить вплив пальцем або пальцями на біологічно активні точки, які мають рефлекторний зв'язок з різними внутрішніми органам і функціональними системами. Прийомами точкового масажу є погладжування, розтирання, розминання, пощипування, вібрація, прийом «укол», постукування, пунктирне продавлювання точок.

Корекційна робота з подолання заїкання відбувалась на базі Науково-практичного центру кафедри логопедії СумДПУ імені А. С. Макаренка. Корекційна робота передбачала проведення логопедичних занять за спеціально розробленою програмою; використання елементів логоритміки, метою яких є розвиток ритмічної організації мовлення та рухів; проведення точкового масажу на занятті; роботу з батьками, метою яких є формування здорової особистості дитини. Логопедичний вплив, як рекомендують більшість авторів, ми здійснювали в двох напрямках: прямий логопедичний вплив, непрямий логопедичний вплив.

Під час корекційної роботи ми враховували основні вимоги, що висуваються до логопедичних занять з дітьми із заїканням та фактори, що впливають на посилення або послаблення судом (якість мовлення).

Програма подолання заїкання включала певні етапи.

1. Підготовчий етап, 2-3 заняття.
2. Етап обмеження мовленнєвого спілкування, 5-7 занять.
3. Етап сполученого мовлення, 5-7 занять.

4. Етап відображеного мовлення, 7-10 занять.
5. Етап перебудови мовленнєвих навичок, 10-15 занять.
6. Етап закріплення правильних мовленнєвих навичок, 10-15 занять.
7. Заключний етап, 3-5 занять.

На кожному занятті всіх етапів нами застосовувався точковий масаж, основною метою якого стало: релаксація м'язів, що забезпечують роботу дихального, голосового та артикуляційного відділів; нормалізація емоційного стану підлітків.

На контрольному етапі дослідження обстежено також чотири дитини із заїканням віком 11-12 років, які відвідували науково-практичний центр кафедри логопедії СумДПУ імені А. С. Макаренка та пройшли курс корекційних занять щодо подолання заїкання із застосування точкового масажу. За основу обстеження підлітків із заїканням на контрольному етапі також взято методику А. І. Буянова. На даному етапі нами виключено вивчення медичної документації, збір анамнезу, обстеження писемного мовлення.

На наше повторне прохання нам були надані психолого-педагогічні характеристики із навчальних закладів, які відвідували діти. Було зазначено, що діти активніше стали брати участь в колективній діяльності, брати на себе ініціативу, охоче спілкуються з однолітками та дорослими, зменшилась кількість запинок у мовленні. Діти навчилися контролювати власне мовлення, у них майже зник страх мовлення.

Рівень вираження мовленнєвих судом на контрольному етапі дослідження визначений нами як легкий.

Отже, створена нами програма корекції заїкання із застосуванням точкового масажу є вагомим засобом корекції мовленнєвих вад, невід'ємною частиною логопедичної роботи, лікування і відновлення працездатності, зняття втоми і підтримки загального тону організму, активним засобом зміцнення здоров'я і попередження захворювань організму, особливо при порушеннях загальної та дрібної моторики на фоні артикуляційних розладів.

ВИСНОВКИ

Дослідження дає підстави зробити наступні висновки.

1. Нами проведений аналіз науково-методичної літератури, визначені науково-теоретичні основи подолання заїкання в підлітків.

Заїкання – це важка проблема як в теоретичному, так і в практичному аспектах. Визначення заїкання дає Л. І. Белікова: це порушення темпу, ритму та плавності усного мовлення, зумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату.

Проблемою заїкання займалися багато вітчизняних і закордонних фахівців: В. Гіляровський, Н. Неткачев, І. Сікорський, Л. Бондарева, В. Ісагулієв, П. Ісагулієв, Р. Левіна, Ф. Рау, М. Хватцев, Л. Белякова, Є. Дьякова, Є. Рау, В. Селіверстов, В. Шкловський, А. Кравченко, В. Кондратенко, З. Ленів. Тривалий час заїкання в підлітків досліджували такі фахівці, як Л. Андропова (Л. Арутюнян), Г. Волкова, Б. Драпкін, Ю. Некрасова, Є. Оганесян, І. Поварова, Є. Рау, В. Селіверстов, В. Шкловський.

У сучасній логопедії виділяють дві групи причин заїкання: такі, що призводять до виникнення заїкання («грунт»), та вихідні («поштовхи»). При цьому деякі етіологічні фактори можуть як сприяти розвитку заїкання, так і безпосередньо викликати його.

У заїкуватих підлітків на перший план у клінічній картині виступають вторинні емоційні розлади. Відчуття неповноцінності та страх мовлення в певної групи хворих стають основними симптомами. Заїкання викликає особливо гостру емоційну реакцію людини на свій дефект, що, можливо, пов'язано з відсутністю зрозумілих і конкретних причин його появи.

На сьогодні спеціальна логопедична література пропонує декілька ефективних методик подолання заїкання в учнів шкіл та підлітків: методика В. Селіверстова, А. Ястребової, С. Ляпідевського, Н. Асатіані та інших.

У дослідженні взяли участь чотири дитини із заїканням віком 11-12 років, які відвідували науково-практичний центр кафедри логопедії Сумського

державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. На констатувальному етапі дослідження проведено обстеження дітей з метою виявлення ступеня заїкання. За основу обстеження підлітків із заїканням взято методику А. І. Буянова. Обстеження містило декілька блоків.

Блок I. Збір відомостей від батьків.

Блок II. Вивчення документації.

Блок III. Первинне логопедичне обстеження усного мовлення.

Блок IV. Обстеження писемного мовлення.

Блок V. Обстеження загальної моторики і тонких рухів пальців рук, м'язової моторики.

Діти не мають патології зору, слуху та інтелекту. Мовленнєвий розвиток дітей відповідає віковим нормам. Порухень писемного мовлення не виявлено. Результати обстеження дали можливість виявити ступінь порушення використання засобів мовлення, який виявився тяжким, та побудувати програму подолання заїкання.

Одним із дієвих підходів до подолання заїкання є точковий масаж, методом якого є вплив пальцем або пальцями рук на біологічно активні точки, які мають рефлекторний зв'язок з різними внутрішніми органами і функціональними системами. Прийомами точкового масажу є погладжування, розтирання, розминання, пощипування, вібрація, прийом «укол», постукування, пунктирне продавлювання точок.

Корекційна робота з подолання заїкання відбувалась на базі Науково-практичного центру кафедри логопедії СумДПУ імені А. С. Макаренка. Корекційна робота передбачала проведення логопедичних занять за спеціально розробленою програмою; проведення точкового масажу на занятті; роботу з батьками, метою яких є формування здорової особистості дитини.

Програма подолання заїкання включала певні етапи.

1. Підготовчий етап, 2-3 заняття.
2. Етап обмеження мовленнєвого спілкування, 5-7 занять.
3. Етап сполученого мовлення, 5-7 занять.

4. Етап відображеного мовлення, 7-10 занять.
5. Етап перебудови мовленнєвих навичок, 10-15 занять.
6. Етап закріплення правильних мовленнєвих навичок, 10-15 занять.
7. Заключний етап, 3-5 занять.

На кожному занятті всіх етапів нами застосовувався точковий масаж.

На контрольному етапі дослідження проведено повторне обстеження дітей, які пройшли курс корекційних занять щодо подолання заїкання із застосування точкового масажу. За основу обстеження підлітків із заїканням на контрольному етапі також взято методику А. І. Буянова.

Рівень вираження мовленнєвих судом та заїкання на контрольному етапі дослідження визначений нами як легкий.

Отже, створена нами програма корекції заїкання із застосуванням точкового масажу є вагомим засобом корекції мовленнєвих вад, невід'ємною частиною логопедичної роботи, лікування і відновлення працездатності, зняття втоми і підтримки загального тонусу організму, активним засобом зміцнення здоров'я і попередження захворювань організму, особливо при порушеннях загальної та дрібної моторики на фоні артикуляційних розладів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абелева И. Ю. В помощь взрослым заикающимся / Абелева И. Ю. – М., 1969. – 200 с.
2. Акименко В. М. Логопедический массаж / В. М. Акименко. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д : Фникс, 2019 – 173 с.
3. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф.Архипова. – М.:АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. – 123 с.
4. Арутюнян Л. З. Комплексная система устойчивой нормализации речи заикающихся / Л. З. Арутюнян. – М., 1990. – 144 с.
5. Асатиани Н.М. Особенности формирования личности у юношей с заиканием / Н. М. Асатиани, В. Г. Казаков, Ю. Л. Фрейдин // В кн.: IV Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии детского возраста (6-7 сентября 1978, Ставрополь). – 1978. – С. 113-114.
6. Арнаутова Л.В. Корекція заїкання у вітчизняній та зарубіжній практиці./ Л.В. Арнаутова // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць. — Кам'янець-Подільський: ПП Медобори. – вип.9. – 2017. – Т.1. – с.5.
7. Беккер К.П. Комплексный медико-педагогический метод лечения заикания // Заикание / [Н.М.Асатиани, К.П.Беккер, Л.И.Белякова и др.]; под ред. Н.А.Власовой, К.П.Беккер. – М.: Медицина, 1978. – С. 24-28.
8. Белякова Л. И. Логопедия. Заикание / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – М.: Эскимо–Пресс, 2001. – 320 с.
9. Блыскина И. В. Логопедический массаж. Методическое пособие / И. В. Белякова. – СПб., 2004
- 10.Буянов М. И. Заикание у подростков. Кн. для логопеда / Сост. М. И. Буянов. – М.: Просвещение, 1989. – 175 с.
- 11.Вакуленко Л.О. Основи масажу./[Л.О. Вакуленко, З.П.Прилуцький, Д.В.Вакуленко, С.В.Кутаков, Н.Ю. Лучишин]. – Тернопіль : ТНПУ, 2013. – 132 с

12. Васичкин В. И. Большой справочник по массажу / В. И. Васичкин. – СПб.: Невская книга, М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 448 с.
13. Волкова Г. А. Заикание и дизонтогенез // Методы изучения и преодоления речевых расстройств: межвуз. сб. науч. тр. / под ред. Г. А. Волковой. – СПб., 1994. – С. 7–12.
14. Дедюхина Г. В. Логопедический массаж и лечебная физкультура с детьми 3–5 лет, страдающих детским церебральным параличом / Г. В. Дедюхина, Л. Д. Могучая, Т. А. Янышина. – М., 1999.
15. Державний стандарт початкової освіти, затверджений Постановою Кабінету міністрів України 21.02.2018 №87. – К., Видавничий дім Основа, 2018. – С. 80
16. Дьякова Е. А. Логопедический массаж: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 96 с
17. Жинкин Н. И. Психологические основы развития речи // В защиту живого слова / Н. И. Жинкин. – М., 1966. – С. 5–25.
18. Жинкин Н. Механизмы речи / Н. И. Жинкин. – М.: Издательство Академии педагогических наук, 1958.
19. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте / Под ред. и с перед. В. К. Трутнева и С. С. Ляпидевского, пер. с чешск. Е. О. Соколовой. – М.: Медгиз, 1962. – 300 с.
20. Інюшин Г. С. Деякі психологічні особливості заїкуватих дошкільнят / Г. С. Інюшин // Актуальні проблеми логопедії. – М. – 1980.
21. Когновіцька Т. С. Подолання заїкуватості в школярів з урахуванням мелодики і темпу їх мови / Т. С. Когновіцька. – Львів. – 1990.
22. Кондратенко В. Заїкання: сеноменологія та основні напрями реабілітації: Посібник для вищ. навч. закладів / В. Кондратенко, В. Ломоносов. – К. : Вид-во КНТ, 2006. – 70 с.

23. Кондратенко В. Заїкання: феноменологія та основні напрями реабілітації: посіб. для вищ. навч. закладів / В.Кондратенко, В. Ломоносов. – К.: Вища школа, 2006. – 70 с.
24. В. Кочергина Расстройства темпа, ритма и плавности речи Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит, изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. II: Нарушения темпа и ритма речи: Заикание. Брадилалия. Тахилалия. – 432 с.
25. Кравченко А. І. З історії питання клініко-фізіологічної характеристики заїкання / А. І. Кравченко // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології, 2014. – № 9 (43).
26. Кравченко А. І. Корекція заїкання засобами комплексної фізичної реабілітації: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів / А. І. Кравченко, Н. М. Скачедуб. – перероб. і доп. – Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. – 178 с.
27. Кравченко А. І. Корекція тяжких мовленнєвих вад за допомогою акупресури: навч.- метод. Посіб. для студ. вищ. навч. закл. / А. І. Кравченко, Л. В. Мороз, К. О. Зелінська. – Суми, 2013. – 272 с.
28. Куршев В.А. Заикание / В. А. Куршев. – М.: Медицина. – 1973. – С. 155.
29. Лагузен Х. Способ излечения заикания.– СПб, 1838. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты). Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.I / Под ред. Л.С.Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997.
30. Левина Р. Е. Пути изучения и преодоления заикания у детей / Р. Е. Левина // Специальная школа (школы для глухих и слепых детей, вспомогательные школы и логопедические учреждения) / под ред. А. И. Дьячкова. – 1966. – Вып. 4 (120). – С. 118–124.
31. Логопедія. Підручник, друге видання, перероблене та доповнене / За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.

32. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с.
33. Логопсихологія : навч. посіб. / С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак ; за ред. М. К. Шеремет. – К.: Знання, 2010. – 293 с.
34. Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. – М., 1985.
35. Миронова С.А. Исправление заикания у дошкольников в процессе обучения/ Ред. Р.Е.Левина. – М.: Педагогика. – 1975, с. 23-135.
36. Миссуловин Л.Я. Заикание. – М., 1999. – 205 с.
37. Неткачев Г. Д. Заикание, его сущность и лечение у детей и взрослых. / Г. Д. Неткачев. – М., 1909. – С. 133.
38. Поварнин К. И. О логоневрозах и их лечении в свете последних достижений патофизиологии и медицины // Вопросы патологии речи / К. И. Поварнин – Харьков, 1959. – С. 179–182.
39. Поварова И. А. Коррекция заикания в играх и тренингах / И. А. Поварова. - С-Пб: 2004. – 348 с.
40. Прилепа В. А. Акупресура як складова системи корекційно-лікувального впливу при заїканні / В. А. Прилепа, А. І. Кравченко // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: збірник матеріалів конференції (14 квітня 2017 року, м. Суми).
41. Приходько О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О. Г. Приходько. – СПб.: КАРО, 2010. – 160с.
42. Рибцун Ю. В. Проблема заикания у дошкольников в работах Р. Е. Левиной [Электронный ресурс] / Ю. В. Рибцун. – Режим доступа к изд. : http://www.http://www.logoped.in.ua/newsite/?page_id=1595.
43. Селиверстов В. И. Заикание у детей / В. И. Селиверстов – М. : Владос, 2000. – 208 с.

44. Сергєєва І.В. Логопедична допомога в системі освіти України// Педагогіка та методика спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова. – К., 2001.
45. Сикорский И. А. Библиотека логопеда. Заикание / И. А. Сикорский – М.: Астрель, 2005. – 192 с.
46. Сикорский И. А. О заикании. – СПб., 1889. – С. 38-152. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты). Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений: в 2 тт. Т.І / Под ред. Л.С.Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997.
47. Сильченко В. В. Заїкання у дітей дошкільного віку, способи корекції та подолання / В. В. Сильченко, В. В. Кордонець, А. Б. Вахітова // Актуальні питання корекційної освіти. – Випуск №10 (2018).
48. Смирнова Л. Н. Логопедия при заикании. Занятия с детьми 5–7 лет в детском саду: пособие для логопедов, воспитателей и родителей / Л. Н. Смирнова – М.: Мозаика – Синтез, 2006. – 64 с.
49. Тарасун В.В. Логодидактика. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / В.В. Тарасун. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова, 2004. – 348 с.
50. Терентьєва В. І. Особливості поведінки дітей із заїканням в емоційно насиченою ситуації / В. І. Терентьєва // Дефектологія. – 1996. – №1.
51. Трофименко Л.І. Програма з корекційно-розвиткової роботи для підготовчого, 1-4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з тяжкими порушеннями мовлення («Корекція мовлення») / Трофименко Л.І. – Київ, 2016. – 90 с.;
52. Тюрин А. М. Массаж традиционный и нетрадиционный / А. М. Тюрин. – СПб : Питер Пресс, 1997. – 234 с.
53. Тяпугин Н. П. Заикание / Н. П. Тяпугин – М.: Медицина, 1966. – 156 с. 9.
Шостак Б. И. Особенности состояния моторики у детей, страдающих заиканием: дисс канд. пед. наук. / Б. И. Шостак – М., 1965. – 173 с.

54. Хватцев М.Є. Як попередити і усунути недоліки голосу й мовлення в дітей / М.Є.Хватцев. – М. – 1962.
55. Чевелева Н. А. Исправление речи у заикающихся дошкольников. / Н.А.Чевелева. –1965. – С. 388.
56. Черныш В.В., Блудов А.А. Заикание.net Лечение заикания у детей и взрослых / Черныш В.В., Блудов А.А. – М.: Наука и техника, 2011. – С. 176.
57. Шевченко С.Н. Онтогенетически ориентированная психотерапия детей и подростков (на модели заикания) / С. Н. Шевченко // Психокоррекция : теория и практика. – М.: Педагогика. – 1995. – С. 230.
58. Шевцова Е. Е. Артикуляционный массаж при заикании / Е. Е Шевцова. - М.: В.Секачев, 2006. – С. 30.
59. Шеремет М.К. Логопедія/ Підручник, третє видання, перероблене та доповнене // За ред. М.К.Шеремет. – К.: Слово, 2014. – 672 с.
60. Шеремет М.К. Неврологічні основи логопедії: навч. посіб. / М. К. Шеремет, О. В. Боряк. – Суми: ФОП Цьома С.П., 2016 – 252 с.
61. Шкловский В.М. Заикание / В.М.Шкловский – М.: ІСЕ, 1994. – С. 256.
62. Школа для батьків / В. Бондаровська, К. Бабенко, О. Возіянова та ін. – К. : Батискаф, 2003.
63. Ястребова А. В. Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы: Пособие для учителей-логопедов / А. В. Ястребова. – М. : Просвещение, 1980. – 160 с.
64. <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/7563/1/Potapenko.pdf>
65. <http://eprints.zu.edu.ua/24429/1/%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8.PDF>

Додаток А

Мовленнєва картка

Прізвище, ім'я дитини, вік дитини _____

Скарги батьків _____

Вагітність та пологи матері:

особливості протікання вагітності _____

особливості протікання пологів _____

Ранній мовленнєвий розвиток:

час появи гуління, особливості _____

час появи лепету, особливості _____

час появи перших слів _____

час появи простої фрази _____

час появи розгорнутої фрази _____

наявність інших дефектів мовлення _____

Ранній розвиток дитини:

сон, апетит _____

інфекційні, соматичні та мозкові захворювання, мозкові травми _____

формування моторних навичок _____

навичок охайності _____

час виділення ведучої руки та наявність перенавчання _____

адаптація в дошкільному закладі _____

основні риси характеру _____

основні риси поведінки _____

наявність емоційної нестійкості _____

рівень розвитку ігрової діяльності _____

Час появи заїкання, характер виникнення заїкання ймовірні причини _____

Перебіг заїкання _____

Якість мовлення в даний час _____

Наявність страху _____
 Якість засвоєння шкільного матеріалу _____
 Особливості характеру дитини _____
 Спадковість _____
 Умови виховання дитини _____
 Психологічний клімат у сім'ї _____
 Результати попереднього лікування, навчання _____
 Вивчення медичної документації:
 заключення невролога _____
 психіатра _____
 отоларинголога _____ окуліста _____
 стан інтелекту _____
 Вивчення психолого-педагогічної документації:
 характеристики, що складені учителем _____

 характеристики, що складені практичним психологом _____

 Темп мовлення _____
 Характеристика голосу _____
 Характеристика дихання _____
 Виразність мовлення _____
 Локалізація і тип судом _____
 Супутні рухи _____
 Фіксація уваги на звуках _____
 Особливості перебігу заїкання _____
 Найбільш легка ситуація _____
 Найбільш важка ситуація _____
 Наявність мовленнєвих прийомів _____
 Якість мовлення в момент емоційного підйому _____
 Оцінка власного мовлення _____

Налаштованість на лікування, віра в одужання _____

Будова і рухливість артикуляційного апарату _____

Звуковимова _____

Стан загальної моторики _____

Якість мовлення під час обстеження:

сполучене мовлення _____

відображене мовлення _____

автоматизовані ряди _____

читання віршів _____

переказ прочитаного _____

відповіді на запитання _____

складання розповіді за картиною _____

самостійне мовлення _____

Загальна характеристика мовлення:

лексичний склад мовлення _____

граматичне оформлення мовлення _____

сформованість зв'язного мовлення _____

Особливості мовленнєвої поведінки _____

Обстеження писемного мовлення:

диктант _____

твір на тему «Осінній вернісаж» _____

вивчення письмових робіт дитини _____

Стан загальної, дрібної, мімічної моторики:

статична координація _____

динамічна координація _____

одночасність рухів _____

обстеження тонких рухів пальців рук _____

обстеження довільних мімічних рухів _____

Логопедичне заключення _____

Конспект заняття

Мета: удосконалення навичок плавного, інтонованого мовлення без заїкання; розслаблення м'язів шиї, плечового поясу, кінцівок за контрастом з напругою; формування техніки діафрагмально-реберного дихання, вміння свідомо регулювати розподіл видиху на певні мовленнєві відрізки; виховування самоконтролю за мовленням і поведінкою.

Обладнання: кубик з виразом різних емоцій, дзеркало, картки з мовленнєвими завданнями.

Хід заняття.

I. Вступна частина.

Регуляція емоційного та м'язового стану.

Вправи «Годинник» (перенесення тіла з однієї ноги на іншу), «Дощ» (тягнути шию вгору та опустити, послаблюючи м'язи), «Листя» тягнути руки вгору та опустити, послаблюючи м'язи). Кожна вправа виконується 3-4 рази

II. Основна частина.

1. Артикуляційна гімнастика.
2. Вправи для розвитку мімічних рухів (промовляти ООООО з різною інтонацією та мімікою).
3. Дихально-голосова гімнастика:
 - 1) прийоми парадоксальної гімнастики О. М. Стрельникової («Долоньки», «Поясок», «Поклон», «Кішка», «Обійми плечі»).
 - 2) вимова на діафрагальному видиху з м'якою голосоподачею сполучення двох, трьох та чотирьох звуків звуки пошепки, тихим голосом, голосом середньої гучності, гучно;
 - 3) рахунок до 5 з посиленням сили голосу.
4. Робота над словом:
 - 1) вимова слова на видиху;

- 2) вимова одного слова тричі на одному вдиху;
- 3) вимова трьох різних слів на одному видиху;
- 5. Робота над реченням:
 - 1) промовляння речень з 2 слів;
 - 2) промовляння речень з 3 слів;
- 6. Точковий масаж.

III. Заключна частина.

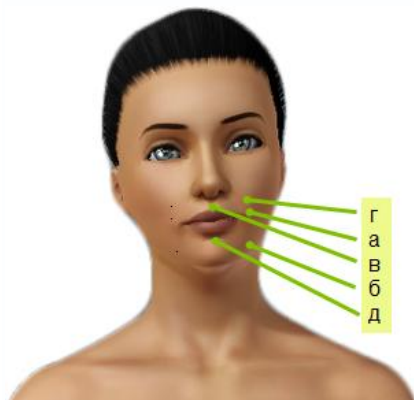
Підведення підсумків

Домашнє завдання.

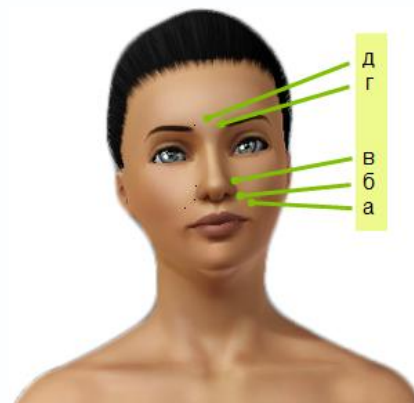
Додаток В

Біологічно активні точки, що використовуються в логопедичному масажі

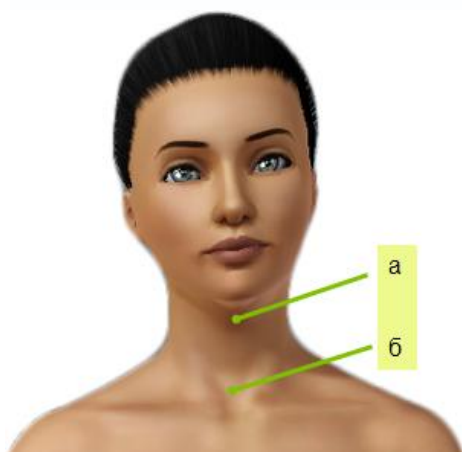
*Нормалізація стану м'язів
артикуляційного апарату*



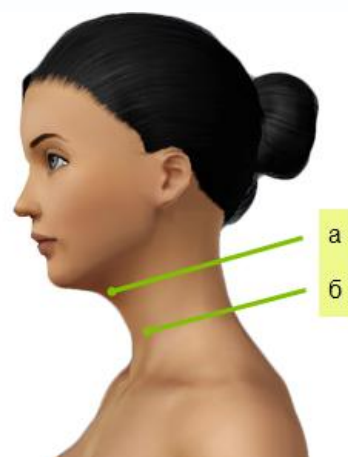
*Поліпшення кровотоку
верхніх відділів порожнини носу*



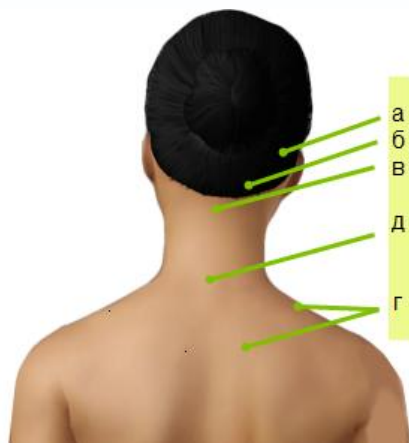
*Нормалізація стану
голосового апарату*



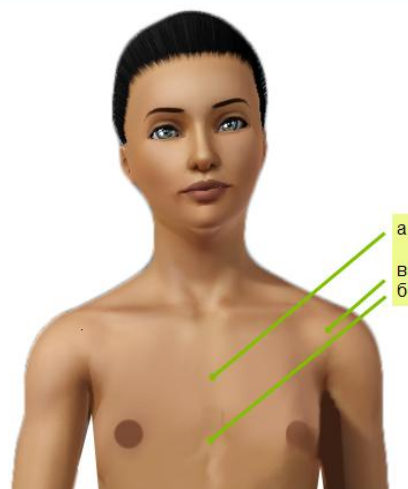
*Нормалізація стану м'язів глотки,
гортані та кореня язика*



*Нормалізація м'язів шиї і
плечового поясу*



*Нормалізація стану м'язів
плечового поясу і регуляція
ритму дихання*



*Покращення працездатності,
поліпшення пам'яті, зняття
напруги з м'язів голосового
апарату*



*Стимулююча дія на
організм в цілому*



Консультації для батьків

ПРИЧИНИ ЗАЇКАННЯ

Заїкання – це такий дефект мовлення, при якому найперше порушується можливість вільного мовленнєвого спілкування дитини з тими людьми, хто її оточує. Зовні воно виражене в мимовільних зупинках під час висловлювання, а також у вимушених повторюваннях окремих звуків і складів. У деяких дітей заїкання супроводжується супутніми рухами рук, ніг, голови.

Одним із поширених привидів виникнення заїкання є надмірно високі вимоги, що їх деякі сім'ї висувають до мовлення дитини.

Часто заїкання виникає у дітей на фоні недорозвинення мовлення, коли в дитини не вистачає елементарного словникового запасу та граматичних засобів для висловлювання своїх думок.

Негативно впливає на стан мовлення дитини напружений емоційний фон, що склався у родині за різних обставин: тривала психотравмуюча обстановка при надмірно жорсткому, авторитарному вихованні в родині, або навпаки, при розбещеності та відсутності вимог до дитини з боку батьків; якщо неповна сім'я, часті скандали вдома або хтось із батьків зловживає алкоголем.

Заїкання в дитини може з'явитися і як наслідування однолітка чи когось із дорослих.

Часто заїкання розвивається після перенесення дитиною важкої хвороби на тлі ослабленого організму. У такому разі заїкання може виникнути одразу чи розвиватися поступово.

Однак усі перелічені ситуації частіше чи рідше можуть траплятися в житті кожної дитини, проте не завжди в кожного з них виникає заїкання. Отже, це не причини, а впливи, що провокують заїкання, а причини – це слабкість нервової системи або органічні ураження кори головного мозку.

Чи обов'язково буде заїкатися дитина, якщо в сім'ї заїкається хтось із батьків? Ні, не обов'язково. Іноді діти наслідують слабку нервову систему, тоді спілкування дитини з дорослим, що заїкається, лише привід, який може викликати заїкання в дитини. Але схильність до заїкання у вигляді слабкої нервової системи може й не передатися у спадок, і тоді заїкання не буде.

ЧОМУ ДИТИНА ЗАЇКАЄТЬСЯ І ЯК ЇЙ ДОПОМОГТИ

Для батьків дуже важливо, щоб їхня дитина говорила чисто і чітко, тому, коли вона раптово починає заїкатися, це не може не хвилювати. Щоправда, деякі тата-мами вважають заїкання чимось віковим і намагаються просто не звертати уваги. У деяких ситуаціях заїкання дійсно може минути саме по собі, особливо якщо дитині всього 2-3 роки, але так буває не завжди.

На думку лікарів, чим раніше почати лікувати заїкання, тим простіше його подолати, а от коли процес за давніми, і дитина вже почала комплексувати і соромитися розмовляти, тоді необхідно більш складне та тривале лікування, яке до того ж не гарантує стовідсоткового результату. Загалом заїкання виліковується в 50-80% випадків залежно від його виду та тривалості.

Заїкання – це системний невроз, який супроводжується порушенням мовлення дитини, її ритмічності, плавності, звуковимови. Від заїкання страждає приблизно 5-8% дітей, до того ж хлопчики в 4 рази частіше дівчаток. Критичними періодами вважаються 2-4 і 5-7 років.

Лікування багато в чому залежить від віку дитини. У 2-4 роки заїкання найкраще піддається лікуванню, іноді може пройти саме по собі. Зазвичай короткі періоди заїкання чергуються з тривалим періодом нормальної роботи мовленнєвої системи. У молодшій школі діти починають заїкатися найчастіше в періоди хвилювання: коли вчитель перевіряє техніку читання, коли потрібно відповісти перед усім класом і так далі. А після 8-9 років періоди ремісії стають все коротшими, а періоди хворобливого стану, тобто заїкання, все довшими. У підлітків заїкання теж проявляється найчастіше у стресових ситуаціях: коли

потрібно виступити зі сцени на публіці, підготувати презентацію тощо, проте періоди заїкання тривають набагато довше, ніж у ранньому дитинстві. Буває, до заїкання приєднуються нав'язливі рухи: посмикування голови, певна жестикуляція руками і інші, і тоді необхідна психотерапія. Підлітки, на відміну від маленьких дітей, зазвичай соромляться розмовляти і дуже бояться, що заїкання не мине ніколи, вони замикаються в собі, і проблем стає більше.

Під час лікування заїкання, особливо його запущених форм, проводять низку обстежень мозку, які показують, чи є підвищення внутрішньочерепного тиску, судомна готовність і інші відхилення. Чим більше запущене заїкання, тим воно гірше лікується. Що стосується молодих людей після 20, які страждають заїканням, то вони повинні займатися саморегуляцією: прибирати зайву емоційність, боротися зі страхами, а також виконувати всі рекомендації лікаря. Існує чимало ефективних методів лікування, один з яких – метод Форбрейна, суть якого полягає в тому, що людина одягає навушники і слухає власне мовлення, коригуючи її. Ця методика дає гарні результати за умов, що людина активно працює над собою.

Крім невролога, психіатра і психолога, в лікуванні заїкання велику роль відіграє логопед. На своїх заняттях він працює насамперед над мовленнєвим диханням, яке порушено, розробляє плавність мови, розслаблює м'язи обличчя, вчить говорити на видиху, виділяти ударні голосні, навчає спеціальним вправам, які допомагають напружувати і розслабляти м'язи. В арсеналі логопеда є низка ефективних методик з чітко розписаними етапами роботи над промовою.

Проте багато залежить і від самих батьків, які повинні стежити за режимом дня дитини, щоб вона вчасно лягала спати, не дивилася страшних фільмів, не сиділа годинами біля комп'ютера – все це може посилити заїкання.