



ODDÍL 6. PSYCHOLOGIE

**§6.1 ОСОБЛИВОСТІ ТЕМПОРИТМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ** (Герасимова І.В., Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького, Герасимова Н.Є., Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького)

Вступ. В останній час спостерігається зростання порушень мовлення у дітей. Часто зустрічається загальний недорозвиток мовлення, який, по-перше, негативно впливає на становлення всієї мовленнєвої діяльності, по-друге, обумовлює вторинні відхилення в психічному розвитку, комунікації і викликає труднощі соціалізації. Якщо ЗНМ не виправити в дитячому віці, це викличе вторинні порушення в писемному мовленні при навчанні в школі. Порушення темпоритмічного мовленнєвого розвитку негативно позначаються на сприйманні мовлення, висловлюванні власних думок та формуванні особистості дитини. На сучасному етапі пошук нових форм і методів корекційної роботи, розвитку та виховання дітей одне з нагальних питань психології, педагогіки та логопедії.

Необхідною умовою гармонійного розвитку психіки дитини виступає повноцінність мовленнєвої діяльності, що є виразом соціальної природи людської психіки. Відхилення в оволодінні мовою ускладнюють спілкування з оточуючими і нерідко перешкоджають успішному оволодінню пізнавальними процесами. Вони обмежують формування уявлень, понять, ускладнюють засвоєння читання та письма. Говорячи про нормальний розвиток мовлення, слід зазначити, що воно виявляється можливим завдяки спілкуванню дитини з оточуючими.

Сучасна психологія розглядає мовлення як засіб спілкування, тобто. як складну і специфічно організовану





форму свідомої діяльності, в якій бере участь суб'єкт, що формулює мовленнєве висловлювання, з одного боку, і суб'єкт, який його сприймає, – з іншого.

На думку О.Р. Лурія, з одного боку, це експресивне мовлення, що починається з мотиву висловлювання, загальної думки, яка кодується потім за допомогою внутрішнього мовлення в мовленнєві схеми, що трансформуються в розгорнуту промову на основі «породжуючої», або «генеративної», граматики [6]. З іншого боку, це експресивна мова, що проходить зворотний шлях – від сприйняття потоку чужого мовлення і декодування його через аналіз, виділення істотних елементів і скорочення мовленнєвого висловлювання яке сприймається до деякої мовленнєвої схеми, що трансформується далі за допомогою внутрішнього мовлення у висловлювання, спільну думку з підтекстом. Цей складний шлях закінчується декодуванням мотиву, що стоїть за висловлюваннями. Крім цього, мовлення є знаряддям мислення і, нарешті, засобом регулювання (організації) власних психічних процесів людини.

Як зазначає у своїх дослідженнях О.Р. Лурія, мовлення людини характеризується виконавчою, або операційною, стороною, яка пов'язана із забезпеченням її фізичної, або звукової, сторони та з лексико-семантичною організацією мовленнєвого акту. Інакше кажучи, ці ланки нерозривно пов'язані з такими функціями слова, як кореневе позначення (чи предметна віднесеність) і узагальнення, тобто з включенням уявлення в деяку систему зв'язків за морфологічним або семантичним ознаками [6].

Виклад основного матеріалу. Заїкуватість з'являється в основному з 2 до 5 років і далі або проходить, або закріплюється, в той час, як компенсаторні механізми центральної нервової системи слабшають, здатність до запам'ятовування і засвоєння знань, умінь і навичок





поступово знижується. У сучасному світі з'явилася ціла низка чинників, які сприяють збільшенню кількості випадків такого порушення мовлення, як заїкуватість. Саме тому така важлива комплексна корекція заїкуватості в ранньому віці.

За час переддошкільного та молодшого дошкільного дитинства дитина проходить наступні важливі періоди розвитку:

- від 12 до 20 місяців – формування фразової мови;
- від 21 до 30 місяців – розвиток відносин із однолітками;
- від 2.5 до 4 років – період самоствердження дитини;
- від 4-х до 7-ми років настає період сором'язливості [2].

Слід відзначити вже наявне у заїкуватих дітей порушення спілкування. Причому з можна говорити про порушення всіх трьох сторін процесу спілкування:

- комунікативної, оскільки обмін інформацією при заїкуватості порушується за рахунок труднощів у передачі інформації дитиною, що заїкається та у сприйнятті її співрозмовником, через особливості програмування висловлювань;
- інтерактивної, оскільки страждає побудова загальної стратегії взаємодії;
- перцептивної з боку спілкування, оскільки дитина «затримується» у більш ранніх формах спілкування і не може повноцінно сприймати співрозмовника.

Повільно дозрівають і онтогенетичні форми спілкування, оскільки формується провокуюча причиннодинамічна та патопсихологічна роль дефіциту невербальних засобів спілкування у виникненні мовленнєвих та психічних





розладів, яка пов'язана із взаємозалежністю заїкуватості та комунікативним процесом.

М.І. Лісіна визначає форми спілкування характерні для дітей від чотирьох до семи років, які в онтогенезі дозрівають поступово:

- ситуативно-особистісне спілкування (дитина йде на емоційний контакт з дорослим);
- ситуативно-ділове (дорослий для малюка – джерело знань про зовнішній світ, він може допомогти в діяльності);
- позаситуативно-пізнавальне (дитина вчиться пізнавати світ не тільки безпосередньо, а й через книги, запитання тощо.);
- позаситуативно-особистісне (дитина починає цікавитися внутрішнім світом людей, причиною їх вчинків) [3].

При заїкуватості спостерігається «застрягання» розвитку дитини на двох ранніх формах. Особливо страждає позаситуативно-особистісна форма, оскільки порушена перцептивна сторона спілкування: дитина не спрямована на пізнання особистості, що вступають з нею в контакт, природно, що у неї виникатимуть труднощі з прийняттям ролі, оцінкою поведінки інших людей, не буде спроб дізнатися що цікавить людей в інформації особистісного плану тощо [7].

Наслідком порушення спілкування є порушення природного процесу розвитку гри як провідної діяльності у дошкільному віці. Природно, що у дітей, що заїкаються, порушується розвиток. У результаті вони не так добре і вільно адаптуються до однолітків, страждає їх самооцінка, підвищується рівень сором'язливості і/або тривожності. Такі діти дезадаптовані. Психіка дітей, що заїкаються, не готова до повноцінного переходу до навчання як до провідної діяльності.





У дітей, що заїкаються, є порушення спілкування не тільки в колективі однолітків, але й вдома. 90% таких дітей мають нестійку самооцінку. Більшість цих дітей реагують на проєктивні ситуації однотипно, переважно демонструючи реакції фрустрації або тривожності. Зазвичай кількість самозахисних реакцій різко знижена у порівнянні з нормою. Отже, діти із заїкуватістю потребують реабілітаційних заходів, спрямованих як на корекцію мовлення, так і на корекцію низки особистісних особливостей, умінь і навичок у спілкуванні. Переддошкільний та дошкільний вік надає фахівцям великі можливості для корекції заїкуватості, оскільки останнє ще не пустило нові «гілки та пагони», ще не виникли нові страхи та логофобія, патологічний рефлекс може бути відносно легко зруйнований, оскільки компенсаторні механізми ЦНС дуже активні.

Звідси випливає висновок, що прийоми, які поєднують логопедичний і психокорекційний (психотерапевтичний) вплив (логопсихокорекційні прийоми) необхідно включити у процес реабілітації заїкуватості вже у дошкільному віці і поєднувати їх із функціональними тренуваннями мовлення.

Такий підхід включає в себе:

- цілеспрямований психологічний вплив, заснований на природі соціальної взаємодії (на природі людського спілкування);
- психологічні процеси та стани, на які спрямовано цей вплив;
- психологічні причини, що призвели до виникнення симптомів немедичного характеру;
- самі симптоми немедичного характеру, тобто порушення у соціальній поведінці, взаємовідносинах, розвитку особистості.

Дослідники логопсихотерапевтичного напрямку наголошують на комунікативній природі заїкуватості, яка





призводить до порушення спілкування. Тому в рамках даного напрямку першочергова увага приділяється перевихованню особистості яка заїкається, розвитку адаптивних комунікативно-мовленневих умінь [8]. Зупинимось на розгляді основних видів, або форм мовних судом. Перш ніж переходити до питання корекції заїкуватості, розглянемо проблеми правильної діагностики цього стану. Перше, що відрізняє тих хто заїкається від тих, хто не заїкається, це характерні судомні запинки у мовленні.

Мовленнєві судоми виражаються у мимовільному скороченні м'язів мовленнєвого апарату. Вони мають різну локалізацію (тип), форму та силу. Форма може бути клонічною, тонічною, змішаною з переважним проявом клонусу або тонусу. «Чисті» форми спостерігаються порівняно рідко.

Акустично тонічна судома проявляється у вигляді тривалої паузи у мовленні, або у вигляді вокалізації. Відбувається різке підвищення тонусу певних, частіше кількох, артикуляційних органів.

Клонічні судоми характеризуються багаторазовими (подібними до тремору) ритмічними скороченнями м'язів мовленнєвого апарату. Це виявляється у багаторазовому повторенні звуків чи складів.

Локалізація судом – визначає відділ мовленнєвого апарату, в якому виникає підвищення м'язового тонусу. Відповідно ми можемо говорити про артикуляційні, голосові, дихальні та змішані (за участю м'язів усіх відділів – генералізовані) форми.

Судоми артикуляційного апарату поділяються на лицьові, язикові та судоми м'якого піднебіння.

До *лицьових судом* відноситься змикальна судома губ. Виявляється у вигляді спазму кругового м'яза рота. При цьому виді судом порушується виголошення губних звуків, а у важких випадках і «т, д, к».





Верхньогубна судома є рідкісною. Проявляється спазмом м'язів, що піднімають верхню губу, інколи і крила носа. Зазвичай виникає лише з одного боку обличчя та буває тонічною.

Нижньогубна судома аналогічна верхньогубній. Буває як односторонньою, так і двосторонньою.

Кутова судома рота може бути односторонньою та двосторонньою, причому як клонічною, так і тонічною. Характеризується різким відтягуванням кута рота праворуч і ліворуч, при цьому сам кут рота піднімається.

Судомне розкриття ротової порожнини має два варіанти. При першому варіанті рота відкривається з опусканням нижньої щелепи, при другому просто різко оголюються зуби. Обриси рота набувають квадратної форми. Судома часто іррадіює і зазвичай має тонічний характер.

Язикові судоми спостерігаються при виголошенні звуків в артикуляції яких бере участь язик.

Судома кінчика язика – дуже поширена судома. При ній кінчик язика впирається у тверде піднебіння, видих і фонація (відповідно) припиняються. Судомний підйом кореня язика виникає при виголошенні задньомовних звуків.

Зовнішня судома язика, яка характеризується виштовхуванням язика назовні. Вона може бути клонічною та тонічною. Якщо судома носить не різко виражений характер, язик може залишатися в ротовій порожнині, упираючись при цьому в зуби.

Під'язична судома характеризується опусканням нижньої щелепи та відкриттям порожнини рота. Спостерігаються повторення складів та придихання. Зазвичай ця судома поєднується з іншими.

Судома м'якого піднебіння не носить самостійного характеру, а спостерігається у складі генералізованої складної судоми апарату артикуляції. М'яке піднебіння то





піднімається, то опускається, що веде до появи у мовленні заїкуватого нозального відтінку. Зовні судома виражається раптовою зупинкою мовлення та повторенням звуків, схожих на «пм-пм» або «тн-тн» тощо.

Судоми голосового апарату

Змикальна голосова судома виникає при спробі почати говорити або в середині фрази. Основною ознакою є повна відсутність звуку, напруження черевної мускулатури. Людина наче застигає.

Вокальна судома виникає у вигляді підвищеного тону голосових м'язів, зазвичай, при виголошенні голосних звуків. Акустично вона сприймається як невідповідна тривалість голосного звуку. Іноді при судомі змінюються тембр голосу та його висота.

Тремтячий або поштовхоподібний гортанний спазм виникає при спробі виголошення голосних звуків. При цьому виникає переривчастий або тремливий звук, що супроводжується повною відсутністю артикуляції. Справа в тому, що голосові зв'язки в цей час то стуляються, то розмикаються. Для цієї судоми характерна відкрита порожнина рота, що може супроводжуватися ритмічними відкиданнями або опусканнями голови вперед.

Судоми дихального апарату.

Інспіраторна судома характеризується різким, раптовим вдихом, що виникає на різних етапах мовленнєвого висловлювання. Виникають необґрунтовані паузи. Клонічні судоми можуть йти одна за одною, не перериваючись видихом. Безперечно, вони порушують фонацію, а також артикуляцію. Проте ці судоми виражені слабо.

Експіраторні судоми характеризуються різким видихом у процесі мовлення. Під час такої судоми людина може навіть нахилитися вперед, а видих буде різким і галасливим. Артикуляція та вокалізація припиняються [5].





З приводу оцінки тяжкості власне заїкуватості існує думка, що вона залежить від рівня володіння вільним мовленням. При легкому ступені заїкуватості воно проявляється тільки під час спонтанного мовлення, при середній – у випадках прояву запинок як у монологічному, так і в діалогічному мовленні. Тяжкий ступінь прояву заїкуватості фіксується, якщо судомні запинки зустрічаються у всіх формах мовлення, включаючи сполучену (спільне промовляння) і відтворену (повторне промовляння за фахівцем) форми [5]. Інші автори вважають, що ступінь тяжкості заїкуватості залежить від фіксованості людини, що заїкається, на своєму дефекті. Існують і більш формальні оцінки за кількісними показниками темпу мовлення, кількості та тривалості пауз, повторів та інших спотворень мовлення [1].

Говорячи про ступінь тяжкості заїкуватості, ми не повинні забувати про такий важливий момент, як супутні мовленню рухи. У заїкуватих можуть мати місце такі рухи, як заплющування очей, роздування крил носа, кивання, похитування всього тіла, стискання пальців, торкання пальцем чола, області під оком, щоки тощо. Ці рухи емоційно невизначні і не є невербальним засобом комунікації. Вони можуть бути насильницькими або носити маскувальний характер.

У мовленні осіб, що заїкаються, зустрічається дуже багато слів-паразитів, наприклад: «типу», «так», «ось», «це саме», «розумієш», «ну» тощо. Це мовні хитрощі. Такі слова називають емболами. Як правило, використання ембол не усвідомлюється самими заїкуватими.

У підлітків і дорослих вже зазвичай складається своя, характерна для кожної дитини, симптоматична картина заїкуватості. Одним із її аспектів є певні вегетативні реакції. Ось тому так важливо навчити людину, що заїкається, ними





управляти, тобто вміти активізувати парасимпатичну регуляцію організму. Такі вегетативні реакції у заїкуватих можуть мати найрізноманітніший характер: почервоніння чи раптова блідість обличчя, почастищення серцебиття, рясне потовиділення, порушення сну тощо.

Як у дітей, що заїкаються, так і у дорослих різко порушено мовленнєве дихання. Точніше сказати, воно не відрізняється стабільністю та координованістю з рухами всіх мовних органів. Часто заїкуваті говорять на вдиху. Немовне дихання переважно поверхнєве, неритмічне, залежить від емоційного стану.

В дошкільному віці є характерні зміни особистості: більш ніж 90 % цих дітей мають різні порушення самооцінки (зазвичай нестійкість); їм характерні реакції фрустрації і стресу у мовній ситуації, реакції тривожного типу, переважно надвідповідальності. Як правило, слабкі реакції самозахисту на вербальному рівні. З віком ці особливості особистості закріплюються і з'являються нові: часто виникає психопатизація з фіксацією на дефекті, що іноді призводить до суїциду, реакції фрустрації та тривожності супроводжують будь-які спроби мовленнєвої комунікації, виникає спотворення «картини світу», де все оцінюється через призму свого дефекту; звужується коло мотивів, мотивація на корекцію заїкуватості не завжди сильною і стійкою, що заважає процесу реабілітації, а самооцінка часто неадекватна внаслідок прояву певної інфантильності особистості. У більшості випадків заїкуватість набуває хронічності. Виділяють кілька типів перебігу заїкуватості:

1. регредієнтний, при якому симптоматика заїкуватості поступово зникає (зазвичай до 6 місяців з моменту виникнення);
2. стаціонарний;
3. рецидивуючий.





4. хвилястий тип характеризується періодами поліпшення і погіршення мовлення, найчастіше це пов'язано із сезонними змінами чи з соціальними змінами, наприклад, вступом до школи;

5. прогредієнтний тип перебігу спостерігається при ускладненні симптоматики заїкуватості та обтяженні його проявів [4].

Психотерапевтичні та психокорекційні заходи при лікуванні заїкання у дітей вважаються необхідним компонентом комплексного курсу логотерапії. Основи цього напрямку були закладені прихильниками психологічного підходу до цієї проблеми.

До завдань психотерапії входять:

- розбудова патологічних мовленнєвих навичок;
- зняття логоневротичних проявів (страху мовлення, ситуаційної залежності тощо);
- нормалізація емоційної сфери та розбудова міжособистісних відносин;
- мобілізація дітей до активної участі у лікувальному процесі.

Необхідною причиною цієї роботи є попереднє (хоча б часткове) усунення затинання, оволодіння «еталонами плавного мовлення».

Основними формами психотерапевтичної роботи з усунення заїкання у дітей є:

1) психотерапевтичні бесіди, при проведенні яких пояснюються причини заїкання та фактори, що сприяють зниженню та посиленню затинання; надають впевненості у результативності лікування; мобілізують на активну участь у лікувальному процесі

2) сеанси навіювання в прикордонному стані із застосуванням пов'язаної і відображувальної мови з метою переконання дитини в її мовленнєвих можливостях.





3) повторні сеанси гіпнотерапії для дорослих із застосуванням формул навіювання, таких як: «... ти завжди будеш говорити спокійно, плавно і красиво... Неприємні відчуття перед початком мовлення у тебе зникають... Зникають неприємні відчуття в області горла, грудей, м'язів мовного апарату.... Зникне страх мовлення» тощо.

4) аутогенне тренування, сеанси якого проводяться спочатку психотерапевтом, а потім самими пацієнтами самостійно. Початковий етап сеансу спрямований на зняття загальної м'язової напруги та підвищеного тону дихальної та мовленнєвої мускулатури. Потім застосовуються формули навіювання, аналогічні тим, які використовуються при сеансах гіпнозу («Я говорю спокійно, плавно, разом... Я говорю спокійно, без страху... » тощо).

5) самонавіювання у спокійному, розслабленому стані із застосуванням аналогічних формул.

6) групова психотерапія [4].

Існують також методики, призначені для зняття страху мовлення та ситуативної залежності заїкання (методики десенсибілізації). У ході такої роботи, заїки повинні представити ту чи іншу ситуацію спілкування, яка більшою чи меншою мірою пов'язана з погіршенням мовлення та відповідними емоційними переживаннями. Потім дитина повинна подолати ці відчуття, впевнюючи себе, що вона з ними справляється. Перед цими сеансами рекомендується проводити ранжування різних ситуацій щодо їхньої проблеми для конкретного випадку. Далі ці ситуації опрацьовуються у порядку наростання їхньої складності. У роботі ця методика порівнюється з методом корекції, що базується на регулюванні дихання.

Висновки. Отже, при плануванні заходів корекційної роботи з дітьми-логопатами необхідно враховувати вік, їхній психічний стан, особливості поведінки та етапи





логокорекційної роботи. Психокорекційні заняття з дітьми із порушення темпоритмічного мовленнєвого розвитку менш систематизовані. Основна їх спрямованість – нормалізація міжперсональних відносин, корекція ставлення до себе і своїх мовленнєвих можливостей, формування цільової установки на одужання. Ці цілі досягаються під час групових занять, організованих у формі бесід. Необхідним компонентом таких занять є відпрацювання невербальних форм комунікації, включаючи пантоміміку та танці. Важлива роль у цьому напрямі відводиться індивідуальному та груповому консультуванню, яке має на меті формування адекватної самооцінки, усвідомлення характеру особистісних проблем.

Багато форм психокорекційної роботи із дітьми з порушення темпоритмічного мовленнєвого розвитку можна розглядати як різновид психологічного тренінгу, що застосовується як елемент професійної підготовки здорових людей. Для успішного засвоєння комплексів вправ, які розвивають артикуляцію звуків варто застосовувати різноманітні засоби корекційної роботи. На основі теоретичного дослідження корекційної роботи з дітьми-логопатами ми виокремили наступні засоби:

- біоенергопластика;
- артикуляційна та дихальна гімнастика;
- логопедичний масаж;
- музикотерапія;
- казкотерапія.

До корекційної роботи включаються також психолого-педагогічні прийоми для розвитку пам'яті, уваги та інших вищих психічних функцій. Особлива роль при корекції дітей із порушення темпоритмічного мовленнєвого розвитку відводиться консультуванню батьків. У результаті цієї роботи психолог (психотерапевт) з'ясовує особливості





поведінки дитини в різних ситуаціях, характер сімейних відносин; роз'яснює батькам режимні заходи і стиль спілкування як із дитиною, так і з іншими членами сім'ї у присутності дитини. Зазначимо, що на фоні застосування зазначених заходів (а іноді без них мимовільно) прояви заїкання зникають приблизно у 4 з 5 дітей у віковому інтервалі до 16 років.

Список використаних джерел:

1. Березан О. І. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. для студ. спец. 016 Спеціальна освіта. Полтава : Ткалич А. М., 2020. 100 с.

2. Богуш А. М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років. Монографія / А. Богуш. – К., 2004. – 376 с.

3. Лісіна М. І. Проблема онтогенезу спілкування. Вид-во : Педагогіка, 1990. 136 с.

4. Літовченко О. В. Заїкання у дітей : профілактика і корекція : навчальний посібник. Одеса : Видавництво ТОВ Лерадрук, 2021. 248 с.

5. Логопедія : підручник / за ред. М. К. Шеремет. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2010. 376 с.

6. Лурія О. Р. Основи нейропсихології : навч. посібник для студентів вузів за напрямом та спец. «Психологія». Вид-во : Академія, 2002. 384 с.

7. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології: навчальний посібник. К. : Вища школа., 1994. – 143с.

8. Makauskienė V. (2008). Logopedines pagalbos mikčiojantiems moksleiviams modeliavimas i vaika orientuoto ugdymo paradigmoje. Daktaro disertacija, Siauliu universitetas.

