

© Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики заїкання / Ю. В. Рібцун // Педагогіка та психологія: традиції та інновації : матер. наук.-практ. конф., 17–18 лют. 2012 р., м. Харків. – Х. : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2012. – С. 40–41.

*Рібцун Ю. В., кандидат педагогічних наук,  
старший науковий співробітник лабораторії логопедії  
Інституту спеціальної педагогіки НАПН України*

## **ДО ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАЇКАННЯ**

Заїкання було і залишається гострою, проте, на жаль, ще й досі не вирішеною проблемою, що цікавить спеціалістів різних галузей наукового знання: вчителів-логопедів, невропатологів, психолінгвістів, практичних психологів та ін. Останнім часом значно зросла кількість дітей, котрі мають порушення темпо-ритмічної організації мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату.

Швидкий темп життя, погіршення екологічної ситуації, стресогенні фактори, вплив численних негативних чинників у період пренатального, натального та постнатального розвитку дітей послаблюють центральну нервову систему дошкільників, що провокує виникнення заїкання. Виділення двох клінічних форм цього психомовленнєвого<sup>1</sup> порушення – неврозоподібної (викликаного органічним ураженням центральної нервової системи) та невротичної (обумовленої впливом психотравмуючих факторів) – дозволило найповніше оцінити не лише стан мовленнєвої діяльності, а й охарактеризувати особливості особистості заїкуватих (К.-П. Беккер, Л. І. Белякова, О. О. Дьякова, В. М. Шкловський, Р. А. Юрова) [1, 2]. Перед вчителем-логопедом постає досить складне завдання розуміння цілісної клінічної та психолого-педагогічної картини зазначеного мовленнєвого порушення.

З метою полегшення диференційної діагностики заїкання нами у вигляді таблиці були виділені та коротко охарактеризовані критерії оцінювання для невротичної та неврозоподібної форм.

---

<sup>1</sup> Авторський термін.

<i>Критерії оцінки</i>		<i>Логопедичний висновок</i>	
		<i>З а ї к а н н я</i>	
		<i>невротичне</i>	<i>неврозоподібне</i>
	Строки	2– 6 р.	3–4 р.
	біологічні	–	
	психологічні	на фоні розвиненого фразового мовлення внаслідок переляку, хронічної психічної травматизації	
	соціальні	внаслідок раннього (1,5–2 р.) активного введення у спілкування другої мови чи кількох мов одночасно	
	характер	гостро	поступово
	патологія внутрішньоутробного розвитку та пологів	відсутня	наявна
	органічне ураження центральної нервової системи	відсутнє	наявне, резидуального характеру; залишкові явища ураження моторних систем мозку
	характер мовленнєвого розвитку	ранній; фразове мовлення наявне до появи порушення	затриманий; виникнення порушення співпадає з появою фразового

			мовлення
	мовленнєва патологія у близьких родичів	нечаста	часта
	ранній психомоторний розвиток	прискорений	із затримкою
	загальна характеристика	без особливостей	рухова незграбність, скутість, в'ялість міміки, одноманітність рухів; найбільше страждає динамічний праксис
	ліворукість	як у популяції	часта
Навички самообслуговування		без помітних відставань	із затримкою
	характерологічні особливості	підвищена тривожність, вразливість, коливання настрою, плаксивість; страхи; невротичний енурез	непосидючість, неслухняність, неуважність, агресивність
	посилена фіксація на мовленні	типова	відсутня
	страх мовлення	обов'язковий для логофобічного заїкання	немає; заїкання зростає внаслідок психомоторного збудження
Протікання заїкання		хвилеподібне	досить постійне, з періодами погіршення
Супутні рухи		часті, мають мінливий характер	дуже часті, стереотипні

Симптом Фрешельса (роздування крил носа)		постійний	періодичний
загальна характеристика	незрілість артикуляторних механізмів сполучається з випередженням у розвитку лексичної та граматичної складових	обмежена рухливість артикуляційного апарату, гіперсаливація, порушення мовленнєвого дихання, відставання в розвитку лексичної та граматичної складових; діапазон мовленнєвих порушень коливається від ФФНМ до ЗНМ (III рівень мовленнєвого розвитку)	
звукотипова	без особливостей	часта дислалія, іноді дизартрія	
фіксація на „важких” звуках	яскраво виражена	виражена неяскраво	
локалізація судом	у дихальному та / чи голосовому апараті	в артикуляційному апараті	
темп мовлення	може бути різним	тахіталія	
ітерації	дуже часті	часті	
виразність мовлення	може бути різною	низька, приглушеність	
емболофразія	часта	постійна	
мовленнєва активність	різко знижена	як правило, підвищена	

мутизм	частий – тривалістю від 1–2 хв. до 1 доби після гострої психотравми	відсутній
можливість плавного мовлення	за умов емоційного комфорту, наодинці, при відволіканні активної уваги від процесу говоріння	за умов привертання уваги до процесу говоріння, залучення особистого контролю за мовленням
значне мовленнєве навантаження	різко погіршує мовлення	посилює заїкання
раптова зміна ситуації, адаптація в новому колективі	різко погіршує мовлення, погано переноситься	не має великого значення
фізична ослабленість		
соматичні захворювання		
емоційно-вольова незрілість		
Динаміка протікання	рецидивуюче	прогресивне
Цілеспрямованість у подоланні мовленнєвих порушень	зазвичай висока	різко знижена

Варто пам'ятати, що заїкання як самостійне мовленнєве порушення, що виникає у дітей в дошкільному віці, значно відрізняється від так званого „вторинного” заїкання, що спостерігається при різноманітних захворюваннях головного мозку органічного генезу чи ряду нервово-психічних розладів. Саме тому вчасно та якісно проведена диференційна діагностика дозволяє вчителю-логопеду поряд із лікарями (невропатологом і психотерапевтом) розробити план комплексної і ефективної медикаментозної, психотерапевтичної та логокорекційної роботи.

---

Література:

1. Белякова Л. И. Заикание / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – М. : В. Секачев, 1998. – 304 с. : ил.
2. Заикание / под ред. Н. А. Власовой, К.-П. Беккера. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1983. – 256 с. : ил.
3. <http://WWW.LOGOPED.IN.UA/>

Ю. В. РІБЦУН