

Лекція. Етіологія порушень мовлення. Класифікація мовленнєвих порушень. Анатомо-фізіологічні механізми мовлення

З історії розвитку логопедичної допомоги дітям

Становлення основ логопедичної допомоги відбувалося поступово і на всіх етапах розвитку людства залежало від економічного, соціального, культурного рівнів розвитку суспільства. Так, у Стародавньому Єгипті, Греції, Римі, пізніше – і в Київській Русі людям з порушеннями мовлення надавали допомогу в той час як у середньовічній Європі їх знищували, спалюючи на вогнищах. Допомога людям з порушеннями мовлення мала своєрідний історичний шлях: від елементарних форм, заснованих на засобах медичного втручання, що були притаманними для стародавніх єгиптян, індусів, греків і римлян, до розробки педагогічних засобів корекції мовленнєвих порушень, які застосовувалися у Київській Русі, згодом – у Росії та Україні.

Перші відомості про мовленнєвий розлад, пов'язаний з фізичною травмою, дійшли до нас з давньоєгипетського медичного папірусу Едвіна Сміта, який було знайдено у 1862 р. в одній з фівінських могил 17 ст. до н. е. В папірусі є посилання, що він – копія більш давнього трактату, датованого 30 ст. до н. е. Отже, вже стародавні єгиптяни звертали увагу на порушення мовлення та причини, що їх спричинили, однак у документі не зазначалося про засоби допомоги особам з цими вадами.

Стародавні індуси в одній із частин давньоіндійського трактату "Веди" – "Аюрведах" (розділ VI) – подавали детальний опис двох пластичних операцій (в сучасній термінології – хейлопластика та уранопластика). Цей факт є першим описом надання медичної допомоги людям, які страждали на мовленнєві розлади внаслідок фізичних ушкоджень (розщеплень губи та піднебіння).

У Стародавній Греції людину із психофізичними вадами знищували, оскільки вони були тягарем для суспільства. До людей з порушеннями

мовлення ставилися інакше: їхні вади не заважали їм бути воїнами (це єдиний критерій, за яким визначали корисність кожного чоловіка для держави). Водночас усвідомлювалася необхідність вивчення причин мовленнєвих порушень.

Так, однією з найперших (близько 484 - 425 рр. до н. е.) є згадка Геродота про мовленнєву ваду, який описував своєрідне мовлення Кіренського царя Батта (він говорив швидко, незрозуміло, спотикався, пропускав звуки та склади). Сьогодні це порушення має назву баттаризм (воно є похідним саме від імені царя Батта). Існує й інша думка: нібито спочатку було описане порушення мовлення з назвою "баттаризм", а Кіренський цар мав його і тому отримав прізвисько "Батт".

Найбільш повні та системні описи мовленнєвих вад знаходимо у працях давньогрецького лікаря і природодослідника, основоположника античної медицини Гіппократа (459 – 377 рр. до н. е.). Він характеризує мовленнєві вади, які пояснює втратою голосу, втратою мовлення, недорікуватістю, нерозбірливим мовленням, заїкуванням, та дає поради щодо методів лікування тих чи інших порушень. Проте все лікування зводилося лише до пускання крові. Важливим для зародження основ логопедичної допомоги було те, що Гіппократ рекомендував при діагностуванні та прогнозуванні будь-яких хвороб звертати увагу, передусім, на стан слуху і мовлення хворого.

У Стародавньому Римі ставлення до осіб з обмеженими психофізичними можливостями не відрізнялося гуманністю від Стародавньої Греції – їх також знищували. Однак робилися певні спроби надати допомогу саме людям з вадами мовлення. Звернути увагу варто на Авра Корнелія Цельса (30 - 25 рр. до н. е. – 40 - 45 рр. н. е.), який у своїх працях залишив відомості про параліч язика, приростання його кінчика до нижньої частини ротової порожнини, а також вказував на методи лікування цих вад – підрізання язика.

Іншому лікареві та природодослідникові Клавдію Галену (близько 130 - 200 рр. н. е.) належить заслуга розмежування розладів голосу та мовлення. Він зазначав, що голосові розлади є наслідком "страждань" гортані та її м'язів, а мовленнєві порушення – наслідком ураження язика, зубів, губ, твердого та м'якого піднебіння, вуздечки язика. Крім того, Гален зазначав, що окремі мовленнєві порушення пов'язані з ураженням ЦНС.

Отже, характерним для Єгипту, Індії, Китаю, Греції та Риму в стародавні часи є медичний підхід стосовно подолання мовленнєвих порушень. На той час педагогічним методам і засобам виправлення вад мовлення не приділялося достатньої уваги. Проте надбання стародавньої медицини у лікуванні мовленнєвих розладів сприяли зародженню основ логопедичної допомоги.

Стосовно допомоги особам з порушеннями мовлення (недорікуватістю, заїкуванням), то у XVIII ст. окремі спеціалісти (сурдопедагоги, артисти, лікарі) робили спроби виправити ці вади. Отримувати таку допомогу могли лише заможні люди. На початку XIX ст. почали відкриватися приватні клініки для глухонімих і заїкуватих, спеціальні школи, де навчалися діти з вадами мовлення.

Проблеми розвитку основ логопедичної допомоги людям у Росії та Україні, яка в той час входила до складу Російської імперії, присвячено дослідження А. Безлюдової. З 1880 по 1825 рік вона виділила чотири етапи.

I етап (1800 - 1860) – вивчалися мовленнєві порушення емпірично.

II етап (1861 - 1880) – мовленнєві порушення вивчалися теоретично.

III етап (1881 - 1900) – прагнення до цілісного розгляду кожної з форм мовленнєвих патологій з урахуванням етіології, механізмів, симптоматики, перебігу та методів подолання.

IV етап (1901 - 1925) – системність та диференційованість вивчення мовленнєвих порушень. До вивчення порушень мовлення сформувався міждисциплінарний підхід (анатомія, фізіологія, педагогіка тощо), який враховував вплив різноманітних чинників.

До революції 1917 року в Україні не існувало державної логопедичної допомоги дітям з порушенням мовленнєвого розвитку. Після 1917 р. логопедичну допомогу визнали необхідною – почали створюватися спеціальні кабінети, де лікували заїкуватість у дорослих. На жаль не враховувались інші види мовленнєвих розладів, не надавалася логопедична допомога дітям.

На початку 30-х рр. логопедична допомога в Україні, зокрема у Харкові, набула нових форм: лікували не лише заїкуватість, а й інші вади мовлення, надавалися консультації школярам-логопатам, малюкам дошкільного та перед дошкільного віку, відбувалося обстеження дітей у школах, дитячих садках. Уперше в Україні тут було відкрито спеціальний дитячий садок для логопатів та проводилася логопедична робота в загальних і допоміжних школах.

Різноманітні форми логопедичної допомоги сприяли розвитку нових методів діагностики мовленнєвих вад, визначенню процесів виникнення та розвитку окремих видів мовленнєвих розладів. На початку 30-х рр. логопедія виокремилася як галузь дефектології. У цей період в Україні розгорнулася значна робота щодо здійснення загального обов'язкового навчання глухих, сліпих і розумово відсталих дітей та організація підготовки дефектологів для спеціальних закладів освіти.

З 1 січня 1940 р. в кожній допоміжній школі вводилася посада вчителя-логопеда, для дітей загальноосвітніх шкіл організовувалися логопедичні пункти (всього 15): Київ – 4; Харків – 4; Сталіне – 1; Дніпропетровськ – 1; Одеса – 2; Ворошиловград – 1; Запоріжжя – 1; Полтава – 1. Логопедія як окрема дисципліна була введена в навчальні плани різноманітних педагогічних закладів, на базі яких готували та підвищували кваліфікацію вчителів загальноосвітніх і спеціальних шкіл. А у 1941 році, з початком війни, в Україні припинилася підготовка вчителів-дефектологів.

У післявоєнні роки в Україні відновилася підготовка вчителів-логопедів і розпочалася робота по розробці теоретичної концепції

розгортання диференційованої системи спеціального виховання та навчання дітей із психофізичними вадами. Склалися сприятливі умови для виділення сурдопедагогіки, тифлопедагогіки, олігофренопедагогіки, а згодом і логопедії в самостійні науки. Все це сприяло розробленню теорії і практики навчання і виховання дітей з порушеннями інтелекту, зору та слуху.

З відбудовою народного господарства, підвищенням соціокультурного рівня громадян України проблема спеціального навчання з порушенням мовленнєвого розвитку ставала нагальнішою; розгорталася робота, спрямована на реорганізацію системи спеціальної освіти дітей з вадами психофізичного розвитку, включення до цієї системи закладів для дітей з вадами мовлення. На цьому етапі почали робитися перші кроки в розвитку системи логопедичної допомоги дітям. На початку 50-х років логопункти відкривалися не лише на базі шкіл, а й при дитячих поліклініках, пізніше – при диспансерах, яслах та будинках дитини, які обслуговували дошкільників та молодших школярів. У цей час в Україні гостро відчувалася потреба у створенні школи для учнів, які не встигали в навчанні внаслідок таких мовленнєвих вад, як порушення письма, читання, вимови. Саме ці обставини були однією з причин другорічництва серед дітей масової школи. Досить активно щодо виявлення дітей з вадами мовлення була діяльність І. Дьоміної, М. Савченко та ін. Виникла необхідність відкриття спеціальних закладів для дітей з вадами мовлення.

Мовленнєві порушення

Найскладніші мовленнєві порушення зачіпають як фонетико-фонематичну, так і лексико-граматичну сторони мовлення, призводять до загального недорозвинення її – від повної відсутності або лепетного стану до розгорнутого мовлення, але з елементами фонематичного і лексико-граматичного недорозвинення.

Р.Є. Левіна виділяє три рівні загального недорозвинення мовлення.

Перший рівень характеризується цілковитою або майже цілковитою відсутністю словесних засобів спілкування у віці, коли в нормальній дитини (5 – 6 років) мовлення в основному сформоване. При цьому рівні мовленнєвого розвитку словниковий запас дитини складається здебільшого із звукових і звуко–наслідувальних комплексів, які супроводжуються жестами, як правило, незрозумілих для навколишніх.

Другий рівень характеризується тим, що мовленнєві можливості дітей значно зростають, спілкування здійснюється не лише за допомогою жестів і лепетних уривків слів, а й мовленнєвими засобами, хоч і досить спотвореними в фонематичному і граматичному відношеннях.

Третій рівень передбачає розгорнуте повсякденне мовлення без грубих фонетичних і лексико–граматичних відхилень, але з окремими порушеннями в фонетиці, лексиці й граматиці.

Порушення мовлення характеризується тим, що:

- з'явившись, самотійно не зникають, а закріплюються;
- не відповідають віковій мовці;
- потребують логопедичної допомоги залежно від їх характеру;
- виникнення неправильного мовлення може позначитися на

подальшому розвитку дитини, затримуючи і спотворюючи його.

Різноманітні мовленнєві дефекти, які є первинними у дітей з порушенням мовлення, спричиняють вторинні відхилення в їх загальному і мовленнєвому розвитку. Мовленнєві порушення можуть мати як центральний так і периферичний характер.

До факторів, що зумовлюють мовленнєві порушення, відносять: внутрішньоутробні та прижиттєві ураження ЦНС, які викликані травмами, інфекціями, інтоксикаціями і зачіпають слухомовну ділянку кори головного мозку. Травми і хворобливі процеси можуть спричинювати різні анатомічні недоліки і в будові артикуляційного апарата. В цих випадках мають місце органічні причини мовленнєвих порушень. Часто зустрічаються і функціональні порушення мовлення, коли немає ніяких органічних змін у

будові ні периферичного, ні центрального відділів мовленнєворухового аналізатора

Усі мовленнєві порушення слід поділити на дві групи:

- а) порушення усного мовлення;
- б) порушення писемного мовлення.

Порушення усного мовлення поділяються на два типи:

а) порушення фонаційного (зовнішнього) оформлення вимовляльної сторони мовлення;

б) структурно-семантичне (внутрішнє) системне, або поліморфне, порушення мовлення.

При фонетичних порушеннях вади мови зводяться лише до неправильної вимови звуків (здебільшого свистячих, шиплячих, л, р). При нормальному слухові й нормальному мовному апарату ці вади легко переборюються дітьми з допомогою вчителів, батьків або самостійно шляхом наслідування правильної вимови. Фонаційні мовленнєві розлади диференціюють залежно від ураження тієї чи іншої ланки:

- голосоутворення;
- темпоритмічної організації висловлювання;
- інтонаційно-мелодичної;
- звуківимовляльної.

Причини виникнення порушення голосу можна поділити на функціональні та органічні. Органічні можуть бути периферичними та центрально обумовленими. В основі органічних порушень голосу периферичного характеру лежать такі захворювання голосового апарата, як співучи вузлики на голосових зв'язках, папіломатоз гортані і голосових зв'язків (бородавчі пухлини), стеноз гортані (звуження гортані) після дифтерії, поранення, опіку гортані. Вони ведуть до деформації гортані і голосових зв'язок, а це призводить до обмеження їх рухливості.

Дисфонія (афонія) (від грец. dis – префікс, який означає розлад, і phone – голос; a – частка, яка означає заперечення) – відсутність або розлад фонації

внаслідок патологічних змін голосового апарата. Синоніми – порушення голосу, порушення фонації, фонаторні порушення, вокальні порушення. Вмявляється у відсутності фонації (афонія), або у порушенні сили, висоти і тембру голосу (дисфонія). Може бути зумовлена органічними або функціональними розладами голосоутворюючого механізму центрального або периферичного характеру, виникає на будь-якому етапі розвитку дитини. Порушення може бути самостійним (ізолюваним) або входити до ряду інших порушень мовлення.

Дисфонія характеризується грубим, глухим, здавленим голосом при напрузі дихального апарата, а також м'язів глотки, гортані, ший.

Фонастенія (від греч. phone – звук, голос і астенія) – слабкість голосу, функціональне порушення голосу, коли при відсутності механічних пошкоджень гортані голос зникає назавжди чи, що буває частіше всього, періодично то послаблюється, то зовсім зникає (афонія): голосовий ефект не відповідає волювому імпульсу на голосі зв'язки. Вказані розлади голосу зазвичай проявляються в наступних формах:

- голос сильно втомлюється без видимих причин, при голосовій роботі з'являється роздратування, відчуття тиску, царапання, печія; кашель, біль в різних областях голови і грудей; ці суб'єктивні відчуття не відповідають стану гортані, так як дуже часто в ній немає ніяких об'єктивних хворобливих процесів;

- при співі і мовленні голос дуже втомлюється без яскраво виражених суб'єктивних відчуттів;

- голос втрачає свої музичні якості: з'являється детонування, дистонування, не чиста інтонація, при дихальний звук ("дике повітря");

- з'являється тремтіння в голосі, яке супроводжується почуттям голосової втоми;

- голос часто несподівано переривається, зникає;

- при спробах до голосової роботи в фонаційному апараті виникають судомні і голос не звучить (судомна фонація).

Частіше всього фонастенією страждають особи, що мають діло з публічним мовленням: оратори, співаки, актори, вчителі. Розвивається при неправильному використанні голосового апарата, як при мутації голосу. Кількісне зловживання голосовою роботою в цей період викликає якісні зміни голосу патологічного характеру. Надмірний спів на високих чи низьких тонах (в останньому випадку надовго застається грубий і хриплий голос) в цей час дуже небезпечний. При цьому частіше всього страждають високі голоси: вони надто напружено, судорожно працюють, щоб бути почутими на великій відстані. Судорожність веде до фонастенії.

Легкі захворювання горла (катар, насморк тощо), послабляючи голосові механізми, призводять до фонастенії, так як отримується надмірне навантаження на ці механізми. До фонастенії приводять анемія, хлороз, після хворобливі, частково після грипозні періоди. Грип нерідко являється і прямим етіологічним фактором.

Зазвичай легкі форми фонастенії, коли намагаються подолати їх силою, переходять у важку форму.

Часто фонастенічні розлади являються результатом неправильної постановки співу і мовлення, частково дихання, голосу, артикуляції. Фонастенія більше всього розповсюджена серед співаків.

До основного факту фонастенічного порушення голосу як наслідок приєднується часто психічні нашкоди, які підтримують хворобу. Патологічні механізми особливо легко закріплюються у невротиків. Крайня форма функціонального порушення голосу є істеричний мутизм – раптова і повна втрата голосу і неможливість навіть шепітне мовлення, що може бути пов'язане із сильним переляком. Істерична німота часто переходить в подальшому в заїкуватість. Фонастенія можлива і чисто психогенного характеру.

Медичне лікування як правило не покращує голосу. Головне при боротьби з фонастенією – уникнути перенапруги голосу, берегти голос, дати йому спокій, перестати на час користуватися голосом.

Для характеристики голосу, що ухиляється від норми, існує велика кількість визначень: слабкий, форсуючий, лементний, верескливий, грубий, сиплий, хриплий, горловий, тремтячий, переривчастий, заливчастий, гугнявий, здавлений, носовий, монотоний тощо.

Визначення слабкий, форсуючий, лементний, верескливий говорять про зміни сили голосу.

Слабкість голосу може залежити або від слабкості дихального апарата, або від недостатності енергетичного змикання голосових зв'язок. Якщо змикання уповільнене, запознюється, то відбувається витік повітря до початку мовлення – виходить голос з придином.

Форсуючий, різкий звук говорить про зайву напругу (пшеркинезип) голосових зв'язок або навіть про дійсні гіперкинези в області гортані; якщо напруга падає на низькі тони – голос звучить крикливо, якщо ж на високі тони – виходить верескливий голос.

Визначення переривчастий, тремтячий вказує на порушення плавності звучання, причинами чого може бути гіперкинези, судоми в області м'язів гортані або дихальних м'язів.

Заливчастий голос як правило буває при мовленні на вдиху, що відбувається при хвилюванні, квапливості, а також при тахілалії, баттаризмі.

Приглушено звучить голос, який застрягає в задній частині ротової порожнини і тому швидко згасає. У протилежність приглушеному голосу відрізняють дзвінкий, тобто правильно спрямований у передню частину ротової порожнини і там резонуючий. При мовленні із стиснутою, малорухливою артикуляцією, особливо губ і щелеп, виходить закритий звук голосу. Так званий білий звук є результатом постійної, малорухливої усмішки на обличчі того, хто говорить.

Тріскучий голос залежить від скороченого звучання голосних і перебільшуванні приголосних, що спостерігається в заїкуватих та глухих.

Носовий, гугнявий відтінки голосу є показником улучення повітряної струменю в носоглотку. Гугнявий відтінок вважається найбільш значного

ступеня носового звучання, причому більшості звуків. Він спостерігається при расщелинах м'якого та твердого піднебіння, а також при паралічах м'якого піднебіння після дифтерії, при псевдобульбарній і бульварній дизартрії.

При подразненні і набряканні гортані голосових зв'язок, а також тільки при накопиченні слизу в гортані змикання голосових зв'язок неповне, нещільне, через них проривається так званий дике повітря, в результаті голос звучить сипло. Сиплий голос спостерігається також в період мутації голосу.

Хриплий голос – наступний, більш сильний ступень сиплого голосу. Причинами його можуть бути набряки, опухали в гортані, папіломатоз, стеноз гортані, порушенні інервації голосових зв'язок, тобто парези і паралічі м'язів гортані і голосових зв'язок. Інколи у випадку забруднення коливання справжніх голосових зв'язок появляється коливання помилкових голосових зв'язок, їх коливання більш грубе, а глос звучить як квакаючий.

Темп є виразник засобів усного мовлення. Людина, яка має нормальний темп, проголошує за секунду від 9 до 14 звуків, при прискоренні – 15 – 20 звуків за секунду, але проголошення не змінює своєї виразності та вибагливості.

Брадїлалія (від грец. bradis – повільний і лат. lalia – мовлення)– патологічно повільний темп мовлення. Синонім – брадїфразія, брадїартрія. Причиною є загальна млявість, паретичність мовленнєвих м'язів, що характерно для деяких форм дизартрії. Виявляється у повільній артикуляції, яка зумовлена порушенням мовних центрів у корі головного мозку. За своєю природою може бути органічною або функціональною.

В історії вивчення порушень темпу і ритму мовлення брадїлалія описувалась в синдромі будь-якого соматичного, неврологічного чи психічного захворювання.

З кінця XIX століття її визначили як окреме порушення темпу мовлення. В етіології дослідники виділяють спадкову природу (Ю.А.

Флоренська, 1934; Д. Вейс, 1950; М. Зеєман, 1862; М.Е. Хватцев, 1959), екзогенні фактори (інтоксикація, асенізація тощо), психологічні причини (виховання, наслідування тощо – А. Лібоманн, 1900; А. Гутцман, 1900).

На думку деяких авторів, в патогенезі браділалії велике значення мають: патологічне посилення гальмівного процесу, який починає домінувати над процесом збудження (М.Е. Хватцев, Ю.А. Флоренська, В.С. Кочергіна); центральні порушення (М. Зеєман).

Як самостійне порушення браділалія зустрічається частіше всього в осіб флегматичних, повільних, в'ялих. Подібні з браділалією особливості мовлення спостерігаються у жителів північних країн, де вони є звичайною формою мови.

Мовна характеристика (симптоматика) браділалії різноманітна: уповільнення темпу зовнішньої та внутрішньої мови, уповільнення процесу читання і письма, монотонність голосу, інтер- та інтравербальне уповільнення (продовження пауз між словами або уповільнене, розтягнуте вимовляння звуків мови і подовження пауз між звуками слова). Така мова неестетична і заважає спілкуванню з оточуючими, так як викликає у них напруження і виснаження уваги, неприємні відчуття і стомлювання.

Немовна симптоматика при браділалії виражається в порушеннях загальної моторики, тонкої моторики рук, пальців, м'язів обличчя. Відмічаються особливості психічної діяльності: уповільнення й розлад сприймання, уваги, пам'яті, мислення. Дітям важко переключитися на інший предмет, інструкцію виконує не відразу, а після кількох повторень. Таким дітям характерне порушення орієнтування, схильність до стереотипів.

У тяжких випадках у дітей з'являється усвідомлення порушення мови і пов'язані з ним психологічні переживання. Нормалізації темпу мовлення при браділалії сприяють заняття по логопедичній ритміці. Ходьба і маршировка під музику, ритмічні вправи для рук, ніг, тулубу, співання мелодій, рухливі ігри допомагають дітям у виправленні порушення.

Тахілалія (від грец. tachis – швидкий і лат. lalia – мовлення) – патологічно прискорений темп мови. Синонім – тахифразія. Характеризується прискореною артикуляцією. За своєю природою може бути органічною або функціональною.

При прискореному темпі мовлення здається поспішним, стрімким, напористим, може супроводжуватися аграматизмами. Це явище виділяють як самостійне порушення – батаризм (від франц. battre – бити), парафразія. Інколи патологічно прискорене мовлення супроводжується паузами, запинками. Воно позначається терміном полтерн.

Тахилалік не усвідомлює свою ваду, часто не слухає співбесідника і починає говорити сам. У незнайомому оточенні він говорить значно краще, але скоро переходить на швидкий темп мовлення. Оточуючим важко слідкувати за змістом мовлення тахилаліка.

Логопед має ретельно перевірити стан словникового запасу (його повноти, стійкості і сенсу змісту), побудови і застосування фразового мовлення та звуковимовляння. Щоб визначити глибину порушення мовлення дитини, логопед має починати свою роботу з формування коротких фраз, щоб дитина могла усвідомити і виправити всі недоліки у своєму мовленні. Не виключена можливість, що при уповільненні темпу і вихованні контролю за своїм мовленням знімуть багато порушень.

Заїкання – порушення темпоритмічної сторони мови, зумовленим судомним станом м'язів мовного апарата. Синоніми – логоневроз.

Логоневрозом називають психогенне захворювання з переважним ураженням мовленнєвої функції. У клінічній картині логоневрозу сполучаються загальневротичні вияви і симптоми невротичного порушення мовленнєвої функції. Стан таких хворих характеризується зниженим настроєм, почуттям неповноцінності, тривожним очікуванням чогось неприємного, неспокійним сном, повільним засинанням, зниженим апетитом, вегетативними розладами у вигляді підвищеної пітливості, відчуття жару у всьому тілі тощо. На тлі загальневротичних порушень виступають ознаки

невротичного порушення мовлення, серед яких часто зустрічається логофобія.

Виразність логофобії іноді буває настільки сильною, що пацієнт узагалі боїться що-небудь сказати. У такому випадку ми говоримо вже про логофобічний мутизм—мовчання, зумовлене страхом мовлення. Логофобія може привести до невротичної заїкуватості. Невротична заїкуватість виявляється лише у психотравмуючій ситуації, вона посилюється через фіксацію уваги пацієнта на своєму мовленнєвому дефекті.

Як гостра короткочасна невротична реакція, що зникає через кілька годин або днів (рідше—тижнів або місяців), виникає так званий істеричний мутизм при якому немає страху мовлення, але паралізується її центральний механізм. Після зникнення істеричного мутизму часто настає істерична заїкуватість. У цьому випадку ми говоримо про істеричний механізм логоневрозу. У картині логоневрозу часто сполучаються логофобічний та істеричний механізми.

Зовні схожі на невроз, неврозоподібні розлади мають непсихогенне походження (у рамках шизофренії, епілепсії, різних видів олігофренії, унаслідок органічного ураження центральної нервової системи). Найчастіше неврозоподібний синдром викликається органічним ураженням центральної нервової системи в ранньому віці.

Незалежно від того, що викликало неврозоподібну заїкуватість (спадковість, органічні причини) зовні вона виглядає приблизно однаково. Вона (заїкуватість) монотонна, одноманітна, не залежить від ситуації, хворі не переживають її, не борються з нею; якщо пацієнта змушують стежити за своєю вимовою, фіксують його увагу на мовленнєвому дефекті, то заїкуватість різко зменшується.

Стрижнем неврозоподібної заїкуватості, її патогенетичною основою є порушення темпу мовлення і дислалія. Однак, за спостереженням автора, досить часто (у 68% випадків) під час неврозоподібної заїкуватості має місце і загальне недорозвинення мовлення.

Історично склалося так, що спочатку з'явилася дидактична система корекції мовлення. Це, власне кажучи, гімнастика мовлення, комплекс вправ з артикуляції, дихання, тренування окремих звуків, слів, фраз тощо. Зазначений підхід до корекції мовлення припускав спроби зробити це через навчання, побудову мовлення заново як без урахування психологічних особливостей кожного окремого заїкуватого, так і без сприйняття самої заїкуватості як хвороби.

Друга система може називатися психотерапевтичною. В основі її покладено метод прямого психічного впливу на хворого, прийнятий для лікування цілої низки інших психонервових захворювань, зокрема неврозів. Успіхи цього напрямку згодом дали змогу кваліфікувати заїкуватість як особливу форму неврозу — логоневроз. Яскравим представником цього напрямку був у нашій країні лікар Г. Неткачев, який стверджував, що "усякі дидактичні вправи не тільки марні, а й шкідливі", а "головним предметом лікування повинна бути особистість заїки, а не одне мовлення, що є завжди частковість, відображення особистісних властивостей характеру".

Саме тому за сучасного підходу до лікування заїкуватості в більшості випадків використовується так званий комплексний метод, що враховує переваги психотерапії, зокрема психофармакології та логопедії.

На початку 60-х років ХХ ст. відомий харківський психотерапевт К. Дубовський розробив так званий одномоментний метод зняття заїкуватості: за дві години на очах у сотень глядачів у залі відбувалося лікування найважчих хворих. Без усяких мовленнєвих тренувань та логопедичних вправ люди, які з великими зусиллями вимовляли своє прізвище, починали говорити вільно й легко. Такий факт свідчив про торжество психотерапії над логопедією. У даний час одномоментний метод з успіхом включається до комплексної терапії заїкуватості разом з іншими психотерапевтичними прийомами (наприклад, методом психодрами, ігровою психотерапією тощо) і логопедичними способами корекції дихання, вимови тощо. У цілому

вважається, що ефективність комплексних методик серед дорослих близько 60%.

Утім, ефективність лікування заїкуватості серед дітей, до яких, як правило, не застосовуються психотерапевтичні методи, залишається низькою. Головним недоліком дидактичних методик є підхід до заїкуватої дитини як до учня, а не як до хворого, хоча за нашими даними у більшості таких дітей спостерігається початкове ураження мозку (мінімальна дисфункція мозку), тобто, вони хворі, які потребують медичного втручання.

Із раннього віку в таких дітей наявні всі невротичні компоненти початкового ураження: підвищена дратівливість, гіперактивність, розгальмування, невміння стежити за своїми діями. А на такому тлі вчити дітей не говорити швидко, тягти звуки, вимовляти їх правильно тощо, та ще й у групах по 13-16 осіб досить важко.

Перевагою дидактичних методів, на наш погляд, є використання ритміки для налагодження правильного функціонування м'язового мовленнєвого апарату. Давно відомо, що в найважчих випадках заїкуватість полегшується співом або складовим мовленням. Ритмічній роботі надають великого значення і сучасні логопеди. Надзвичайно популярним методом лікування заїкуватості є аутогенне тренування за Шульцом, застосовуваним на початкових етапах як гетеротренінг, проведений психотерапевтом.

Застосування аутогенного тренування доцільне під час лікування заїкуватості в підлітків з усіма типами заїкуватості.

Однак у дитячому віці застосування аутопсихотерапії заїкуватих не рекомендується через "можливий розвиток легкого аутогіпнозу" у дітей.

Важливим методом психотерапії як у дитячому, так і в підлітковому віці є колективна психотерапія. Колективні заняття — краща форма організації занять із заїкуватими дітьми. Колективна психотерапія втілюється в таких формах роботи, як культтерапія, трудотерапія, у яких особливо важливий дух колективізму, змагання.

Ще один вид психотерапії, застосовуваний у корекції заїкуватості, – система функціональних тренувань. Зокрема, колективну і групову психотерапію дітей молодшого віку рекомендується проводити у вигляді ігрових і музичних занять у спеціалізованих дитячих садках, логопедичних напівстаціонарах тощо.

Досить струнку в цьому відношенні систему лікування заїкуватості розробив В. Шкловський. У ній сполучаються логотерапевтичні заняття й активна психотерапія. Робота має проводитися в тісному контакті психотерапевта з логопедом і невропатологом. Увесь курс лікування поділяється на етапи:

- 1) діагностичний;
- 2) перебудова патологічних мовленнєвих навичок і порушень стосунків особистості;
- 3) закріплення лікувальних результатів;
- 4) профілактика рецидивів.

Проблема заїкання вважається однією із самих древніх в історії розвитку вчення про різні розлади мовлення. У давні часи заїкання вважалось хворобою, що пов'язана з накопиченням вологи в головному мозку (Гіпократ) або з неправильним співвідношенням частин артикуляційного апарату (Аристотель). Імовірність порушень у центральному або периферичному відділах мовленнєвого апарату при заїканні визнавали Гален, Уельс, Авіцена. Н рубежі XVII – XVIII ст. заїкання намагалися пояснити як наслідок недосконалості периферичного апарату мовлення. Інші дослідники зв'язували заїкання з різними порушеннями у функціонуванні мовленнєвих органів: судомне закриття голосової щілини; надмірно швидкий видих; спазматичне скорочення м'язів, що утримують язик в порожнині рота; неузгодженість процесів мислення і мовлення; порушення в емоційно-вольовій сфері людини. Частина дослідників зв'язувала заїкання з порушеннями в протіканні психічних процесів. На початку XIX ст. ряд французьких дослідників уже впевнено пояснювали заїкання різними

відхиленнями в діяльності периферичного і центрального відділів мовленнєвого апарату. Російські дослідники (И.А. Сікорський (1889)) розглядали заїкання як функціональний розлад у сфері мовлення судомний невроз або визначали його як страждання суто психічне, що виражається судомними рухами в апараті мовлення (Г.Д. Неткачев, 1909, 1913), як психоз (Гр. Каменка, 1900).

Таким чином, наприкінці ХІХ – початку ХХ ст. все більш визначеною стає думка, що заїкання – це складний психофізіологічний розлад. Робилися спроби розглядати заїкання як невроз очікування, невроз страху, невроз неповноцінності, нав'язливий невроз і ін. В наступні 50 – 60-і роки ХХ ст. механізм заїкання стали розглядати, спираючись на вчення І.П. Павлова про вищу нервову діяльність людини і, зокрема, про механізм неврозу.

У групі провідних причин виділяють анатомо – фізіологічні, психічні та соціальні.

Анатомо – фізіологічні: фізичні захворювання з енцефалітними наслідками; травми - внутрішньоутробні, пологові, нерідко з асфіксією, струси мозку; органічні порушення мозку, за яких можуть пошкоджуватись підкіркові механізми, які регулюють рухи; виснаження або перевтому нервової системи в результаті інтоксикації та інших захворювань, які ослаблюють центральні апарати мовлення: кір, тиф, рахіт, коклюш, хвороби обміну; хвороби носа, глотки, гортані; недосконалість звуковимовного апарату у випадках дислалії, дизартрії та затримки мовленнєвого розвитку.

Психічні та соціальні причини:

- короткочасна – одномоментна – психічна травма (переляк, страх); тривало діюча психічна травма, під якою розуміється неправильне виховання в сім'ї: розбещеність, імперативне виховання, нерівномірне виховання, виховання "зразкової" дитини; хронічні конфліктні переживання у вигляді тривалих негативних емоційних психічних напружень або нерозв'язаних конфліктних ситуацій, що постійно закріплюються; гостра важка психічна травма, сильні раптові потрясіння, які викликали гостру афективну реакцію:

стан жаху, надмірної радості; неправильне формування мовлення в дитинстві: мовлення на вдиху, швидкоговоріння, порушення звуковимови, швидке нервово мовлення батьків;

- перевантаження дітей молодшого віку мовленнєвим матеріалом;
- невідповідне віку ускладнення мовленнєвого матеріалу та мислення (абстрактні поняття, складна конструкція фрази);
- поліглісія: одночасне оволодіння в ранньому віці різними мовами викликає заїкання зазвичай якоюсь однією мовою;
- наслідування тих, хто заїкається: пасивне – дитина заїкається мимовільно, коли чує неправильне мовлення, активне – копіює чиєсь неправильне мовлення;
- переучування ліворукості;
- неправильне ставлення вчителя до дитини: надмірна суворість, вимогливість, невміння встановити контакт з учнем.

На основі проведених спостережень та наукових досліджень вчені прийшли до висновку, що заїкання – це не симптом і не синдром, а захворювання центральної нервової системи в цілому. Немаловажну роль відіграє тип нервової системи дитини та генетика. Основним признаком заїкання являються виникаючі в момент мови судороги в дихальному, голосовому або артикуляційному апараті. Чим частіші і довші судороги, тим складніша форма заїкання. Один із основних симптомів заїкання є страх перед усним мовленням. Під дією страху дитина зовсім не може вимовити звуки і слова, або запинається на них з більшою силою. По мірі посилення заїкання дитина шукає нові прийоми полегшення своєї мови, тому добавляє стереотипні слова або звуки [а], [е], [ну], [ось]. Для дітей, які заїкаються, характерний рухливий неспокій, який проявляється в постійних і безпорядних діях, наприклад, присідання, підскакування, піддьоргування тіла або кінцівок, крутіння дитини в рузні боки. Цей неспокій може спостерігатися за дитиною і уві сні. Всі описані симптоми заїкання непостійні і перемінні. Змінюється вид заїкання, змінюються і

супроводжуючі рухи. Якщо заїкання виникло, то воно не стоїть на місці, а весь час ускладнює свою форму, тому необхідно водразу ж звернутись до лікаря та логопеда. Необхідно вказати, що розмова із знайомими людьми дається дитині легко, а з малознайомими, чужими – виникає ускладнення заїкання.

Також ускладнюється заїкання при хворобі, при перевтомі або при рухливих іграх. Чималу роль відіграє погода, пора року, умови життя та харчування. При роботі з дітьми, які заїкаються, необхідно враховувати, що вони дуже ранимі, вразливі. Тому працюючи з даними дітьми, необхідно працювати обережно, не перевтомлюючи їх нервову систему, уважно направляти, збагачувати мову дитини, виховувати інтерес до оточуючого, розвивати спостережливість за правильністю мови оточуючих та своєї.

Насамперед необхідно створити умови, при яких дитина не повина була б спілкуватися з оточуючими, тимчасово прибрати книжки, перестати читати вслух, дивитись телевізор. Близьким не давати запитань, які вимагали б розгорнутої відповіді дитини. Бажані спокійні самостійні ігри з кубиками, будівельним матеріалом, малювання і т. д. Мова оточуючих повинна бути спокійною, врівноваженою, беземоційною. Ні в якому випадку не можна вказувати на недоліки її мови. Строго дотримуватись режиму дня, харчування, сну, прогулянок. Якщо дані вказівки не дають бажаного результату, необхідно застосовувати систему спеціальних вправ. Ці вправи в основному починаються з окремих слів і простих коротких фраз разом з дитиною. Далі переходимо до відображаючої мови, тобто повторення слів і фраз після дорослого. Якщо дитина перестане заїкатись можна перейти до розповіді по запитаннях.

Необхідно постійно виховувати у дитини впевненість у своїх силах та бажання розмовляти без недоліків. А також необхідно навчити дитину вірному диханню. Тобто засвоїти навик спокійного вдихання і на одному видосі вимовляти декілька коротких, а потім складніших фраз. Спокійно і терпляче необхідно виховувати злегка затриману, але не монотонну мову,

разом читаючи. Здоровий режим, нормальна обстановка в сім'ї та в школі – запорука того, що мова дитини нормалізується.

Судоми в голосовому апараті характеризуються в такий спосіб: змикаюча, розмикаюча, вокальна. В артикуляційному апараті розрізняються судоми: губні, язикові, м'якого піднебіння.

Діти з порушенням мовлення.

Найважливішою психічною функцією людини є мовлення – основний засіб спілкування людей. Але мова – це не лише найважливіше знаряддя спілкування людей, а й могутній засіб набуття знань. Без розвинутої мови діти не зможуть здобути міцних і ґрунтовних знань з основ наук, не зможуть гармонійно розвиватися. Від рівня мовного розвитку учнів залежить і успішність їх навчання в школі. Наприклад, недосконалі навички читання призводять до того, що діти мало і неохоче читають, позбавляючи себе одного з найважливіших джерел знань і збагачення словникового запасу. Обмеженість словникового запасу і низька техніка читання перешкоджають дітям зрозуміти прочитане. Через низький розвиток мови учням важко давати логічно обґрунтовані відповіді на запитання, зв'язно й послідовно розповідати зміст прочитаного.

Це негативно впливає й на інші сторони діяльності дітей, вони втрачають інтерес до навчання, не вміють зосередитися під час виконання завдання, в них уповільнений темп роботи, недостатня спостережливість, низька мовна активність. За допомогою мовлення людина передає іншим людям свої думки, почуття, бажання, досвід, спонукає їх до вчинків і дій.

Розвиток мислення значною мірою зумовлений розвитком мовлення і, навпаки, розвиток мовлення залежить від розвитку мислення. В багатьох дефектологічних дослідженнях доведена роль мовлення в розвитку компенсаторних процесів при різноманітних формах дитячих аномалій.

До окремої групи відносять дітей із значними порушеннями мовлення при збереженому слуху та інтелекті. Це особлива категорія дітей – діти з

порушенням мовлення. Вивченням, попередженням і корекцією порушень мовлення займається галузь наукової і практичної дефектології – логопедія.

В основі методів логопедичної науки лежать принципи розвитку, системного підходу, розгляду мовленнєвих порушень у взаємозв'язку мовлення з іншими сторонами психічного розвитку.

Принцип розвитку полягає в тому, що замість фіксації і опису мовленнєвих порушень, які має дитина на даний момент, необхідно встановити, якими паталогічними факторами викликані ці зміни та простежити динаміку їх розвитку. Утруднення в артикуляції звуків мовлення викликають різні недоліки вимовляння. Нечіткість артикуляції може призвести до відставання в оволодінні звуковим складом слова, а це, в свою чергу, до аграматизмів у писемному мовленні. Крім того, нечіткість артикуляції призводить до обмеження мовної активності.

Принцип системного підходу відтворює складну структуру мовленнєвої функції, яка включає звукову, вимовляльну сторону мовлення, фонематичні процеси, лексику і граматичну будову.

Нині в Україні спостерігається тенденція до зростання мовленнєвих вад у дітей. Це обумовлено погіршенням екологічних і соціально-економічних умов життя. Хоча мовлення є найпізнішою філогенетично сформованою психологічною функцією та вона однією з перших реагує на несприятливі умови розвитку організму, тим самим сигналізуючи про ушкодження нервово-психічного стану здоров'я дитини. Умови життєдіяльності організму, його взаємодія з оточуючим середовищем, режимами руху, діяльністю є важливим індикатором багатьох психічних процесів.

Загальновідомо, чим вища рухова активність дитини, тим інтенсивніше розвивається її мовлення. Мовлення – один з основних елементів у рухово-просторових вправах. Ритм віршів, приказок, прислів'їв сприяє розвитку координації, загальної і тонкої мимовільної моторики. За допомогою віршів виробляються правильний темп мовлення, дихання, мовленнєвий слух, пам'ять.

Коли дитина опановує рухові вміння та навички, одночасно розвивається й координація рухів. Формування рухів відбувається за участю мовлення. Точне динамічне виконання вправ для ніг, тулуба, рук, голови розвиває досконалість рухів артикуляційного апарату. Особливо тісно це пов'язано зі становленням мовлення, розвитком тонких рухів пальців рук. Не знаходячи потрібного слова для пояснення, людина починає допомагати собі жестами. І навпаки. Дитина, яка зосереджено зайнята письмом, малюванням, допомагає собі, невимушено висунувши язика. Досвідчений дослідник дитячого мовлення М. Кольцова помітила, що рухи пальців рук пов'язані з мовленнєвою функцією. Відомо, що однією з перших форм спілкування первісних людей були жести. Розвиток функцій руки і мовлення у людини відбувається паралельно. Отже, є всі підстави розглядати кисть руки як орган мовлення (як і артикуляційний апарат). З цього погляду проекція руки є ще однією мовленнєвою зоною мозку.

У дітей з вадами мовлення спостерігається виражена загальна моторна недостатність різного ступеню, а також відхилення в розвитку рухів пальців рук, оскільки ці рухи тісно пов'язані з основною функцією. В зв'язку з цим в системі навчання та виховання дітей з вадами мовлення передбачаються корекційно-виховні заходи в даному напрямі.

Логопеди і вихователі практикують під час занять спеціальні вправи.

Використання комп'ютерних технологій у логопедії та спеціальній педагогіці стає необхідною умовою і невід'ємним елементом усієї діагностико-корекційної роботи з особами, які мають вади у мовленнєвому та фізичному розвитку. Нині дефектологи розв'язують нагальне завдання – створення умов для самоосвіти й індивідуального навчання вдома, що дає змогу ефективніше реалізувати методи особистісно орієнтованої освіти. Це розкриває великі можливості для людей, особливо тих, які мають незначні (НВМ) та важкі вади мовлення (ВВМ). Недостатня сформованість усного мовлення поєднується з недорозвиненням фонематичного аналізу та синтезу, що призводить до ускладнення засвоєння навичок читання та письма.

Недорозвинення мовлення часто поєднується з неврологічними та психопатологічними порушеннями.

За даними Є. Мастюкової виділено найхарактерніший з них гіпертензійний-гідроцефальний синдром – синдром підвищеного внутрішньочерепного тиску, який проявляється у порушенні розумової праездатності, довільної діяльності, поведінки, у швидкому виснажуванні, перевтомі від будь-якої діяльності, підвищеній збудливості, роздратованості, рухливій розгальмованості. Такі люди погано переносять жару, духоту, поїздки у транспорті, скаржаться на головний біль і запаморочення.

У людей із ВВМ під час неврологічного обстеження часто спостерігаються нерізко виражені рухові порушення. Вони характеризуються змінним тонусом, некоординацією рухів, недостатньо диференційованою моторикою пальців рук тощо. При цьому обстеження вищих психічних функцій часто виявляє недоліки окремих видів гнозису та праксису. У більшості осіб з ВВМ спостерігаються специфічні стійкі помилки під час читання та письма. Дослідженнями Р. Лалаєвої встановлений взаємозв'язок ступеня та виду порушення читання і письма зі станом усного мовлення.

В Інституті спеціальної педагогіки, у співпраці з Навчально-науковим центром АПН України, та в Інституті корекційної педагогіки і психології національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова приділяється велика увага як сучасним мультимедійним засобам, так і пошуку більш потужного програмно-апаратного інструментарію розв'язання завдань спеціальної дидактики.

Під "мультимедіа" ми розуміємо комп'ютерні програмні засоби, які дають змогу пред'явити навчально-методичний матеріал у естетично організованій інтерактивній формі за допомогою двох модальностей — звукової та візуальної. Вони забезпечують ефективніше застосування дидактико-логопедичних прийомів у перцептивно-мнестичних процесах, що допомагає досягти кінцевої навчально-корекційної мети на більш високому якісному рівні.

Вивчення досвіду застосування мультимедійних навчально-корекційних засобів дають підстави твердити, що мультимедійні програми мають значні техніко-педагогічні переваги порівняно з традиційними методичними засобами та прийомами їх використання. Ці переваги досягаються за рахунок можливості створення інтерфейсу користувача, де за допомогою комп'ютера та реалізації законів корекційної педагогіки, психології, естетики можливо забезпечити максимальну насиченість всіх елементів перцептивних полів (візуального та аудитивного), а також мнестичних процесів. Як стверджує Н. Клемешова, естетично організована форма пред'явлення навчального матеріалу, реалізована через мультимедіа, сприяє кращому засвоєнню навчального змісту.

Велике значення має й можливість будувати інтерактивні діалогові ситуації. Навчально-корекційний діалог — це не лише обмін інформацією, а засвоєння знань з корекцією певних процесів, що лежать в основі формування вмінь. Інтерактивність притаманна лише мультимедійним дидактичним комп'ютерним засобам. Вона відрізняє їх від традиційних екранних засобів, насамперед, можливістю досягнення міцнішого засвоєння навчального матеріалу. Враховуючи цю властивість, ми виділяємо наступні потенційні функції мультимедійних програм: мотивуючу, пояснювальну, корекційну, розвивальну, інформаційну, евристичну, систематизуючу.

Реалізація цих функцій значною мірою залежить від того, наскільки вдало організовуватимуться комп'ютерно-орієнтований дидактичний та програмно-апаратний аспекти корекційного процесу.

Безумовно, факт запровадження комп'ютерних технологій — прогресивне явище у корекційній педагогіці та психології. Водночас ефективність його залежить від того, який саме психолого-педагогічний зміст закладено у ці технології, які функції вони виконуватимуть, яку роль і місце займатимуть у корекційному процесі. Зміна програмно-апаратних засобів окремо від комп'ютерно-орієнтованих дидактичних матеріалів не дає змоги досягти необхідної ефективності та якості навчально-корекційного процесу.

Ефективність дидактичної складової залежить від: принципів навчання, змісту, обраної методики, правильності переносу традиційних форм і методів у комп'ютерні технології.

Оскільки робота з мультимедійними програмами не дає можливості реалізувати у корекційному процесі всю гаму психолого-дидактичних аспектів, її варто застосовувати разом з традиційними формами впливу. Зрозуміло, що інакше і не може бути, бо мультимедійні засоби ніколи не створювалися для розв'язання суто дидактичних задач, а тим паче – корекційних.

Таким чином, створення нових програмно-апаратних засобів, здатних вирішувати практичні питання дидактики спеціальної педагогіки, залишається актуальною проблемою. Одним із напрямів її вирішення у корекційній педагогіці може бути створення і запровадження комп'ютерно-орієнтованих програмно-апаратних засобів, в основу яких покладена парадигма експертних систем. Логопедична допомога – це комплекс педагогічних, медичних і психологічних засобів, спрямованих на корекцію мовленнєвих порушень. Оскільки мовлення – основний засіб спілкування між людьми, то від початку існування людства особи з порушеннями мовлення привертали до себе увагу. У різні історичні періоди ставлення до них було неоднаковим.