Содержание

Введение

Глава 1. Теоретические аспекты заикания

1.1 Сущность заикания

1.2 Формы заикания

1.3 Течение заикания

1.4 Причины и механизмы заикания

Выводы к 1 главе

Глава 2. Методики логопедических занятий с заикающимися дошкольниками

2.1 Дидактические основы логопедических занятий с заикающимися детьми

2.2 Методика Н.А. Чевелевой

2.3 Методика В.М. Шкловского

2.4 Методика Н.А. Власовой и Е.Ф. Рау

2.5 Методика С.А. Мироновой

2.6 Методика Г.А. Волковой

Выводы ко 2 главе

Заключение

Список литературы

## Введение

Проблему заикания можно считать одной из самых древнейших в истории развития учения о расстройствах речи. В литературе прошлого встречались весьма разнообразные толкования механизмов заикания. Это объясняется и уровнем развития науки, и позициями, с которых разные авторы подходили и подходят к изучению этого речевого расстройства.

Заикание - один из наиболее тяжёлых дефектов речи. Оно трудно устранимо, травмирует психику ребёнка, тормозит правильный ход его воспитания, мешает речевому общению, затрудняет взаимоотношения с окружающими, особенно в детском коллективе.

Заикание является широко распространённым речевым нарушением. Оно возникает у детей раннего возраста в период наиболее активного формирования их речи и личности и ещё в конце xix в. наш отечественный психиатр И.А. Сикорский впервые установил, что в большинстве случаев это происходит в возрасте от 2 до 5 лет.

Но, по мнению большинства учёных, заикание - это не только расстройство речевой функции. В проявлениях заикания обращают на себя внимание расстройства нервной системы заикающихся, их физического здоровья, общей моторики, собственно речевой функции, наличие психологических особенностей. Перечисленные отклонения в психофизическом состоянии заикающихся детей в разных случаях проявляются по-разному, но, тем не менее, одно тесно связано с другим, питает друг друга, усложнение одного неизбежно усугубляет другое. Руководствуясь павловским учением о высшей нервной деятельности человека, заикание называют заболеванием центральной нервной системы в целом.

В настоящее время считается общепризнанным, что устранять заикание нужно сразу же, как только оно возникнет. Чем больше времени проходит с момента начала заикания, тем чаще оно переходит в тяжёлый, стойкий дефект и влечёт за собой изменения в психике ребёнка. Кроме того, заикание лишает ребёнка нормальных условий общения и часто препятствует его успешной учёбе. Поэтому данный дефект важно устранить ещё до поступления ребёнка в школу. Но необходимо воздействовать на речь заикающегося, но и на его личность и моторику в целом. Воздействие на разные стороны организма, речи и личности заикающегося и разными средствами получило в нашей стране название комплексного метода преодоления заикания.

Логопедическая работа с дошкольниками с заиканием представлена в методических рекомендациях Н.А. Власовой и Е.Ф. Pay ("Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками". - М., 1959), С.А. Мироновой ("Обучение и воспитание заикающихся дошкольных учреждений". - М., 1983), Г.А. Волковой ("Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников". - М., 1983).

В основу системы преодоления заикания, предложенной С.А. Мироновой, положена деятельность ребенка, организуемая по разделам: "Ознакомление с окружающей природой", "Развитие речи", "Развитие элементарных математических представлений", "Рисование, лепка, аппликация, конструирование".

Перед логопедом поставлены программные и коррекционные задачи, которые решаются в течение четырех этапов последовательно усложняемой работы.

В методике Г.А. Волковой представлена система комплексной работы с заикающимися детьми, которая состоит из разделов: методика игровой деятельности, логоритмические занятия, воспитательные занятия, воздействие на микросоциальную среду детей.

Н.А. Власова и Е.Ф. Pay предлагают работать над речью ребенка, переходя от простых ее форм к сложным: от сопряженной речи, через отраженную и вопросно-ответную речь, к описанию знакомых картинок, пересказу прослушанного текста, к спонтанной и эмоциональной речи.

Выбор методики преодоления заикания у дошкольников зависит от типа учреждения, в котором пребывают дети (логопедическая группа детского сада или условия стационара). Однако все авторы указывают, что преодоление заикания у дошкольников возможно лишь при комплексном воздействии, одной из составляющих которого является логопедическая ритмика.

Тема моей курсовой работы "Методика логопедической работы с заикающимися дошкольниками". Данная тема очень актуальна, поскольку нарушения речи многообразны, и многообразны также методы их коррекции.

Цель данной курсовой работы - изучить методику логопедической работы с детьми старшего дошкольного возраста по коррекции заикания.

Основными задачами, я считаю - это рассмотрение основных этапов, направлений, изучение методик логопедической работы по коррекции симптомов заикания у детей старшего дошкольного возраста.

## Глава 1. Теоретические аспекты заикания

## 1.1 Сущность заикания

Заикание - мучительное, тяжелое расстройство речи. Оно трудно устранимо, дезорганизует личность ребенка, тормозит правильный ход воспитания и обучения, затрудняет нормальное включение дошкольника в детский коллектив[[1]](#footnote-1).

Вот почему воспитателю следует серьезно задуматься над средствами устранения у своих воспитанников этого недостатка. Надо понять природу заикания, изучить личность заикающегося и овладеть доступными специальными педагогическими методами. При таких условиях воспитатель может помочь ребенку нередко даже в большей степени, чем специалист-логопед, в силу более интимного и длительного контакта со своим воспитанником и его семьей.

Заикание - функциональное нарушение речи, внешне выражается в судорогах мышц тех или иных органов речи в момент звукопроизношения (губ, языка, мягкого нёба, гортани, грудных мышц, диафрагмы, брюшных мышц). Речь прерывается вследствие задержки на некоторых звуках и словах (Приложение 1).

Проблему заикания можно считать одной из самых древних в истории развития учения о расстройствах речи. Различное понимание его сущности обусловлено уровнем развития науки и позиций, с которых авторы подходили и подходят к изучению этого речевого расстройства.

На рубеже XVII-XVIII вв. заикание пытались объяснить как следствие несовершенства периферического аппарата речи. Так, например, Санторини считал, что заикание возникает при отверстии в твердом нёбе, через которое якобы слизь просачивается на язык и затрудняет речь. Вутцер объяснял это ненормальным углублением в нижней челюсти, в которой прячется кончик языка при своем движении. Другие исследователи связывали заикание с нарушениями в функционировании речевых органов: судорожное закрытие голосовой щели (Арнот, Шультесс); чрезмерно быстрый выдох (Беккерель); спазматическое сокращение мышц, удерживающих язык в полости рта (Итар, Ли, Диффенбах); несогласованность процессов мышления и речи (Блюме); несовершенство воли человека, воздействующей на силу мышц речедвигательного механизма (Меркель) и т.д.

Часть исследователей связывала заикание с нарушениями в протекании психических процессов. Например, Блюме считал, что заикание возникает от того, что человек или мыслит быстро, так что речевые органы не поспевают и потому спотыкаются, или же, наоборот, речевые движения "опережают процесс мышления". И тогда из-за напряженного стремления выровнять это несоответствие мышцы речевого аппарата приходят в "судорогоподобное состояние".

К началу XX в. все многообразие понимания механизмов заикания можно свести к трем теоретическим направлениям:

1) Заикание как спастический невроз координации, происходящий от раздражительной слабости речевых центров (аппарата слоговых координации). Это было четко сформулировано в трудах Г. Гутцмана, И.А. Куссмауля, а затем в работах И.А. Сикорского, который писал: "Заикание есть внезапное нарушение непрерывности артикуляции, вызванное судорогой, наступившей в одном из отделов речевого аппарата как физиологического целого". Сторонники этой теории вначале подчеркивали врожденную раздражительную слабость аппарата, управляющего слоговой координацией. В дальнейшем они объясняли заикание в свете невротизма: заикание - это судорогоподобные спазмы.

2) Заикание как ассоциативное нарушение психологического характера. Это направление выдвинуто Т. Гепфнером и Э. Фрешельсом. Сторонниками были А. Либманн, Г.Д. Неткачев, Ю.А. Флоренская. Психологический подход к пониманию механизмов заикания получил свое дальнейшее развитие.

3) Заикание как подсознательное проявление, развивающееся на почве психических травм, различных конфликтов с окружающей средой. Сторонниками этой теории были А. Адлер, Шнейдер, которые считали, что в заикании, с одной стороны, проявляется желание индивида избежать всякой возможности соприкосновения с окружающими, а с другой - возбудить сочувствие окружающих посредством такого демонстративного страдания.

К 30-м годам и в последующие 50-60-е годы XX в. механизм заикания стали рассматривать, опираясь на учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности человека и, в частности, о механизме невроза. При этом одни исследователи рассматривали заикание как симптом невроза (Ю.А. Флоренская, Ю.А. Поворинский и др.), другие как особую его форму (В.А. Гиляровский, М.Е. Хватцев, И. II. Тяпугин, М.С. Лебединский, С.С. Ляпидевский, А.И. Поварнин, Н.И. Жинкин, В.С. Кочергина и др.). Но в обоих случаях эти сложные и многообразные механизмы развития заикания идентичны механизмам развития неврозов вообще. Заикание, как и прочие неврозы, возникает вследствие различных причин, вызывающих перенапряжение процессов возбуждения и торможения и образования патологического условного рефлекса. Заикание - это не симптом и не синдром, а заболевание центральной нервной системы в целом (В.С. Кочергина, 1962). В возникновении заикания первостепенную роль играют нарушенные взаимоотношения нервных процессов (перенапряжение их силы и подвижности) в коре головного мозга. Нервный срыв в деятельности коры больших полушарий может быть обусловлен, с одной стороны, состоянием нервной системы, ее готовностью к отклонениям от нормы. С другой стороны, нервный срыв может быть обусловлен неблагоприятными экзогенными факторами, на значение которых в генезе заикания указывал еще В.А. Гиляровский. Отражением нервного срыва является расстройство особо уязвимой и ранимой у ребенка области высшей нервной деятельности - речи, что проявляется в нарушении координации речевых движений с явлениями аритмии и судорожности. Нарушение корковой деятельности является первичным и приводит к извращению индукционных отношений между корой и подкоркой и нарушению тех условно-рефлекторных механизмов, которые регулируют деятельность подкорковых образований. В силу создавшихся условий, при которых нормальная регуляция коры извращается, имеют место отрицательные сдвиги в деятельности стриопаллидарной системы. Ее роль в механизме заикания достаточно важна, поскольку в норме эта система ответственна за темп и ритм дыхания, тонус артикуляторных мышц. Заикание возникает не при органических изменениях стриопаллидума, а при динамических отклонениях его функций. Эти взгляды отражают понимание механизма невротического заикания как своеобразного нарушения корково-подкорковых отношений (М. Зееман, Н.И. Жинкин, С.С. Ляпидевский, Р. Лухзингер и Г. Арнольд, Э. Рихтер и мн. др.).

У детей раннего возраста, по мнению некоторых авторов, механизм заикания целесообразно объяснить с позиций реактивного невроза и невроза развития (В.Н. Мясищев, 1960). Реактивный невроз развития понимается как острое нарушение высшей нервной деятельности. Заикание возникает в раннем возрасте на фоне задержанного физиологического косноязычия при переходе к сложным формам речи, к речи фразами. Иногда оно является результатом речевого недоразвития разного генеза (Р.М. Боскис, Р.Е. Левина, Б. Мезони). Так, Р.М. Боскис называет заикание заболеванием, в "основе которого лежат речевые затруднения, связанные с оформлением более или менее сложных высказываний, требующих для своего выражения фразы". Речевые затруднения могутвызываться задержками развития речи, переходом на другой язык случаями патологического развития личности с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, необходимостью выразить сложную мысль и пр.

Р.Е. Левина, рассматривая заикание как речевое недоразвитие видит сущность его в преимущественном нарушении коммуникативной функции речи. Проблема органического заикания до настоящего времени остается нерешенной. Одни исследователи полагают, что заикание в целом включается в категорию органических заболеваний центральной нервной системы и нарушения мозгового субстрата прямо затрагивают речевые области мозга или связанные с ними системы (В. Лав, 1947; Э. Гард" 1957; С. Скмоил и В. Ледезич, 1967). Другие рассматривают заикание как преимущественно невротическое расстройство, расценивая сами органические нарушения как "почву" для срыва высшей нервной деятельности и речевой функции (Р. Лухзингер и Г. Ландольд, 1951; М. Зееман, 1952; М. Сова К, 1957; М.Е. Хватцев, 1959; С.С. Ляпидевский и В.П. Баранова, 1963, и мн. др.).

Большинство авторов, изучавших патогенез заикания, отмечают у заикающихся различные вегетативные изменения. Например, Зееман считает, что у 84% заикающихся имеется вегетативная дистония. По мнению Szondi, из 100 заикающихся 20% имеют повышенное внутричерепное давление и экстрапирамидные нарушения. Он считает, что заикающиеся рождаются вазоневротиками. Gerdner объективно показал изменение нейровегетативной реакции у заикающихся во время приступов: в 100% случаев у них наблюдается расширение зрачков (мидриоз), у нормально говорящих людей ширина зрачков во время речи не меняется или наступает некоторое их сужение (миоз).

В тяжелых случаях нарушения вегетативной нервной системы собственно заикание отступает на второй план, преобладают страхи, волнения, тревога, мнительность, общая напряженность, склонность к дрожанию, потливости, покраснению. В детском возрасте у заикающихся наблюдаются нарушения сна: вздрагивание перед засыпанием, утомительные, беспокойные неглубокие сны, ночные страхи. Заикающиеся более старшего возраста стараются связать все эти неприятные переживания с нарушением речи. Мысль о ее расстройстве приобретает устойчивый характер в соответствии с постоянно нарушенным самочувствием. На фоне общей возбудимости, истощаемости, неустойчивости и постоянных сомнений речь обыкновенно поддается улучшению лишь на короткое время. На занятиях у заикающихся часто отсутствует целеустремленность и настойчивость. Собственные результаты ими недооцениваются, так как улучшение в речи мало облегчает их общее самочувствие.

В 70-е годы в психиатрии были предложены клинические критерии для разграничения невротических и неврозоподобных расстройств и наметилась тенденция и к разграничению заикания на невротическую и неврозоподобную формы (Н.М. Асатиани, Б.3. Драпкин, В.Г. Казаков, Л.И. Белякова и др.).

До настоящего времени механизм заикания исследователи пытаются рассматривать не только с клинических и физиологических, но и с нейрофизиологических, психологических, психолингвистических позиций.

Представляют интерес нейрофизиологические исследования заикания при организации речевой деятельности (И.В. Данилов, И.М. Черепанов, 1970). Данные исследования показывают, что у заикающихся во время речи доминантное (левое) полушарие не может достаточно стойко выполнять свою ведущую роль по отношению к правому полушарию.

Исследования организации функции зрения у заикающихся (В. Суворова с соавт., 1984) показали, что им свойственна нетипичная латерализация речевой и зрительной функций. Выявленные аномалии можно рассматривать как следствие недостатков билатеральной регуляции зрительных процессов и отклонений в межполушарных отношениях.

Актуальна разработка проблемы заикания в психологическом аспекте для раскрытия его генезиса, для понимания поведения заикающихся в процессе коммуникации, для выявления их индивидуально-психологических особенностей. Изучение у заикающихся внимания, памяти, мышления, психомоторики показало, что у них изменена структура психической деятельности, ее саморегуляция. Они хуже выполняют ту деятельность, которая требует высокого уровня автоматизации (и соответственно - быстрого включения в деятельность), но различия в продуктивности между заикающимися и здоровыми исчезают, как только деятельность может выполняться на произвольном уровне. Исключение составляет психомоторная деятельность: если у здоровых детей психомоторные акты совершаются в значительной мере автоматически и не требуют произвольной регуляции, то для заикающихся регуляция представляет сложную задачу, требующую произвольного контроля.

Некоторые исследователи считают, что заикающиеся отличаются большей инертностью психических процессов, чем нормально говорящие, им свойственны явления персеверации, связанной с подвижностью нервной системы.

Перспективно исследование личностных особенностей заикающихся как с помощью клинических наблюдений, так и с применением экспериментально-психологических методик. С их помощью выявлены тревожно-мнительный характер, подозрительность, фобические состояния; неуверенность, замкнутость, склонность к депрессии; пассивно-оборонительные и оборонительно-агрессивные реакции на дефект.

Заслуживает внимания рассмотрение механизмов заикания с позиций психолингвистики. Данный аспект изучения предполагает выяснение того, на какой стадии порождения речевого высказывания возникают судороги в речи заикающегося. Выделяют следующие фазы речевой коммуникации:

1) наличие потребности в речи, или коммуникативное намерение;

2) рождение замысла высказывания во внутренней речи;

3) звуковая реализация высказывания.

В разных структурах речевой деятельности эти фазы различны по своей полноте и длительности протекания и не всегда однозначно вытекают одна из другой. Но постоянно происходит сопоставление задуманного и осуществленного. И.Ю. Абелева считает, что заикание возникает в момент готовности к речи при наличие у говорящего коммуникативного намерения, программы речи и принципиального умения говорить нормально. В трехчленную модель порождения речи автор предлагает включить фазу готовности к речи, на которой у заикающегося "ломается" весь произносительный механизм, все его системы: генераторная, резонаторная и энергетическая. Возникают судороги, явно проявляющиеся затем на четвертой, завершающей фазе.

## 1.2 Формы заикания

Заикание является нарушением речевого ритма, нередко связанного с несовершенным ритмом движений всего тела (неуклюжесть, неловкость в движениях). Иногда судороги ритмично повторяются: пе-пе-пе - петух или п-п-п-петух; А-а-а-аня. Такая форма заикания свойственна маленьким детям. Она называется клонтескоп. Иногда ребенок из-за судороги совсем не в силах вымолвить нужный звук или надолго задерживается на нем, мучительно преодолевая судорогу: п-----петух, Л... (долго тянет звук а) - Аня. Эта форма заикания называется тонической. Обычно с такими затруднениями произносятся первые звуки слова и фразы. Более легкая, клоническая форма заикания нередко с течением времени переходит в трудную - тоническую. Бывает, что заикающийся до произнесения слова судорожно, со свистом выдыхает почти весь воздух и затем уже, захлебываясь, говорит: ххх (выдох) хя очень болен - я очень болен.

Судороги проявляются то преимущественно в дыхательном аппарате речи, то в голосовом, то в артикуляторном. У многих заикание сопровождается судорожными или привычными движениями рук, ног, головы.

Нередко у заикающихся имеется и косноязычие.

Одновременно с судорожными проявлениями у заикающегося наблюдаются, преимущественно в старшем возрасте, разнообразные болезненные явления. В разговоре он волнуется, заранее боится, что не сможет хорошо сказать. Иные из заикающихся свое внимание сосредоточивают на "трудных" для произношения звуках. Некоторые же, обычно более развитые, смущаются, переживают из-за своего дефекта чувство острого стыда перед окружающими, безуспешно пытаются скрыть от них свой недочет (избегают разговоров, ограничиваются немногословной речью и краткими ответами, говорят тихо, сквозь зубы, краснеют, бледнеют, покрываются потом).

Подобные переживания плохо действуют на психику ребенка, портят его характер (нередко он становится раздражительным, мнительным, болезненно обидчивым, нелюдимым, иногда озлобленным). Они закрепляют и усиливают заикание, следовательно, нужно пристальное внимание воспитателя к таким детям.

Дети заикаются лишь в присутствии других людей - детей и взрослых, в одиночестве же говорят нормально (например, с игрушками). Поют они также без заикания. В одной обстановке или в беседе с одними лицами ребенок не заикается, при других обстоятельствах и людях заикается. Многое зависит от сложившегося у него отношения к собеседнику, к обстановке.

## 1.3 Течение заикания

Заикание возникает то внезапно, иногда после некоторого периода немоты (от нескольких часов до нескольких дней), то исподволь, постепенно усиливаясь. Последнее происходит чаще всего в результате истощающих нервную систему болезней, интоксикации ее.

При благоприятных условиях жизни и развития организма ребенка оно может постепенно исчезнуть. Но если окружающие в присутствии ребенка начинают усиленно обращать внимание на порок речи, много говорить об этом "несчастье", горевать, охать, если у малыша возникает боязнь оказаться смешным при разговоре с другими, если нервная система при этом ослаблена, то заикание наоборот, усиливается. Заикание периодически то ослабевает, то усиливается, что вообще свойственно нервным заболеваниям, и зависит от изменений внешних и внутренних раздражителей, падающих на мозг ребенка.

## 1.4 Причины и механизмы заикания

Заикание чаще всего возникает в возрасте от 2 до 5 лет, когда нервная система, слуходвигательные и речевые системы мозга еще не окрепли, поэтому их функция легко нарушается неблагоприятными условиями (чрезмерными или слишком сложными раздражителями), а затем - в 7 лет (поступление в школу) [[2]](#footnote-2).

Благоприятную почву для возникновения заикания представляет болезненное состояние нервной системы ребенка, обусловленное рядом обстоятельств: неблагоприятные условия беременности, тяжелые роды, детские болезни, особенно коклюш, вызывающий судороги в речевых органах, тяжелые условия жизни в семье и т.п. В результате дети часто оказываются капризными, непоседливыми, раздражительными, с тревожным сном, плохим аппетитом.

Это отдаленные, предрасполагающие причины заикания, которые не всегда обязательно вызывают заикание. Но при подобном болезненном состоянии нервной системы для появления заикания иногда достаточно действия даже не очень сильных, но необычных, неожиданных или длительных раздражителей, являющихся для слабой нервной системы чрезмерными. Ближайшие, производящие причины заикания:

Испуг, внезапное изменение обстановки, страх, даже во сне, боязнь темноты, одиночества, ожидаемого наказания или прихода страшного дяди, которыми запугивают няни незасыпающего ребенка и т.п.

Например, один ребенок стал заикаться, увидав, как дед-мороз снял маску и на его глазах превратился в его собственного папу.

Катя, девочка шести лет, боялась фотографироваться. Ее насильно сфотографировали, и она стала заикаться.

Возможно заикание детей и вследствие медленного развития речи или плохого произношения некоторых звуков. В этом случае какая-то недостаточность в речедвигательных системах мозга вызывает заикание. Заикание у детей, особенно у нервных, в старшем возрасте может произойти из-за болезненного самовнушения (патологической фиксации), нередко "при помощи" окружающих и вследствие неудач в речи (искажение звука, трудность выразить свою мысль словами и т.п.). Случайные остановки, запинки вызывают у таких детей уверенность, что это и в будущем повторится. У некоторых дошкольников подобное происходит от чрезвычайно быстрой речи: ребенок торопится, подражая быстрой речи окружающих и стремясь, в силу своей повышенной возбудимости, быстро высказать свою мысль, спотыкается на некоторых звуках - и начинает заикаться. Здесь сказывается перенапряжение нервных процессов при быстром следовании динамических стереотипов (звуков, слогов, слов) и фиксация неудач.

Дети слабого нервного типа, в частности с неупрочившимися корковыми механизмами речи, не выдерживают непосильной для них речевой нагрузки. Для них вредна излишняя стимуляция и принуждение много рассказывать или декламировать по всякому поводу различным лицам, выслушивать с утра до ночи рассказы, сказки, чтение, иногда с трудным для ребенка содержанием и языком.

Возможны случаи возникновения заикания в момент парадоксальной фазы речевых рефлексов, когда легко возникает самовнушение. Такое состояние наблюдается при утомлении (истощении) нервной системы, при страхе, смущении, растерянности, трусости, боязливости и т.п. В этом состоянии любая запинка в речи может легко и прочно закрепиться и превратиться в заикание.

Физические травмы (ушибы головы, падение с высоты) нередко также вызывают нарушение мозговой функции даже у детей с крепкими нервами. И здесь очевидно действие нервной травмы. Нередко заикание вызывается инфекционными заболеваниями: коклюшем, нарушающим дыхание и вызывающим страх перед припадком; глистами, истощающими ребенка, раздражающими нервную систему и отравляющими мозг токсинами (ядами), и т.п. Встречаются случаи заикания по подражанию: нервные, психически неустойчивые дети, слушая речь заикающихся или передразнивая их, невольно, в силу рефлекса подражания, сами начинают заикаться. Бывает, что левши, когда их насильно переучивают владеть правой рукой, начинают заикаться: нарушаются уже установившиеся в мозгу координации и связи речевых движений с движениями руки и всего тела.

В большинстве случаев заикание можно рассматривать как невроз речи, т.е. нарушение, срыв нормальной деятельности в результате чрезмерных раздражителей нервной системы. К подобному перенапряжению нервной деятельности относятся и "ошибки" двух противоположных основных процессов мозга - возбуждения и торможения. Заикание иногда появляется в результате одновременного действия раздражителей противоположного характера. Например, папа предлагает ребенку погулять по садику, а мама запрещает: "Не смей идти в садик - опять вся перемажешься в грязи". В результате у неуравновешенного ребенка может произойти нервный срыв (истерика) и - заикание.

Эти срывы свойственны неуравновешенному типу нервной системы, преимущественно слабому, и зависят не только от типа ее, но и от многих других причин: от общей обстановки (ситуации), характера речи ребенка и окружения, прошлого опыта, состояния здоровья, настроения, возраста и т.п.

Нервные срывы при известных условиях вызывают болезненные навязчивые состояния: в коре мозга, по Павлову, образуется "больной пункт" (стойкие патологические связи). При нормальной деятельности остальной части мозга в этом пункте происходит застойность, инертность раздражительного процесса - в результате возникает или стойкое раздражение, или торможение в ответ на приходящий сюда раздражитель. Ранее заикавшийся ребенок испытывает страх снова заикнуться. И.П. Павлов определяет страх как "различные степени пассивно оборонительного рефлекса". Он возникает на почве слишком чувствительного, утрированного торможения в уже до этого патологически ослабленных сильными раздражителями клетках коры.

Нередко заикание при указанных условиях мозговой деятельности вызывается длительными неприятными эмоциональными состояниями (ожидание наказания, ревность дитяти). Возникает по А.Д. Зарубашвили, "патологическое беспокойство" и болезненное перенапряжение динамических возможностей второй сигнальной системы. Дитя не в состоянии надлежаще проанализировать создавшуюся вокруг него сложную и трудную ситуацию речевого общения и начинает заикаться. Например, ребенок-лакомка в отсутствие родителей разбил в буфете банку с вареньем. Проходит день, два, три. Мать не обнаруживает "несчастья", а ребенок нервничает, плохо спит, отвечает невпопад. На четвертый день родители замечают, что их сын стал заикаться. Иногда заикание также может случиться из-за ревности первенца в отношении появившегося братца или сестрицы.

Следует воздержаться от досрочного обучения заикающегося иностранному языку - заикание может усилиться (особенно при строгих требованиях со стороны обучающего).

Однако известно, что не всегда подобные раздражители вызывают у ребенка заикание. Многие дети пугаются, падают с высоты, тонут и т.п., но после этого не заикаются. Все зависит от состояния нервной системы ребенка. Если он нервно здоров, то он в случае подобных воздействий быстро приходит в норму. При нервной же слабости полученное потрясение оставляет после себя неизгладимые следы в виде расстройства деятельности в речевых областях головного мозга, что выражается в заикании.

Не является ли заикание наследственным? Так еще многие думают, но это мнение неправильно. В данном случае по наследству может передаться лишь неполноценность нервной системы. Вот почему у заикающихся родителей далеко не всегда и не все дети заикаются. При этом иные из них заикаются не на почве унаследованной нервной системы, а вследствие подражания речи родителей. То обстоятельство, что заикание не наследственное, а приобретенное расстройство речи, облегчает борьбу с ним.

Итак, заикание тесно связано с состоянием нервной системы, со всей личностью ребенка и его взаимоотношениями с окружающими. Из такого положения вытекают и средства борьбы с ним.

## Выводы к 1 главе

Заикание - это нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Различают следующие виды заикания: артикуляционное, волнообразное, голосовое, дыхательное, закрепившееся, инициальное, индуцированное, инспираторное, клоническое, неврозоподобное, невротическое, органическое, постоянное, респираторное, рецидивирующее, смешанное, тоническое, функциональное, экспираторное.

Основным внешним симптомом заикания являются судороги во время речи.

Различают три степени заикания:

Легкая - заикаются лишь в возбужденном состоянии и при стремлении быстро высказываться. В этом случае задержки легко преодолеваются.

Средняя - в спокойном состоянии и в привычной обстановке говорят легко и мало заикаются; в эмоциональном состоянии проявляется сильное заикание.

Тяжелая - заикаются в течение всей речи, постоянно, с сопутствующими движениями.

Выделяются типы течения заикания:

Постоянный - заикание, возникнув, проявляется относительно постоянно в различных формах речи, ситуациях и т.д.

Волнообразный - заикание то усиливается, то ослабевает, но до конца не исчезает.

Рецидивирующий - исчезнув, заикание появляется вновь, т.е. наступает рецидив, возврат заикания после довольно длительных периодов свободной, без запинки речи.

В конце XIX - начале XX в. все определеннее становится мнение, что заикание - это сложное психофизическое расстройство. Но мнению одних, в его основе лежат нарушения физиологического характера, а психологические проявления носят вторичный характер (А. Гутцман, 1879; А. Куссмауль, 1878; И.А. Сикорский, 1889, и др.). Другие первичными считали психологические особенности, а физиологические проявления - как следствие этих психологических недостатков (Хр. Лагузен, 1838; А. Коэн, 1878; Гр. Каменка, 1900; Г.Д. Неткачев, 1913, и др.). Делались попытки рассматривать заикание как невроз ожидания, невроз страха, невроз неполноценности, навязчивый невроз и пр.

## Глава 2. Методики логопедических занятий с заикающимися дошкольниками

## 2.1 Дидактические основы логопедических занятий с заикающимися детьми

Дидактические основы детской логопедии. Система коррекционного воспитания и обучения детей с нарушенной речевой деятельностью строится на основе общей теории обучения (дидактики) объектом изучения которой являются закономерности и принципы, методы, организационные формы и средства.

В современной педагогике принято выделять следующие основные дидактические принципы: индивидуализации и коллективности, систематичности и последовательности, сознательной активности/ наглядности, прочности и др. Совокупность этих принципов и своеобразие их реализации в отношении к заикающимся детям определяют все стороны коррекционного обучения - содержание, методы и организационные формы.

Многообразие существующих в настоящее время методик логопедической работы в зависимости от формы речевого нарушения, от разного возраста детей, от условий логопедической работы подчеркивает необходимость разработки основополагающей теории их коррекционного обучения. Взаимообогащающая связь общей теории обучения и частных логопедических методик безусловна. Они строятся с использованием общих положений дидактики, а общая теория обучения использует результаты частных методик как материал для обобщения.

Таким образом, основные дидактические закономерности и принципы, преломленные по отношению к детям с нарушенной речевой деятельностью, являются основополагающими. Знание этих основ предопределяет успешность (и в целом и в частностях) коррекционно-педагогической работы с заикающимися детьми.

Индивидуальный подход к заикающимся детям. Групповые, коллективные логопедические занятия с заикающимися оправдали себя многолетней практикой.

Занятия с коллективом создают условия для активной работы всех детей. Требование индивидуального подхода не означает противопоставления личности коллективу. Лишь хорошо зная возможности каждого ребенка, можно организовать коллективную работу.

Индивидуальный подход в логопедической работе выражается, прежде всего, в тщательном изучении каждого заикающегося перед началом и в процессе логопедической работы, в выборе средств коррекционно-педагогической работы, в зависимости от его психологических особенностей и речевых возможностей. Возраст заикающихся определяет подбор дидактического материала и формы работы. Психофизические особенности дошкольников, школьников, подростков и взрослых требуют от логопеда в одном случае ориентации на "Программу воспитания и обучения в детском саду" и игровую деятельность; в другом - на школьную программу и учебную деятельность, в третьем - на разные виды трудовой деятельности (Приложение 2).

Комплектование логопедических групп проводится с учетом возраста заикающихся. Разный возраст вызывает необходимость пользования своеобразных методик логопедической работы, изменения интенсивности отдельных компонентов лечебно-педагогического подхода к преодолению заикания в целом.

у дошкольников, например, основное место занимают речевые занятия в игровой форме, воспитательные мероприятия, меньше - медицинские. У подростков и взрослых - наоборот, основное значение придается медицинским средствам, психотерапии (в том числе и ее суггестивным методам), меньше - педагогическим.

В реализации принципа индивидуального подхода в логопедической работе с заикающимися имеет большое значение первичное и динамическое (в процессе занятий) изучение ребенка. Для логопеда важны лингвистические, психологические и педагогические наблюдения. Они позволяют выбрать необходимые формы коррекционного воздействия на заикающегося, прогнозировать эффективность логопедической работы с ним.

## 2.2 Методика Н.А. Чевелевой

В логопедических занятиях с заикающимися школьниками в настоящее время используются в основном методические рекомендации, предложенные для работы с детьми дошкольного возраста (для младших школьников) или с подростками и взрослыми (для старших школьников). Например, Н.А. Чевелевав своем пособии предлагает систему исправления речи у заикающихся школьников 1-4 классов в процессе ручной деятельности. Принципиально она мало отличается от предложенной ранее системы логопедических занятий с заикающимися детьми - дошкольниками. Меняется в основном здесь лишь выбор и сложность поделок, которые предлагаются для работы со школьниками. Соответственно учебным четвертям автор выделяет четыре периода последовательных логопедических занятий:

1) сопровождающей речи;

2) завершающей речи,

3) предварительной речи,

4) закрепления навыков самостоятельной речи.

Занятия по исправлению речи заикающихся детей в процессе ручного труда Н.А. Чевелева считает возможным проводить на школьных и поликлинических логопедических пунктах. В специальных школах целесообразно использовать и уроки ручного труда. Автор считает необходимой при исправлении заикания работу с родителями ребенка, его учителем, лечебное, врачебное воздействие на его нервную систему.

Развивается умение детей пользоваться речью вне наглядной опоры. Дети учатся планировать свою работу, заранее называют и объясняют каждое действие, которое им еще предстоит сделать. Усложняется фразовая речь: дети учатся произносить несколько связанных по смыслу фраз, пользоваться фразами сложной конструкции, самостоятельно строить рассказ. В этом периоде от них требуется умение логически мыслить, последовательно и грамматически правильно излагать свою мысль, употреблять слова в их точном значении.

5) Закрепление навыков самостоятельной речи (5 занятий). В этот период предусматривается закрепление полученных ранее навыков самостоятельной, развернутой, конкретной речи. Дети рассказывают о процессе изготовления той или иной поделки, задают вопросы, отвечают на вопросы, высказываются по собственному желанию и т.д.

Таким образом, в методике, предложенной Н.А. Чевелевой, реализован принцип последовательного усложнения речевых упражнений в процессе одного из видов деятельности ребенка-дошкольника. Автором методически обоснованы и описаны этапы этой последовательной работы. Здесь хорошо показаны возможности того, как на одном разделе "Программы воспитания и обучения в детском саду" (а именно в процессе ручной деятельности) можно осуществить коррекционную работу по преодолению заикания у детей.

С другой стороны, система последовательного усложнения речи идет здесь по линии "постепенного усложнения объектов деятельности" через усложнение числа "отдельных элементов работы, на которые распадается весь трудовой процесс при изготовлении данной поделки".

Эта система преодоления заикания у детей включает в себя 5 периодов.

1) Пропедевтический (4 занятия). Основная цель - привить детям навыки организованного поведения. Одновременно дети приучаются слышать немногословную, но логически четкую речь логопеда, ее нормальный ритм. У самих детей временное ограничение речи.

2) Сопровождающая речь (16 занятий). В этом периоде допускается собственная активная речь детей, но только по поводу одновременно совершаемых ими действий. Постоянная зрительная опора при этом обеспечивает наибольшую ситуативность речи. При этом идет и постоянное усложнение речи детей в связи с изменением характера вопросов логопеда и соответствующим подбором поделок (одинаковые, многократно проговариваемые ответы, вариантные ответы детей; односложные, краткие и полные, развернутые ответы).

3) Завершающая речь (12 занятий). На всех занятиях этого периода дети пользуются сопровождающей и завершающей речью (в последнем случае они описывают уже выполненную работу или часть ее). Регулируя (постепенно увеличивая) интервалы между деятельностью ребенка и его ответом по поводу сделанного, достигается разная сложность завершающей речи. При этом, постепенно уменьшая зрительную опору на выполненную работу, появляется возможность осуществить постепенный переход к контекстной речи.

4) Предваряющая речь (8 занятий). Здесь наряду с сопровождающей и завершающей речью активизируется более сложная форма речи - предваряющая, когда ребенок рассказывает, что своеобразная систем коррекционной работы с заикающимися дошкольниками в процессе ручной деятельности в свое время была предложена Н.А. Чевелевой. Автор исходит из психологической концепции, что развитие связанной речи ребенка идет от речи ситуативной (непосредственно связанной с практической деятельностью, с наглядной ситуацией) к контекстной, (обобщенной, связанной с событиями прошедшими, с отсутствующими предметами, с будущими действиями).

Поэтому последовательность речевых упражнений усматривается в постепенном переходе от наглядных, облегченных форм речи к отвлеченным, контекстным высказываниям. Этот переход достигается у ребенка, по мнению автора, в последовательности, предусматривающей различное отношение речи ребенка к его деятельности во времени.

Отсюда "основная линия нарастания сложности самостоятельной речи" включает в себя следующие ее формы: сопровождающую, завершающую, предваряющую.

## 2.3 Методика В.М. Шкловского

В разработанной В.М. Шкловским комплексной системе преодоления заикания объединены логопедические занятия и активная психотерапия, сочетающая использование различных вариантов суггестивных форм с работой по перестройке нарушенных отношений личности. Вся работа проводится в тесном контакте логопеда, врача-психотерапевта и невропатолога.

Курс лечения заикания (2,5-3 месяца) разбивается автором на пять этапов: подготовительный (диагностический); перестройка патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности; закрепление достигнутых результатов; диспансеризация и профилактика; санаторно-курортное лечение.

Подготовительный (диагностический) этап продолжается 10-15 дней. В это время проводится изучение больного невропатологом, дефектологом и психотерапевтом; изучаются анамнестические и клинические данные, намечаются психотерапевтические и логопедические мероприятия, назначается медикаментозное лечение.

На этапе перестройки патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности (от 1 до 1,5 месяцев) проводятся логопедические занятия по нормализации дыхательной, голосовой функций, выработке речевых "эталонов" и т.д. Одновременно начинается аутогенная тренировка и рациональная психотерапия. Затем (спустя 15-20 дней) проводится сеанс внушения в бодрственном состоянии. После сеанса начинается активная логопедическая работа. При этом большое значение имеют сеансы гипнотерапии, самовнушения и рациональной психотерапии, направленные на закрепление достигнутых результатов.

Рассматривая комплексное воздействие на заикающихся, как совокупность логопедической и психотерапевтической работы, В.М. Шкловский на этом этапе логопедическую работу подразделяет на две части: подготовительную и активную тренировку плавной и слитной речи. В первую часть включаются:

1) коррекция дыхания, регистра и тембра голоса;

2) выработка правильного ритма и темпа речи;

3) овладение "эталонами", "формулами" речи;

4) выявление потенциальных речевых возможностей заикающихся. Нормализация у больного речевого дыхания и голоса, темпа речи, овладение "эталонами" - все это является основой для последующей суггестивной и рациональной психотерапии.

Во второй части логопедической работы (в активной тренировке плавной и слитной речи) закрепляются навыки слитной речи до ее автоматизации; заикающиеся обучаются различным приемам, помогающим справиться с возникающими речевыми затруднениями, укрепляется уверенность в своих силах. Плавная, слитная речь достигается упражнениями в произнесении ряда гласных звуков, затем цифр, отдельных фраз и т.д. В случаях, когда не удается достигнуть полной нормализации речи, вводятся упражнения в сопряженной и отраженной речи и т.д. Логопедическая работа проводится наряду с активной суггестивной психотерапией.

В общей сложности речевым занятиям в течение дня должно отводиться не менее 3-4 часов (каждое занятие по 10-15 минут речевой тренировки).

Психотерапевтическая работа на этапе перестройки патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности имеет важное значение и различные формы. Рациональная психотерапия выражается в виде индивидуальных и коллективных бесед. Она помогает разъяснить больному причины заикания, раскрывает значение и необходимость активного отношения и целеустремленности для успешного лечения заикания.

Гипнотерапия начинается на 3-4 день после начала активной тренировки речи. Проводится вначале три раза в неделю, а затем раз в 7-10 дней: Во время внушения, кроме формул общеуспокаивающего характера, уделяется внимание нормализации эмоционально-волевой сферы и деятельности артикуляционно-голосового и дыхательного аппарата. Гипнотерапия в ряде случаев является хорошей подготовкой к проведению сеанса внушения в бодрствующем состоянии.

Внушение в бодрствующем состоянии - психотерапевтический сеанс, при проведении которого могут быть использованы многие приемы: беседы, проводимые при сильном эмоциональном напряжении больных, заканчивающиеся императивным внушением; императивное внушение в бодрственном состоянии с включением демонстративных моментов. Сеанс проводится с группой в 6-8 человек, он заранее назначается на определенный день, который особенно ожидается больными, т.к он является переломным этапом в лечении.

Самовнушение является не пассивным проговариванием формул, а активным стремлением представить себя хорошо говорящим. Оно проводится 2-3 раза в день. Больной должен уметь вызывать у себя представления о том, как он хорошо разговаривает, без заикания: дома, в учебном заведении, на работе и в других ситуациях. Особенно важен сеанс самовнушения перед сном.

На этапе закрепления достигнутых результатов (он продолжается месяц) проводится тренировка речи в обычной для больного жизненной обстановке. Преодоление речевых трудностей в повседневной жизни, воспитание речевой активности и укрепление в сознании веры в возможность самостоятельно справиться с затруднениями речи в самых тяжелых ситуациях - составляют основное содержание третьего, заключительного, этапа лечения заикания.

В.М. Шкловский, наряду с основными этапами логопсихотерапевтической работы с заикающимися, обращает внимание на необходимость диспансеризации и профилактики как очень важных разделов работы, без налаживания которых не может быть решена проблема лечения заикания. Диспансеризация и профилактика создают предпосылки для снижения заболеваемости заиканием, способствуют предупреждению рецидивов.

Для заикающихся с глубокими невротическими нарушениями и резко выраженной вегетативной дистонией желательно организовать санаторно-курортное лечение с использованием климатобальнеологического воздействия, ЛФК и физиотерапевтическими мероприятиями. В сочетании с логопсихотерапией это дает хороший эффект в преодолении заикания.

В заключении можно отметить, что все современные системы логопедических занятий с заикающимися подростками и взрослыми объединяются наличием в них (помимо последовательно-усложняемых речевых упражнений) различных форм психотерапии. Различаются они между собой в основном тем, какое значение и место авторами отводится отдельным видам психотерапии (соответственно они более подробно и разработаны автором). Например, сеанс императивного внушения в бодрственном состоянии в логопсихотерапевтической работе с заикающимися (Л.З. Андронова, М.И. Мерлис, Ю.Б. Некрасова, В.М. Шкловский), разное место его в курсе лечения (у Ю.Б. Некрасовой - в начале, у В.М. Шкловского - в середине); аутогенная тренировка и самовнушение (А.И. Лубенская, СМ. Любинская); рациональная психотерапия (Л.З. Андронова).

Речевые упражнения в системах логопсихотерапевтических занятий с заикающимися строятся на основе общепринятых в детской логопедии, но с учетом возрастных особенностей пациентов.

Кроме того, и с некоторыми особенностями: Л.З. Андронова строит речевые упражнения, опираясь на послоговую речь (полную форму речи); В.М. Шкловский и др. - на разную степень самостоятельной речи; Ю.Б. Некрасова придает особое значение выработке элементов сценической речи и т.д.

## 2.4 Методика Н.А. Власовой и Е.Ф. Рау

Авторы первой отечественной методики логопедической работы с заикающимися детьми преддошкольного и дошкольного возраста - Н.А. Власова и Е.Ф. Рау построили нарастание усложнений речевых упражнении в зависимости от разной степени речевой самостоятельности детей. Отсюда и рекомендованная ими последовательность:

1) отраженная речь;

2) заученные фразы;

3) пересказ по картинке;

4) ответы на вопросы;

5) спонтанная речь.

При этом авторами рекомендуются обязательные ритмические и музыкальные занятия с детьми и проведение разъяснительной работы с родителями.

Н.А. Власова различает 7 "видов речи", которые в порядке постепенности необходимо применять на занятиях с детьми-дошкольниками:

1) сопряженная речь;

2) отраженная речь;

3) ответы на вопросы по знакомой картинке;

4) самостоятельное описание знакомых картинок;

5) пересказ прослушанного небольшого рассказа;

6) спонтанная речь (рассказ по незнакомым картинкам);

7) нормальная речь (беседа, просьбы) и т.д.

Е.Ф. Pay видит задачу логопедической работы в том, "чтобы путем систематических плановых занятий освободить речь заикающихся детей от напряжения, сделать ее свободной, ритмичной, плавной и выразительной, а также устранить неправильность произношения и воспитать четкую, правильную артикуляцию". Все занятия по перевоспитанию речи заикающихся детей распределены по степени нарастающей сложности на 3 этапа.

Первый этап - ведутся упражнения в совместной и отраженной речи и в произношении заученных фраз, стишков. Широко используется декламация.

Второй этап - проводятся упражнения в устном описании картинок в вопросах и ответах, в составлении самостоятельного рассказа по серии картинок или на данную тему, в пересказе содержания рассказа или сказки, которую прочитал логопед.

Третий этап - завершающий, детям предоставляется возможность закрепить приобретенные навыки плавной речи в обиходном разговоре с окружающими детьми и взрослыми, во время игры, занятий, бесед и в другие моменты детской жизни.

Методики Н.А. Власовой и Е.Ф. Pay характеризуются определенной схожестью - в основу положена разная степень речевой самостоятельности детей. Безусловная заслуга этих авторов состоит в том, что они впервые предложили и использовали поэтапную последовательность речевых упражнений в работе с маленькими детьми, разработали указания к отдельным этапам последовательной системы коррекции речи заикающихся дошкольников.

На протяжении многих лет предложенная методика была одной из самых популярных в практической работе с заикающимися детьми. И в настоящее время многие ее элементы и модификации используются логопедами.

## 2.5 Методика С.А. Мироновой

С.А. Миронова предложила систему преодоления заикания у дошкольников в процессе прохождения в целом программы средней, старшей и подготовительной групп детского сада. Коррекционное воздействие на заикающихся детей осуществляется на занятиях (как основной форме образовательной работы в детском саду) по принятым разделам: "Ознакомление с окружающей природой", "Развитие речи", "Развитие элементарных математических представлений", "Рисование, лепка, аппликация, конструирование".

Работа с детьми по всем разделам "Программы" подчиняется цели перевоспитания речи заикающихся. Поэтому автор ставит перед логопедом две задачи: программные и коррекционные, которые распределены по учебным кварталам (или соответственно по четырем этапам последовательно усложняемой коррекционной работы).

При прохождении программы с заикающимися детьми в массовом детском саду предлагаются некоторые ее изменения, связанные с речевыми возможностями детей. К ним относятся: использование в начале учебного года материала предыдущей возрастной группы, перестановка некоторых программных задач и тем, удлинение сроков изучения более трудных занятий и др.

Коррекционные задачи первого квартала состоят в обучении навыкам пользования простейшей ситуативной речью на всех занятиях. Значительное место занимает словарная работа расширение словаря, уточнение значений слов, активизация пассивного словарного запаса. Предполагается особая требовательность к речи самого логопеда: вопросы конкретные, речь короткими, точными фразами в разных вариантах, рассказ сопровождается показом, темп неторопливый.

Коррекционные задачи второго квартала заключаются в закреплении навыков пользования ситуативной речью, в постепенном переходе к элементарной контекстной речи и в обучении рассказыванию по вопросам логопеда и без вопросов. Большое место занимает работа над фразой: простая фраза, распространенная фраза, конструирование вариантов фраз, грамматическое оформление фраз, построение сложно-подчиненных конструкций, переход к составлению рассказов. Изменяется и подбор программного материала и последовательность в его изучении. Если в первом квартале на всех занятиях дети соприкасаются с одними и теми же предметами, то во втором - предметы не повторяются, хотя и выбираются объекты, близкие по признаку общности темы и назначению.

Коррекционные задачи третьего квартала состоят в закреплении навыков пользования усвоенными ранее формами речи и в овладевании самостоятельной контекстной речью. Значительное место отводится работе над составлением рассказов: по наглядной опоре и по вопросам логопеда, самостоятельного рассказа, пересказа. Увеличивается речевая практика детей в сложной контекстной речи. В третьем квартале исчезает необходимость замедленного изучения программы, характерного для первых этапов обучения, и темы занятий приближаются к уровню массового детского сада.

Коррекционные задачи четвертого квартала направлены на закрепление навыков пользования самостоятельной речью различной сложности. Большое место занимает работа над творческими рассказами. Наряду с этим продолжается словарная: работа и работа над фразой, начатые на предыдущих этапах обучения. В речи дети опираются на конкретные и общие вопросы логопеда, на собственные представления, высказывают суждения, делают выводы. Наглядный материал почти не применяется. Вопросы логопеда относятся к процессу предстоящей работы, задуманной самими детьми. В этот период коррекционное обучение направлено на соблюдение логической последовательности передаваемого сюжета, на умение давать дополнительные положения, уточнения.

Вся коррекционная работа с заикающимися детьми в течение года осуществляется логопедом и воспитателем.

Как видим, методики Н.А. Чевелевой и С.А. Мироновой строятся на обучении заикающихся детей постепенному овладению навыками свободной речи от простейшей ситуативной ее формы до контекстной (идея предложена профессором Р.Е. Левиной). Только Н.А. Чевелева это делает в процессе развития ручной деятельности детей, а С.А. Миронова - в процессе развития речи детей при прохождении разных разделов программы детского сада.

## 2.6 Методика Г.А. Волковой

У заикающихся детей разного возраста имеется неоднозначное отношение к коллективу играющих.

Заикающиеся дети 4-5 лет предпочитают игры подгруппами из 2-3 человек, по каждый играет по-своему, забывая о товарищах. Им свойственны черты поведения в играх, присущие хорошо говорящим детям младшего возраста. В коллективных играх они выполняют второстепенные роли с однотипными действиями: шофер ведет машину, кассир молча отрывает билеты, няня кормит детей и т.д. Дети редко вступают в конфликты из-за ролей и сами их не распределяют. Обычно заикающемуся ребенку этого возраста сверстники предлагают роль, с которой он, по их мнению, должен справиться. Заикающиеся дети, играющие одни, рядом с коллективом нормально говорящих детей, вовлеченные в их игру, не всегда могут играть продолжительно и до конца.

Среди заикающихся детей 5-6 лет примерно одна треть может участвовать в коллективной игре, одна треть - в играх подгруппами в один - два человека и несколько больше одной трети детей любят играть в одиночестве, что свидетельствует о существенном влиянии заикания. Хорошо говорящие дети этого возраста играют 50-60 минут, игра у них развивается по достаточно сложным сюжетам, в ней принимает участие большое количество детей. Заикающиеся дети могут играть в одну игру от нескольких минут до 20 минут, в их игре преобладает процессуальная сторона, дети плохо отделяют правила игры от конкретных игровых ситуаций.

Отношение к коллективу играющих сверстников у заикающихся детей б-7 лет определяется накоплением жизненного опыта, появлением новых и относительно более устойчивых интересов, развитием воображения и мышления. Их игры более содержательны, разнообразны по сюжету и форме исполнения. В коллективной игре и играх подгруппами участвует подавляющее большинство детей, но почти пятая часть детей предпочитает играть в одиночестве. Это замкнутые, несколько пассивные дети, они плохо выдерживают длительное пребывание в коллективе и в общих играх, лучше работают в однообразных условиях, быстро усваивая стереотипы движений и речевого сопровождения.

В целом для заикающихся детей 4-7 лет показательна несформированность навыка коллективного общения и отношения к коллективу играющих сверстников. Эти особенности обусловливают недоразвитие общественного поведения заикающихся детей.

Известно, что общественное поведение присуще уже детям преддошкольного возраста в так называемых играх рядом. И эта ранняя ступень общественного поведения свойственна заикающимся детям 4-7 лет. Среди них малочисленны объединения по игровым интересам, нехарактерны устойчивые играющие коллективы на основе дружбы и симпатии друг к другу. Заикающиеся дети отличаются бедностью игровых замыслов, диффузинностью играющих групп, несформированностыо игровых умений.

Поскольку у заикающихся детей имеются трудности в усвоении различных форм общественного поведения, постольку в их среде не проявляется соответствующая возрасту игровая активность. Исследование игровой активности заикающегося ребенка проводится в динамике, как логопедом, так и воспитателем. Выясняются, помимо этого, особенности игр детей в домашних условиях. И если в начале коррекционного воспитания логопед определяет принадлежность каждого ребенка к одной из четырех клинических групп, то в результате динамического психолого-педагогического исследования он устанавливает степень игровой активности заикающегося. Клиническая картина заикания уточняется, пополняется, а учет степени игровой активности позволяет логопеду целенаправленно создавать устойчивые играющие коллективы заикающихся детей. Это способствует воспитанию у них общественного поведения и в целом социальной реабилитации.

В результате исследования игровой активности заикающегося ребенка определяется его принадлежность к одной из следующих групп:

Группа А - дети способны сами предложить тему игры и принять ее от сверстников, распределить роли и согласиться на роль, предложенную товарищем. Они активно участвуют в приготовлении игрового места, вносят предложения по сюжету, согласовывают свои замыслы с действиями сверстников, выполняют правила и требуют их выполнения от участников игры.

Группа Б - дети умеют предложить тему игры, распределить роли, дать указания в ходе подготовки игрового места, иногда конфликтуя при этом с детьми. В процессе' игры они навязывают играющим свой сюжет, не умеют и не хотят согласовывать свои действия с замыслами других участников, игры, нарушают ее правила.

Группа В - дети принимают тему игры и роль от товарищей, активно со всеми готовят игровое место, по ходу игры высказываются редко, свою деятельность согласовывают с замыслом товарищей, выслушивая от них пожелания по поводу исполнения роли. Правила игры дети выполняют, своих правил не устанавливают и не требуют исполнения правил от играющих товарищей.

Группа Г - дети способны играть, только принимая тему и роль от сверстников или взрослого, игровое место готовят по указанию более активных участников игры или с помощью взрослого; предложения по сюжету высказывают, действия с замыслом играющих согласовывают только по совету более активных детей. Правила игры соблюдают под контролем взрослого или играющих; отмечается пассивность.

Группа Д-дети редко участвуют в игре сами, затрудняются входить в игру даже после предложения темы и роли товарищей или взрослым. По подсказке других готовят игровое вместо и в ходе игры выполняют действия и правила, предложенные играющими выраженная пассивность, полное подчинение решениям товарищей.

Естественно, что логопед, целенаправленно используя игровую деятельность, постепенно способствует переходу заикающегося детей из групп Д, Г, В в группы А, Б. Иногда поведение Заикающихся детей нормализуется успешно уже в начале - середине коррекционного курса, особенно у детей и II клинических групп. Довольно часто эти дети обладают высокой степенью игровой активности и распределяются в группы А, Б, В. Именно на них опираются логопед и воспитатель при создании устойчивых игровых коллективов. Дети из III, IV клинических групп имеют низкий уровень игровой активности, относятся в группы Г, Д. Они требуют длительного психолого-педагогического воздействия, осторожного и продуманного развития их игровой активности, ноне всегда успешно осуществляется их продвижение, и не все дети из III и IV групп достигают высокой степени игровой активности.

Развитие игровой активности заикающихся детей, перевоспитание особенностей личности и поведения, воспитание речи и в целом устранение заикания осуществляется через систему разнообразных игр, составляющих методику игровой деятельности.

Остановимся кратко на характеристике игр и их: положительном влиянии на заикающегося ребенка.

## Выводы ко 2 главе

Таким образом, совершенствование логопедической работы по устранению заикания у детей дошкольного возраста обусловило к 80-м годам XX в. разработку различных методик.

Речевой материал логопедических занятий усваивается дошкольниками в условиях поэтапного воспитания речи: от сопряженного произношения до самодеятельных высказываний при назывании и описании знакомых картинок, пересказе прослушанного небольшого рассказа, рассказывании стихотворений, ответах на вопросы по знакомой картинке, самостоятельном рассказывании об эпизодах из жизни ребенка, о празднике и т.д.; в условиях поэтапного воспитания речи от режима молчания до творческих высказываний с помощью игровой деятельности, дифференцированно используемой в работе с детьми от 2 до 7 лет; в условиях воспитания самостоятельной речи (ситуативной и контекстной) с помощью ручной деятельности.

Безусловно, что в практике работы логопед имеет право и обязан творчески строить логопедические занятия, применяя известные методики в соответствии с контингентом заикающихся детей, их индивидуально-психологическими особенностями.

Указанные методики логопедического воздействия на заикающихся дошкольников разработаны в соответствии с "Программой воспитания и обучения детей в детском саду", являющейся обязательным документом, как для массовых детских садов, так и для специальных речевых детских садов и речевых групп при массовых детских садах.

В конечном итоге заикающиеся дети, усвоив навыки правильной речи и знания, определенные программой, далее обучаются и воспитываются в условиях нормально говорящих сверстников.

Логопедическое воздействие, направленное на собственно речевое расстройство и связанные с ним отклонения в поведении, формировании психических функций и т.п., помогает заикающемуся ребенку социально адаптироваться в среде правильно говорящих сверстников и взрослых.

## Заключение

Таким образом, в своей курсовой работе, я подробно рассмотрела вопрос о методике логопедической работы с заикающимися дошкольниками. Цель достигнута, задачи выполнены.

Рассмотрев разные точки зрения на проблему заикания, можно сделать основной вывод, что механизмы возникновения заикания неоднородны.

В одних случаях заикание трактуется как сложное невротическое расстройство, которое является результатом сшибки нервных процессов в коре головного мозга, нарушения корково-подкоркового взаимодействия, расстройства единого авторегулируемого темпа речевых движений (голоса, дыхания, артикуляции).

В других случаях - как сложное невротическое расстройство, явившееся результатом зафиксированного рефлекса неправильной речи, первоначально возникшей вследствие речевых затруднений разного генеза.

В третьих - как сложное, преимущественно функциональное расстройство речи, появившееся вследствие общего и речевого дизонтогенеза и дисгармоничного развития личности.

В четвертых - механизм заикания можно объяснить на основе органических изменений центральной нервной системы. Возможны и другие объяснения. Но в любом случае необходимо учитывать нарушения физиологического и психологического характера, составляющие единство.

Выбор рациональных путей коррекции имеет особое значение в начальной стадии развития заикания, т.к зависит от индивидуальных особенностей заикающегося и тяжести его заикания, от особенностей всего лечебно-педагогического комплекса и методики логопедической работы и даже от выбранной системы оценок результатов этой работы. С самого начала работы воспитатель (учитель) должен взять заикающегося на особый учет, проявить к нему максимум внимания, чуткости, ласковости и заинтересованности его личной жизнью и тем самым сблизиться с ним, расположить его к себе. Для этого часто достаточно нескольких удачных вопросов (есть ли у него папа? мама? брат? сестра? как их зовут? есть ли у него игрушки? какая из них любимая? где провел лето? и т.д.). Говорить с заикающимися надо медленно, ласково.

Затем сближают его с наиболее уравновешенными, нормально говорящими детьми. Предварительно нужно поговорить с ними отдельно, объяснить, что заикающемуся трудно говорить, он стесняется, но скоро привыкнет и перестанет заикаться. В заключение такой беседы надо предложить им разговаривать с новичком нетолько замедленно, удерживать его от быстрой речи, вовлекать в спокойные игры, подбадривать и защищать от нападок и обид, особенно от передразнивания другими детьми. Одновременно с этим воспитатель тщательно изучает семью ребенка, причины возникновения заикания и бытовые условия, наблюдает поведение заикающегося в группе, особенно в разговоре. В результате такого изучения он дает семье советы, как чадо обращаться с заикающимся и какие моменты быта подлежат изменению. Выдержанное, спокойное и внимательное отношение к заикающемуся, без заласканности, потакания капризам, твердая дисциплина и режим, спокойные условия жизни, отсутствие всякого рода разговоров при нем о его заикании - залог успеха.

Наладив и настойчиво поддерживая указанные условия в детском саду и дома, воспитатель в дальнейшем следит за формированием правильной речи заикающегося и обращает особое внимание на специальное развитие тех сторон, которые у него недостаточно развиты. Эта работа ведется по следующим разделам, конечно, не в даваемой в книге последовательности, а в их взаимосвязи, с акцентированием внимания то на одном, то на другом из разделов в зависимости от дефекта.

## Список литературы

Статьи по заиканию:

1. Я.М. Горелик. Стихологический метод преодоления заикания.
2. X. Лагузен Способ излечения заикания.
3. И.А. Сикорский О заикании.
4. А. Либманн Патология и терапия заикания и косноязычия
5. Г.Д. Неткачев Заикание. Его сущность, причины, происхождение, предупреждение и лечение в детском возрасте и у взрослых. Новый психологический способ лечения.
6. Г.Д. Неткачев Клиника и психотерапия заикания.
7. М.Е. Шуберт К психопатологии, клинике и лечению заикания.
8. Э. Фрешельс Заикание. Ассоциативная афазия.
9. В.А. Гиляровский К вопросу о генезе заикания у маленьких детей.
10. И.И. Тартаковский Психология заикания и коллективная психотерапия.
11. Ю.А. Флоренская, И.С. Авербух, О.Г. Архипова Повторные больные и трудные случаи заикания.
12. Н.А. Власова, Э.Н. Герценштейн. Опыт работы с логоневротиками дошкольного возраста.
13. Н.И. Жинкин Заикание.
14. В.С. Кочергина Клинические особенности заикающихся детей
15. М.Е. Хватцев Заикание
16. М. Зееман Заикающиеся дети.
17. Ф.Н. Досужков. Невроз болезненной застенчивости (скоптофобия)
18. Р.Е. Левина К проблеме заикания у детей.
19. В.М. Шкловский Психотерапия в комплексной системе лечения неврозов
20. Н.М. Асатиани Заикание у взрослых.
21. В.И. Селиверстов О фиксированности заикающихся на своем речевом дефекте.
22. Г.А. Волкова Заикание и дизонтогенез.
23. Досушков Ф.Н. Невроз болезненной застенчивости, Невропатология и психиатрия, Москва, т.63, №1, 1963
24. В.И. Селиверстов. Заикание - М., 1979.
25. Г.Р. Карпухина. О дифференцированном подходе к заикающимся в начальной стадии развития дефекта. Дефектология №1, 1980. с.66-70
26. Горелик ЯМ. Родителям о заикании, Москва, ИРИА Маренго Интернейшнл принт, 2002
27. Е.Ф. Рау и В.А. Синяк. Логопедия. М.: П. 1969.
28. Заикание у подростков. Кн. для логопеда. Из опыта работы /Е.В. Богданова, М.И. Буянов, Т.В. Калошина и др. М.: П. 1989
29. Логопедия. Учебник для ВУЗов /Под ред.Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М.: Владос. 1999.
30. Морозова НЮ. Как преодолеть заикание, Москва, Эксмо-пресс, 2002.
31. Составитель сборника Насонова Л.В. Дыхательная гимнастика Стрельниковых, приложение к журналу Физкультура и спорт, альманах, вып.25, Москва, редакция ж-ла"ФиС\2002
32. Неткачев Г.Д. Новый психологический способ лечения заикания, Москва, 1911
33. Расстройства речи у детей и подростков /Под общей редакцией С.С. Ляпидевского М: Медицина. 1969.
34. Р.Р. Карпухина. О дифференцированном подходе к заикающимся в начальной стадии развития дефекта. Дефектология № 1 1980.
35. Сикорский И.А. О заикании, С. - Петербург, 1989
36. Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелёва, Г.В. Чиркина. Основы логопедии. М.: П. 1989.
37. Тартаховский И.И. Психология и психотерапия заикания, Москва, 1934

1. Я.М. Горелик. Стихологический метод преодоления заикания. [↑](#footnote-ref-1)
2. В.И.Селиверстов. Заикание - М., 1979. [↑](#footnote-ref-2)