

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

**Медичний факультет**

**Кафедра корекційної освіти**

**КОМПЛЕКСНА КОРЕКЦІЯ ЗАЇКУВАННЯ У ПІДЛІТКІВ**

**Кваліфікаційна робота (проект)**

ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: студентка 4 курсу  
Спеціальності 016 Спеціальна освіта  
Освітньо-професійної програми  
«Спеціальна освіта»

Вовченко Ірина

Керівник: к.п.н., доцент Глущенко І.І.

Рецензент: к.м.н., доцент Коньков А.М.

Херсон – 2020

## ЗМІСТ

<b>Вступ.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1 ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМПО – РИТМІЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ.....</b>	<b>6</b>
1.1. Загальна характеристика порушень.....	6
1.2. Основна клінічна характеристика заїкуватості.....	12
1.3. Особливості феномена фіксованості на дефекті.....	18
<b>РОЗДІЛ 2 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ПРИ ЗАЇКУВАТОСТІ.....</b>	<b>21</b>
2.1. Напрямки психолого-педагогічного обстеження підлітків із заїкуватістю.....	21
<b>РОЗДІЛ 3 СУЧАСНІ НАПРЯМКИ КОРЕКЦІЙНО- РОЗВИВАЛЬНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ЗАЇКУВАТОСТІ.....</b>	<b>34</b>
3.1. Аналіз сучасних методик та технологій подолання заїкування....	34
3.2. Основні напрямки корекційної роботи засобами логоритмики....	40
<b>Висновки.....</b>	<b>61</b>
<b>Список використаних джерел.....</b>	<b>63</b>

## ВСТУП

Заїкування у підлітків є одним з найбільш важких та довготривалих мовленнєвих порушень. Головними характеристиками його є розлад темпу, ритму й плавності експресивного мовлення з превалюючим ураженням його комунікативної функції.

Значний інтерес до лікування заїкування у підлітків має багатовікову давнину, але лише в ХІХ столітті почалась наукова розробка цієї проблеми. Вивченням, попередженням та лікуванням почали займатися спеціалісти таких наукових дисциплін, як фізіологія психіатрія, логопедія, психологія та ін. [2, 4, 12, 23, 24 та інші].

Велика заслуга належить вченим, що довели необхідність ліквідування даного дефекту на ранніх етапах його розвитку, тобто в ранньому дитинстві, коли розвиток мовлення ще не завершено і будь-які чинники можуть слугувати поштовхом для виникнення мовленнєвих порушень, і заїкування у підлітків в тому числі.

Необхідно відзначити, що сучасний погляд на заїкування у підлітків, як в педагогіці, так і в медицині, не обмежується розгляданням його як ізольованого мовленнєвого розладу. Для більш ефективної корекції мовлення при заїканні у підлітків логопед повинен не тільки знати практичні прийоми, аде і розуміти цілісну клінічну та психолого-педагогічну картину цього патологічного стану, знати клінічні прояви невротичних та неврозоподібних станів.

Лише за цих умов можлива правильна інтерпретація психофізіологічних, психологічних та психолого-педагогічних даних, отриманих при обстеженні заїкувального, що сприятиме визначенню адекватної та ефективної стратегії реабілітаційних та профілактичних заходів.

Логопедична ритмика-своєрідна форма активної терапії, засіб впливу в комплексі методик і навчальної діяльності. У підлітків з мовленнєвими

порушеннями можуть бути легко виражені, рухові розлади, можуть спостерігатися часткові, ледь помітні відхилення в гнозисе, праксисе. Логопедичне обстеження дозволяє уточнити, поглибити картину психомоторного стану дітей підліткового віку з порушеннями мовлення.

Перше розуміння логопедичної ритміки ґрунтується на поєднанні слова, музики, рухів. Взаємовідношення вказаних компонентів можуть бути досить різноманітними, з переваженням одного з них чи в тісному взаємозв'язку всіх понять. Друге розуміння логопедичної ритміки обумовлює введення її в любую реабілітаційну методику виховання, навчання і лікування дітей підліткового віку (підлітків та дорослих) з різними аномаліями розвитку і порушення мови. Логопедична ритміка сприяє проведенню корекційно-відновлювальної роботи з дітьми.

**Мета нашого дослідження** – розглянути та проаналізувати особливості сформованості моторних функцій у дітей підліткового віку із заїкуватістю. Визначити основні напрямки корекційно - розвивального навчання спрямовані на удосконалення усного мовлення дітей підліткового віку.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати психолого – педагогічну та дефектологічну літературу з визначеної теми дослідження.
2. Визначити механізми виникнення моторних порушень у дітей підліткового віку із заїкуватістю.
3. Розглянути і обґрунтувати методики дослідження моторних функцій у дітей підліткового віку із заїкуватістю.
4. Розглянути сучасні методики корекційно-розвивального навчання спрямовані на усунення вад моторних функцій у дітей підліткового віку із заїкуватістю.

**Об'єкт дослідження:** процеси які сприяють порушенню усного мовлення дітей підліткового віку із заїкуватістю.

**Предмет дослідження:** засоби формування усного мовлення та моторних функцій дітей підліткового віку із заїкуватістю.

**Теоретична значущість роботи:** результати дослідження дозволяють уточнити наукові уявлення про механізми формування усного мовлення та моторних процесів у дітей підліткового віку із заїкуватістю, закономірності, напрямки й педагогічні умови правильного формування моторних функцій у дітей підліткового віку із заїкуватістю.

**Практичне значення роботи:** матеріали даної роботи можна використати для діагностики та корекції порушень психомоторики у дітей підліткового віку із заїкуватістю.

**Структура роботи:** Випускна робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

## РОЗДІЛ 1

### ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМПО – РИТМІЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ

#### 1.1. Загальна характеристика порушень

Заїкування у підлітків - це порушення темпу, ритму та плавності усного мовлення, зумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату. Проблема заїкування у підлітків залишається не до кінця вивченою через широкий спектр причин його виникнення, різноманітність клінічних проявів, варіантів розвитку, патологічних реакцій логопата на свій дефект [12].

До цієї години не існує єдиного погляду на етіологію заїкування у підлітків. Всі дослідники погоджуються, що для появи заїкування у підлітків має значення цілий ряд чинників:

- 1) певний вік дитини;
- 2) стан центральної нервової системи дитини;
- 3) індивідуальні особливості розвитку мовленнєвого онтогенезу;
- 4) особливості формування функціональної асиметрії мозку;
- 5) наявність психічної травматизації;
- 6) генетичний фактор;
- 7) статевий диморфізм.

При заїкуванні, як правило, відсутня єдина специфічна причина, для цього є необхідним поєднання ряду факторів. Ще Лагузен до причин, що викликають заїкування у підлітків, відносив афекти, переляк, гнів, страх, травми голови, тяжкі хвороби та неправильне мовлення батьків. І. Сікорський (1880) вперше підкреслив, ті заїкання характерне для дитячого віку, коли мовлення ще не сформоване. Значне місце він відводив спадковості, враховуючи психологічні та біологічні заподій лише

поштовхами, що порушують рівновагу нестійких мовленнєвих механізмів у дітей підліткового віку[22, 34].

Закордонні дослідники серед причин виникнення заїкання виділяли неправильне виховання дітей; асепізацію організму внаслідок інфекційних захворювань; наслідування, інфекції, падіння, переляк, перенавчену ліворукість. Тож в етіології заїкання має місце сукупність екзогенних та ендогенних факторів.

Сьогодні виділяють дві групи причин виникнення заїкання: ті, що сприяють («грунт») та вивідні («поштовхи»).

До причин, що сприяють виникненню заїкання («грунт»), відносять такі:

- невротична обтяженість батьків (нервові, інфекційні та соматичні захворювання, що послаблюють або дезорганізують функції ЦНС);

- невропатичні особливості заїкуватого (нічні страхи, енурез, емоційна напруженість);

- конституційна схильність (захворювання вегетативної нервової системи, підвищена збудливість вищої нервової діяльності та її чутливість до психічних травм);

- спадкова обтяженість (заїкання розвивається на ґрунті вродженої слабкості мовленнєвого апарату яка може передаватись спадково (у якості рецесивної ознаки);

- ушкодження головного мозку в різні періоди розвитку під впливом багатьох шкідливих факторів: внутрішньоутробних та пологових травм, асфіксії; постнатальних - інфекційні, травмуючі впливи при різних дитячих захворюваннях.

Вказані заподій призводять до затримки мовленнєвого розвитку, до мовленнєвих розладів та сприяють розвитку заїкання.

Серед вивідних причин («поштовхів») виділяються анатомо-фізіологічні, психічні та соціальні фактори [10, 17].

Анатомо-фізіологічні: захворювання з енцефалітними наслідками; внутрішньоутробні та пологові травми, злякайся мозку, органічні порушення мозку, виснаження або перевтома нервової системи в результаті інтоксикації та різних соматичних захворювань, які послаблюють центральні апарати мовлення: рахіт, коклюш, хвороби обміну, отоларингологічні хвороби.

Психічні та соціальні: одночасна психічна травма; тривала психічна травма або неправильне виховання в сім'ї: розбещеність, виховання «зразкової» дитини, нерівномірне виховання; постійні конфлікти, переживання у вигляді тривалих емоційних напружень; гостра, важка психічна травма, соціальні раптові потрясіння, які викликають гостру афективну реакцію; неправильне формування мовлення в дитинстві: мовлення на вдиху, порушення звуковимови, швидкий темп мовлення батьків; перевантаження дітей підліткового віку молодшого дошкільного віку мовленнєвим матеріалом, невідповідне віку ускладнення мовленнєвого матеріалу та мислення (складні конструкції фрази, абстрактні поняття), полігЛОсія; наслідування заїкуватих: пасивне - дитина заїкається мимовільно, коли чує неправильне мовлення, активне - копіює неправильне мовлення [10,18,19].

Починаючи з 70-х років у вітчизняній літературі з'являються нові трактування класифікації заїкання. Дослідники виділяють 2 клінічні форми заїкування у підлітків - невротичну та неврозоподібну, зумовлені різними патогенетичними механізмами.

Характеристика неврозоподібної форми заїкування у підлітків. Зовнішньо схожий на невроз, цей розлад мис не психогенне походження (у межах шизофренії, епілепсії, різних видів олігофренії, внаслідок органічного ураження центральної нервової системи), частіше всього неврозоподібний синдром виникає внаслідок органічного ураження ЦНС у ранньому дитинстві. Після травм голови, струсу головного мозку, менінгоенцефалітів, часто спостерігається неспецифічний комплекс



залишкових явищ, подібних ураженню головного мозку. У ньому комплексі поєднуються універсальні загально мозкові синдроми та ознаки ураження тієї чи іншої функціональної системи [21, 24].

До універсальних синдромів, які виникають практично у всіх, хто переніс подібне ураження, відносять церебрастенічний синдром. Він проявляється в негативному перенесенні спечи, перебуванні в транспорті, у підвищеній млявості та втомлюваності при інтелектуальному або фізичному навантаженні, діти з церебрастенічним синдромом швидко втомлюються, тому їх потрібно викликати до дошки не в кінці уроку, а спочатку, не на останніх уроках, а на перших. Ці хворі потребують суворо дозованих навантажень з дріботимо чергуванням періодів інтелектуальної діяльності та відпочинку. Наявність церебрастенії, з одного боку, завжди підсилює вже наявну патологію головного мозку, а з іншого — сприяє виникненню різних нових порушень. Тож, церебрастенічний фон не є безпечним [10, 55].

Виділяють п'ять основних клінічних варіантів церебрастенічного синдрому:

1. Астено-гіпердинамічний варіант: людина втомлюється, стає метушливою, розсіяною, гіперрухливою.

2. Астено-динамічний варіант: хворий бажає спокою, спостерігається гіподинамія. У цьому випадку про щось запитувати його, примушувати працювати шкідливо.

3. Астено-апатичний варіант: хворий нічого не хоче робити, в нього апатичний стан.

4. Астено-дистонічний варіант: хворий роздратований, плаксивий, нудний, його не потрібно втішати, йому потрібен відпочинок.

5. Мішаний варіант: у його проявах є різні симптоми, що впливають один на один, і цим приховують вияви хвороби.

Хворим із церебрастенією потрібно суворо дозувати навантаження, часто переключатися з однієї діяльності на іншу [11, 20].

Іншою ознакою раннього органічного враження ЦНС із синдром рухового розгальмування (гіпердинамічний синдром). Він виявляється в надмірній метушливості, хаотичній рухливості, нездатності бути цілеспрямованим, дисциплінованим. Пацієнти запальні, роздратовані.

Неврозоподібна форма заїкування у підлітків починається в дітей підліткового віку поступово. В 3-4 роки без психотравмуючих причин. Заїкання збігається з періодом формування фразового мовлення. У початковому Періоді заїкування у підлітків має хвилеподібний тин плину, але вільних від періодів судом немає. Якщо в цей період була відсутня логопедична допомога, мовленнєве порушення поступово обтяжується. Заїкання «обростає» супутніми рухами, емболофразіями, і судомні зупинки посилюються при фізичній або психічній втомі, соматична ослабленість погіршує якість мовлення.

М'язовий тонус при цій формі заїкання нестійкий, рухи порушені, не розмірені. Порушена координація рухів рук, ніг, дрібної моторики рук, артикуляційної моторики. Найбільш виразні порушення відмічаються в мимічній, артикуляційній та дрібній моториці рук; страждає динамічний праксис. Важко відтворювати та утримувати в пам'яті завдань темп, ритм. Спостерігається різке порушення мовленнєвого дихання: слова вимовляються під година вдиху або в момент повного видиху.

Неврозоподібна форма заїкування у підлітків характеризується тим, що мовленнєві спотикання проявляються в різних ситуаціях: як наодинці з самим собою, так і в колективі. Активна увага заїкуватих до процесу мовлення полегшує мовлення, воно стає кращим [5, 36].

За умови хронічного перебіг неврозоподібної форми заїкування у підлітків в дорослих, мовлення нерідко характеризується важкими тоно-клонічними судомами у відділах мовленнєвого апарату. Мовлення супроводжується різкими рухами пальців рук, притоптуванням, хитанням голови, снівдружніми рухами, які нагадують гіперкінези - насильницькі скорочення м'язів, які не мають маскуючого характеру.

### Характеристика невротичної форми заїкування у підлітків.

Невротична форма заїкання загострюється у віці від 2 до 6 років, коли фразове мовлення вже сформоване. Переважає психогенний початок мовленнєвої патології (психічна гостра або хронічна травматизація).

З анамнестичних даних випливає, що в дітей підліткового віку з цією формою заїкування у підлітків відсутня патологія внутрішньоутробного розвитку та пологів. Ранній психофізіологічний розвиток відбувається в межах норми. Моторні навички формуються своєчасно [3, 10].

У мовленнєвому онтогенезі спостерігається ранній розвиток мовлення (перші слова з'являються в 10 місяців). Фразове мовлення формується в 16-18 місяців життя. У короткий період години діти починають розмовляти розгорнутою фразою, словниковий обсяг швидко поповнюється, темп мовлення прискорений. Діти начебто «захлинаються» мовленням, недомовляють закінчень слів, речень; спостерігається велика кількість ітерацій - повторення складів, слів, словосполучень, отже, артикуляційні механізми мовлення в них несформовані, але лексико-граматичний аспект випереджає норму.

При обстеженні виявляється нормальний розвиток загальної моторики. Вони добре добрі переключаються з одного руху, ритму на інший. Дрібна моторика розвивається в межах норми .

У дітей підліткового віку з невротичною формою заїкування у підлітків часто спостерігається рецидив в 7 років, у зв'язку зі збільшенням емоційного й фізичного навантаження, зумовленого вступом до школи.

В 10-12 років діти починають усвідомлювати свій дефект. У дітей підліткового віку формується логофобічний синдром. Логофобія може поєднатись із невротичними тиками та сінкінезіями [12].

Окрім логофобічного варіанту неврозів, виявляють істеричний, механізм. При цьому, внаслідок психічної травми шокуючого характеру, паралізуються центральні механізми мовлення, виникає істеричний мутизм, хворий мовчить не тільки під година психотравмуючої ситуації,

але й за будь-яких обставин. Після зникнення істеричного мутизму нерідко спостерігаються істерики заїкання (під впливом психотравмуючих хвилювань знову паралізується мовленнєва функція, але в менш вираженому ступені).

При невротичній формі заїкання динаміка порушення має рецидивний характер. Тимчасово мовлення стає плавним, судомні зупинки можуть бути відсутніми, але при емоційному напруженні, соматичному захворюванні, перевтомі заїкування у підлітків з'являється знову.

Відмінною особливістю цієї форми є ті, що в спокійному стані, внаслідок відволікання від процесу мовлення, наодинці з собою - мовлення чітке, плавні.

У практиці трапляються хворі, клінічна картина мовленнєвої патології яких буває мішаною. Такі форми називаються мішаними та важко піддаються корекційним впливам [3, 11].

## **1.2. Основна клінічна характеристика заїкуватості**

Мовленнєве коло утворюють три мозкових мовленнєвих центри:

- центр Брока відповідає за мовлення, керуючи мовленнєвою мускулатурою;
- центр Верніке (слуховий центр мовлення) розпізнає власне мовлення і мовлення інших людей;
- асоціативний центр створює структуру фраз і речень. Розрив мовленнєвого кола в будь-якому місці руйнує мовленнєвий процес.

Заїкуватість є періодичним розривом мовленнєвого кола, що викликає нестабільну його роботу.

Мовленнєве коло періодично розривається внаслідок не однакової швидкості роботи мовленнєвих центрів. Причина цього явища визначається такими факторами:

1) неоднаковою фізіологічною силою мовленнєвих центрів:

- центр Брока є найбільш могутнім центром, він розвивається першим, коли дитина починає видавати перші мовленнєвоподібні реакції — дитячий-лепет;

- центр Верніке формується пізніше, коли дитина із загального хаосу звуків починає розпізнавати і повторювати прості слова, від яких вона життєво залежна. Наприклад, *мама, папа, дай* тощо.

- асоціативний центр розвивається до 2-х років, коли дитина починає вимовляти складні фрази, за які цей центр і відповідає;

2) недостатністю неврологічних механізмів синхронізації швидкостей роботи мовленнєвих центрів внаслідок переляку, стресу перенесеного наркозу або тяжкого соматичного захворювання.

Потенційно, різниця між мовленнєвими центрами є в кожній людині, але захворювання проявляється, якщо ця різниця стає надмірною. Саме тоді з'являється нестабільна робота мовленнєвого кола.

Найбільш розповсюдженими причинами надмірної різниці між мовленнєвими центрами є:

а) особливості медіаторної структури мовленнєвих центрів, що може передаватися спадково;

б) фактор перенавченої ліворукості, коли центр Брока переміщується з однієї півкулі мозку в іншу.

Зовнішня симптоматика захворювання, у першу чергу, визначається порушенням центра Брока. Як тільки порушується його синхронізація, порушення розповсюджується на прилеглу рухову зону кори головного мозку.

Мовлення - це круговий процес. Найбільш розповсюдженими причинами надмірної різниці між мовленнєвими центрами є:

а) особливості медіаторної структури мовленнєвих центрів, що може передаватися спадково;

б) фактор перенавченої ліворукості, коли центр Брока переміщується з однієї півкулі мозку в іншу [15, 37].

Зовнішня симптоматика захворювання, у першу чергу, визначається порушенням центра Брока.

Як тільки порушується його синхронізація, порушення розповсюджується на прилеглу рухову зону кору головного мозку.

Вперше повна симптоматика заїкування у підлітків була представлена у роботі І. Сікорського.

Прояви заїкування у підлітків у різні вікові періоди вивчали В. Гілярівський, М.Зеєман, С. Ляпідевський, М. Хватцев та інші. У сучасній теорії та практиці логопедії умовно виділяють дві групи симптомів заїкання. Які перебувають у тісному взаємозв'язку.

- біологічні (фізіологічні): порушення центральної нервової системи та фізичного здоров'я, загальної та мовленнєвої моторики;

- соціальні (психологічні): мовленнєві спотикання та інші порушення експресивного мовлення, феномен фіксованості на дефекті, логофобії, виверти та інші психологічні особливості.

Мовленнєві судоми. Судоми м'язів мовленнєвого апарату мають різну локалізацію, тип та ступінь виразності. Виділяють два основних типи мовленнєвих судом: тонічні та клонічні [2, 33].

Тонічні мовленнєві судоми - це складні довготривалі спазми, які заважають вимовити слово та проявляються у вигляді тривалої паузи в мовленні або у вигляді напруженої, протяжної вокалізації (*к - к – коро́ва*) [2,34].

Клонічні мовленнєві судоми характеризуються мимовільним багаторазовим ритмічним скороченням м'язів мовленнєвого апарату. Заїкуватий повторює окремі звуки або склади (*кі - кі – кіт* ).

Локалізація судом. Судоми м'язів мовленнєвого апарату можуть виникати в усіх його відділах: артикуляційному, голосовому та дихальному. Відповідно прийнято називати ці судоми: артикуляційними,

голосовими й дихальними. У практиці частіше трапляються мішані судоми: дихально-артикуляційні, дихально-голосові, артикуляційно-голосові [5, 16].

Судоми дихального апарату. Розрізняють наступні види судом дихального апарату:

- інспіраторні судоми характеризуються раптовим різким вдихом, що виникає на різних етапах мовленнєвого висловлювання, і призводять до необґрунтованої паузи. Ці судоми порушують як фонацію, так і мовленнєву артикуляцію. Чинність інспіраторних судом буває різною.

- експіраторні судоми характеризуються раптовим різким видихом у процесі мовленнєвого висловлювання. їм властиві сильні скорочення мускулатури черевного преса. Під година експіраторних судом артикуляція й вокалізація призупиняється [15, 48].

Судоми голосового апарату. Виникають, коли логопат намагається вимовити голосний звук. Розрізняють такі види судом:

- зімкнена голосова судома. Виникає при спробі почати мовлення або посеред мовленнєвого висловлювання, раптово припиняє голосоподачу. Голосові зв'язки в момент судоми різко змикаються, перешкоджаючи проходженню повітря. Основна ознака-не повна відсутність звуку (різної тривалості). Оскільки голосова щілина зімкнена, перекривається проходження повітряного струменя, черевна мускулатура напружена. Хворий завмирає, його обличчя стає амімічним, можливі скарги на відчуття напруженості в ділянці гортані, грудей та черевних м'язів, відчуття перешкоди в ділянці гортані

- вокальна судома. Виникає у вигляді підвищеного тону голосових м'язів у процесі мовлення на голосних звуках. Акустично, судома сприймається як незвичайна протяжність голосного звуку. Іноді спостерігаються зміни тембру голосу і його висоти. Голос набуває неприємного, фальцетного (ті зниженого, ті підвищеного) звучання [15, 50];

- тремтячий або поштовхоподібний гортанний спазм. Виникає при вимові голосних звуків. При цьому мовлення припиняється, виникає тремтячий або переривчастий звук, що супроводжується повною відсутністю артикуляції. Під година тремтячого гортанного спазму голосові зв'язки змикаються, потім розмикаються, у результаті чого виникають не фонологічні звуки. Ця судома характеризується наявністю відкритої ротової порожнини, і може супроводжуватись ритмічним відкиданням або опусканням голови [15, 50].

Судоми артикуляційного апарату:

1. Лицьові (губи, нижня щелепа):
2. Язикові;
3. Судоми м'якого піднебіння.

Судоми обличчя розрізняють наступних типів:

- зімкнена судома губ проявляється у вигляді спазму кругового м'яза рота, у результаті чого губи сильно змикаються, при ньому інші м'язи обличчя можуть не брати участі в судомі. При спробі вимовити звук щоки можуть надуватися під тиском повітря, що заповнює ротову порожнину. Порушується вимова твердих і м'яких губних звуків [б], [п], [в], [ф]. [м]. у тяжких випадках порушується вимова язикових [д], [т]. [к];

- верхньогубна судома проявляється спазмом м'язів, які піднімають верхню губу. Виникає частіше гемісудома обличчя, при ньому ротова щілина викривляється. Ця судома частіше за всі буває клонічною. При виникненні цієї судоми вимова всіх губних звуків є практично неможливою. Обличчя стає асиметричним, спотвореним;

- нижньогубна судома аналогічна верхньогубній. Вражає один або обидва м'язи, які опускають кут рога. Ізольовано спостерігається рідко;

- судома кута рота характеризується різким відтягненням кута рота праворуч або зліва разом з підняттям його вгору. Ротова щілина перекошується в бік судомно скорочених м'язів. Вона може охоплювати м'язи носа, повік, чола. Судома кута рота порушує роботу кругового



м'яза рота. Хворий під година судоми не в змозі зімкнути губи, від чого порушується вимова відповідних приголосних. Вона буває як тонічною, так і клонічною;

- судома розкриття ротової порожнини може відбуватися у двох варіантах:

а) рот розкривається широко з одночасним опусканням нижньої щелепи;

б) при зімкнених щелепах різко оголюються зуби. Контури рота набувають квадратної форми. Всі м'язи артикуляційного апарату напружені. Судома тонічного характеру;

- складна судома обличчя є одним із проявів різних судом обличчя, виражених у тяжкому ступені, що включають судоми м'язів чола, кругового м'яза повік, вушних м'язів. Вона супроводжує судому кругового м'яза рота.

#### Язикові судоми:

- судома кінчика язика. Кінчик язика з напругою впирається у тверде піднебіння, у результаті чого артикуляція призупиняється, видих (і відповідно - фонація) у неп момент призупиняється, виникає необґрунтована пауза;

- судомне підняття кореня язика виражається в мимовільному піднятті кінчика язика вгору та відтягненні його назад. Під година судоми відбувається зімкнення коренячи язика з піднебінням, і повністю блокується прохід повітряного струменя через ротовий отвір. Порушується вимова задньоязикових та глоткових звуків [г],[до],[х];

- судома виштовхування язика. Характеризується виштовхуванням язика в простір між зубами, може бути тонічною й клонічною. При тонічній судомі язик висувається із порожнини рота. При клонічній - періодично висувається вперед, а потім із силою втягується всередину. Під година судоми вимова звуків стає неможливою, дихання порушується;

- під'язикова судома характеризується опусканням нижньої щелепи і відкриванням ротової порожнини. Ця судома охоплює м'язи, пов'язані з під'язиковою кісткою, поєднується із судомами іншої локалізації. Часто спостерігається повторення складів та вимова з придихом.

Судома м'якого піднебіння: ізольовано зустрічається рідко. Під година судоми м'яке піднебіння або піднімається, або опускається, у результаті чого вхід у носову порожнину або відкривається, або закривається, що надає звукам назального відтінку. Зовні судома проявляється в раптовій зупинці мовлення й повторенні звуків, подібних до [пм - їм], [тн - тн], [кп - кп] [4,23].

### **1.3.Особливості феномена фіксованості на дефекті**

Зародження переживань із приводу якості власного мовлення можна знайти вже в маленьких дітей. Хвилювання з приводу свого мовлення може змінюватися в заїкуватих у залежності від різних обставин, наприклад, з віком хвилювання зростає, як і зростає рівень загальної тривожності. Ступінь виразності мовленнєвих хвилювань залежить від ступеня мовленнєвого розладу: чим більше виражена заїкуватість, тим більші хвилювання.

Багато заїкуватих підлітків разом зі зростанням тривоги з приводу свого мовлення, починають ототожнювати цю тривогу із самою заїкуватістю. Алі при додаткових бесідах, зазвичай, з'ясовується, що страх викликає не сама заїкуватість, а можливе ставлення до заїкуватих через недосконале мовлення. Тому хвилювання значно залежить від того, хто є партнером по спілкуванню. Страхі можуть мати й індивідуальний характер.

Фіксованість на своєму дефекті - це відображення об'єктивно існуючого мовленнєвого дефекту (мовленнєвих спотикань) у всій психологічній діяльності заїкуватої людини. Це - результат процесів

отримання й переробки інформації про мовленнєві труднощі та пов'язані із ними неприємності, трансформовані в психічних процесах, станах і властивостях заїкуватого, які виявляються в його взаємодії з навколишнім соціальним середовищем [5, 67].

Виділяють три ступені хворобливої фіксації на своєму дефекті:

- нульовий ступінь характеризує байдуже ставлення заїкуватого до свого дефекту в поєднанні з відсутністю вольових зусиль у боротьбі з їм. Ці заїкуваті охоче вступають у контакт зі знайомими й незнайомими. Відсутні елементи сором'язливості, вразливості за своє неправильне мовлення;

- помірний ступінь характеризується стриманим ставленням до свого дефекту в поєднанні з наявністю вольових зусиль у боротьбі з їм. При цьому ступені мають місце неприємні переживання, пов'язані із заїкуватістю, заїкуватість приховується, компенсується за рахунок мовленнєвих вивертів. Проте усвідомлення свого недоліку й переживання не переходять у постійне тяжке відчуття власної неповноцінності;

- виражений ступінь. У хворих спостерігається безнадійно-запекле ставлення до свого дефекту й наявність таких вольових зусиль у боротьбі з їм, які переростають у навіювані дії та стани. При цьому ступені заїкуваті постійно зосереджують увагу на своїх мовленнєвих невдачах, глибоко й тривало переживають їх. Всю свою діяльність заїкуваті із вираженим ступенем прояву фіксації на своєму дефекті ставлять у залежність від мовленнєвих невдач. Для них є характерним занурювання у хворобу, самознищення, навіювані думки й виражений страх перед мовленням. Із годиною в заїкуватих ступінь фіксованості на своєму дефекті має тенденцію до ускладнення.

Позитивні результати логопедичної роботи із заїкуватими підлітками закономірно перебувають у зворотній залежності від ступеня їхньої фіксованості на своєму дефекті (чим більше фіксованість, тим нижчий

результат). Саме різний ступінь фіксованості на своєму дефекті, а не стаж заїкуватості, визначає різні результати логопедичної роботи [2,57].

Логофобія - це страх мовленнєвого спілкування з очікуванням мовленнєвих невдач. Створюється своєрідне коло, коли судовні спотикання в мовленні зумовлюють сильні негативні емоційні реакції, що підсилює мовленнєві порушення. Зрештою, для більшості заїкуватих підлітків мовлення стає джерелом постійної психічної травматизації. Всі це викликає підвищену виснажливість (як психічну, так і власне мовленнєву), стомлюваність і сприяє розвитку патологічних рис характеру.

Поступово одні заїкуваті підлітки починають уникати мовленнєвих навантажень, різко обмежують мовленнєві контакти (пасивна форма компенсації), інші, навпаки, стають агресивними, нав'язливими в спілкуванні (явище гіперкомпенсації).

Із віком логофобія у підлітків в деяких випадках набуває особливого місця в картині заїкуватості, має навіюваний характер і виникає лише при думці про необхідність мовленнєвого спілкування чи при спогадах про мовленнєві невдачі в минулому. У цьому стані заїкуваті часто вимовляють не ті, що їм хотілося б сказати, а лише ті, що легше вимовити [10, 25].

## РОЗДІЛ 2

### ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ПРИ ЗАЇКУВАТОСТІ

#### 2.1. Напрямки психолого-педагогічного обстеження підлітків із заїкуватістю

Обстеження заїкуватих має бути комплексним. Воно повинно включити психолого-педагогічне і логопедичне вивчення заїкуватого, а також аналіз результатів медичного обстеження.

Лікар визначає соматичний, неврологічний і психічний стан заїкуватого. Логопед обстежує стан мови заїкуватого, особливості його особистості, моторику. Перш ніж логопед приступає до обстеження, він має ретельно вивчити медичну і психолого-педагогічну документацію. Ця документація може містити дані щодо інтелекту, слуху, зору (висновки фахівців: психоневролога, отоларинголога, офтальмолога тощо.). Крім цього, документація може включати характеристики, складені вихователем, учителем, психологом та іншими фахівцями.

Обстеження зазвичай складається з трьох етапів:

- 1) збір анамнестичних даних;
- 2) обстеження стану мови і моторики;
- 3) вивчення особистісних особливостей заїкуватого. Анамнестичні дані про індивідуальній особливості розвитку мовлення і моторики заїкуватого дають можливість логопеду правильно оцінити його стан, а потім спланувати роботу.

Основним компонентом логопедичного обстеження є складання логопедом на кожного заїкуватого характеристики мовленнєвого стану - «мовленнєвого статусу». Логопед складає цю характеристику перед початком корекційної роботи із заїкуватим. Вивчення особистісних

особливостей заїкуватого може проводитися як логопедом, так і психологом.

Основи методики логопедичного обстеження заїкуватих і способи реєстрації його результатів можна представити за такою схемою [3, 14]:

Анкетні дані:

- Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного.
- Дата народження (рік, місяць, число).
- Домашня адреса, телефон.
- Де виховується або навчається дитина: у дома, у дитячому дошкільному закладі, школі (загальноосвітній або спеціальній), терміни перебування у них. Місце навчання або роботи підлітка і дорослого.

- Прізвище, ім'я, по батькові батьків, їхній вік, професія, місце роботи.
- Склад родини.
- Скарги батьків (вихователів, вчителів або самої\*.) заїкуватого).

Збір анамнестичних даних

Обов'язково вказується, з чиїх слів ведеться збір анамнезу: батьків або самого заїкуватого.

Спадковість:

- Наявність алкоголізму у батьків.
- Нервово-психічні захворювання батьків.
- Прискорений темп мовлення у батьків або близьких родичів.
- Затримка мовного розвитку у батьків або близьких родичів.
- Заїкуватість у батьків.
- Заїкуватість у сестер і братів.
- Заїкуватість у діда або баби по лінії батька чи матері.
- Характерологічні особливості батька і матері.
- Обставини у родині.
- Побутові умови життя.

Вагітність і пологи у матері

- Від якої вагітності народився обстежуваний(а).

- Чим закінчилися попередні і наступні вагітності матері.
- Особливості внутрішньоутробного розвитку.
- Токсикоз у I, II половині вагітності; фізичні травми в I, II половині вагітності; інші захворювання і шкідливості.
- Особливості плину пологів (термінові, передчасні, зі стимуляцією та ін.)
- Особливості плину післяпологового періоду (закричав відразу — не відразу, асфіксія синя - біла, родові травми)
- Прикладений до грудей (відразу; на ... добу).
- На грудному (штучному) годуванні до ...

#### Період до 1 -го року

- Сімейні умови.
- Сон, апетит.
- Інфекційні захворювання.
- Соматичні захворювання.
- Захворювання ЦНС.
- Мозкові травми.
- Спокійний, неспокійний.
- Формування навички охайності.
- Час формування моторних навичок: сидіння, стояння, ходьба.

#### Період дошкільного віку

- Сімейні умови.
- Інфекційні захворювання.
- Соматичні захворювання.
- Захворювання ЦНС.
- Мозкові травми.
- Моторний розвиток: відставання, норма, випередження.
- Час виділення ведучої руки, наявність перенавченості.
- Адаптація в яслах, дитячому дошкільному закладі.

- Основні риси характеру (спокійний - збуджений, рухливий - уповільнений, врівноважений - примхливий і т.д.).
- Основні риси поведінки (примхливість, слізливість, тривожність, негативізм, виснажливість, розгальмованість, труднощі переключення).

#### Мовний анамнез

- Час появи гудіння і белькоту.
- Особливості гудіння і белькоту (активність, різноманіття звукових комплексів, характеристика голосових реакцій).
- Час появи перших слів.
- Час появи простої фрази.
- Час появи розгорнутого фразового мовлення.
- Які спостерігалися утруднення при переході до фразового мовлення.
- Наявність і виразність ітерацій.
- Дефекти мовлення (дислалія, дизартрія, ринофонія та ін.)
- Шкільна успішність з предметів мовного циклу

#### Умови виховання дитини

- Соціальне середовище (де дитина виховувалася - у будинку дитини, дитячих яслах або дитячому садку з денним або цілодобовим перебуванням, будинку з матір'ю, бабусею).

- Особливості мовного середовища: контакти із заїкуватими або особами з іншою мовною патологією; за наявності двомовності - яка мова переважає.

- Особливості мовного спілкування з дитиною, недостатність мовного спілкування, стимуляція мовного розвитку дитини (у якому обсязі читалася дитяча література, чи відповідала вона вікові; з якого віку розучувалися вірші, пісні; наскільки швидко запам'ятовував, у якому обсязі).

- Культурно-побутові умови в родині.

#### Розвиток заїкуватості

- Вік, у якому з'явилася заїкуватість.



- Передбачувані причини і характер виникнення заїкуватості (гостро, психогенно, без видимої причини та ін.)

- Наявність періоду мутизму.

- Як протікає заїкуватість: спотикання постійно присутні у мовленні, чи ні.

- У яких умовах полегшується - погіршується мовлення.

- Чи змінилася поведінка дитини з моменту появи заїкуватості й у чому це виразилося (стан апетиту сну, настрою, поява капризів, негативізму, страхів, енурезу тощо).

- Ставлення дитини до свого мовного дефекту.

- Які міри приймалися для усунення мовного дефекту (лікування в лікаря, відвідування логопедичних занять, перебування в спеціальних установах системи охорони здоров'я або системи освіти - дитячий садок, школа).

- Тривалість і результативність лікування і навчання.

#### Психологічний клімат у родині, особливості взаємин

- Чи мають місце часті конфлікти у родині - надмірна увага, навпаки, зайва строгість, нерівність у поводженні з дитиною; перевантаження враженнями (відвідування кіно, театру, цирку, чи телевізійними передачами та ін.).

- Ставлення членів родини до мовного дефекту заїкуватих (байдужність, співпереживання, постійна фіксація уваги навколишніх на заїкуватості, пред'явлення підвищених вимог до мови заїкуватих та ін.).

Для дітей підліткового віку необхідні такі додаткові дані:

- Чи наявні риси тривожності у характері заїкуватої дитини.

- Чи відзначаються у поведінці дитини плаксивість, дратівливість, примхливість (тобто емоційна лабільність).

- Чи є у дитини риси остраху, лякливості.

- Рівень розвитку ігрової діяльності дитини.

- Схильність дитини до визначених ігор.

- Чи коментує дитина свої дії в іграх або грає мовчки.
- Воліє грати на самоті або в колективі дітей.
- Чи виявляється заїкуватість у грі наодинці із собою, з однолітками.
- Як - протікає заїкуватість (чи ускладнюється з віком або виявляється рідше, ніж раніше).

#### Аналіз висновку фахівців

- Аналізуються стан інтелекту, слуху і зору (висновки фахівців - психоневролога, отоларинголога, офтальмолога).
- Аналізуються дані, представлені вихователем, психологом, музичним керівником дитячого дошкільного закладу.

#### Обстеження мовної функції

- Анатомічна будова органів артикуляції (норма або патологія: якщо патологія - указати яка).
- Характеристика рухів органів артикуляції.
- Характеристика звуковимови (викривлення, відсутність, заміни, змішання звуків) і фонематичного слуху, стан складової структури слова, аналізу і синтезу звукового складу слова.
- Лексика - кількісна і якісна характеристики словника.
- Граматичне оформлення мовлення (наявність аграматизмів,, їхнього прояву: сформованість зв'язного мовлення).
- Особливості мовленнєвої поведінки. Аналізуються контактність мовленнєва активність, стриманість, імпульсивність, характер реакції на зміну обстановки, організованість мовлення.
- Темп мовлення (прискорений значно, прискорений незначно: помірний; уповільнений незначно, уповільнений значно, нерівний).
- Голос (голосний, тихий; модульований, немодульований; з носовим відтінком: хрипкий та ін.).
- Дихання (грудобрюшне, верхньогрудне; ритмічне, аритмічне: достатнє по глибині, поверхнєве; напружене та ін.).
- Вираженість заїкуватості у різних видах мовлення:

- 1) у сполученому мовленні;
- 2) у відбитому мовленні;
- 3) у шепітному мовленні;
- 4) в автоматизованих рядах,
- 5) при читанні віршів;
- 6) при читанні прози;
- 7) у питально-відповідному мовленні;
- 8) у розповіді за заданою темою;
- 9) при переказі прочитаного;
- 10) у спонтанному мовленні.

- Тип мовленнєвих судом: тонічні, клонічні, мішані.

- Локалізація судом:

- 1) дихальні: інспіраторні, експіраторні;
- 2) голосові: вокальні; змичні голосові;
- 3) тремтячий гортанний спазм;
- 4) артикуляційні, губні, язичні, судоми піднебінної завіси.
- 5) складні лицьові судоми.

- Наявність важких звуків (звукофобія).

- Наявність мовних вивертів: (заміни слів: перестановки слів; емболофразії; довільне обмеження мовленнєвого спілкування).

- Наявність насильницьких супутніх рухів і їхній характер.

- Суб'єктивні відчуття, які відчуває заїкуватий в момент мовленнєвих утруднень: напруга в губах: напруга м'язів язика: напруга в підборідді; напруга в горлі; напруга в грудях; напруга в ділянці діафрагми; загальна м'язова напруга; скутість; труднощі дихання тощо. (Ці дані з'ясовуються тільки у підлітків і дорослих).

- Фактори, що підсилюють заїкуватість: хвилювання; втома; бесіди з незнайомими; шум; самоконтроль та ін. (для дорослих - алкоголізація).

- Фактори, що поліпшують мовлення: шум; самоконтроль; переключення уваги; супроводження мовлення рухом.

- Реакція на допомогу співрозмовника: позитивна; негативна, байдужа.
- Ставлення до мовленнєвого дефекту: адекватне, неадекватне.
- Наявність страху мовлення.
- Наявність періодів мовлення без заїкуватості: регулярність, тривалість.
- Вплив емоційного стану на прояв заїкуватості.
- Перебіг заїкуватості: прогресивне, регресивне, стаціонарне, хвилеподібне.
- Супутній заїкуватості інший дефект мовлення.

Результати обстеження заїкуватого узагальнюються логопедом у вигляді психолого-педагогічного висновку. У висновку необхідно надати узагальнені дані всіх аспектів вивчення заїкуватого, які дали змогу виявити ті чи інші відхилення від норми.

У висновку логопед відображає:

- наявність ознак органічного ураження ЦНС (на підставі медичного висновку);
- особливості мовленнєвого і моторного онтогенезу;
- значення психогенії у виникненні заїкуватості;
- вік появи заїкуватості;
- тяжкість заїкуватості;
- тип і локалізація судом;
- залежність прояву судом від емоційного стану;
- наявність страху мовлення;
- плин заїкуватості;
- наявність інших дефектів мовлення.

Отже, логопед має змогу визначити характер і тяжкість заїкуватості, клінічну форму заїкуватості і, головне, намітити індивідуальну програму логопедичних занять.

Враховуючи вище зазначене ми більш детально проаналізували методики діагностики моторної та мовленнєвої сфери дітей підліткового віку із заїкуватістю які доцільно використовувати в логопедії, а саме:

- дослідження стану довільної мимічної моторики (якість і обсяг рухів м'язів чола, очей, щок);
- дослідження стану мовної моторики (сила, точність, обсяг, перемикування рухів губ, язика, щок);
- дослідження стану сформованості окремих компонентів загальної довільної моторики: статична й динамічна координація, одночасність, виразність рухів;
- дослідження стану сформованості тонкої моторики пальців рук (якості й ступені диференційованності рухів, можливості дій із предметами);
- дослідження стану сформованості почуття ритму з музичним супроводом і без нього (розвиток музичного слуху, голосу та ритму);
- дослідження стану вираженості заїкуватості при читанні віршів (психологічний стан дитини при читанні знайомого тексту);
- дослідження стану сформованість мовно-ритмічних рухів під рахунок (координованість рухів та мовлення). ( див. додаток В-1).

Обстеження краще проводити в три етапи, що відбивають динаміку стану моторної сфери: на початку, у середині й наприкінці корекційних занять.

Обстеження моторики (загальної, мовний, мимічних і тонкої) проводиться за допомогою тестів Озерецького-Гельнитца й Л. А. Квінта, а також загальноприйнятими в логопедії прийомами.

Пропонуємо більш детально розглянути методики експериментального дослідження.

1.Обстеження довільної мимічної моторики (якість і обсяг рухів м'язів чола, очей, щок).

Для обстеження дітей підліткового віку від 4 до 6 років використовуються тести Л.А. Квінта в модифікації Г. Гельнітца (методика адаптована стосовно до різних вікових груп).

1. Підняти брови ("Подив").
2. Злегка зімкнути віка.
3. Прищупити ока ("Яскраве сонце").
4. Щільно зімкнути віка ("Стало темно").
5. Стиснути губи.
6. Додати губам таке положення, що потрібно для гри на духовому інструменті.
7. Витягнути губи, як для проголошення звуку "о".
8. Надути щоки.
9. Ощиритися ("Забір").
10. Витягнути губи, як для свисту.

Завдання повторюються підряд 3 рази. Бажано проводити обстеження в ігровій формі. Оцінка, виробляється по трибальній системі, вона повинна відбивати виразність порушення функції, тому повноцінне, чітке виконання оцінюється 3 балами; часткове, нечітке виконання - 2 балами; невиконання більше 7 завдань - 1 бал.

Дається загальна характеристика міміки за спостереженням за дитиною (швидка, млява, напружена, спокійна, амімія, гримаснічанье, диференційована й недиференційована міміка).

2. Обстеження мовної моторики (сила, точність, обсяг, перемикування рухів губ, язика, щок).

1. Відкривання й закривання рота.
2. Рот напіввідкрити, широко відкрити, закрити.
3. Імітація жувальних рухів.
4. Поперемінно надування щік.
5. Втягування щік.

6. Відтягування кутів рота як для проголошення звуку "і", губи зробити круглими - "о"; витягнути губи - "у". («Відгадай звуки»).

7. Висовування "широкого" і "вузького" язика, утримання заданої пози на рахунок до п'яти. («Лопаточка», «Голочка»).

8. Покусування кінчика язика. («Покарати неслухняний язичок»)

9. Торкання кінчиком язика по черзі правого та лівого кутів рота, верхньої й нижньої губи ("Годинники", «Гойдалка»).

10. Упор кінчика язика в нижні зуби з одночасним вигинанням спинки язика ("Кішка сердиться"),

11. Потьохкування язиком ("Поїхали на конячках").

12. Підняти кінчик язика нагору, облизати верхню губу ("Смачне варення").

13. Присмокткування спинки язика до неба та потьохкування ("Поцокаєм").

14. Проголошення голосних звуків на твердій та м'якій атаці. («Голосні звуки»).

Завдання підносять в ігровій формі, кожний рух повторюється 3 рази.

Оцінюються сила (слабкі, сильні), точність (неточні, точні), обсяг (неповний, повний) і переключаємості (повільна, швидка) мовних рухів. Відзначаються наявність синкинезий, девіації язика, швидкість формування артикуляційного укладу, тривалість утримання пози.

Оцінка: 3 бала - чітке виконання рухів; 2 бала - незначні зміни обсягу, сили й точності рухів; 1 бал - відсутність утримання поз; виражені зміни сили, точності, обсягу; труднощі перемикавання мовних рухів.

3. Обстеження почуття ритму з музичним супроводом і без нього (розвиток музичного слуху, голосу та ритму).

Дітям пропонується згадати знайомі невелички поспіви. Наприклад: «Андрій-горобець», «Півник», «Ми йдемо із прапорцями», «Журавель», «Зайчик». Діти за допомогою музичного інструмента (піаніно, металофон) чи самостійно виконують той чи інший поспів.

Потім дітям пропонується пропустити руками після показу педагога ритмічні малюнки знайомих пісень.

Оцінка: 3 бала - правильне відтворення ритму, 2 бала - невиконання двох останніх завдань, 1 бал - уміння відтворити ритмічний малюнок.

#### 4. Обстеження вираженості заїкуватості при читанні віршів

Дитині пропонується розповісти знайомий вірш. Наприклад:

*Заєць спати захотів,  
Сам постелю постелив,  
Сам приніс собі подушку,  
Підмостив її під вушко.  
Та у зайця довге вушко –  
Все звисає із подушки.*

Оцінка: 3 бала - правильне, виразне читання вірша без заїкання, 2 бала - незначні зупинки при читанні вірша, 1 бал - зупинки, значні труднощі при читанні вірша.

#### 5. Обстеження мовно-ритмічних рухів під рахунок (координованість рухів та мовлення).

Дітям пропонується виконати мовно-ритмічні рухи під рахунок. Наприклад: мовно-ритмічна вправа «Веселий рахунок»

- Раз-два, раз-два – ось дивись, яка гора. (Діти марширують, піднімають руки в гору).
- Три-чотири, три-чотири – це гірські високі схили. (Махи руками вгору-вниз, кожною рукою по чергово).
- П'ять-шість – це орли дивний танець повели. (Імітація руками рухів крил).
- Сім-вісім – це смерічки нахилилися до річки. (Нахили тулуба вперед).
- Дев'ять -десять – це ріка під горою протіка. (Діти стають рівно, руки опускають вниз. Струшують пальцями у швидкому темпі).



Оцінка: 3 бала - чітке поєднання слів вправи з рухами; 2 бала – мова випереджає рухи чи відстає від неї; 1 бал – відсутність координації рухів і мови .

## РОЗДІЛ 3

### СУЧАСНІ НАПРЯМКИ КОРЕКЦІЙНО- РОЗВИВАЛЬНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ЗАЙКУВАТОСТІ

#### 3.1. Аналіз сучасних методик та технологій подолання зайкування

Під сучасним підходом до подолання зайкуватості у дітей підліткового віку розуміється лікувально-педагогічний вплив на різні сторони психофізіологічного стану зайкуватих різними засобами різних фахівців у цій галузі.. Мета цього напрямку ослаблення мовленнєвих судом і розладів голосу, подиху, моторики і нервової системи й усього організму в цілому.

Вказати дитині з вадами мовлення на неправильне відношення до свого мовного дефекту. Відгородити її від психологічних нашарувань. Потрібне перевиховання її особистості, й поведінки, соціальна реадаптація й адаптація зайкуваті. У комплекс заходів входять : лікувальні препарати й процедури, лікувальна фізкультура, психотерапія, логопедичні заняття, логопедична ритміка, виховні заходи. [20, 28].

Весь лікувально-педагогічний комплекс за характером впливу можна умовно розділити на дві складові частини: лікувально-оздоровчу й корекційно-педагогічну.

Основними завданнями лікувально-оздоровчої роботи, що проводить лікар, є: зміцнення й оздоровлення нервової системи й фізичного здоров'я дитини з зайкуванням; усунення й лікування відхилень і патологічних проявів у їхньому психофізичному стані (ослаблення або зняття мовленнєвих судом, розладів вегетативної нервової системи, порушень моторики та ін.) [26, 29].

Основним завданням корекційно-педагогічної роботи, що переважно проводить логопед, є усунення мовних дефектів (перевиховання неправильної вимови) і психологічних особливостей дітей - логопатів. Для

роботи з дітьми логопеду допомагають такі фахівці : лікарі, вихователі, викладач з ритміки, інструктори з ЛФК, музичні керівники та інші.), що використовують свої методи й засоби при впливі на дитину із заїкуванням [19, 34].

До лікувально-оздоровчої роботи відносяться:

- створення сприятливих умов для лікування,
- організація режиму дня й раціонального харчування,
- процедури які загортовують,
- лікувальна фізкультура,
- медикаментозне лікування,
- фізіо- і психотерапія.

Медикаментозне лікування дітей з вадами мовлення ставить метою нормалізацію діяльності центральної та вегетативної нервової системи, мовно-рухового апарату; усунення судом , зняття психогенних напруг, оздоровлення організму в цілому [23].

Психотерапія в комплексі лікування дітей із заїкуванням займає істотне місце. Основне завдання психотерапії - оздоровлення психіки дитини – логопата шляхом виховання повноцінної особистості; здорової установки на свій недолік і соціальне середовище; впливу на мікросоціальне середовище [21].

Для оздоровлення дитини з вадами мовлення використовують непрямий і прямий вплив психотерапії. Під непрямю психотерапією розуміється середовище, що оточує природа, колектив, відношення обслуговуючого персоналу, режим, ігри й багато чого іншого. Пряма психотерапія - це лікувальний вплив словом у вигляді роз'яснення, переконання, домовленості й навчання. У сучасній психотерапії є два основних види впливу слова:

1) раціональну, за методикою Дюбуа, або роз'яснювальну, за методикою В. М. Бехтерова психотерапію;

2) сугестивну терапію, в якій виділяються навіювання в стані активності, у сні (гіпноз) і самонавіювання (аутогенне тренування) [37].

Раціональна психотерапія складається з індивідуальних і колективних спеціальних бесід, які являють собою обґрунтовану систему роз'яснень, переконань і навчання дитини – логопата, із заїкуванням. Ціль її в тім, щоб пояснити особі з вадами мовлення ( або батькам) в доступній, образній і переконливій формі сутність заїкуватості, його оборотність, його власну роль у подоланні недуги, критично розібрати особливості його поведінки.

Силою логічного переконання й прикладом психотерапевт прагне допомогти особі із заїкуванням у перебудові неправильних форм поведінки, вселяючи впевненість у свої сили, у можливість подолання мовних проблем [2, 28].

Для дітей підліткового віку раціональна психотерапія виражається у використанні різноманітних ігрових прийомів, барвистого дидактичного матеріалу, праці, музики, ритміки й ін. Психотерапія тісно пов'язана тісно із психопрофілактикою й психогігієною. Для дітей шкільного віку необхідно широке використання основних прийомів раціональної психотерапії [ 25].

У лікуванні осіб із заїкуваністю використовуються методи в стані активності й у стані гіпнотичного сну. Психотерапевтичні методи використовуються в комплексі з медико-педагогічними засобами впливу на заїкуватих підлітків і дорослих [5].

Аутогенне тренування застосовується при лікуванні різних неврозів. Релаксація досягається шляхом самонавіювання по певній формулі. Надалі проводяться цілеспрямовані сеанси самонавіювання по регуляції тихнув або інших порушень функцій організму, воно виявляється корисним при заїкуватості. Особа з заїкуванням опановує здатністю викликати розслаблення м'язів ший, плечового пояса, і регулювати ритм подиху, що послабляє інтенсивність судорожних спазмів [11].

У зв'язку з незрілістю психіки й недостатньою концентрацією уваги в дітей дошкільного віку гіпнотерапія й аутогенне тренування з ними не застосовується [1, 8].

Працюючи з дітьми багато логопедів для розслаблення м'язів рук, передпліччя, шиї, ніг використовують ігри і вправи. ці види психотерапії заїкуватості направляються на усунення психогенних порушень (страху мови й ситуацій, почуття ущемлення й пригніченості, нав'язливій фіксації на своєму мовному розладі, різноманітних переживань у зв'язку із цим й ін.) і на перебудову в заїкуватого зміненого під впливом дефектної мови соціального контакту з навколишніми, на формування вмінь володіти собою й своєю мовою, на перебудову своїх особистісних якостей [49].

Педагогічну частину комплексного підходу становить корекційно-педагогічна (логопедична) робота, що включає систему логопедичних занять, виховні заходи, логопедичну ритміку, роботу з батьками [18, 39].

Спрямування на гармонічне формування особистості й мовлення дитини з урахуванням необхідності подолання або компенсації його дефекту - це і є логопедична робота, як система корекційно – педагогічних заходів.[5, 27].

Логопедичний вплив на людину - логопата здійснюється у двох напрямках: прямому й непрямому. Для прямого логопедичного впливу проводять під години групових й індивідуальних занять із особами із заїкуванням. Ці заняття потрібні для розвитку загальної й мовної моторики, нормалізацію темпу й ритму подиху й мови, активізацію мовного спілкування, якщо буде потреба розвиток слухової уваги й фонематичного сприйняття, корекцію порушень звукопромовляння, розширення пасивного й активного словника, удосконалювання граматичного оформлення фрази [4].

Мета занять усувати психологічні відхилення в поведженні, вироблять (у школярів, підлітків) правильне відношення до дефекту, розвивати інтелектуальні здібності, етичні й моральні подання, формувати гармонійне розвинення особистості[17, 20].

У випадку необхідних додаткових вправ по вихованню навичок правильної мови й поведінки (корекція неправильної вимови, бесіди психологічного характеру й т.д.) проводяться індивідуальні заняття [17, 21].

Непрямий логопедичний вплив являє собою систему логопедизації всіх режимних моментів для дитини з вадами мовлення і відношення до неї навколишніх. Мовний режим має особливе значення.

За допомогою дорослих здійснюється контроль мовного режиму у дітей дошкільного віку. Послідовно контролюючи перехід від одного мовного етапу до іншого. Мовний режим школярів, підлітків і дорослих припускає вибір ними необхідних мовних вправ. За умови що вони розуміють вимоги правильної мови, систематичне тренування навичок правильної мови в різних умовах [23, 49].

Мовний аспект логопедичних занять включає регуляцію й координацію дихальної, голосової й артикуляційної функцій, виховання правильної мови.

Дитина шкільного віку, підлітки, дорослі повинні самостійно виконувати завдання логопеда в сімейно-побутових, навчально-виховних умовах [23, 67].

Комплектування груп проводиться з урахуванням віку дітей з вадами мовлення. Для різного віку дитини виникає необхідність використання своєрідних методик логопедичної роботи, зміна інтенсивності окремих її компонентів [6,58].

Для дітей використовують мовні заняття в ігровій формі, виховні заходи, при необхідності - медичні. У підлітків і дорослих - навпаки, основне значення надається медичним засобам, психотерапії (у тому числі і її суггестивним методам), менше - педагогічним [1,47].

На навчальних заняттях по розумовому, естетичному, фізичному й трудовому вихованню дітей - логопатів, вихователь урахує мовні

можливості кожної дитини відповідно до етапів логопедичної корекції. Вихователь постійно закріплює мовні навички дітей [14, 57].

Логопедична ритміка – важливий розділ логопедичної роботи, що являє собою систему музично-рухових, мовно-рухових, музично-мовних завдань і вправ, здійснюваних з метою логопедичної корекції. Логоритміка є доповненням до логопедичних занять й проводиться як у спеціально відведений для цього час, так і включається в заняття логопеда, іноді вихователя [8, 23].

Рухові, музично-рухових, музично-мовні, ритмічні, мовні без музичного супроводу, рухово-мовні вправи й ігри нормалізують просодію, рухову сферу особи із заїкуванням, а це, у свою чергу допомагає йому поміняти відношення до спілкування, до навколишнього середовища до свого мовного порушення.

Людині з мовними порушеннями треба навчитись позитивним рисам характеру й поведінки, упевненості в рухах, керованість ними, ініціативі в спілкуванні, самостійному подаланні рухових і мовних труднощів, активності у діяльності, переорієнтації в значимості життєвих ситуацій у зв'язку зі зміною відносин до мовного розладу [8, 24].

Для тренування й коригування загальної й мовної моторики, соціальної адаптації людини з заїкуванням логопедична ритміка має велике значення і вплив для соціальної адаптації особи з заїкуванням.

Тільки в комплексі педагогічного і психологічного впливів здійснюється соціальна адаптація заїкуватих. Проводячи консультативно-методичну роботу з батьками логопед враховує особливий ступінь емоційної прихильності дитини до родини й батьків, бо це серйозним психологічним фактором [19, 36].

Консультативно-методична робота з батьками та педагогами спрямована:

- на забезпечення сприятливих умов впливу на дитину з вадами мовлення;

- створення правильного відношення до дитини – логопата в дома і в дитячій установі;

- організацію необхідної самостійної роботи дитини - логопата поза логопедичними заняттями [23, 45].

### **3.2. Основні напрямки корекційної роботи засобами логоритмики**

На логоритмічних заняттях з дітьми із заїкуванням доцільно проводити наступні вправи та ігри:

- вступні;
- на розвиток слухового сприйняття уваги й пам'яті, зорового сприйняття уваги й пам'яті;
- на розвиток орієнтування в просторі й почуття ритму;
- на розвиток наслідування;
- творчі, сюжетно-рольові, рухливі ігри, творчі етюди на розвиток вольових якостей, активності, самостійності, ініціативи;
- вправи, рухливі ігри із правилами для розвитку загальної та дрібної моторики;
- на розвиток міміки обличчя та орального праксиса;
- зі співом, хороводи, гри-драматизації з музичним супроводом для розвитку просодії мови;
- етюди на розвиток уяви, творчих здібностей;
- з розвитку музичної пам'яті й музичної творчості;
- заключні;
- інсценювання, ранки, розваги, святкові виступи.

Логопедична ритміка в корекційної роботі із особами, що заїкаються більшою мірою сприяє нормалізації темпу й ритму загальних і мовних рухів, просодії мови. Перебудувати відношення до спілкування, до навколишнього середовища й до свого мовного порушення допоможе нормалізація рухової сфери людини з вадами мовлення [28].



Ця перебудова обумовлена тими позитивними рисами характеру й поведження, які з'являються в заїкуваті в процесі корекції психомоторики, а саме: упевненість у рухах, керованість ними, правильна постава, зорове орієнтування на співрозмовника, сміливість, ініціатива в спілкуванні, самостійність у дозволі рухових і мовних труднощів, активність у діяльності, переорієнтація в значимості життєвих ситуацій у зв'язку з перебудовою відносини до мовного дефекту й т.п.

Заняття логоритмікою варто погоджувати з роботою логопеда й використовувати матеріал з логоритміки протягом навчального року, згідно виконанню логопедичної програми. Програма співпраці розписується під час обстеження. На занятті з логоритміки виконують вправи з ходьбою, на координацію, на розвиток пам'яті, уваги, оптико-просторового орієнтування, зорово-моторної координації й т.п. З періоду виховання сполученої вимови даються мовленнєві завдання, у яких також спрацьовується плавність і злитість вимови, темп рухів, виразність, емоційність [24]

Відкрите заняття із дітьми дошкільного віку, що мають мовленнєві відхилення, спрямоване на тренування мови та психічної рівноваги, може мати таку схему:

1) вступні вправи: різні види ходьби в колоні для виховання орієнтування в просторі, у колективі, уміння планувати рухи, ходити в певному темпі;

2) виспівування: для тренування мовного подиху, наспівності, автоматизації звуків в ударних складах, сполучення співу з тактируванням, координації співу з рухами рук;

3) спів: для автоматизації звуків, тренування координації співу з ходьбою, марширування на місці; для розвитку ритмічного слуху, слухової уваги, пам'яті, розуміння характеру музики;

4) вправи на виховання довільної уваги (спеціальне стимулювання уваги, швидка й точна реакція на зорові подразники, розвиток вольової сфери заїкуватого);

5) вправи на виховання координації співучої мови з різними рухами для вироблення довільного керування своїми м'язами;

6) слухання музики з наступними вправами для розвитку музичної пам'яті;

7) гра-драматизація для виховання яскравої образності, емоційності;

8) заключна вправа (спокійна ходьба в колоні).

Проводячи заняття по логопедичній ритміці із дітьми з вадами мовлення вік яких 5 – 6 років, необхідно враховувати як формування різних психічних процесів і функціональних систем дитини в нормальному онтогенезі, так і деякі особливості розвитку самих дітей, що заїкаються.

Треба враховувати наступну своєрідність анатомо-фізіологічної системи дітей дошкільного віку:

1) незакінчене диференціювання клітин кори головного мозку, у тому числі психомоторних зон, що затрудняє виконання статичних роз'єднаних рухів (згинання, розгинання рук, ніг), що викликає у дитини швидке стомлення. У зв'язку із цим, Для врівноважування необхідна часта зміна різних рухів, що сприяє рівномірному чергуванню процесів активності й гальмування;

2) в зв'язку з тим, що в дитини 2 – 3 роки швидко росте м'який кістяк, в дитини в цьому віці можуть виникнути різноманітні викривлення. Силкові рухи, пов'язані з надмірним навантаженням на плечовий пояс, і довгострокове перебування в статичному положенні протипоказанні;

3) позитивні емоції гарно впливають на розвиток й функціональне становлення нервово-психічної сфери дітей 2-3 років . У зв'язку з цим , зміст і організація логоритмічних занять повинні викликати в дітей - логопатів задоволення. Схвалення й похвала Для підвищення емоційного тону у дитини із мовленнєвими вадами її треба хвалити - це зніме

моторну й психічну скрутність і вивільнить, а може й підвищить його загальну активність, стимулює і полегше спілкування [34].

При підборі мовного матеріалу варто мати на увазі специфічні риси діалогу маленьких дітей: пристосування до партнера за допомогою частих реплік - повторень; обов'язкове звернення першого з мовців до будь кого із однолітків; відносна організованість діалогу: вступ у діалог по черзі, спрямованість до певних осіб, тобто здійснення головної функції мови – комунікативної [8].

Для дітей використання мови - це засіб спілкування, переживань або заклику до спільної дії. Дія породжує в дітей частіше діалог, чим монолог, оскільки дитина або прагне до розмови, або просить про допомогу. З потреби безпосереднього вираження і бажання повідомити іншим власні переживання народжуються лексичні й граматичні особливості: висловлення носять наказовий або питальний характер, форму прохання, із чим зв'язане велика кількість дієслів у наказовому способі.

Як правило, заїкуватість, що з'явилася, ще не робить негативного впливу на поведінку, мову й особистість, що розвивається, більшості дітей. А ось у частини дітей, що заїкаються з раннього віку відзначається дисгармонійний розвиток моторної функції, мови, відсутність товариськості, наслідування, погані взаємини з однолітками, а також індивідуально-особистісні особливості.

Дітям 2-3 років , що мають заїкуватість показали, що в деяких випадках спостерігається затримка в розвитку й автоматизації наступних моторних навичок (перерахування дається відповідно до формування в онтогенезі):

- 1) схоплення предмета й тривале втримання його в руці;
- 2) руху пальців і кисті рук в іграх типу «Ладусі», «Сорока»;
- 3) користування ложкою;
- 4) оволодіння ходьбою;
- 5) рядом послідовних дій в іграх з будівельним матеріалом.

Ці діти можуть характеризуватися неврівноваженим поведженням, що проявляється в афективному відношенні до навколишніх. Це може проявитись інертністю в діяльності, швидкою стомлюваністю. Часті випадки дратівливості, реакції негативізму й агресивності. Багато дітей з вадами мовлення плаксиві. Для більшості дітей- логопатів характерна нестійка товариськість, аж до відмови від контактів навіть із улюбленими близькими [34].

Заняття з логопедичній ритміці варто проводити з урахуванням наступних умов:

### 1. Взаємозв'язок різних видів музичної діяльності, мови й рухів.

У ранньому дитинстві спів, слухання музики, музично-ритмічні рухи ще не виділяються в розділи музичного виховання зі спеціальними завданнями й програмним змістом. Відбувається лише виникнення цих видів діяльності, починають формуватися передумови музичних здібностей, співочі й моторні прояви. Тому слухання музики супроводжується підспівуванням, підспівування супроводжується рухами [58].

### 2. Процес навчання.

Зміст логоритмічного заняття повинне бути спрямоване на розвиток емоційної чуйності до музики, первісного інтересу до неї, на активізацію окремих дій пов'язаних з музикою. Треба розуміти яке місце займає розвиток сприйняття звучань різної висоти, тембру, динаміки. Рівень музично-ритмічних навичок у дітей раннього віку характеризується такими термінами, як «первісні співочі прояви», «елементарна ритмічність рухів». Цим підкреслюється незавершеність процесу навчання дітей третього року життя.

### 3. Повторюваність завдань.

Наприклад, Рухи, які супроводжуються музичним добутом 2-3 форми, здійснюється протягом усього логопедичного курсу (при цьому використовується різний музичний репертуар).

4. Невеликий обсяг рухів, мовного й музичного матеріалу.

5. Логоритмічне виховання повинне здійснюватися відповідно до змісту етапів логопедичної роботи.

Логопедична ритміка із заїкуватими дошкільниками включає наступні розділи:

I. Формування сенсорних здібностей: сприйняття різної модальності, уваги, реакцій на ритм і слухові подразники. Насамперед, формується сприйняття музики. Спочатку діти сприймають музичний твір у цілому, потім починають чути й вичленовувати виразну інтонацію, образотворчі моменти, вступ і висновок [5].

Слухання різноманітних музичних добутоків, вправи на розрізнення чотирьох властивостей музичного звуку: висоти, тривалості, тембру, динаміки. Діти дошкільного віку називають, про що ця музика (наприклад про кішку або кошеня), і показують відповідну іграшку. Певна музика повинна відповідати тому, що бачить дитина, наприклад пісня про кошеня і дитина тримає іграшку – кошеня.

В кінці логопедичного курсу діти з вадами мовлення розрізняють три форми музичного добутку: голосне або тихе звучання різнохарактерної музики, високе або низьке звучання дзвіночків, визначають звуки металофона, фортепіано в інтервалі «до» - «до» (довідаються, хто цвірінчить: пташка або птенчик), передають різний ритм у діях з іграшками (лялька крокує, бігає або стрибає).

II. Формування музично-ритмічних навичок: ходьба, біг, напівприсідання, погойдування на ногах («пружинка»), зеднання ходьби з підскакуванням, вправи із предметами, рух відповідно до контрастного звучання музики. Темп і ритм перегони, а також положення рук довільні.

До кінця логопедичного курсу діти - логопати повинні навчитися самостійно міняти рухи при зміні характеру музики.

III. Тренування на вміння зберігати рівновага. Ходьба по обмеженій площі, перешагування через предмет, сходження на похилу площину, ходьба по лежачій на підлозі мотузочці й т.п.

IV. Розвиток комплексу рухів у стрибках, танцях. Прості елементи стрибка (підтанцювання, підскакування, перестрибування) перестрибування через який-небудь предмет на малу відстань. Танці будуються на основі зміни рухів під двуритмічну музичну п'єсу або відповідно до тексту пісні.

До середини логопедичного курсу діти з вадами мовлення повинні освоїти танцювальні рухи в різних побудовах: по колу, по одному, парами.

V. Розвиток навичок виразних рухів. Ритмічна ходьба під музику, біг у розсип, удари в долоні, притопування ногами, обертання кистями рук, повороти навколо себе на кроці в одну сторону й т.п.

До кінця логопедичного курсу потрібно навчити дітей - логопатів до виразного виконання рухів у вільних танцях, до інсценування найпростіших пісень. Виразності рухів сприяють вправи на релаксацію - розслаблення рук, ніг, шиї, плечового пояса.

VI. Розвиток просторового орієнтування. Ходьба по одному, парами, «зграйкою», у розсип, один за одним, у зворотному напрямку, виконання нескладних танцювальних рухів.

VII. Розвиваємо у дитини з мовленнєвими вадами почуття ритму, темпу, гучності звуку, вміння дотримувати пауз у співі. Розвиваємо у дитини – логопата формування співочих інтонацій шляхом підстроювання до співу дорослого; підспівування закінчень музичних фраз [22].

Серед музично-ритмічних рухів на заняттях з логоритміки вправи займають головне місце.

I. Вправи на засвоєння основних рухів.

По тому, як дитина із заїкуванням крокує, бігає, стрибає, можна зрозуміти, який в нього фізичний розвиток, чи вміє він координувати рухи, який в неї емоційний настрій.

Через те що у дитини - логопата погано розвинуті основні рухи, то з ним дуже важко буде вивчити таночок та рухливі ігри: бо всі вони включають крок, біг чи стрибкові рухи.

На заняттях з логоритміки треба використовувати вправи на засвоєння різних варіантів ходи : спрямованої, спокійної, пружної, обережної навшпиньках, приставний крок, високий крок; бігу :легкого, стрімкого, пружного, широким кроком, з високо піднятими стегнами; стрибків : на двох ногах на місці, на двох ногах з рухом уперед-назад; по черзі на правій та лівій ногах, підскоки, прямий галоп.

Робота над розвитком основних рухів проводиться постійно: керівником фізичного виховання на заняттях з фізкультури вихователем на ранковій фізкультурі, фізкультхвилинках, та батьками, в повсякденному житті, музичним керівником на заняттях з логоритміки, на музичних заняттях та розвагах.

В цій роботі ми використовуємо:

а) вправи без музичного супроводу, щоб діти з вадами мовлення краще зрозуміли та відчули, як треба виконувати ці рухи.

б) вправи під музику, щоб діти з заїкуванням не тільки вірно виконали рухи, а ще й рухалися у темпі музичного супроводу.

Дуже корисно проводити «музично-ритмічну гімнастику; робити різні види рухів під музику різного характеру. Така вправа сприяє розвитку, у дитини – логопата. не тільки не тільки м'язів, а ще й уваги і музичного сприйняття.

Вправи на розвиток орієнтації у просторі:

Ці вправи тісно пов'язані з попередніми, адже вони побудовані на основних рухах таких як крокування та біг. Ці вправи вчать дітей:

1. Крокувати, бігати, стрибати друг за другом, по колу, дотримуючись дистанції.

2. Шикуватися парами, в розсипну, по колу, в колонну.

3. Крокувати, бігати, рухатись підскоками вільно, не наштовхуючись один на одного.
4. Шикуватися в колонну, шеренгу, по колу, по кутах, в розсипну.
5. Шикуватися в коло із різних положень: сидячи, стоячи у шерензі, стоячи вільно по залу.
6. Шикуватися в коло обличчям, спиною, боком.
7. Рівномірно звужувати та розширювати коло.
8. Знаходити місце в колонні: стоячи, та під час руху.
9. Крокувати зі зміною ведучих.
10. Крокувати по залу зі зміною напрямку: праворуч, ліворуч, по діагоналі, змійкою, протиходою.
11. Шикуватися з колони у пари; розходитися праворуч-ліворуч по одному.
12. Перешиковуватися із пар у четвірки, розходитися парами праворуч-ліворуч.
13. Перешиковуватися з великого кола в маленькі.
14. Розрізняти праву і ліву руки.

#### Загальнорозвиваючі вправи:

Ці вправи допомагають тренувати м'язи шиї, плечового поясу, ніг, корпусу, активізують їх роботу; розвивають в дітей з мовленнєвими вадами швидкість, чіткість, розмах рухів, допомагають ліквідувати окремі фізичні недоліки. Вправи проводяться із різними предметами : прапорці, султанчики, м'ячі тощо і без предметів.

Ці вправи використовують на заняттях з фізичної культури, під час ранкової гімнастики, фізкультхвилинки, музичних заняттях, і на заняттях з логоритміки.

Серед загальнорозвиваючих вправ важливе місце займають вправи, що вдосконалюють рухи рук. Є такі різновиди: плавні, махові, рухи рук з реальним і уявним предметами, на розрізнення лівої та правої рук, на розвиток дрібної моторики.



Наприклад, вправи: «Качання рук зі стрічками», «Хитання рук» і «Вітряк», «Великі крила», «Малюємо на піску», «Оплески і долоні», «Гра з уявним м'ячем», «Вправи зі стрічкою», «Виразні руки». Під час гри діти що заїкаються передають характер музики, її темп і ритм рухами рук (травичка коливається, дерева хитаються, віти завиваються, райдуга з'являється, хмаринки плывуть, пташки летять).

Для того щоб навчити дитину з вадами мовлення розрізняти праву і ліву руку допоможуть вправи: «Підтягнулись» під музику Ф.Шуберта «Екосез», та «Руку повинен мені простягнути» під польську народну мелодію, а також вправи «Салют», «Вправи з квітами», «Вправи з прапорцями» та іншими предметами, де всі діти водночас починають вправу з правої руки. Дорослому при показі треба пам'ятати про дзеркальне відображення рухів [26].

#### Вправи в танцювальними рухами:

Хореографічні вправи тісно пов'язані з загально розвиваючими. Танцювальними рухами дітям – логопатам допоможуть оволодіти у таких піснях-іграх, як «Райдуга-дуга», «Андрій – горобчик », і такі музичні вправи як: «Дзеркало», «Ой, хмелю мій, хмелю».

Коли починають вчити дітей з мовленнєвими вадами виразності рухів, треба пам'ятати про таке:

1. Починати розучування танцювальних рухів краще без музики, щоб діти повністю могли зосередитися над технікою виконання.
2. Складним рухам треба вчити поетапно. Наприклад, «напівприсяд» починають навчати вірно присідати, а потім додають прямі виставлені ноги на п'ятку і стрибок під час присідання та розпрямлення.
3. Якщо діти із вадами мовлення не відчувають ритм цих рухів треба спочатку програти його (ритм) на бубоні, чи брязкальцях, а потім «відобразити» це ногами.
4. Щоб допомогти дітям з вадами мовлення краще відчутти темп рухів у таночку треба таночок розкласти на кроки і біг.

5. Дітям з вадами мови дуже важко дається змінний крок, а також крок польки, тому над цими рухами треба працювати довго та поетапно.

Працюючи над навичками виразних рухів, треба пам'ятати, що дуже корисно починати заняття з танцювальної розминки.

Наприклад, діти із заїкуванням виконують нескладні рухи: «райдуга», «віконець», «крильця», «ліхтарики», «тупцюючий крок на місці», «каблучок», «підтоп однією ногою». «Вільний таночок» - діти танцюють так, як їм підказує музика.

Вправи для розвитку дрібної моторики:

Дуже корисно починати роботу з таких пісень-ігор як «Сорока», «Йде коза рогата», «Ладоньки».

На подальших етапах слід використовувати такі вправи, як: «Веселі долоньки», «Дудочка», «Вітер і вітерець», «Гра з водою», «Збираємо камінчики», а також ігрові завдання: «Уявний оркестр».

Ще більш будуть допомагати у розвитку дрібної моторики вправи з предметами: «Вправи з м'ячами», українська народна мелодія, композиція Н.Щербакової, «Весела стрічка» муз. М.Сатуліної, «Дудочка» муз. Т.Ломової[11].

Вправи, що регулюють м'язовий тонус:

М'язовий тонус – це стан кістково-м'язового апарату, готовність до виконання рухів. Вправи допомагають дітям з мовленнєвими вадами регулювати ступінь напруги м'язів, та перекладати навантаження з однієї групи м'язів на інші.

Вправи, які регулюють м'язовий тонус, є допоміжними та проводяться без музичного супроводу, щоб дитина із заїкуванням могла повністю зосередитися на своїх відчуттях та виконувати вправи у зручному для себе темпі.

1. «Кинь свої руки» - Підняти руки у сторони, трішки нахилитися вперед, зняти напругу в плечах і дати рукам вільно впасти вниз.

2. «Кулачки-пальці» - Міцно стиснути пальці обох рук в кулачки, а потім розжати їх.

3. «Стряхнути воду з пальців» - зігнути руки в ліктях. Вільними рухами потрясти руками (пальчиками).

4. «Піднімати та опускати плечі» - підняти плечі якомога вище і опустити їх.

5. «Буратіно і П'єро» - діти показують, як рухаються ляльки з дерева, а як з ганчір'я[5].

Вправи, які виховують музично-ритмічне відчуття:

Ці вправи направлені на передачу рухів темпу, акценту музичного твору та його ритмічного малюнку. Вони є складовою частиною ігор, таночків, хороводів. Розвитку музично-ритмічного відчуття сприяє також гра на дитячих музичних інструментах, співи, музично-дидактичні ігри, а також таночки. Наприклад, «Передай хустинку», муз. Т.Ломової; «Мелодія», «Цікавий випадок», муз. Д.Кабалевського; «Повторюй, дружок, за мною», муз. Н.Щербакової; «Підтяглися», муз. Ф.Шуберта «Екосез», гра «Оркестр» - українська народна мелодія, гра «Мишоловка», муз. К.Стеценко «Гопак».

Працюючи з дитиною з заїкуванням над розвитком музично-ритмічного відчуття, треба пам'ятати, що різний ритм по-різному діє на психофізичний стан дитини з вадами мови. Так, «маятниковий» ритм (ритм колисанки) діє заспокійливо, тому такий ритм краще використовувати у роботі з гіперактивними, збудженими дітьми. Секундний «альфа-ритм» розвиває увагу, пам'ять, спонукає до дій. Такий ритм дієвий для загальмованих дітей – логопатів, під нього добре стрибати, крокувати, сильно плескати у долоні.

Вправи на активізацію уваги:

Увага – це зосередженість на якомусь конкретному об'єкті . Розрізняють увагу пасивну та активну. Вправи на розвиток уваги повинен бути присутнім у кожній формі музичної діяльності у дітей з вадами

мовлення. Аналізуючи характерні особливості, фахівці помічають, що дітей з вадами мовлення може бути недорозвинена пам'ять, та увага, що в свою чергу відбивається на розвитку мислення і мови. Пропонуємо низку вправ, у яких робиться акцент саме на розвиток уваги.

I. «Повтори рухи»: Дітям показується кілька нескладних загальнорозвиваючих або танцювальних вправ під музику. Діти з мовленнєвими вадами дивляться, а потім під ту ж саму музику повторюють ті ж самі рухи.

II. «Заборонений рух» - Педагог показує рухи під музику діти з заїканням повторюють всі, крім одного «забороненого».

III. «Вправи з пропорціями» (без музичного супроводу) Можна використовувати різнокольорові прапорці. Наприклад: зелений прапорець – діти крокують. Жовтий – плескають в долоні, червоного – кричать, або стрибають.

Завдання на розвиток уваги є складовою частиною таких музичних ігор: «Кого не стало? Муз. Ф.Шуберта, «Ховайся хутчіш!» муз. А.Філіпенко , «Іграшкова крамниця», «Яка іграшка заховалась?» «Не запізнуйся», рос.нар.мелодія, «Бери прапорець!» муз. «Дві угорські мелодії», «Один, два, три, чотири, п'ять», автор О.Соковніна.

Розвиток музичного сприйняття є неможливим без розвитку слухової уваги. Дуже корисні такі вправи: «Барабанщики», «Музично-ритмічна гімнастика», «Увага! Музика!», «Запам'ятай музику»

До середини логопедичного курсу діти з вадами мовлення повинні навчитись разом з логопедом і самостійно співати дві останні фрази кожного куплета, побудовані на повторюваному інтервалі спадної великої терції. Під кінець року, підбудовуючись до голосу дорослого, діти з мовленнєвими вадами співають нескладні пісні з короткими фразами. Цей спів супроводжується інструментальним виконанням. Пісні, що розучують, варто частіше повторювати в різних ситуаціях: на

логопедичних і виховних заняттях, під час показу нової іграшки, гри й т.д., а також у домашніх умовах.

VIII. Розвиток почуття музичного ритму. Ходьба, біг, стрибки, нескладні танці, танці, хороводи.

IX. Розвиток мілкої моторики рук: кисті, пальців, плеча й передпліччя. Проводиться в уповільненому й нормальному темпі. Рух дитини з заїкуванням відбувається під різнохарактерну музику.

Наприклад, слухаючи спокійну мелодію, заколисувати ляльку; слухаючи веселу танцювальну музику, ляскати в долоні; повторювати за педагогом звуконаслідування, погладити кішку (іграшку); під звуки маршу енергійно помахати прапорцями; відповідно до музики виконувати кругові рухи зігнутими в ліктях руками; під спів педагога про пташку постукати по черзі пальцями однієї руки по долоні іншої руки («погодуємо пташку») і т.д [17]

Дитина тренує плавний видих, інтонування, звуковедення, риторичні. Вірши – забавки, зі звуконаслідуванням, підспівування, виспівування, спів.

XI. Формування ігрової діяльності. Гри-заняття, з яких найбільш важлива музично-дидактична гра. Вона містить у собі розвиток ігрових дій, поєднує багато рис, властивим хороводним побудовам, рухливим іграм. Зміст, структура, ігрові дії й правила музично-дидактичної гри сприяють розвитку висотного, ритмічного, динамічного й тембрового слуху.

XII. Виховання почуття партнера й колективу, ініціативи, розвиток вольової сфери – здатності до зосередження.

Діти – логопати навчаються руху відповідно до музичного образу, інсценування пісні, хороводи, ігри [5].

Основу методики логоритмічного виховання становить наслідування діям вихователя, логопеда й дітей, що правильно виконують завдання. Колективні методи сполучаються з індивідуальним підходом до дітей з

проблемами молення: перевірка виконання завдання в кожній дитині, у невеликій групі й т.д.

Логопед і вихователь використовують різні прийоми: показ руху, словесні інструкції, пояснення, образна розповідь, виконання руху разом з дитиною - логопатом, повторення з ним потрібного слова, фрази; при цьому застосовуються схвалення, похвала, заохочення, необхідні в роботі із заїкуватими дітьми третього року життя [9].

Розрізняються тематичні й комплексні логоритмічні заняття. У тематичних заняттях види музичної, рухової й мовної діяльності об'єднані будь - яким одним образом (наприклад пташкою, лялькою, кулями, гусаками, літаком, дощиком, ялинкою, кішечкою).

На комплексних заняттях відбувається чергування дій (наприклад, діти то розглядають іграшку, то виконують виразні рухи персонажа, то малюють або наклеюють готові форми під музику, що визначає темп діяльності, то співають разом з педагогом).

Усі види логоритмічних занять проводяться в першу половину дня й тривають до 20 хвилин.

У роботі із дитиною що заїкається будь-якого віку Н. А. Власова, В. А. Гринер, Г. А. Волкова рекомендують широко використати спів. Для заїкуватого дошкільного й шкільного віку підбираються такі пісні, у яких музичний супровід, темпом, характером, відтінками дає подання про зміст музики, і діти відрізняють пісні не тільки по тексту, але й по образному їхньому звучанню.

Вони виразно передають зміст пісні; бадьорий, радісний настрій святкового маршу або замислені, тихі звуки осінньої пісеньки, веселощі зайця, що скакає, або розмірний ритм поїзда. Чим різноманітніше пісні по змісту, тим більше буде запас музичних сприйнятів дитини. Важливу роль грає текст пісні. Якщо в осіб, що заїкаються є порушення звуковимовляння на логопедичних заняттях ведеться робота з постановки й автоматизації

звуків, то тексти пісень не повинні включати звуки, не засвоєні дітьми - логопатами [33].

Пісні виконуються, як правило, хором, можливо й індивідуальне виконання, але воно вимагає більшої зібраності, відповідальності й самостійності в вимові. Не всі особи з вадами мовлення справляються із цим завданням. Тому індивідуальне виконання пісні тренується поступово: спочатку дитина з мовленнєвими вадами співає в хорі, потім у підгрупі. Потім логопед підбирає пісню у формі своєрідного діалогу: один співає питання й двоє або троє проспівують відповідь, потім діалог співають двоє дітей із заїкуванням, причому той, у якого з'являються судороги в індивідуальному співі, спочатку співає відповідь на задане питання й лише потім виступає ініціатором діалогу [44].

Виконання пісні залежить від етапу корекційної роботи. У періоди мовчання, вимови пошебки діти лише слухають пісню, що виконується педагогом, або її мелодію. У період сполученої й відбитої мови, спільно виконуючи пісню з педагогом, діти засвоюють її зміст, вивчають текст.

На етапах питання – відповідь діти – логопати виконують пісні у формі діалогу. У цей же період логопед проводить інсценування пісень, текст яких підбирає у формі питання - відповідь. Коли дитина навчиться користуватися самостійною мовою, виконання пісні також змінюють. Діти співають самостійно, спочатку хором, потім індивідуально. Початок пісні може виконувати одна дитина, а приспів - усі. Також самостійно відбувається й інсценування пісні [10].

На початку й наприкінці курсу після прослуховування музики логопед пропонує особі з мовленнєвими порушеннями розповісти про те, що вони почули в музиці, які почуття вона в них розбудила.

Музичне сприйняття є складним і поетичним процесом, наповненим глибокими внутрішніми переживаннями. У ньому переплітаються сенсорні відчуття музичних звуків, співзвучність, живі асоціації, що відбувається в

даний момент, простеження за розвитком музичних образів і яскраві відповідні реакції на них [7].

Під час співу в заїкуватих виробляються співочі навички, наспівність в, протяжливому співі голосних [«га»], [«го»], [«в»], [«э»],[«і»] їхніх сполучень. Для зміцнення співочого діапазону спочатку даються невеликі вправи, напівки, які щораз співаються в більш високій тональності, тобто транспонуються (змінюється тональність добутку убік підвищення або зниження). Використаються різні регістрові вправи (той самий людина співає то високо, то низько) [5].

У роботі над дикцією логопед привертає увагу дітей з мовленнєвими вадами до виразних мовних інтонацій у пісні і їхньому співвідношенні з музичними інтонаціями. Діти з заїкуванням вчатья виділяти голосом обіг («Агов, з дороги, бережися!»), питання («Де ж мої дітки, сірі котенятка?»), характерні ознаки образу (Зайка – боягуз сіренький...»).

На думку науковців, для розвитку звуковисотного слуху осіб, що заїкаються пропонуються наступні вправи: визначити, коли закінчилося звучання останнього звуку мелодії (тримати його на педалі); почути різні закінчення двох майже однакових музичних фраз; розрізнити високі й низькі звуки, а також рух мелодії вниз; визначити правильно й неправильно співаючих.

Для розвитку координації голосу й слуху: уміти «налаштуватися» на заданий звук; довільно, за завданням педагога і з його допомогою, підвищувати або знижувати звучання мелодії в потрібній тональності; «підрівнювати» висоту й характер звучання свого голосу до голосів іншу, виконуючу мелодію за вказівкою педагога; точно починати пісню після музичного вступу й кожен музичну фразу окремо [4].

Корисно навчати дітей з мовними вадами співати пісні акапельно. Такий спів сприяє розвитку слухової уваги, чистоті дикції й звуку голосу.

Спочатку особи з вадами мовлення співають у супроводі фортепіано, потім співають разом з педагогом і, нарешті, самостійно акапельно.



При роботі із особами з мовленнєвими вадами можна використати мелодекламацію. Відбір віршованих і прозаїчних текстів відбирається з урахуванням віку, стану вимови, розвитку музичних здібностей, етапу корекційної роботи. Музика, що супроводжує читання, виразне розповідання, діалог або хорове декламування, повинна відповідати змісту тексту, допомагати розкриттю сюжету, образу, персонажів добутку [37].

Виховання правильної мови в людей - логопатів здійснюється поступово: від полегшених її форм до самостійної, емоційного мовлення в значимих для осіб з заїкуванням життєвих ситуаціях. Природно, що в комплексному впливі на людей з мовними вадами логопедична ритміка залежить від завдань логопедичної корекції. Методика занять по логопедичній ритміці із заїкуватими дітьми дошкільного віку відповідно до етапів подолання заїкуватості розроблена автором.

Задачі періоду обмеження мови (мовчання й спілкування пошепки): виховання загальної довільної моторики й м'язів особи; мовного подиху; слухової уваги й слухової пам'яті; зорової уваги й зорової пам'яті; довільного поведження шляхом розвитку особистісних якостей: витримки, зосередженості, уваги; робота над паузациєю у фразі, вимовленої пошепки; активізація й поповнення словника по наступним темам: «Осінь», «Овочі», «Фрукти» та інші теми [31].

На логоритмічних заняттях, у зв'язку із завданнями логопедичного впливу, проводяться безмовні вправи й ігри. Дається матеріал для розвитку міміки, орального праксиса, слухового й зорової уваги, для орієнтування в просторі, загальної й тонкої довільної моторики й т.п. Проводяться етюди на дані логопедом теми, у яких двоє осіб, що заїкуваються мовчки рухами, мімікою, пантомімікою показують розвиток сюжету теми.

Етюди розігруються під музичний акомпанемент і без нього. На заняттях у цей період корисне слухання інструментальної й вокальної музики в записі, у виконанні майстрів мистецтв. Тематика музичних тем повинна бути підібрана до теми логопедичних занять [46].

Наприклад, якщо логопедичне заняття проводиться на тему «Осінь» або відбиває її, варіанти («Овочі й фрукти», «Багатий урожай», «Ліс восени», «Лісові звірі в осінньому лісі», «У ліс по ягоди пішли», «Забираємо врожай» і т.д.), те логоритмічне заняття включає слухання музики П.І. Чайковського «Пори року. Осінь», мелодекламації по творах М. Пришвіна, В. Біанкі у виконанні педагога.

Відпрацьовування рухів, що імітують їдучий поїзд, машину; вправи на регуляцію м'язового тонуусу в ситуації навантаження ящиків з овочами на машини в поле й розвантаження машин в овочевому магазині й т.п. Логопед уводить дітей з вадами мовлення у тему заняття так, щоб воно проходило по єдиному сюжеті [17].

Як логопедичне, такі логоритмічні заняття носять навчальний характер. Діти- логопати вчаться слухати логопеда, виконувати його вказівки, але самі при цьому мовчать. Логопед (музичний керівник, вихователь) говорить із дітьми пошепки.

На етапі виховання сполученої й відбитої мови завдання логопедичної корекції інші: виховання просодії, мовленнєвого подиху: подовження видиху; корекція моторних відхилень, порушень звуковимовлення; триває навчання спілкуванню з партнером в ігрових ситуаціях і поза ними; виховання довільного поведіння, якимось: виконання вимог, що виходять не тільки від дорослих, але й від однолітків; активізація словника, подовження фрази до чотирьох слів.

Зазначені завдання реалізуються при проходженні наступних тем: «Осінь», «Птаха», «Гриби», «Професії» - на сполученій вимові. Темі: «Праця дорослих», «Зимуючі птахи», «Зимуючі звірі» - проходять на відбитій вимові [32].

На логоритмічних заняттях зазначені вище завдання реалізуються специфічними засобами, крім згаданих раніше вправ, вводяться вправи й ігри зі співом, хороводи, інсценівки пісень, проводиться навчання рухливим іграм без предметів, іграм для розвитку мілкої моторики рук,

кисті, пальців і т.д. Логопед на заняттях спілкується із особою з вадами мовлення сполученою або відбитою мовою. Оскільки ці види мови займають трохи більше часу (мовний зразок вимовляється двічі: разом з педагогом або за педагогом), те логоритмічне заняття включає меншу кількість видів роботи.

У період виховання питально-відповідної мови повною мірою формуються поведінкова активності і самостійності: всі особи - логопати в групі по черзі можуть бути черговими на занятті, що водять в іграх і при виконанні логопедичних завдань, виконавцями головних ролей в інсценівках, етюдах і т.п

Діалоги будуються в питально – відповідній формі. Завдання цього етапу наступні: триває робота над просодическими компонентами мови, над подовженням фрази до п'яти слів, над зливою вимовою фрази, над виразністю діалогу. Триває виховання особистісних якостей: активності, ініціативи, самостійності, творчості. Здійснюються корекція порушень звуковимовляння, спільне з вихователем проходження програми по наступних темах: «Зима», «Дикі тварини», «Меблі», «Посуд», «Птахи» та другі теми.

Мовленнєвий матеріал підбирається у питальній формі мови. Наприклад, одна група дітей наспівує голосні в питальній інтонації з підвищенням голосу, а інша - у стверджувальній інтонації зі зниженням голосу. У такій же манері проводяться наспівуванки, вправи з лічбою, пісні, діалоги в інсценівках з музичним супроводом і т.п [71].

Етап самостійної мови включає виховання підготовленої мови на матеріалі переказу й виховання самостійної мови на матеріалі розповіді . кожний із цих розділів має свої завдання. При роботі над самостійною мовою на матеріалі переказу діти з мовленнєвими вадами вчаться переказувати підготовлений текст із наступною драматизацією; переказують події, дії за матеріалами різних ігор. На заняттях виховується активність, самостійність, довільність поводження у всіх видах ігор

(рухливих, дидактичних, іграх-драматизаціях, ); триває робота з корекції порушень звуковимовляння, по розвитку лексико-граматичного ладу вимови. Логоритмічне заняття в цей період педагог будує з урахуванням загальних завдань.

У заняття в більшому обсязі, чим раніше, включаються мовні завдання, ігри, вправи без музичного супроводу, а також матеріал по музично-ритмічному вихованню (хороводні й танцювальні композиції, танці, як розучені, так і рухові імпровізації під музику) [48].

Виховання самостійної вимови на матеріалі розповіді припускає навчання дітей описовій розповіді, розповіді по пам'яті, творчій розповіді. Заняття з логоритміки в цей період будуються відповідно до ритмічного-музично-ритмічного виховання дітей - логопатів масового дитячого саду.

Наприкінці курсу корекційного навчання й виховання заїкуваті діти повинні бути настільки скориговані, щоб упоратися з вимогами програми масового дитячого саду. Тому заняття по логопедичній ритміці насичені мовним матеріалом, творчими ситуаціями й достатнім руховим навантаженням.

На етапі закріплення активного поведження й вільного спілкування логопедичні й логоритмічні заняття рівною мірою вирішують завдання подальшого закріплення в дітей організаторських якостей, активного, творчого початку особистості, закріплення вміння спілкуватися в різних ситуаціях на теми будь-якої складності.

## ВИСНОВКИ

1. Заїкування у підлітків є одним з найбільш важких та довготривалих мовленнєвих порушень, що обумовлене судорожним станом м'язів мовного апарату. Головними характеристиками його є розлад темпу, ритму й плавності експресивного мовлення з превалюючим ураженням її комунікативної функції. При даному захворюванні відсутній специфічний поодинокий фактор, що зумовлює заїкання.

2. Для досконалого обстеження моторних функцій у заїкуватих дітей підліткового віку доцільно використовувати методи дослідження які дають змогу досконало визначити рівень сформованості різних видів моторики, ці методики спрямовані на дослідження :

- довільної мімічної моторики;
- мовленнєвої моторики.
- загальної довільної моторики.

4. Обстеження тонких рухів пальців рук та дій із предметами.

5. Обстеження почуття ритму з музичним супроводом і без нього.

6. Обстеження вираженості заїкуватості при читанні віршів.

7. Обстеження мовно-ритмічних рухів під рахунок.

3. Логопедична ритміка має велике значення для перевиховання особистості заїкуватого, соціальної адаптації, а також для тренування й коригування його загальної й мовної моторики. Заняття по логопедичній ритміці повинні бути насичені мовним матеріалом, творчими ситуаціями й достатнім руховим навантаженням при цьому необхідно використовувати вправи наступної спрямованості: музично-рухові, музично-мовні, ритмічні, мовні без музичного супроводу, рухово-мовні вправи й ігри які нормалізують просодію та рухову сферу заїкуватого

4. Ефективність корекції заїкуватості визначається наступними факторами:

- характером дефекту й ступенем виразності його симптоматики ( мовних, моторних і нервово-психічних особливостей);
- строками початку корекційного впливу і його тривалістю;
- комплексністю впливу;
- адекватністю обраних методик корекційного впливу, обліком вікових і психологічних особливостей.

Таким чином, у питаннях подолання заїкуватості дослідники дотепер висловлюють різні точки зору, з яких найбільш правильної представляється та, котра передбачає комплексний медико-педагогічний і психологічний підхід до проблеми реабілітації заїкуватих дітей підліткового віку.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абелева И. Ю. и др. В помощь взрослым заикающимся. — М., 1996.
2. Абелева И. Ю. Если ребёнок заикается. — М., 1969. — 143 с.
3. Арутюнян Л. З. Как лечить заикание. — М., 1993. — 158 с.
4. Асатиани И. М. Заикание у взрослых // Заикание / Под ред. Н. А. Власовой, К. П. Беккера. - М., 1983. - С. 180-221.
5. Белякова Л. И. Проблемный подход к анализу патогенетических механизмов заикания // Заикание: Проблемы теории и практики / Под ред. Л. И. Беляковой. - М., 1992. — С. 3-20.
6. Белякова Л. И., Дьякова О. О. Заикание: Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности «Логопедия». - М, 1999. - 340 с.
7. Болдырева Т. А. Динамика формирования личности заикающихся // Заикание: Проблемы теории и практики / Под ред. Л. И. Беляковой. - М., 1992. - С. 76-87.
8. Буль П. Я. Основы психотерапии. — Л., 1974. — 102 с.
9. Буянов М. И., Драпкин Б. З., Богданова Е. В., Жихарева И. Б. Заикание у подростков / Под ред. М. И. Буянова. — М., 1989.
10. Буянов М. И. Заикание у подростков. — М.: Просвещение, 1989.
11. Власова Я. А. Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. — М., 1959. — 90 с.
12. Власова И. А., Герценштейн Е. Н. Опыт работы с логоневротиками дошкольного возраста // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. - М., 1939. - Т. VIII. - Вып. 9-10. - С. 68-76.
13. Вогралик В. Г. Вогралик М. В. Иглорефлексотерапия (пунктурная рефлексотерапия). — Горький: Волго-Вятское книжное издательство, 1978. — 293 с.
14. Волкова Г. А. Заикание и дизоптогенез // Методы изучения и преодоления речевых расстройств. — С-Пб, 1994.

15. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика: Учебное пособие для студентов пединститутов по специальности «Логопедия». — М., 1985. - 125 с.
16. Воспитание и обучение детей с расстройствами речи / Под ред. С. С. Ляпидевского, В. И. Селиверстова. — М.: Просвещение, 1968. - 250 с.
17. Выгодская И. Б., Пеллингер Е. А., Успенська Л. П. Устранение заикания у дошкольников в игре // Пособие для логопедов. — М., 1984. - 176 с.
18. Гиляровский В. А. К вопросу о генезе заикания у маленьких детей и роли его для общего развития личности и его лечение /У Советская невропатология, психотерапия и психогигиена. — М., 1932. - Т.1. - Вып. 9-10. - С. 570-582.
19. Грингер В. А. Логопедическая ритмика для дошкольников. — М., 1958.
20. Групова психотерапія / За ред. Б. Л. Карвасарського, С. М. Ледера. - М, 1990. - 201 с.
21. Гутцман А. Заїкання та його надійне усунення методично розробленим та перевіреном на практиці способом. — М., 1879.
22. Данилов И. В., Черепанов И. М. Патофизиология логоневрозов. - Л., 1970. - 186 с.
23. Досужков Ф. Н. Невроз болезненной застенчивости (скопто-фобия) // Журнал невропатологии и психиатрии. — М., 1963. — № 1. - Т. 63."
24. Евгенова А. Я., Смирнова М. В. Опыт логопедической работы со взрослыми заикающимися. — М, 1960.
25. Жиикин Я. И. Механизмы речи // Заикание. — М., 1958. -С. 79-83, 338-347.
26. Заикание у подростков // Книга для логопеда. Из опыта работы / Сост. М. П. Буянов. - М., 1989. - 125 с.
27. Зеeman М. Собственный метод лечения заикания: Расстройства речи в детском возрасте. — М.. 1962.— С. 210-263.



28. Игры в логопедической работе с детьми: Книга для логопеда Под ред. В. 11 Селиверстова. - М., 1987. - 135 с.

29. Калачева И. О. Использование семейной психотерапии в процессе реабилитации детей раннего возраста, страдающих заиканием: Заикание: Проблемы теории и практики. - М., 1992. — С. 100- 107.

31. Калягин В. Если ребенок заикается. - СПб. 1998.

31. Ковшиков В. А. Специфика заикания при различных нервно-психических расстройствах: Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей. — Л., 1976.

32. Кузьмин Ю. И. Темп речи и заикание: Изучение динамики речевых и нервно-психических нарушений. — Л., 1983. — С. 104—116.

33. Кьои Р. Заикание: Заикание шепеляние, захлебывание, картавление и прочие пороки речи. Сущность, предотвращение и излечение этих недостатков. — М., 1878.

34. Лагузен Х. О заикании, с объяснением способа излечения этого недостатка: Способ излечения заикания. — С-Пб, 1838.

35. Левина Р. Е. Заикание у детей: Преодоление заикания у детей / Под ред. Р. Е. Левиной — М., 1975. — С. 3—22.

36. Либманп А. Патология заикания и косноязычия. — С-Пб, 1901.

37. Логопедия / Под ред. Волковой Л. С. — М., 1989. — 680 с.

38. Миронова С. А. Устранение заикания у дошкольников в процессе обучения: Преодоление заикания у дошкольников / Под ред. Р. Е. Левиной - М., 1975. - С. 23-135.

39. Миссулович Л. Я. Лечение заикания. — М., 1988. — 184 с.

40. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960. — 191 с.

41. Неткачев Г. Д. Заикание. Его сущность, причины, происхождение, предупреждение и лечение в детском возрасте и взрослых. Новый психологический способ лечения. — М., 1909.

42. Неткачев Г. Д. Клиника и психотерапия заикания. — М., 1913.

43. Носенко Э. Л. Эмоциональное состояние и неврозы. — Л., 1981. - 55 с.
44. Оганесян Е. В. Логопедическая ритмика. — М., 1998. - 96 с.
45. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной - М., 1968. - 111 с.
46. Пеллингер Е. Л., Успенская Л. П. Как помочь заикающимся школьникам. — М., 1995. - 176 с.
47. Поварова Г.А. Практикум для заикающихся. — С-Пб: Изд-во «Союз», 2000. - 128 с.
48. Психотерапія в логопедичній практиці: Методичні рекомендації / Укл. Уманська П. М. - К., 1992. - 28 с.
49. Рау Е. Ф. Роль игровой психотерапии у дошкольников: Психотерапия в дефектологии / Сост. И. П. Вайзман - М., 1992. -107 с.
50. Рау Е. Ф. Система работы по устранению недостатков рс м в детей дошкольного и школьного возраста. — М., 1965. 35 с.
51. Рычкова Н. А. Диагностика и коррекция произвольных движений у детей, страдающих заиканием. Логопедическая ритмика: Методические рекомендации. — М., 1997. — 203 с.
52. Самойленко Н. С, Грингер В. А. Методические указания и практический материал для работы со взрослыми: Логопедическая ритмика. — М., 1941.
53. Селиверстов В. И. Заикание у детей: Пособие для логопедов. -М., 1994. - 208 с.
54. Селиверстов В. И. О психологической модели феномена фиксированности заикающихся на своем речевом дефекте: Учитель-дефектолог: Проблемы подготовки / Отв. ред. В. А. Лапшин — М., 1989. - С. 59-72.
55. Селиверстов В. И. Принцип последовательности и систематичности в логопедических занятиях с заикающимися школьниками: Очерки по патологии / Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1967.

56. Селиверстов В. И. Современный комплексный метод преодоления заикания: Расстройство речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1969.

57. Сикорский И. А. О заикании. - С-Пб, 1889. - С. 38-152.

58. Тартаковский И. И. Психология заикания и коллективная психотерапия. — М., 1934.

59. Трифонова В. Ф., Яроцкая Е. П., Билевская О. М. Заикание. -Х.: Вища школа, 1985. — 264 с.

60. Тяпугин Н. П. Заикание. - М., 1966. - 156 с.

61. Флоренская Ю. А., Авербух И. С, Архипова О. Г. Повторные больные и трудные случаи заикания // Вопросы логопедии. — Х., 1936.- С 8-32.

62. Фрешельс Е. Заикание. Ассоциативная афазия. — М., 1931.

63. Хвотцев М. Е. Логопедия. - М. 1959. - С, 213-311.

64. Чевелева Н. А. Исправление заикания у дошкольников в ■ процессе обучения. — М.. 1965. — 97 с.

65. Чевелева И. А. Исправление заикания у школьников в процессе обучения. — М., 1978. — 112 с.

66. Чевелева Н. А. Исправление речи у заикающихся школьников. -М.. 1966.

67

67. Шембель А. Г. Устранение заикания у подростков (в условиях медицинского стационара): Методическое письмо ГНИИ уха, горла, носа МЗ РСФСР - М., 1961.

68. Шкловский В. М. Заикание. - М., 1994. - 250 с.

69. Шкловский В. М. Комплексная система логопедических занятий и психотерапии при логоневрозах: Методическое письмо. — Л.. 1974.

70. Шкловский В. М. Психотерапия в комплексной системе терапии логоневрозов / Руководство по психотерапии. — М., 1974. -С. 197-209.

71. Шуберт М. Е. К психопатологии, клинике и лечению заикания: Психогигиенические и неврологические исследования. — М., 1928.-С. 208-217.
72. Ястребова А. В. Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы: Пособие для учителей-логопедов. - М.: Просвещение, 1980. — С. 5—14.
73. Ястребова А. В. Особенности устной и письменной речи у заикающихся учащихся. — М., 1962.
74. <http://www.logoped.ru> / Коррекция заикания у подростков и взрослых.
75. <http://www.logoped.ru> / Неиромоделирование для заикающихся.
76. <http://www.logoped.ru> / Нетрадиционные способы помощи и особенности помощи в стационаре.
77. <http://www.logoped.ru> / Пародоксальная гимнастика Стрельниковой А. Н.
78. <http://www.logoped.ru> / Система Арутюнян Л. З.
79. <http://www.ineiiibers.aol.com/rharkn/>
80. Von Riper, C. (1972) «Stuttering Therapy in 2050 A.D.» in Emerick, L.L., and Hainre, C.I. (ed.) An Analysis of Stutering, Danville, III. - P. 808-812.
81. Van Riper, C. (1973) The Treatment of Siutერიug, englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
82. Van Riper, C. (1994) A Message from Charles Van Riper, m Letting GO, the NSP Newsletter.