

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Педагогічний факультет  
Кафедра спеціальної освіти

**ДІАГНОСТИКА СТАНУ ТЕМПО-РИТМІЧНОЇ СТОРОНИ  
МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАЇКАННЯМ**

**Кваліфікаційна робота (проект)**  
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: здобувач першого  
(бакалаврського) рівня вищої освіти  
409 групи  
Спеціальності 016 Спеціальна освіта  
Освітньо-професійної (наукової)  
програми Спеціальна освіта  
Сікорська Валерія Сергіївна  
Керівник: к.п.н., доцентка Ільїна Н. В.  
Рецензент: Зінченко О.М.

## ЗМІСТ

### **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ЗАЇКАННЯМ.....5**

1.1 Поняття та характеристика заїкання як порушення темпо-  
ритмічної сторони  
мовлення.....5

1.2 Патогенез та симптоматика розвитку заїкання у дітей.....11

1.3 Психолого-педагогічна характеристика дітей із  
заїканням.....17

1.4 Особливості темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей із  
заїканням.....23

### **РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ТЕМПО- РИТМІЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАЇКАННЯМ..26**

2.1 Напрями діагностичної роботи з дітьми дошкільного віку із  
заїканням.....26

2.2 Методики діагностики темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей  
дошкільного віку із заїканням.....32

**ВИСНОВКИ.....38**

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....41**

**ДОДАТКИ.....45**

Додаток А. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти  
Херсонського державного університету.....45

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Кількість людей які страждають на заїкання з кожним роком зростає. Воно виникає в ранньому дошкільному віці, порушує комунікативну сферу особистості та перешкоджає її адаптації до соціуму. На початковій стадії, заїкання протікає легко, але з плином часу посилюється і може призвести до хворобливих переживань дитини та страхом перед промовою.

В науковій літературі приділено багато уваги вивченню проблеми заїкання, а саме такими психологами як Ю.О. Флоренською, В.О. Гіляровським, Н.Г. Неткачевою, І.О. Сікорським. Дослідження та розроблення методик роботи з дітьми, що мають заїкання, пов'язують з прізвищами таких вчених: Н.О. Чевельова, Н.А. Власова, Г.А. Волкова, С.А. Миронова, В.І. Селіверстов та інші. Було виділено дві клінічні форми заїкання (невротична та неврозоподібна), описано судомні прояви заїкуватого під час мовлення, представлено прийоми діагностики та методи логопедичної роботи.

Загальна проблема заїкання має особливе місце саме в дошкільному віці. Своєчасна діагностична та корекційна робота з подолання мовленнєвого порушення допоможе знизити відсоток заїкуватих школярів, підлітків і дорослих. Так, як у дошкільнят легше подолати мовленнєві порушення і найбільш ефективно буде проводитися логопедична робота, яка охоплює всі компоненти мовленнєвої системи.

*Мета:* розглянути напрямки та методики діагностики стану темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей дошкільного віку із заїканням.

Відповідно до мети були поставлені наступні завдання:

1. Розкрити зміст понять порушень темпо-ритмічної сторони мовлення.

2. Описати патогенез та симптоматику розвитку заїкання у дітей.

3. Дослідити психолого-педагогічну характеристику дітей дошкільного віку із заїканням.

4. Розглянути основні напрямки діагностичної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням.

5. Розглянути методики діагностики темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей дошкільного віку із заїканням.

*Об'єктом дослідження є комунікативно-мовленнєва діяльність дітей дошкільного віку із заїканням.*

*Предметом дослідження є методика діагностики заїкання у дітей дошкільного віку.*

Для реалізації поставленої мети та завдань використовувались наступні наукові *методи дослідження*:

- аналіз для структурного подання інформації про заїкання, його основні характеристики та патогенез;
- порівняння – для виявлення основних особливостей невротичної та неврозоподібної форм заїкання;
- науковий синтез – для опрацювання теоретичної інформації та формування висновків.

*Структура роботи.* Роботу викладено на 34 сторінках основного друкованого тексту і складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (36 джерел).

*Практичне значення роботи:* у дипломній роботі було досліджено основні напрямки діагностичної роботи з дітьми із заїканням, які можуть бути використані в діагностиці темпо-ритмічної сторони мовлення логопедами, спеціальними психологами та корекційними педагогами.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ЗАЇКАННЯМ

#### 1.1 Поняття та характеристика заїкання як порушення темпо- ритмічної сторони мовлення

Основне призначення мовлення – служити засобом спілкування людей і вираження почуттів, думок, емоцій. Мовлення є продуктом психічної діяльності людини і результатом складної взаємодії різних мозкових структур. Реалізація усного мовлення відбувається завдяки злагодженій роботі периферичного рухового апарату, яка забезпечується центральною нервовою системою.

Заїкання – це порушення плавності, темпу та ритму усного мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату [1].

Досліджуючи причини та особливості протікання заїкання психіатр І.О. Сікорський вперше виявив, що початок розладу мовлення відбувається в фазі інтенсивного формування мовленнєвої функції, тобто у дошкільному віці. Важливу роль І.О. Сікорський приділяв спадковим чинникам, вважаючи що інші біологічні та психологічні причини це лише поштовхи, які порушують нестійку рівновагу мовленнєвих механізмів у дітей. Закордонні науковці середини ХХ століття, наприклад, Т. Непфнер та Е. Фрешельс, розглядали заїкання з клінічних, психологічних і педагогічних позицій. Вони виділяли такі причини виникнення заїкування: виснаження організму внаслідок інфекційних захворювань, неправильне виховання дітей, наслідування за дорослими та однолітками, інфекції, перенаванчання при ліворукості.

Дослідники В.В. Цвинтарний та Л.Г. Парамонова запропонували диференціювати заїкування на невротичне та неврозоподібне.

*Характеристика невротичної форми заїкання.* Виникнення заїкання невротичної форми у дітей зазвичай відбувається внаслідок переляку або хронічної психічної травматизації. Заїкання виникає гостро у віці від 2 до 6 років.

Анамнестичні свідчення вказують, що у дітей з цією формою заїкання як правило відсутні показання патології внутрішньоутробного розвитку і пологів. Психофізичний розвиток, як правило, проходить відповідно до вікової норми. Моторні навички (сидіння, стояння, ходьба) формуються своєчасно.

Мовленнєвий онтогенез має певні особливості. Відмічається ранній розвиток мовлення: перші слова з'являються до 10 місяців, фразове мовлення формується до 16-18 місяців. В короткий проміжок часу діти починають говорити розгорнутими фразами, їх словарний запас починає стрімко зростати, рано формується граматична побудова речень з використанням складних мовленнєвих конструкцій [2].

Темп мовлення прискорений, діти починають начебто захлинатися власними словами, недоговорюють закінчення слів та речень, пропускають окремі слова і прийменники, роблять граматичні помилки. Часто відмічається зв'язність вимови звуків в мовленнєвому потоці.

До появи заїкання у таких дітей відмічаються характерологічні особливості – підвищена сприйнятливність, тривожність, боязкість, образливість, перепади настрою, дратівливість, плаксивість, нетерпеливість [3].

Заїкання виникає частіше всього на фоні розвинутого фразового мовлення після пережитої психічної травми. Окрім гострої та хронічної психічної травматизації, невротична форма заїкання у деяких дітей розвивається в результаті активного введення в спілкування другої мови у віці 1,5-2,5 років. Це буває у дітей, які в силу свого віку не володіють

рідною мовою в достатній мірі. В цей період розвиток мовленнєвої функції оволодіння другої мовою зумовлює збільшенням психічного навантаження, яке для деяких дітей може бути патогенним фактором.

Інколи до виникнення заїкання, вслід за перенесеною дитиною гострої психічної травми деякий час (від кількох хвилин до доби) спостерігається мутизм. Дитина різко перестає говорити, на її обличчі часто можна побачити вираз страху [4].

Одночасно з виникненням заїкання діти стають більш драгівливими і в них погіршується сон. В деяких випадках з'являється впертість, капризи, порушення дисципліни. У деяких дітей при появі заїкання відмічається короткотривалий етап, коли вони в процесі усного мовлення прикривають рот рукою, боячись виникнення запинок, або обмежують своє спілкування.

Протікання мовленнєвого порушення при невротичній формі заїкання характеризується рецидивним характером, інколи мовлення стає повністю плавним, судомні зупинки повністю відсутні, але при найменшому перевтомленні, або емоціональному напруженні заїкання з'являється знову.

Невротична форма заїкання може мати сприятливий, так і несприятливий перебіг. В ході сприятливого перебігу вираженість заїкання не буває сильною. Зміна оточуючого становища, загальне оздоровлення організму дитини, адекватне проведення лікувально-педагогічних заходів прискорює зворотну динаміку мовленнєвого порушення [1].

Деяке заїкання поступово набуває хронічного перебігу, коли в подальшому повних та довготривалих ремісій не спостерігається, і мовленнєве порушення стає все більш тяжким.

Спадковість та патологічні риси характеру можуть сприяти несприятливому перебігу заїкання. В сім'ях дітей, які заїкаються,

нерідко використовують неправильні форми виховання, які призводять до хроніфікації мовленнєвої патології.

При огляді дітей дошкільного віку з невротичною формою заїкання частіше за все у них виявляють нормальний розвиток загальної моторики. Але в той же час в порівнянні з нормою для всіх дітей, для дітей які заїкаються, характерна деяка підвищена рухова стомлюваність, в'ялість, не завершення рухів до кінця, також відмічається незначний тремор рук [5].

Звуковимова у дітей не невротичної форми заїкання або не має порушень, або відповідає віковим особливостям. Темп мовлення зазвичай швидкий, голос модульований. Спостерігається ситуаційна залежність тяжкості заїкання. Слід відмітити, що в стані емоційного комфорту, в процесі гри наодинці у них відсутні судорожні зупинки в мовленні.

В дошкільному віці наявність заїкання, як правило, не має помітного впливу на соціальну поведінку дітей. Їх контакти із ровесниками та дорослими залишаються практично звичайними [6].

У багатьох дітей з невротичною формою заїкання, недивлячись на сприятливий перебіг і ремісію, в 7 років спостерігається рецидив заїкання при вступі в школу. Рецидив виникає через збільшення емоційного та фізичного навантаження, а також в результаті підвищення психічної та мовленнєвої напруженості.

Отже, для невротичної форми заїкання характерні наступні особливості:

1. Тенденції до раннього мовленнєвого розвитку до появи заїкання.

2. Наявність розгорнутого фразового мовлення до появи порушення.



3. Характерологічні властивості (емоційна вразливість, тривожність і т. д.).

4. Переважно психогенний початок мовленнєвої патології (психічна хронічна або гостра травматизація).

5. Заїкання може з'явитись у віці від 2 до 6 років.

6. Значна залежність ступеня судомних запинок від емоційного стану, того хто заїкається і умов спілкування.

7. Можливість плавного мовлення при окремих умовах ( розмова наодинці, в умовах емоційного комфорту, при відволіканні активної уваги від процесу говоріння).

*Характеристика неврозоподібної форми заїкання.* Неврозоподібна форма заїкання частіше всього починається у дітей віком 3-4 роки поступово, без помітних зовнішніх причин. При неврозоподібній формі заїкання в анамнезі часто відмічаються тяжкі токсикози при вагітності в загрозою викидня, асфіксія при пологах. Будучи немовлятами, такі діти неспокійні, крикливі та погано сплять. Їх фізіологічний розвиток знаходиться в межах низької вікової норми або з невеликою затримкою. Заїкуваті діти відрізняються від здорових дітей низькою координацією рухів, моторною незграбністю. Погано витримують жару та духоту, їзду в транспорті [2].

У дітей цієї групи відмічається підвищена стомлюваність при фізичному та інтелектуальному навантаженні. Їх увага швидко розсіюється, вони швидко відволікаються. Дуже часто такі діти метушливі, непосидючі, порушують дисципліну. Психоневрологічний стан таких дітей розцінюється як церебрастенічний синдром.

Особливо яскраво відмінність від норми проявляється в мовленнєвому розвитку. Перші слова нерідко з'являються ближче до 1,5 років, елементарне фразове мовлення формується до 3 років, розгорнуті фрази відмічаються лише до 3,5 років життя. Також маються порушення вимоги деяких звуків, відмічається повільне збільшення словникового

запасу, пізніє засвоєння граматичних конструкцій. Початок заїкання співпадає з періодом, коли починає розвиватись фразове мовлення, близько в 3-4 роки [2].

В початковому періоді заїкання, який триває від одного до шести місяців, заїкання протікає хвилеподібно, то трішки послаблюючись, то стаючи більш вираженим, але періодів без заїкання не відмічається. За відсутності допомоги логопеда, спостерігається погіршення стану мовлення.

Для цієї форми заїкання типовими є відносна монотонність та стабільність прояву мовленнєвого дефекту. Судомні зупинки посилюються при фізичному та психічному стомленні дітей, в період соматичних захворювань, залежність від зовнішніх ситуаційних факторів вкрай мала.

При обслідуванні моторики у дітей з неврозоподібною формою заїкання відмічено їх патологію, яка виражається в різному ступені: від браку координації і рухомості органів мовлення до порушення статичної та динамічної координації рук та ніг [7].

М'язовий тонус при цій формі заїкання нестійкий, рухи непропорційні та напружені. Наявні порушення координації руху рук та ніг, тонкої моторики рук, артикуляційної моторики.

Таким чином, для неврозоподібної форми заїкання характерні наступні особливості:

1. До появи заїкання відмічається тенденція до деякої затримки мовленнєвого розвитку, порушення звуковимови.
2. Відмічається патологія моторних функцій різного ступеня вираженості.
3. Судомні запинки починають з'являтися у дітей у віці 3-4 років.
4. Поява судомних запинок співпадає з фазою розвитку фразового мовлення.

5. Початок заїкання характеризується поступовістю, і не пов'язаний з психо-травматичною ситуацією.

6. Відсутні періоди плавної мови, якість мовлення мало залежить від мовленнєвої ситуації.

7. Звертання активної уваги дитиною, що заїкається на процес говоріння полегшуючи мовлення; фізична та психічна втома погіршують якість мовлення [2].

## **1.2 Патогенез та симптоматика розвитку заїкання у дітей**

Заїкання, як і інші неврози, виникає внаслідок різноманітних причин, що викликають перенапруження процесів збудження, гальмування і утворення патологічного умовного рефлексу. Заїкання – це не синдром і не симптом, а захворювання центральної нервової системи в цілому. Нервовий зрив у діяльності кори великих півкуль може бути зумовлений станом нервової системи, та її готовністю до відхилень від норми. Також зрив може бути зумовлений несприятливими екзогенними факторами. Відображенням нервового зриву є розлад особливо вразливої у дитини області – мовлення, що проявляється в порушенні координації мовленнєвих рухів з явищами аритмії і судом [8]. Порушення коркової діяльності є первинним і призводить до перекручення індукційних відносин між корою і підкіркою, та порушення умовно-рефлекторних механізмів, які регулюють діяльність підкіркових утворень.

В силу створених умов, при яких нормальна регуляція кори змінюється, мають місце негативні зрушення в діяльності стріопалідарної системи, роль якої в механізмі заїкання досить важлива.

Патогенез заїкання схожий з механізмом підкоркової дизартрії. В його складі – порушення координації дихальних процесів, артикуляції та звуковідтворення. Саме тому заїкання дуже часто позначають як

дизритмічну дизартрію. Порушення індукційної взаємодії кори головного мозку і підкоркових структур призводить до порушення регуляції кори. Саме це спричиняє зсуви в роботі стріопалідарної системи, яка відповідає за попередню готовність до виконання руху.

Власне в самому русі беруть участь дві групи м'язів – одні розслабляються, інші скорочуються. Завдяки узгодженому і точному перерозподілі тону м'язів, стає можливим здійснення точних, швидких і суворо диференційованих рухів [6].

Стріопалідарна система здійснює контроль над раціональним перерозподілом тону м'язів. Блокування стріопалідарної системи регулятора мовлення внаслідок емоційного перезбудження або анатомо-патологічних пошкоджень мозку призводить до повторень або тонічному спазму. З часом патологічний рефлекс – порушення мовленнєвого автоматизму і гіпертонус мускулатури мовленнєвого апарату – переростає в умовний рефлекс [7].

Поширеність заїкання може бути обумовлена статтю, віком, видом діяльності, місцем проживання та іншими факторами. Найбільш часто заїкання виникає у віці від 2 до 4 років, в період найбільш інтенсивного розвитку мовленнєвої функціональної системи і формування особистості дитини. Потім схильність до заїкання знижується, і протягом наступних 10 років (4-14) випадків заїкання приблизно стільки ж, скільки і від 1 року до 3 років. Число заїкуватих зростає при вступі до школи внаслідок рецидивів, через збільшення психологічного та фізичного навантаження. Посилення заїкання обумовлено зміною провідної діяльності (замість ігрової – навчальна), підвищена, підвищенням вимог до дитини, до його мовленнєвих вмінь. Загострення заїкання можливо в період статевого дозрівання.

Серед дітей, які мешкають в сільській місцевості, заїкання зустрічається рідше, ніж у міських однолітків. Деякі вчені також

відзначають вплив кліматичних умов на посилення заїкання, наприклад, восени і навесні.

До мовленнєвої симптоматики заїкання відносять судоми; порушення звуковимови та лексико-граматичної сторони мовлення. Виділяють дві форми судом: клонічну, що характеризується повторенням деяких звуків або складів і тонічну, при якій виникає пауза у мовленні (на початку, в середині, в кінці), або розтягується будь-який звук.

Мовленнєві судоми клонічного й тонічного характеру можуть спостерігатись в одного і того ж заїкуватого, і проявлятись в тій чи іншій частині периферичного мовленнєвого апарату: дихальній, голосовій та артикуляційній. Частіше, особливо коли це хронічна форма протікання мовленнєвого порушення, виокремлюють змішані форми судом: артикуляційно-голосові, дихально-голосові та дихально-артикуляційні [9].

І.О. Сікорський у своїй монографії «Про заїкання» виділив 16 різноманітних форм мовленнєвих порушень в залежності від їх локалізації[12]:

#### 1) Судоми голосового апарату

Судома голосового апарату з'являється в момент видиху при спробі заїкуватого вимовити голосний звук. Виділяють три основні різновиди судом голосового апарату: вокальна та смичкова голосова судома, а також гортанний спазм. Смичкова судома виникає в момент судорожного змикання голосових зв'язок. Через те що голосова щілина не може своєчасно розімкнутися, перекривається проходження повітряного струменя та напружуються м'язи живота. Обличчя заїкуватого завмирає, а м'язи по всьому тілу німіють.

Вокальна судома виникає у вигляді підвищеного м'язового тону у голосових зв'язках. Вона проявляється на голосних звуках під час мовлення. Акустично вокальна судома характеризується протяжною вокалізацією голосного звуку. Через те що вокальна судома поглинає

всю кількість повітря заїкуватий не може вимовити слово поки не зробить новий вдих. На думку І.О. Сікорського найбільш часто ця форма зустрічається на першій стадії заїкання у дітей і може бути першою ознакою початку мовленнєвого порушення, а також передвісником майбутніх дихальних і артикуляційних судом[9]. Зазвичай при вокальних судамах його частотні характеристики і тембр голосу можуть не змінюватися. Іноді у заїкуватого можемо спостерігати вокальну судому, яка характеризується зміною тембру голосу та його висотою. Голос може набувати неприємне фальцетообразне звучання, яке то знижується, то підвищується. Артикуляція може бути повністю відсутня.

Поштовхоподібний або гортанний спазм виникає при спробі або проголошенні голосних звуків. Під час приступу цієї судороги у заїкуватого відкривається ротова порожнина, при цьому мовлення обривається тремтячим або переривчастим звуком, що супроводжується повною відсутністю артикуляції. Також характерні ритмічні відкидання голови назад або вперед.

## 2) Судоми дихального апарату

Дихальні судоми ділять на інспіраторні та експіраторні. Інспіраторна судома характеризується: у заїкуватого, під час мовленнєвого висловлювання відбувається раптовий вдих, який призводить до запинки. Зазвичай такі судоми супроводжуються суб'єктивним відчуттям здавленості грудної клітки. Експіраторна судома характеризується: раптовим різким видихом у процесі мовленнєвого висловлювання та сильними судомами м'язів живота [14]. Заїкуватий різко нахиляється вперед, а повітря проходить через відкриту голосову щілину. Через тривале напруження м'язів грудної клітини у заїкуватого виникає відчуття нестачі повітря.

## 3) Судоми артикуляційного апарату

Судоми артикуляційного апарату поділяють на декілька груп: до першої групи відносять судоми м'язів губ та нижньої щелепи, до другої групи судоми м'язів язика та м'якого піднебіння.

Судоми м'язів губ можуть часто спостерігатись на ранніх етапах розвитку мовленнєвого порушення. Формою прояву може бути спазм кругового м'яза рота, як наслідок – сильне стискання губ. Під напором повітря щоки надуваються при спробі вимовити губний звук. У важких випадках судома порушує проголошення звуків, які за локалізацією відносяться до язикових.

Верхньогубна та нижньогубна судоми проявляються інколи. Частіше бувають тонічного типу та виникають під час спроби проголошення губних звуків. Верхньогубна судома виявляється спазмом м'язів, що піднімають верхню губу та інколи і крила носа. Нижньогубна судома є аналогічною верхньогубній. Вражає одну або обидва м'язи, що опускають кут рота [9].

При судомі нижньої щелепи всі м'язи артикуляційного апарату сильно напружені. Відбувається судорожне відкриття ротової порожнини. Судома зазвичай носить тонічний характер, захоплює всю мускулатуру обличчя і може протікати у двох варіантах: коли широко розкривається рот і опускається нижня щелепа; коли різко оголюються зуби при зімкнутих щелепах.

Судоми м'язів язика складають другу групу судом артикуляційного апарату. Виділяють декілька видів спазмів язика: кінчика, кореня а також під'язикову судома язика. Під час спазму кінчика язика, який упирається в м'яке піднебіння, зупиняється артикуляція та видих, що викликає необґрунтовану паузу у мовленні.

Спазм кореня язика проявляється в його насильницькому підйому вгору і відтягуванні назад. У процесі судоми відбувається змикання кореня язика та м'якого піднебіння, в результаті чого блокується проходження повітря через ротовий отвір [9].

Під'язикова судома характеризується опусканням нижньої щелепи і відкриттям порожнини рота. Ця судома охоплює м'язи, пов'язані з під'язиковою кісткою. Дуже рідко вона носить самостійний характер, в основному поєднується з іншими судомами.

При характеристиці зовнішніх проявів порушення мовлення необхідно вказати на ряд таких особливостей:

1) Відзначається порушення плавності і темпу мовлення. Експресивне мовлення переривчасте з необґрунтованими запинками, повторенням або важким проголошенням деяких звуків, слів і фраз.

2) Емболофразія (додавання зайвих звуків і слів, що не мають відношення до змісту фрази).

3) Обмеження мовленнєвої активності і як наслідок порушення комунікативної сфери дитини.

4) Порушення звуковимови, неправильне вживання слів та побудова фраз.

5) Недоліки у граматиці, що відображаються у вигляді повторення однакових букв, складів, розриву слова, неправильно побудованого речення.

До немовленнєвої симптоматики слід відносити супутні мовленню рухи та фізіологічні реакції. Супутні рухи – це різноманітні рухові акти, які не є необхідними, але супроводжують усне мовлення заїкуватого. Під час приступу заїкання у дитини можна спостерігати роздування крил носа, рухи головою або тулубом, стискання пальців в кулаки, притоптування. Подібні рухи часто є насильницькими, але можуть мати маскувальний характер[21].

Фізіологічні реакції при заїканні – це збліднення або почервоніння обличчя, прискорене серцебиття, підвищене потовиділення. Все це свідчить про сильне емоційне напруження, яке в свою чергу ще більше підсилює заїкання.



Ще одним характерним симптомом заїкання є фобії або панічний страх перед усним мовленням (логофобія). Проявляється логофобія нав'язливими переживаннями і страхом виникнення мовленнєвих судом, які посилюються в певних ситуаціях, в зв'язку з чим у заїкуватого виникає реакція уникнення мовленнєвих ситуацій [24].

Під терміном фіксованості на дефекті слід зважати на властивості уваги, усвідомлення дефекту, різне емоційне ставлення до нього (страх, тривожність і переживання).

Вчений В.І. Селіверстов розрізняв три ступені фіксованості на власному дефекті [34]:

1) Нульовий. Діти байдуже ставляться до власного дефекту в поєднанні з відсутністю вольових зусиль подолати його. При цьому ступені, заїкуваті не відчують утисків, почуття сорому або уразливості від усвідомлення неповноцінності власного мовлення. Охоче вступають в контакт зі знайомими і незнайомими.

2) Помірний. Діти стримано ставляться до власного дефекту в поєднанні з наявністю вольових зусиль в боротьбі з ним. При цьому ступені у зв'язку з заїканням, діти відчують переживання та намагаються приховати його. Проте, усвідомлення свого недоліку і переживання не виражається в постійному тяжкому почутті власної неповноцінності.

3) Виражений. Діти з вираженим ступенем фіксованості на власному дефекті, постійно концентрують свою увагу на мовленнєвих невдачах, важко і тривало їх переживають. Для них характерна замкнутість, хвороблива недовіра, нав'язливі думки і виражений страх перед мовленням.

### **1.3 Психолого-педагогічна характеристика дітей із заїканням**

Властивості нервової системи складають основу для формування індивідуальних особливостей індивіда, що проявляються в загальній і мовленнєвій поведінці людини. У працях Р.Є. Левіної, С.О. Миронової, Н.О. Чевельової, Н.А. Власової та інших, є численні вказівки на недостатній розвиток у заїкуватих довірливої регуляції. Зокрема зазначається, що поведінка і діяльність заїкуватого вирізняється імпульсивністю, дратівливістю, неорганізованістю, невмінням докласти зусилля для подолання труднощів, відволіканням.

Дослідження вчених вказали, що заїкання здебільшого виникає у дітей в яких поведінкова нестійкість проявлялась ще в до мовленнєвий період розвитку. В подальшому нестійкість поведінки відзначається і на організованості мовленнєвої діяльності. Зазвичай вони зазнають труднощів при підборі слів та фраз для вираження думок. В мовленні дітей наявні лексико-граматичні помилки, які часто самі вони не виправляють [33].

Дослідження Е.Л. Ворошилової заїкуватих дошкільників показало що їх можна розділити на дві групи:

*Першу групу* складають дошкільники, які довго не можуть включитись в роботу на заняттях, завдання виконують повільно, швидко стомлюються і можуть відмовляються їх виконувати. Діти неуважні при сприйнятті інструкції, не дослуховують її до кінця. У деяких випадках спостерігається підміна одного завдання іншим. При виконанні завдань діти з важкістю зосереджуються, часто відволікаються. Можуть ще на початку роботи висловлювати бажання припинити виконання завдання [14].

При виконанні завдань допускають багато помилок і виправити їх самостійно не можуть. В цілому поведінку дошкільнят даної групи на занятті і при виконанні завдань можна охарактеризувати як пасивну, самостійної активної участі в роботі на заняттях вони не приймають.

Для успішного виконання завдань їм потрібна зовнішня організація і стимуляція діяльності.

Відмінні риси дітей даної групи: загальна неорганізованість поведінки і діяльності, імпульсивність і рухова розгальмованість. Крім того для цих дітей характерні швидка стомлюваність, труднощі в концентрації і переключенні уваги, підвищене відволікання і невміння проявити вольові зусилля для продовження виконання завдання.

*Другу групу* складають дошкільнята, у яких перераховані вище проблеми виявляються в певних ситуаціях. У більшості випадків це пов'язано з емоційним ставленням цих дітей до оточуючих обставин, а саме реакцією на умови виконання завдання, власні невдачі і досягнення однолітків. Діти що складають цю групу, успішно виконують пропоновані завдання, але при виникненні труднощів не роблять самостійних зусиль виправити помилку, а звертаються за допомогою до педагога. На відміну від іншої групи вони можуть організовувати продуктивну діяльність [14].

Відмінні риси дітей даної групи: можна виділити активність і старанність, що може припинитись внаслідок особистісної реакції на виконання завдання і ставленням до нього. Також характерним є довге включення в діяльність і зниження продуктивності виконання завдань по мірі втомленості.

Пізнавальні процеси – це система психічних функцій, що відображають в мозку людини предмети та явища дійсності. Пізнавальна сфера особистості включає в себе відчуття, сприйняття, увагу, уяву, мислення, пам'ять.

Відчуття. Виниклі мовленнєві запинки у дитини стають об'єктом відчуття первинного пізнавального процесу. Мовленнєві запинки відображаються у мозку заїкуватого у вигляді кінестетичного, тактильного або слухового образу [12].

Одним із головних чинників цього психічного процесу, є поріг відчуття, що встановлює мінімальну силу подразника і викликає усвідомлення відчуття. Тобто, можна припустити що прояви мовленнєвих запинок нижче порогу відчуття. Тому перші реакції на заїкання у дитини неусвідомлені та не мають емоційного забарвлення. Без поставленої мети і вольових зусиль діти не зосереджують свою увагу на дефекті. Поступове сприйняття наявності запинок пов'язане з усвідомленням дитиною, що її мовлення відрізняється від мовлення оточуючих.

Сприйняття. Провідною особливістю сприйняття є вибірковість, цілісність і контрастність. Тобто, сприйняття свого мовленнєвого дефекту може бути: повним або неповним; глибоким або поверхневим; точним або помилковим. Заїкуватою дитиною мовленнєві запинки сприймаються у вигляді: перешкод і труднощів; вони виникають для дитини раптово, не зрозуміло; є предметом уваги оточуючих; не піддаються відразу подоланню і не зникають самостійно. Дитина чітко сприймає ставлення оточуючих до свого мовленнєвого дефекту, важко сприймає невдачі при спробах подолати запинки [7].

Мислення. Уява. Дослідженню мислення заїкуватих присвячено відносно невелика кількість робіт. Перш за все це пов'язано з тим, що істотних змін в інтелекті дитини не виявлено. Мислення заїкуватих пов'язується з окремим відчуттям узагальнення сприйняття мовленнєвих запинок. У дошкільному віці діти досить обмежені у висловлюванні власних думок, внаслідок невеликого словникового запасу. Неповністю сформована артикуляція і невміння безпомилково оформлювати думки у правильну форму проявляється невиразним мовленням дитини.

Уява розглядається як форма мислення, це процес створення нових образів на основі наявних понять. Вона тісно пов'язана з емоціями. Заїкуваті відповідно до свого дефекту можуть уявляти картини майбутніх мовленнєвих труднощів, і як наслідок виникають негативні

емоції. Поглиблення цього процесу веде від простого передбачення мовленнєвих запинок до тривожного стану і логофобії [15].

Увага. Говорячи про увагу заїкуватого часто відмічаються такі якості як нестійкість, неуважність, слабка концентрація і малий обсяг зорової та слухової уваги. У зв'язку з цим заїкуваті діти проявляють імпульсивність, нестриманість, квапливість. Більшість дослідників відзначають, що на заняттях дошкільники вислуховують мовленнєву інструкцію і відразу включаються в діяльність, але легко відволікаються і не можуть тривалий час утримувати увагу на певному об'єкті. Саме тому заїкуваті дошкільники одні із перших потрапляють в групу ризику як з точки зору засвоєння програми, так і з точки зору підвищеної стомлюваності.

Пам'ять. Проблема пам'яті при заїканні не має достатнього вивчення в психолого-педагогічній літературі. За даними В.А. Калягіна, відмічається дифузна недостатність короткотривалої пам'яті. При відсутності істотних відмінностей в обсязі пам'яті у заїкуватих і здорових дітей, виявляється нерівномірність запам'ятовування. Діти часто забувають складні інструкції, опускають деякі їх елементи та змінюють послідовність запропонованих завдань [25].

При складанні психолого-педагогічної характеристики дитини, яка має заїкання, потрібно проаналізувати її загальний розвиток: відомості дитини про себе, розуміння споріднених зв'язків між явищами та предметами, круг уявлень про оточуючий світ, та точність цих уявлень.

Характеристика включає в себе також відомості про працездатності і особливостей засвоєння знань – посидючість дитини, ставлення до занять; старанно чи ні виконує завдання логопеда і вихователя, не бажає займатися, займається з цікавістю, без інтересу; чи справляється з програмним матеріалом відповідно до віку, чи спостерігаються труднощі на заняттях з розвитку мовлення та математичних уявлень, на музично-ритмічних заняттях, розвитку

образотворчої діяльності і конструювання, в чому вони виявляються [25].

Описується характер ігрової та трудової діяльності (чи сумлінно виконує свої обов'язки, дружить в групі, ледачий, чергує неохоче, забуває про обов'язки чергового); улюблені ігри (стереотипно маніпулює предметом, творчо організовує гру,) улюблені іграшки (довго грає однією іграшкою, адекватність використання іграшок, дбайливо відноситься до іграшок, часто ламає їх, іграшки швидко набридають, виявляє цікавість тільки до нових); супроводжує гру мовленням (чи виявляється при цьому заїкання), переважно грає мовчки [9].

Звертається увага також на:

- підвищену збудливість, або, навпаки, загальмованість, виснажуваність, стомлюваність;
- особливості розвитку емоційно-вольової сфери й особистості (настрій дитини: нестійкий, стійкий, легко змінюється від несуттєвих причин; переважає добрий або пригнічений, радісний настрій; вольові особливості: самостійність, цілеспрямованість, рішучість, ініціативність, наполегливість, слабкість вольового напруження та ін.);
  - реакція дитини на зауваження і похвалу;
  - чинники, які сприяють зміні емоційного стану.

Відмічаються також характерологічні особливості дитини: неспокійний, спокійний; з легкістю вступає в контакт з дорослими та дітьми, в незнайомій обстановці бентежиться; конфліктний: задиристий, віднімає іграшки, нападає на товаришів; ласкавий, добрий; акуратний, неохайний.[8].

Стан психічних функцій:

- особливості сприйняття (сприйняття кольору, просторових відношень, форми, спостережливість дитини);
- характеристика уваги (переключення, стійкість, розподіл, зосередженість та ін.);

- особливості пам'яті: швидкість, об'єм і точність запам'ятовування, готовність до відтворення інформації;
- особливості мислення (стан розвитку логічного мислення: уміння виділяти суттєве в сюжетному тексті, картинці, при визначенні понять; при класифікації предметів, при порівнянні; осмислення причинно-наслідкових стосунків, розуміння сенсу прислів'їв та загадок)

#### **1.4 Особливості темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей із заїканням**

Мовлення є формою передачі думки засобами мови і основним способом комунікації. Поряд з її змістовою стороною, велике значення має сприйняття слухачем просодичної сторони мовлення. Вона являє собою єдність взаємопов'язаних компонентів – мелодики, темпу і ритму мовлення, інтонаційної забарвленості усного мовлення. Розлади просодичної сторони мовлення негативно впливають на комунікативні процеси, формування нервово-психічного статусу і загального мовленнєвого розвитку дітей [29].

Просодика не розглядається окремо від найважливіших аспектів комунікації, як погляд, міміка, жести. Всі ці обов'язкові елементи спілкування надають особливе емоційне забарвлення мовленню, сприяють не тільки передачі вербального повідомлення, але і підтексту висловлювання [14]. В нормі дані компоненти задіяні в мовленнєвому спілкуванні, доповнюючи один одного. При заїканні руйнується єдність та цілісність вищезазначених компонентів комунікації, а процес спілкування виявляється порушеним.

Темп мовлення характеризують як швидкість перебігу усного мовлення або кількістю звукових одиниць вимовлених у часі. Звуковою одиницею прийнято вважати звук, склад і слово. Виділяють три

основних види темпу: повільний, нормальний і швидкий. Незмінний темп мовлення реалізується на коротких відрізках повідомлення [27].

Темп мовлення відіграє особливу роль в передачі емоційно-перцептивної інформації. Сповільнення або прискорення темпу мовлення заважають адекватному сприйманню смислової сторони висловлювання.

Також, ще одним важливим параметром мовлення є ритм. Ритм мовлення забезпечує структурну організацію висловлювання за допомогою чергування наголошених и ненаголошених складів.

Ритм є основою естетичної організації віршованого і прозового художнього тексту. Одиницями ритму є: в прозі – ритмічна група; у вірші – звук, склад, рядок [19]. Перелічені елементи складають єдину ієрархічну систему. Основною структурною частиною вважають ритмічну групу, яка складається, принаймні з одного ударного складу і прилеглих до неї ненаголошених складів. Існують і більш складні ритмічні групи, в яких міститься два і більше наголошених складів різного ступеня.

Порушення просодичної сторони мовлення є частиною сталого патологічного стану, який формується при виникненні і розвитку заїкання. В дослідженнях А.С. Олександрівської, було зазначено що більшість заїкуватих говорять монотонно, мало емоційні, в них напружений невиразний голос, велика кількість мовленнєвих пауз. Але перш за все заїкання відображається на темпо-ритмічному малюнку фрази [27].

Темп мовлення заїкуватих найчастіше прискорений, обумовлений бажанням передати необхідну інформацію в проміжку між судомами.

Крім того, пов'язані тривога і хвилювання з очікуванням виникнення судоми, так само обумовлюють нерівність темпу мовлення заїкуватого навіть протягом однієї фрази [19]. Судомні запинки, перериваючи висловлювання заїкуватого, порушують і ритмічну



сторону мовлення. Розлади темпу і ритму мовлення на тлі постійного емоційного напруження, страхом перед висловлюванням власних думок, ведуть до порушення багатьох сторін інтонації: мелодики, наголосу, емфатичної довготи. Отже у заїкуватої дитини втрачається здатність до повноцінного емоційного забарвлення мовлення. Вони висловлюються за допомогою завчених інтонаційних схем і шаблонів.

У заїкуватих дітей підкреслюється відсутність логічних акцентів на слові, а також відмічається нечітке мовлення з частою інтонаційною незавершеністю фраз.

Отже, при заїканні порушуються не тільки темп і ритм мовлення але й усі структурні компоненти просодичної сторони мовлення.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ТЕМПО-РИТМІЧНОЇ СТОРони МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАЇКАННЯМ

#### 2.1 Напрями діагностичної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням

Обстеження дітей дошкільного віку з заїканням здійснюється комплексно із залученням за необхідності інших фахівців: педіатра, терапевта, психіатра, окуліста отоларинголога [9].

Зміст логопедичного обстеження дітей із заїканням включає в себе такі етапи, як збір анамнестичних відомостей і обстеження мовлення дитини. Логопедичне обстеження містить в собі такі напрямки діагностики:

1. Обстеження звуковимовної сторони мовлення.
2. Обстеження фонетико-фонематичної сторони мовлення.
3. Обстеження темпо-ритмічної сторони мовлення.
4. Обстеження лексико-граматичної сторони мовлення.

Конкретні завдання мовленнєвого обстеження визначають:

- місце виникнення й форму мовленнєвих судом;
- частоту їхніх проявів і збережені мовленнєві можливості заїкуватих;
- супутні порушення мовлення, рухові порушення;
- відношення заїкуватих до свого мовленнєвого дефекту;
- наявність психологічних особливостей.

*Вивчення анамнестичних відомостей* включає ознайомлення з умовами виховання та адаптації дитини до дошкільного закладу, особливості мовленнєвого середовища, побутові умови в сім'ї, психологічний мікроклімат, які зауваження вихователів, фахівців ДНЗ і які заходи вживалися для корекції порушення [10].

Оцінюються основні моменти перинатального, натального і постнатального періодів матері: уточняється вік, перебіг вагітності, нервово-психічне здоров'я, хвороби матері та батька. Зібрані дані про здоров'я батьків, дозволяють визначити можливі порушення в соматичному й нервово-психічному стані дитини [10].

Виявлені відхилення від норми, різні негативні фактори розвитку дитини в натального і постнатального період аналізуються й оцінюються фахівцями з метою точного і повного дослідження етіології й патогенезу заїкання.

*Обстеження звуковимови.* При обстеженні дітей із заїканням потрібно ретельно дослідити артикуляційний апарат дитини, затим стан звуковимови. Обстеження артикуляційного апарату починається з перевірки наявності порушень губ, язика, щелеп, м'якого та твердого піднебіння, зубів [19].

Наступним кроком є перевірка рухливості артикуляційного апарату. Логопедом пропонується виконати різні завдання за інструкцією або наслідуванням. Наприклад: висунути кінчик язика вперед, вгору, вниз, утримувати висунутим в одному положенні або розпластаним на нижній губі, переміщати з одного кута рота в інший, змінюючи ритм рухів; витягнути губи вперед трубочкою, а потім розтягнути у посмішку; розкрити широко рот, висунути вперед нижню щелепу, потім відтягнути її назад [21]. При цьому логопед зазначає швидкість і плавність органів артикуляції, наскільки вільно здійснюється перехід від одного руху до іншого.

Обстеження вимови звуків проводиться такими способами: наслідування та самостійне промовляння. Перший етап обстеження звуків мовлення у дітей включає перевірку ізольованого промовляння. Перевіряються наступні групи звуків: голосні, свистячі, шиплячі, африкати, сонорні, глухі та дзвінкі, м'які в поєднанні з приголосними.

Під час діагностики варто визначити характер вимови дитиною ізольованих звуків, відзначивши характер порушення. Використовуються різні завдання, що проводяться в багаторазовому повторенні одного й того самого звуку, це створює умови для полегшення артикуляційного перемикавання з одного звуку на інший [24].

Також, застосовують завдання на повторення окремо один від одного звуків або складів. Спочатку логопед пропонує дитині вимовити звуки які сильно різняться за артикуляцією, а потім звуки більш близькі за звучанням.

Другий етап обстеження включає в себе перевірку промовляння звуків у словах. У ході роботи логопед пояснює інструкцію виконання вправи яка складається з таких етапів [25]:

- 1) логопед демонструє правильну вимову певного звуку;
- 2) повторення звуку разом з фахівцем;
- 3) самостійне промовляння названого звуку дитиною.

Третій етап обстеження включає в себе промовляння звуків у фразах та реченнях. Звуковимова у словосполучення та реченнях відбувається поступово, здебільшого методом звуконаслідування. Логопед зачитує короткі словосполучення або речення, дитина прослуховує та відтворює [26]. Даний різновид логопедичного обстеження відбувається у два етапи:

- логопед обслідує просту вимову звуків у реченні;
- логопед обслідує вимову з їх диференціацією.

*Обстеження фонетико-фонематичної сторони мовлення.* Після перевірки стану сформованості звуковимови, варто дослідити сприйняття дитиною звуків на слух. Перед цим варто ознайомитись з результатами стану фізичного слуху дитини.

Численними дослідженнями зарубіжних і вітчизняних науковців з'ясовано, що незначне зниження гостроти слуху в ранньому дитинстві призводить до нездатності розрізнення звуків та вміння чітко їх

вимовляти. Наявність сформованості нормальної гостроти слуху є найголовнішою умовою формування фонематичного сприйняття.

Труднощі в розрізненні звуків можуть вторинно впливати на формування звуковимови. Такі недоліки проявляюся в мовленні дітей нестійкою артикуляцією, спотворенням та неправильним вимовлянням звуків, наявністю замінів і змішування звуків в складах і словах при нормальній будові органів артикуляції [29].

Обстеження фонематичного сприйняття здійснюється в ігровій формі за двома напрямками.

Спочатку перевіряється вміння дитини сприймати на слух опозиційні фонемати (шиплячі та свистячі, дзвінкі та глухі, сонорні, м'які та тверді). Логопед читає ряд складів з фонемами, дитина уважно слухає і повторює за ним.

Далі проводиться диференціація звуків серед звукового ряду у складах та словах; перевіряється вміння дитини розрізняти слова близькі за звучанням, але різні за змістом.

*Обстеження темпо-ритмічної сторони мовлення* враховує вік дитини і структуру мовленнєвого дефекту. Воно повинно проходити в спокійній для дитини обстановці [25]. Обстеження темпо-ритмічної сторони мовлення проводить у два етапи. На першому етапі під час бесіди з дитиною логопед фіксує наявність:

- повторів;
- пауз у мовленні;
- нескоординовані за часом слова (склади і звуки можуть розтягуватися, наявність пауз в середині слова)
- чергування прискорення і уповільнення ритму і темпу;
- напруження і послаблення, довготи і стислості ритму;
- наявність інтер- і інтравербального уповільнення або прискорення.

На другому етапі логопед пропонує виконати ряд завдань на вміння змінювати темп мовлення. Наприклад, промова автоматизованого ряду слів із зміною темпу мовлення за інструкцією; читання знайомого вірша в певному або різному темпі мовлення. При дослідженні ритму мовлення визначається вміння дитини відтворювати ритмічний малюнок, самостійно підбирати ритмо-інтонаційний малюнок і відплескувати ритм вірша [9]. Обстеження почуття ритму є необхідним, так як саме сприйняття і відтворення ритму, розвивають інтонаційну виразність, створюють передумови для засвоєння наголосів і правильного формування фрази. Також зазначається характер запинок при заїканні, тобто виявляє форма: клонічна або тонічна.

*Обстеження лексико-граматичної сторони мовлення.* Для обстеження лексики дітей застосовують спеціальні прийоми, такі як: називання картинок із зображенням предметів, дій, ознак і якостей; називання предметів за їх описом, знаходження спільних назв, підбір визначення до слова [14]. Предмети і картинки можуть бути підібрані за темами: іграшки, посуд, меблі, взяття, частини тіла людини, тварини, рослини.

Також логопед пропонує назвати дії, що зображенні на картках. Дитині показують картинку і вона називає зображенні на ній предмети з характерними для них діями: котик вмивається, собачка грається, пташка літає, коник стрибає. Можна запропонувати більш складне завдання: назвати ряд предметів. Наприклад, показати стілець, стіл, шафу, ліжко і запитати: - Як назвати всі предмети одним словом?

Для обстеження граматики дітям пропонується виконати наступні завдання [24]:

- скласти розповідь за сюжетною картинкою;
- перетворити іменники з однини на множину з використанням предметних картинок. Наприклад, куля-кулі, будинок-будинки, білка-білки, олівець-олівці.

У дітей, які мають заїкання, необхідно перевірити здатність вживати у мовленні прийменників в, для, до, з (із, зі), за, над, під, а також здатність словотвору, запропонувати дитині утворити зменшувально-пестливу форму іменника, наприклад, лялька-лялечка, ложка-ложечка, білка-білочка.

Досліджується ігрова діяльність дітей: з'ясовується ступінь ігрової активності, характер ігор, взаємини між дошкільнятами в ході гри, їх емоційний стан.

Звертається увага й на наявність у них психологічних особливостей, зокрема на ступінь хворобливої фіксованості на своєму мовленнєвому дефекті [13].

Вивчення заїкуватого триває і в процесі корекційного курсу. Вслід вивчення психолого-педагогічної й медичної документації, збору анамнестичних даних дитини, бесід з батьками, використовуються методи із створення експериментальних ігрових та навчальних ситуацій, психодіагностичні методи, такі як метод Роршаха, тематичний апперцепційний тест, методика “тест-конфлікт”, тести психічних функцій і моторики, методика незакінчених пропозицій, оцінні шкали [15]. Перелічені методи використовуються в якості завершення повної діагностичної картини, для більшого розуміння психологічних особливостей дитини із заїканням.

Отже, збір анамнестичних даних і обстеження мовлення дитини дає можливість діагностувати форму, прояв і вид судом при заїканні, а також диференціювати його від інших мовленнєвих розладів. Дані комплексного вивчення заїкуватого дозволяють установити природу заїкання.

## 2.2 Методики діагностики темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей дошкільного віку із заїканням

Дослідження компонентів просодичної сторони мовлення, в тому числі темпу і ритму, у дітей дошкільного віку можна здійснювати за допомогою методичних прийомів видатних дослідників, які пропонують вивчати ритм згідно закономірності засвоєння всіх засобів спілкування від сприйняття до відтворення. Відповідно цим положенням методиками досліджуються компоненти:

1) сприйняття ритму дітьми дошкільного віку з порушеннями мовлення. Оцінюється за параметрами: швидкість рухового включення дитини в ритм музики; ритмічність і різноманітність рухів дитини;

2) відтворення ритму у дітей дошкільного віку з заїканням. Рівень відтворення оцінюється за вокалізацією та інтонацією самих дітей, за наслідуванням голосових модуляцій дорослого; наявністю або відсутністю самостійних голосових модуляцій [30]. Ю. О. Філатова, з урахуванням деяких прийомів Л.С. Меднікової, розробила методику вивчення структурних компонентів моторного ритму. Дослідження відтворення ритму здійснюється допомогою ритмічних звукових сигналів у вигляді вистукування рукою по столу [27]. Діти повинні простукати ритмічний малюнок за логопедом.

Для дітей дошкільного віку краще буде повторити ритмічний малюнок за допомогою хлопків. Ритмічний малюнок повинен бути простим і коротким, щоб дитина змогла повторити.

При обстеженні відтворення ритму пропонуються дитині такі завдання:

- 1) відтворення найпростіших ритмічних структур;
- 2) відтворення акцентованих немовленнєвих звуків.

Обробка результатів відбувається за допомогою балів:



1 бал – правильна моторна відповідь на ритмічний зразок;

0 балів – невиконання завдання ритмічного зразка.

Такі дослідники, як Г.В. Бабіна, Ю.Ф. Гаркуша, Т.В. Волосовець, Р.Е. Ідес розробили методикау діагностики стану моторних функцій у дошкільнят. Проба виконується за допомогою хлопків, однак звертається увага на дотримання заданого темпу, збереження всіх елементів, дотримання пауз [15]. Ю.О. Філатова модифікувала методикау Г.В. Бабіной і включила у методикау обстеження ритмічних малюнків складів напрямом: вміння відтворювати ритм звучання. Дитині пропонують виконати завдання:

1) відображене проголошення ланцюжків складів в заданому ритмі: ма ма, ма ма ма;

2) проголошення складових рядів зі зміною кількості складів, зміною наголосу: МА ма, ма МА ма, ма ма МА;

Для кількісної обробки результатів автором представлена бальна система:

2 бали - правильна відповідь на ритмічний зразок;

1 бал - правильна відповідь на простий ритмічний зразок.

0 балів - невідповідність пред'явленому ритмічному зразку [21].

Отримані бали за методиками Ю.О. Філатової підсумовуються, на підставі отриманих результатів, визначається рівень успішності відповіді: - високий рівень успішності відповіді: точне відтворення ритмічних малюнків;

- середній рівень успішності відповіді: точне відтворення простих ритмічних малюнків, неточне відтворення акцентованих ритмічних малюнків;

- низький рівень успішності відповіді: неточне відтворення ритмічних малюнків;

- нульовий рівень успішності відповіді: повна неможливість відтворення простих ритмічних малюнків, відмова від виконання.

У комплексній методиці діагностики психомовленнєвого розвитку дитини, розробленої Є.В. Шереметьєвой, для дослідження ритмічної організації мовленнєвої продукції пропонується проаналізувати псевдослова і слова дітей і зробити кількісний аналіз співвіднесення двоскладових слів з наголосом на перший склад і двоскладових слів з наголосом на другий склад [9]. Обстежуючи темпову організацію мовлення дитини з порушеннями мовлення, необхідно під час бесіди з ним зафіксувати стан темпу мови: швидкий, повільний, нормальний.

Е.Ф. Архипова в методиці обстеження просодичної сторони мовлення пропонує кількісний аналіз за критеріями:

- 4 бали - нормальний темп мовлення;
- 3 бали - незначне відхилення від норми;
- 2 бали - прискорений або уповільнений темп;
- 1 бал - дуже швидкий або повільний темп;
- 0 балів - не вдається об'єктивно провести вимірювання темпу [7]

О.І. Лазаренко в методиці діагностики інтонаційної сторони мовлення запропонувала завдання які дозволяють визначити здатність дитини змінювати темп мовлення. Авторка розробила наступні критерії оцінки даного параметра:

- 3 бали - легко змінює темп мовлення;
- 2 бали - спостерігаються труднощі у виконанні завдань;
- 1 бал - значні труднощів при виконанні завдання, вдається виконати після кількох спроб;
- 0 балів - не регулює темп мови [23].

Найпоширенішою ознакою заїкання є порушення дихання під час мовлення. Окрім проявів судомної активності у м'язах дихального апарату, розлади дихання під час мовлення у заїкуватих дітей мають прояви у таких показниках:

- нестача повітря під час видиху на початку мовленнєвого висловлювання;
- короткий мовленнєвий видих;
- відсутність сформованості механізмів координації між мовленнєвим диханням і фонацією.

Порушення мовленнєвого дихання утворює уривчастість та судоми під час мовлення. Вдих може бути занадто коротким, як і видих. У дітей із заїканням в момент емоційного збудження мовленнєве дихання стає аритмічним [26]. Часто обсягу повітря, що видихається, не вистачає на промовляння повної фрази, мовлення переривається, а в середині слова робиться судомний вдих. У методиці Г.А Волкової стан мовленнєвого дихання дитини визначається за такими параметрами: ритм, темп, характер вдиху, характер видиху, характер дихання.

Діагностика та корекція заїкання може проводитись на заняттях з логоритміки. Основні завдання логопедичної ритміки для заїкуватих:

- нормалізація темпу та ритму мовлення;
- розвиток координації рухів;
- розвиток мовлення;
- розвиток діафрагмального дихання, артикуляції та дикції[24].

Формування плавності мовлення у дошкільників із заїканням проходить в такі етапи:

1. Етап обмеження мовлення. На цьому етапі робота починається з режиму мовчання, який, залежно від випадку, триває від 3 до 10 днів. Роль даного етапу полягає у лікувально-охоронному гальмуванні, тобто поновленні порушених функцій кори головного мозку. Після паузи в роботі нервових клітин підвищується загальний тонус кори головного мозку, що сприяє створенню сприятливих умов для формування здорових мовленнєвих умовних рефлексів[20]. Завдяки режиму мовчання притуплюються патологічні умовні рефлекси, оскільки наразі заїкувата дитина не відтворює судомне мовлення. У дитини наступає

психологічний спокій, судомне мовлення відсутнє, а отже – відсутні переживання. Таким чином, робота над мовленням відбувається в сприятливих, спокійних умовах.

2. Етап пов'язаного мовлення. На даному етапі логопед розвиває у дитини мовленнєве дихання, шляхом збільшення фраз до 4-5 слів. Фраза промовляється одним видихом із засвоєнням нових мовленнєвих правил[20].

На логоритмічних заняттях використовують такі засоби корекції: вправи з музичним супроводом, на розвиток дикції, артикуляції та дрібної моторики.

3. Етап відображеного мовлення. Дитина повторює вслід за логопедом окремі слова та фрази із збереженим заданим темпом та ритмом.

4. Етап ритмічного мовлення. Супровід мовлення з відбиванням ритму на кожному складі або слові. Даний етап допомагає дитині нормалізувати порушений мовленнєвий ритм і запобігти появі судом. При використанні поскладового ритму, мовлення набуває узгодженого характеру, оскільки наголос виходить на кожному складі[20].

5. Етап шепітного мовлення. Мовлення з приглушеним голосом, тобто вимова саме пошепки. Зазначений вид мовлення є полегшеним, тому що в ході шепотіння відсутня напруга голосових зв'язок і гортані за допомогою приглушення голосового компонента.

6. Етап самостійного мовлення. На даному етапі логопед формує у дитини вміння переповісти почуту розповідь за сюжетним картинками або за планом. Переважно використовуються ігри та вправи з використанням різних предметів або картинок.

Запорукою успішності дослідження є серйозний підхід до даної проблеми, оскільки при заїканні спостерігається не тільки порушення звуковимови, але й порушення темпу та ритму мовлення. Тому для

ефективної діагностики рекомендовано використання досліджених методик комплексно.

## ВИСНОВКИ

1. Заїкання – це порушення плавності, темпу та ритму усного мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату. У процесі дослідження темпо-ритмічної сторони мовлення було розглянуто такі форми заїкання: невротичне та неврозоподібне.

Для невротичної форми заїкання характерні наступні особливості:

- тенденції до раннього мовленнєвого розвитку до появи заїкання;
- наявність розгорнутого фразового мовлення до появи порушення;
- характерологічні властивості (емоційна вразливість, тривожність і т. д.);
- переважно психогенний початок мовленнєвої патології (психічна гостра або хронічна травматизація);
- значна залежність ступеня судомних запинок від емоційного стану, того хто заїкається і умов спілкування.

Для неврозоподібної форми заїкання характерні наступні особливості:

- до появи заїкання відмічається тенденція до деякої затримки мовленнєвого розвитку, порушення звуковимови.
- відмічається патологія моторних функцій різного ступеня вираженості.
- поява судомних запинок співпадає з фазою розвитку фразового мовлення.
- початок заїкання поступовий, і не має зв'язку з психотравматичною ситуацією.
- відсутні періоди плавної мови, якість мовлення мало залежить від мовленнєвої ситуації.

2. Розглянувши причини виникнення заїкання виявлено, що воно виникає внаслідок порушення у діяльності кори великих півкуль та несприятливих екзогенних факторів. Патогенез заїкання схожий з

механізмом підкоркової дизартрії. В його складі – порушення координації дихальних процесів, артикуляції та звуковідтворення.

3. Дослідженнями психолого-педагогічної характеристики дітей із заїканням було виявлено, що їх розділяють на дві групи.

*Першу групу* складають дошкільники, які довго не можуть включитись в роботу на заняттях, завдання виконують повільно, швидко стомлюються і можуть відмовляються їх виконувати. Відмінними рисами даної групи дітей є загальна неорганізованість поведінки і діяльності, імпульсивність і рухова розгальмованість.

*Другу групу* складають дошкільнята, у яких перераховані вище проблеми виявляються в певних ситуаціях. Відмінними рисами даної групи дітей є активність і старанність, що може припинитись внаслідок особистісної реакції на виконання завдання і ставленням до нього.

4. При дослідженні наукової літератури було розглянуто такі напрямки діагностичної роботи як:

- збір анамнестичних відомостей – соматичний та психічний стан, корекційні заходи та адаптація;
- обстеження звуковимови – дослідження артикуляційного апарату, стан звуковимови;
- фонетико-фонематичної сторони мовлення – сприйняття звуків на слух;
- темпо-ритмічної сторони мовлення – стан темпу, ритму, голосу, інтонації;
- лексико-граматичної сторони мовлення – стан словникового запасу та вміння будувати речення відповідно до граматичних норм.

5. У роботі було розглянуто сучасні методики дослідження темпо-ритмічної сторони мовлення дітей із заїканням, які широко застосовуються у вітчизняній та іноземній практиці. Методики спрямовані на вивчення темпу і ритму згідно закономірностей засвоєння всіх засобів спілкування від сприйняття до відтворення. Для ефективної

діагностики рекомендовано використання досліджених методик комплексно.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Abdulaziz Almudhi, Mansour Aldokhi, Ibrahim Reshwan, Sultan Alshehri. Societal knowledge of stuttering in Saudi population. *Saudi Journal of Biological Sciences*. 2021. № 28. P. 664-668
2. Abdulaziz Almudhi. Evolution in technology and changes in the perspective of stutteringtherapy: A review study. *Saudi Journal of Biological Sciences*. 2021. № 28. P. 623-627
3. Falk S., Müller T. Sensorimotor synchronization in stuttering children and adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014. № 126. P. 206-207
4. Gough P. M., Connally E. L. Planum temporale asymmetry in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2018. № 55. P. 94-105
5. Harald A. Euler, Anna Merkel, Katja Hente. Speech restructuring group treatment for 6-to-9-year-old children who stutter: A therapeutic trial. *Journal of Communication Disorders*. 2021. № 89. P. 1-12
6. Алмазова Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. Москва : Абрис-пресс, 2005. 192 с.
7. Баранова М.В., Баришнікова І.Н., Кайма С.Н. та ін. Особливості комплексного підходу в лікуванні заїкання. Спеціальна освіта. 2015. №11. с.5
8. Бегас Л.Д. Комплексні системи реабілітації заїкання у старших дошкільників. *НАУКОВИЙ ЧАСОПИС НПУ імені М.П. Драгоманова*. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2009. № 14. С. 6-9.
9. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Логопедия. Заикание: учебник. М.: Эскиммо-Пресс, 2001. 320 с.

- 10.Белякова Л. И. Логопедия : заикание. Москва : Academia, 2003. 207 с.
- 11.Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: Учеб. для студ. высш. учеб, заведений. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. 272 с.
- 12.Волкова Л.С Логопедия: Учебник для студентов дефектол. ф-тов пед.вузов. 5-е изд. –М., ВЛАДОС, 2009. 704 с.
- 13.Волкова Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: Учебно-Методическое пособие. СЕЮ,: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004. 144 с.
14. Ворошилова Е.Л. Коррекция заикания у дошкольников. Москва: ТЦ Сфера, 2012. 64 с.
- 15.Карпова Н. Л. Особенности лечения заикающихся подростков и взрослых. Методика логопсихотерапии Ю. Б. Некрасовой. Основы личносно направленной логопсихотерапии. Москва, 1997. С. 28-34.
- 16.Козинец А. В. Теоретические подходы Рудольфа Краевского к проблеме заикания. Весці БДПУ. Серія 1. 2015. № 1. С 7-10
- 17.Кондратенко В., Ломоносов В. Заїкання: феноменологія та основні напрями реабілітації. Київ: КНТ, 2006. 70 с.
- 18.Кондратенко В., Ломоносов В. Комплексний підхід до подолання заїкання у підлітків. Навчальний посібник. Київ: КНТ, 2014. 152 с.
- 19.Лагузен, Х. Способ излечения заикания. Хрестоматия по логопедии. Москва: Академический проспект, 2003. Т. I. 384 с.
- 20.Леонова С. В. Психолого-педагогическая коррекция заикания у дошкольников. Москва : ВЛАДОС, 2004. 127 с.
- 21.Линдіна Є. Ю., Ревуцька О. В. Технології логопедичного обстеження. Бердянськ: БДПУ, 2018. 238 с.

22. Лукашевич И. П. Комплексный анализ патогенетических механизмов и этиологии синдрома заикания. *Дефектология*. 2000. №5. С. 9-15.
23. Манько Н.В. Логопедичне обстеження дітей раннього віку. *Дефектологія*. 2006. № 1. С. 41-44.
24. Марченко І.С. Спеціальна методика розвитку мовлення (логопедична робота з корекції порушень мовлення у дошкільників): Навчальний посібник для студентів вищих педагогічних навчальних закладів. Спеціальність : Корекційна освіта (логопедія). Вид. 3-є, перер. та доп. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2019. 312 с.
25. Поварова И. А. Заикание: диагностика и коррекция. СПб. : Речь, 2005. 274 с.
26. Резниченко Т. С. Моделирование программы обучения чтению при коррекции заикания и общего недоразвития речи. *Дефектология*. 1998. № 5. С. 71-75
27. Рібцун Ю. В. Дитина з порушеннями мовленнєвого розвитку. Харків : «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с.
28. Рібцун Ю. В. Професійний довідник учителя-логопеда дошкільного навчального закладу. Харків : Вид. група «Основа», 2013. 239 с.
29. Садовникова Е.Н., Рау Е.Ю. Вариант логопсиходиагностического анализа группы заикающихся дошкольников. *Дефектология*. 2001. № 2. С. 69-76
30. Скобликова С. Б. Заикание: лицом к лицу, Москва: Руснеруд, 2010. 212 с.
31. Ткач О. М. Логопедія: формування семантичних полів слів у дітей з системними порушеннями мовлення : [монографія]. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2019. 239 с.

- 32.Фірсова І. Б. Особливості взаємодії дошкільного навчального закладу з сім'єю щодо питань розвитку мовлення дитини. Спеціальна освіта. 2012. №3. С. 122–129.
- 33.Хрестоматія з логопедії. Київ: Книга-плюс, 2019. 496 с.
- 34.Чевельова Н.А. Подолання заїкання у дітей: Допомога для логопедів і вихователів логогруп. – М., 2001.
- 35.Шеремет М. К. Логопедія. Київ: Видавничий Дім "Слово", 2010.  
376 с.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ  
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО  
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я, \_\_\_\_\_ Сікорська Валерія Сергіївна \_\_\_\_\_,  
учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

**ЗАЯВЛЯЮ**, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

– не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;

– не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;

– не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;

– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;

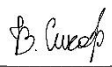
– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

**УСВІДОМЛЮЮ**, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

\_\_\_\_\_ (дата)

  
\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ Валерія Сікорська  
(ім'я, прізвище)

