



РІБЦУН Ю. В.

**ЗАЇКАННЯ: ПІДТРИМКА ДИТИНИ З
ОСОБЛИВИМИ МОВЛЕННЄВИМИ
ПОТРЕБАМИ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Інститут спеціальної педагогіки і психології імені
Миколи Ярмаченка НАПН України

РІБЦУН Ю. В.

ЗАЇКАННЯ: ПІДТРИМКА ДИТИНИ З
ОСОБЛИВИМИ МОВЛЕННЄВИМИ
ПОТРЕБАМИ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Київ

2022

УДК 378.013

Р 49

Р 49 Рібцун Ю. В. Заїкання: підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі : навч.-метод. посіб. Київ. 2022 (розділ)

© Рібцун Ю. В., 2022

Механізм мовленнєвої здатності формується на основі вроджених психофізіологічних особливостей дитини під дією спілкування. Вплив на дитячий організм негативних зовнішніх або внутрішніх ізольованих чинників чи їх комбінацій призводить до появи мовленнєвих розладів, які, за умов недостатньої та несвоєчасної логокомпенсаційної допомоги, можуть залишитись на усе життя (Л. Белякова, Т. Вітер, Е. Дьякова, А. Казьміна, В. Калягін, С. Конопляста, В. Кондратенко, В. Ломоносов, Л. Міссуловин, Т. Морозова, Ю. Рібцун, В. Селіверстов, А. Щолокова, Р. Юрова та ін.).

Як свідчать статистичні дані Міністерства освіти і науки України, за останні роки значно зросла кількість осіб із порушеннями психо-мовленнєвої діяльності. Серед них близько 3 млн. людей мають заїкання, при цьому 2,5% – це діти дошкільного віку, що підтверджує важливість проведення своєчасної ранньої пропедевтичної, діагностичної та компенсаційної роботи.

З метою допомоги в кращому усвідомленні суті психо-соціальних і психо-мовленнєвих проявів розладу та антибулінговому цілеспрямованому привертанні уваги світової громадськості до наявних труднощів у людей із зазначеними мовленнєвими потребами, з ініціативи канадських спеціалістів з дослідження мовлення, при підтримці Міжнародної асоціації осіб із заїканням (ISA), починаючи з 1998 р., започаткований Міжнародний день осіб із заїканням, який відзначають 22 жовтня.

Питанням діагностики та подолання заїкання присвячують свої праці дослідники з різних галузей наукових знань, зокрема:

а) логопедії – постановка мовленнєвого дихання, відновлення темпу, ритму, інтонації, відпрацювання навичок чіткої дикції, уточнення значень слів, удосконалення граматичної складової, структурування зв'язного мовлення;

б) психології та психотерапії – подолання психоемоційного напруження, страхів, зниження тривожності, нормалізація самооцінки, підвищення емоційної стійкості, налагодження процесу комунікації;

в) неврології та фармакотерапії – апробування препаратів, що знижують патологічну активність мозку, мінімізують м'язові спазми і водночас дозволяють нервовим імпульсам повноцінно потрапляти у мовленнєві м'язи та голосові зв'язки;

г) фізіотерапії, лікувальної фізичної культури – навчання адаптивним способам релаксації, зняття м'язових блоків тощо (Л. Белякова, Т. Візель, К. Дубровський, О. Дьякова, В. Жмуров, А. Казьміна, Р. Левіна, С. Леонова, С. Миронова, Ю. Некрасова, Т. Овчинникова, Л. Парамонова, У. Перрі, І. Поварова, Ю. Рібцун, В. Селіверстов, А. Сміт, Л. Смирнова, Дж. Харрисон, Н. Чевельова, О. Шевцова, Н. Шутова, А. Щолокова, Р. Юрова, R. Bansal, J. Desai, Y. Huo, D. Lythgoe, Z. Wang, S. Williams та ін.). Однак і досі значна кількість проблем щодо подолання заїкання залишаються невирішеними.

Проблема темпо-ритмічних порушень у дітей є мультидисциплінарною та висвітлюється у численних джерелах наукової, навчально-методичної психолого-педагогічної, логопедичної та психолінгвістичної літератури, де заїкання позначається *laloneuros*, *spasmophemie*, *disphemie* та розглядається як:

- 1) спастичний невроз координації, зумовлений подразнювальною дією мовленнєвих центрів кори головного мозку (апарату складових координацій);
- 2) спастичне порушення психологічного характеру;
- 3) підсвідомий прояв, що розвивається на ґрунті психічних травм, різноманітних конфліктів з оточуючим середовищем;
- 4) судомний нейро-моторний розлад мовлення;
- 5) системний мовленнєво-руховий невроз;
- 6) трикомпонентний невроз суспільних відносин (психічна травма, особливий стан особистості, особливий її розвиток під впливом травми);
- 7) своєрідний невроз, який проявляється у судомах звукоутворювальних механізмів з одночасними змінами у емоційній та вольовій сферах;
- 8) порушення комунікативної функції мовлення;
- 9) симптом неврозу;

- 10) особлива форма майбутнього неврозу;
- 11) дискоординаційний розлад мовлення;
- 12) судомний невроз у вигляді функціональної хвороби центру мовлення;
- 13) психічний стан, який викликає судомні порушення в мовленнєвих органах;
- 14) порушення кірково-підкіркових співвідношень;
- 15) невроз розвитку в період становлення мовлення;
- 16) особливий вид мовленнєвої апраксії, обумовленої неузгодженістю роботи півкуль мозку (І. Абелева, Г. Арнольд, М. Буянов, Н. Власова, В. Гіляровський, М. Жинкін, В. Кочергіна, М. Лебединський, Р. Левіна, С. Ляпідевський, В. Мясіщев, Ю. Поворинський, І. Сікорський, С. Смірнова, М. Тяпугін, Ю. Флоренська, М. Хватцев, І. Хмелевський, Н. Чевельова, В. Шкловський, Ф. Шультесс, А. Ястребова та ін.).

Згідно з сучасними уявленнями **заїкання** (від лат. *balbuties* – запинання) – поліморфний розлад мовлення, порушення комунікації у вигляді дискоординації плавності, ритму, виникнення окремих запинань, повторів ряду звуків і складів унаслідок мовленнєвих судом через перенапруження чи стреси (Ю. Рібцун).

Заїкання більше проявляється в самотійному, значно менше – у відображеному та спряженому мовленні. Заїкання супроводжують **дві групи симптомів**:

а) біологічні, або фізіологічні – порушення центральної нервової системи, мовленнєві судоми, моторні розлади;

б) соціальні, або психологічні симптоми – логофобії, хитрощі, фіксованість на мовленні.

Зовні з. виражається в тому, що мовлення переривається вимушеними зупинками, запинаннями, повторенням окремих звуків, складів, слів. це відбувається внаслідок судом в мовленнєвому апараті, які, як правило, поширюються і на м'язи обличчя, шиї. Вони можуть бути різними за

частотою і тривалістю, формою і місцем локалізації. Строгої закономірності у виникненні запинок немає. Вони можуть бути на початку фрази, всередині, в кінці, на приголосних чи голосних звуках.

Дослідження, присвячені вивченню періоду виникнення з., відносять даних розлад у дітей дошкільного віку до еволюційної патології, тобто патології періоду розвитку мовленнєвої функції (Ю. Флоренська, 1949, К. Беккер, М. Совак, 1981 та ін.).

Однією з характеристик заїкання є **судоми** – мимовільне скорочення окремих м'язів (локалізовані судоми) або їх груп (загальні судоми), яке виникає раптово, проявляється короткочасно, довготривало чи нападами за умов збудження підкіркових утворень. Судоми можуть поширюватись на сусідні м'язи (генералізовані судоми) – наприклад, судоми окремих м'язів обличчя, що поступово охоплюють всю мимічну мускулатуру. На письмі при заїканні може проявитись *писальний спазм* – судома внаслідок тонічного напруження кисті руки, яка раптово слабшає і письмо стає неможливим.

Найчастіше при заїканні спостерігаються клонічні та тонічні, рідше – мішані судоми.

Клонічні судоми – судоми у вигляді швидкої зміни скорочення та розслаблення м'язів. Мовленнєві клонічні судоми проявляються багаторазовими ритмічними скороченнями м'язів мовленнєво-рухового апарату у вигляді повторення окремих звуків чи складів.

Тонічні судоми – тривале скорочення м'язів, що викликає їх надмірне напруження. При *мовленнєвих тонічних судамах* спостерігається різке підвищення тону, що зазвичай охоплює кілька м'язових груп – язика, губ, щік. *Акустична тонічна судома* проявляється у вигляді довготривалої паузи, напруженої протяжної вокалізації. Рот при цьому може бути напіввідкритим або судомно стиснутим ще до початку мовлення.

Мішані судоми – одночасна наявність тонічних і клонічних судом.

Сам факт появи судомних мовленнєвих запинань у дітей свідчить про виникнення патологічної функціональної системи мовлення.

Мовленнєві судоми – судоми у вигляді мимовільних скорочень м'язів мовленнєво-рухового апарату, які виникають під час усного мовлення чи при спробі розпочати його. Мовленнєві судоми розрізняють за формою, місцем утворення та частотою. Вони є основним симптомом заїкання і найчастіше проявляються в артикуляційному, голосовому, дихальному апаратах, проте бувають і змішаними (дихально-артикуляційні, дихально-голосові, артикуляційно-голосові тощо).

Мовленнєві судоми в артикуляційному апараті поділяються на лицьові, язикові та судоми м'якого піднебіння. Останні найчастіше спостерігаються у складі загальної генералізованої судоми артикуляційного апарату, під час якої м'яке піднебіння то піднімається, то опускається, внаслідок чого звуки набувають назалізованого відтінку. Це виражається неприємними відчуттями в носовій порожнині мовця, раптовою зупинкою мовлення і повторенням звуків, які дещо нагадують «пм-пм» («тн-тн», «кн-кн»).

Голосова судома – судома в голосовому відділі мовленнєво-рухового апарату, що виникає в момент спроби промовляння голосного звука.

Зімкнена голосова судома виникає як при спробі розпочати мовлення, так і в його процесі, що раптово блокує голосоведення. При цьому напружується черевна мускулатура, ділянка гортані, м'язи всього тулуба та обличчя ніби ціпеніють. Під час зімкненої голосової судоми голосові зв'язки різко змикаються, що призводить до повної відсутності звука (так звана швидкоплинна німота).

Вокальна голосова судома проявляється у вигляді різкого підвищення тону голосових м'язів і шиї, особливо при вимові голосних. Часто вокальна голосова судома є першою ознакою появи заїкання, адже при ній втрачається резерв повітря і промовляння слів є неможливим. Голос при вокальній голосовій судомі набуває неприємного фальцетоподібного звучання.

Дрижачий (поштовхоподібний) гортанний спазм найчастіше виникає у вигляді то змикання, то розмикання голосових зв'язок під час промовляння (спробах промовляння) голосних звуків, що призводить до

переривчастого звучання, переривання мовлення чи повної відсутності артикуляції. При дрижачому гортанному спазмі ротова порожнина відкривається, що супроводжується ритмічним опусканням чи закиданням голови.

Дихальна судома – судома в дихальному відділі мовленнєво-рухового апарату.

Інспіраторна дихальна судома характеризується різким вдихом, що призводить до напруження в грудях, необґрунтованої дихальної паузи та порушує як артикуляцію, так і фонацію процесу мовлення. Інспіраторна дихальна судома не є переважно яскраво вираженою, а тому не завжди помітною.

Експіраторна дихальна судома проявляється у вигляді раптових різких видихів під час мовлення, що призводить до сильних скорочень мускулатури черевного пресу, відчуття сильного стискання грудної клітини, нестачі повітря, а також призупинення артикуляції та вокалізації. Експіраторна дихальна судома часто супроводжується опусканням нижньої щелепи, роздуттям крил носа, підняттям піднебінної завіси, розкриттям голосової щілини.

Лицьові судоми – група судом артикуляційного апарату, явно виражених на рівні м'язів губ та нижньої щелепи.

Верхньогубна судома характеризується тонічним спазмом м'язів, які піднімають верхню губу, а іноді й крила носа. В результаті лице стає асиметричним, ротова щілина скособочується, через що вимова губних звуків є неможливою. Верхньогубна судома найчастіше однобічна і зустрічається лише зрідка.

Змикальна судома губ проявляється у вигляді спазму колового м'яза рота, внаслідок чого губи сильно стискаються, щоки надуваються під тиском повітря, яке наповнює ротову порожнину, спроби вимовити звуки, особливо губні приголосні, є невдалими. З. с. г. притаманна для початкової стадії виникнення заїкання.

Кутова судома рота характеризується сумісним однобічним відтягуванням куточка рота і його підняттям. При цьому ротова щілина перекошується в сторону м'язів, що скорочуються, що перешкоджає вимові губних звуків.

Нижньогубна судома може бути одно- чи двобічною, зустрічається зрідка. При двобічному ураженні м'язів спостерігається різке завертання нижньої губи.

Складна судома обличчя поєднує в собі судоми м'язів повік, лоба, вух і колового м'язу рота.

Судомне розкриття ротової порожнини має тонічний характер, охоплює всі м'язи артикуляційного апарату і найчастіше проявляється у вигляді широкого відкривання рота з одночасним опусканням нижньої щелепи, або набуття ротовою порожниною квадратної форми при зімкнутих щелепах, тоді раптово оголюються зуби.

Язикові судоми – група судом артикуляційного апарату на рівні язика.

Виганяюча судома язика характеризується насильницьким виштовхуванням язика у простір між зубами, що супроводжується появою больових відчуттів і призводить до порушення дихання та неспроможності вимови звуків. *Виганяюча тонічна судома язика* проявляється у тривалому знаходженні висунутого язика між зубами, *Виганяюча клонічна судома язика* – у чергуванні висунутого язика із різким його відсуванням усередину ротової порожнини.

Під'язикова судома проявляється у вигляді насильницького відкриття ротової порожнини, різким опусканням нижньої щелепи, що супроводжується придиhamням і повторенням окремих складів.

Судома кінчика язика проявляється у напруженому притисканні кінчика язика до твердого піднебіння, що призводить до необґрунтованої паузи у вигляді призупинення видиху, артикуляції та фонації

Судомний підйом кореня язика виникає під час вимови задньоязикових звуків і характеризується відтягуванням кореня язика назад,

його насильницьким змиканням із піднебінням, у результаті чого блокується проходження повітряного струменя через ротову порожнину.

Логофобія (від гр. *logos* – мовлення, *phobos* – страх) – невротична особистісна реакція на мовленнєвий розлад (найчастіше заїкання) у вигляді страху мовленнєвого спілкування.

Логофобія, через відсутність явних причин виникнення, провокує гострі емоційні реакції на порушення мовлення, викликає тривожність, пригніченість, апатію, загальне психоемоційне напруження. Логофобія при заїканні, особливо у школярів і підлітків, проявляється у нав'язливих переживаннях з приводу можливого виникнення мовленнєвих судом, що знаходить своє вираження в різкому обмеженні чи повному уникненні комунікативних ситуацій, відмові усно відповідати перед усім класом тощо.

Логофобія має непостійний характер і водночас тенденцію до поступового зростання динаміки страху мовлення:

а) *початкова стадія* характеризується тим, що логофобія з'являється при безпосередньому контакті з патогенним (умовно-патогенним) фактором; паралельно з цим виникають короткочасні гіпотімії, невдоволення собою та власним мовленням;

б) *помірна стадія* проявляється в тому, що логофобія виникає вже при очікуванні контакту з патогенною ситуацією, яке супроводжується субдепресивною симптоматикою (стійка гіпотімія, відчуття мовленнєвої неповноправності);

в) *виражена стадія* логофобії виникає під впливом нав'язливих уявлень щодо можливого контакту з психотравмуючою ситуацією і характеризується психічною виснаженістю, емоційною пригніченістю, відчаєм, роздратуванням.

Хитрощі – виверти, прийоми, що застосовуються з метою досягнення чи уникнення чогось.

Хитрощі часто використовують особи із заїканням, причому це, переважно, відбувається неусвідомлено.

Мовленнєві хитрощі – одноманітні, багаторазово повторювані упродовж мовлення слова («так-так», «ну», «ось», «як сказати») тощо), які іноді можуть бути асемантичними («пуць», «ень», «кіка»). Мовленнєві хитрощі найчастіше вставляються при труднощах у доборі потрібних лексем, перед складними для вимови звуками ([б], [п], [д], [т], [н] тощо) чи словами. Мовленнєві хитрощі проявляються у вигляді емболофразії (від гр. *embolus* – клин, *lalia* – мовлення) – включення в мовлення емболів.

Мовленнєвий ембол – частина слова, лексема або коротке словосполучення, яке багаторазово повторюється при спробах самостійного мовлення; мовленнєва стереотипія, котра видозмінюється лише за рахунок мімічних або пантомімічних реакцій.

Використовувані уривки слів, лексеми та словосполучення найчастіше носять безглуздий характер і повторюються в якості різноманітних звернень чи як відповідь на будь-яке запитання.

Рухові хитрощі – надмірні, часто химерні міміко-жестикуляторні рухи, що використовуються при маскуванні запинань. Рухові хитрощі можуть бути різноманітними: заплющення очей, роздування крил носа, кивки головою, стискання пальців в кулаки, притупування, розкачування тулуба тощо. Р. х. іноді перетворюються на рухові ритуали: наприклад, перед тим, як розпочати розповідь, особа із заїканням заплющує очі, переступає з ноги на ногу.

Умовно виокремлюють **3 ступені заїкання** (В. Іванов, К. Кондов, Болгарія):

- 1) *легкий* – прояв збудження при спробі швидкого висловлювання;
- 2) *помірний (середній)* – при емоційному збудженні заїкання посилюється, а в стані спокою є малопомітним;
- 3) *високий (тяжкий)* – заїкання супроводжується супутніми рухами та є постійним упродовж всього мовлення.

Заїкання проходить **кілька фаз** у своєму розвитку:

- 1) *епізодичне виникнення заїкання, поступове скорочення періодів плавного мовлення у вигляді:*

а) запинань при промовлянні першого слова в реченні;

б) запинань при промовлянні прийменників, вигуків, сполучників, займенників;

в) посилення заїкання при «комунікативному тискові» – намаганні швидко розповісти про побачене чи почуте, що утруднюється психоемоційним збудженням;

г) короткочасних емоційних реакцій на постійному фоні відсутності знічення, тривожності, логофобії;

2) періодичне короткочасне зникнення судом, хроніфікація порушення мовлення у вигляді:

а) швидкої, емоційної побудови мовленнєвих висловлювань, особливо насичених багатоскладовими словами;

б) усвідомлення мовленнєвого розладу, наявності супутніх рухів, утруднення соціальних контактів, відсутності залежності якості мовлення від ситуації;

в) утруднень під час невимушеного спілкування (стан розслаблення, добре знайоме оточення) на фоні покращення мовлення при спробах його контролю;

3) фіксація судомного синдрому на фоні практичної відсутності логофобії, з чітким усвідомленням особами із заїканням ситуацій погіршення мовлення, як ускладнюються:

а) труднощами промовляння окремих звуків і слів;

б) замінами одних лексем іншими;

4) заїкання як особистісна проблема у вигляді:

а) емоційно насиченого очікування запинань;

б) звичних труднощів під час промовляння окремих звуків, слів в усіх ситуаціях спілкування;

в) систематичної заміни усіх «важких слів» іншими;

г) ухильних відповідей, уникнення мовленнєвих ситуацій;

д) яскраво вираженого страху мовлення;

е) дисоціації («як я виглядаю в очах інших, коли заїкаюсь»), відмови від спілкування.

Дослідниці Л. Белякова та О. Дьякова виокремили 5 *типів протікання заїкання*:

1) *регресивний* – за якого симптоматика поступово сходить нанівець;

2) *стаціонарний* – характеризується стабільністю та монотонністю симптоматики;

3) *рецидивуючий* – при якому заїкання чергується із періодами плавного мовлення;

4) *хвилеподібний* – із притаманними періодичними коливаннями якості мовлення в діаді «покращення-погіршення»;

5) *прогресивний* (від лат. *progredior* – йти вперед) – супроводжується ускладненням симптоматики, значним погіршенням мовлення.