

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

1.1 Сущность и классификация заикания

1.2 Причины заикания у дошкольников

1.3 Комплексные системы коррекционной работы с заикающимися дошкольниками

Выводы по 1 главе

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В КОРРЕКЦИИ ЗАИКАНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ

2.1 Психолого - педагогическое обследование детей с заиканием

2.2 Формирующий этап эксперимента

2.3 Контрольный этап эксперимента

Выводы по 2 главе

ГЛАВА 3. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ УСТОЙЧИВОСТИ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ

3.1 Особенности комплексного подхода в работе логопеда

3.2 Комплексная программа по коррекции заикания у дошкольников

3.3 Рекомендации родителям по формированию устойчивой речи у дошкольников

Выводы по 3 главе

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ заикание коррекционный речь дошкольник

ВВЕДЕНИЕ

За последнее время в Российской Федерации в связи с ухудшением экологической и психологической обстановок, с увеличением количества патологии физического и психологического развития детей, наблюдается рост числа заикающихся детей.

Заикание затрудняет общение ребенка с окружающими. Логопеды характеризуют заикание, как нарушение темпа ритмической организации речи. Заикание - это сложное, тяжелое и длительно протекающее речевое нарушение.

Актуальность исследования заключается в том, что в настоящее время заикание является широко распространенным функциональным речевым нарушением.

Возникающее у детей в раннем возрасте, в период, когда активно происходит формирование их речи и личности, оно в дальнейшем препятствует развитию личности ребенка, и может затруднять его социальную адаптацию.

В начальной стадии заикание не особо беспокоит ребенка, но, усиливаясь, особенно у детей более впечатленных, вызывает болезненные переживания: дети-заики начинают избегать разговоров, смущаются, робеют, тихо говорят. Подобное

переживание изменяет характер ребенка и отрицательно отражается на психическом состоянии ребенка.

Устранение заикание считается в логопедии общепризнанной тенденцией.

Устранять, корригировать заикание нужно сразу же, как только оно возникает, ведь чем больше времени проходит с момента начала заикания, тем труднее будет его преодоление. Заикание способно переходить в тяжёлый, стойкий дефект, а это повлечёт за собой изменения в психике ребёнка. Не устранённое в дошкольном возрасте заикание, лишает ребёнка нормальных условий общения, и тем самым препятствует его успешной учёбе в школе. Поэтому логопеды настоятельно рекомендуют данное речевое нарушение устранить ещё до поступления ребёнка в школу.

В связи с этим, в процессе преодоления заикания у детей, главное место отводится дошкольному возрасту. Именно в этом возрасте должна проводиться предупредительная и коррекционная работа, которая строится с учетом разносторонних факторов, способствующих возникновению дефекта.

Тщательная коррекционная работа может существенно снизить процент заикающихся детей дошкольного возраста. Известно, что в преддошкольном возрасте у детей легче преодолеваются недостатки развития, следовательно, логопедическая работа может быть более результативной, так как охватит все компоненты речевой системы. В последнее время, логопеды на своих занятиях по преодолению нарушения темпа и ритма речи дошкольников, используют такой эффективный метод коррекции нарушений речи, как комплексный.

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально подтвердить эффективность использования комплексного метода у детей дошкольного возраста с заиканием.

Объект исследования: коррекционно - логопедическая работа.

Предмет исследования: логопедическая работа по устранению заикания у детей дошкольного возраста комплексным методом.

Анализ теоретических практических аспектов изучаемой проблемы позволил в качестве гипотезы выдвинуть предположение о том, что возможно активное использование комплексного метода для преодоления заикания.

Эта работа будет эффективной, если:

- изучены теории, виды и симптоматика заикания;
- предложена программа логопедического обследования;
- разработана программа лого ритмических занятий.

Задачи исследования:

1. Проанализировать методическую литературу по проблеме использования комплексного метода у детей с заиканием.
2. Определить роль комплексного метода в системе коррекционно - развивающего воздействия на устранение заикания.
3. Выявить особенности использования комплексного метода в коррекционно - логопедической работе.
4. Разработать программу логоритмических занятий.

Теоретико-методологические основы исследования: Проблемой коррекции заикания занимались Н.А.Рычкова, Л.М.Белякова, Г.А.Волкова, Г.Р.Шашкина, Л.С.Волкова и другие.

Методы исследования: изучение и анализ литературы по проблеме исследования, изучение логопедического опыта, эксперимент.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

1.1 Сущность и классификация заикания

В истории развития учения о расстройствах речи проблема заикания считается одной из самых древних. Исследователи понимания сущности заикания подходили и подходят к изучению этого речевого расстройства с разных позиций. Это, прежде всего, связано с уровнем развития науки.

Труды по вопросам заикания встречаются уже в далеком прошлом. В древние времена в заикании преимущественно усматривалась болезнь (Гиппократ, Аристотель). На рубеже 17 - 18 вв. ученые пытались объяснить заикание как следствие дефекта периферического отдела аппарата речи (Санторини, Вутцер, Эрвде-Шегуан).

Другие исследователи (Арнот, Шультеес, Беккерель, Итар, Ли, Диффенбах) связывали возникновение заикания с затруднениями в функционировании органов речи. Часть исследователей связывала заикание с нарушениями в протекании психических процессов (Блюме, Меркель).

В начале 19 столетия ряд французских исследователей, рассматривая заикание, объясняли его различными отклонениями в деятельности периферического и центрального отделов речевого аппарата (врачи Вуазен, Дело, Коломба де л'Изер). В России большинство исследователей рассматривали заикание как функциональное расстройство в сфере речи, судорожный невроз (И. А. Сикорский, И. К. Хмелевский, Э. Андерс и другие)

Профессор анатомии Меркель считал, что заикание происходит от несовершенства воли человека, которая ослабляющим образом воздействует на силу мышц речеводвигательного механизма [71].

Некоторые исследователи связывали 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 успевают 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» [61, с.3].

С конца 19 века среди ученых сложилось мнение, что заикание - сложное психофизическое расстройство. По мнению А. Гуцман, А. Куссмауль, И. А. Сикорского, в основе этого расстройства лежат нарушения физиологического характера, а вторичный признак носят психологические недостатки.

Первичными являются психологические особенности, а физиологические проявления при заикании - это лишь следствие этих психологических недостатков на это указывали ученые Х. Лагузен, Р. Коэн, Г. Каменка, Г. Д. Неткачев. Попытки

рассматривать заикание как невроз ожидания, невроз страха, как симптом состояния страха делались большинством русских исследователей, так например, И.А. Сикорский, рассматривали заикание как функциональное расстройство в сфере речи, то есть судорожный невроз.

Главенствующую роль в структуре заикания представлению заикающихся о своем дефекте и связанному с ним «боязливому самочувствию» отводил в своих исследованиях Г.Д. Неткачев.

Сущностью заикания является, по его мнению, «боязливое ощущение, представление, навязчивая идея, фобии и весь комплекс угнетающих эмоциональных переживаний перед опасностями в прошлом, настоящем и будущем» [49, с.28].

Углубленным клиническим анализом заикания у дошкольников занималась Р. М. Боскис, она писала о затруднениях, с которыми встречаются исследованные ею дети: «Они довольно легко называют отдельные предметы, находящиеся перед глазами, но часто не умеют сформулировать отношения между этими предметами. Они не умеют сразу подобрать нужную им грамматическую форму» [12, с.286].

Р. Е. Левина в своих исследованиях приходит к выводу о том, что «заикание представляет собой расстройство речи с преимущественным нарушением коммуникативной ее функции» [72, с.4].

В своей работе «О генезисе заикания у детей в связи с развитием коммуникативной функции речи» Р. Е. Левина пишет: «В соответствии с данным пониманием следует привлечь внимание к тому факту, что заикание обычно усиливается в ситуации общения (разговор, сообщение) и ослабевает, например, в условиях эгоцентрической речи, обращенной к себе, а не к другим» [38, с.3]. Обнаружившая у заикающихся детей нарушения общей и речевой моторики, Б.И.Шостак, отмечала, что помимо судорог в речевом аппарате у детей с заиканием присутствуют случаи насильственных движений в мышцах шеи, рук и, наблюдается общее моторное напряжение [64].

В 70-е годы 20 века учеными Н.М. Асатиани, Б.З. Драпкиным, В.Г. Казаковым, Л.И. Беляковой, на фоне клинической картины заикания, предложили критерии, разграничившие невротические и неврозоподобные расстройства, вследствие чего наметилась тенденция к разграничению заикания на невротическую и неврозоподобную формы.

В настоящее время признаны следующие теоретические взгляды на проблему заикания.

Патофизиологическая теория заикания.

В основе этой теории лежит учение И. П. Павлова о физиологии высшей нервной деятельности, о неврозах. Последователи теории С.С.Ляпидевский, М.Е. Хватцев, Н.И. Жинкин рассматривают механизм заикания как функциональное расстройство, логоневроз и определяют, что заикание является нарушением темпа, ритма и плавности устной речи, вызванное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Патогенетическая теория заикания.

Сторонники патогенетической теории (Л.И.Белякова, Е.В.Оганесян) рассматривают заикание как физиологический дефект или дефицит, имеющий органическую основу

(нарушение голосообразования, слогообразования, органическое поражение центральной нервной системы).

Психологическая теория заикания.

По мнению авторов психологической теории (Р.Е.Левина, С.А. Миронова, Н.А.Чевелева, А.В. Ястребова), заикание - это расстройство коммуникативной функции речи в результате трудностей подбора и структурировании языкового материала.

Представители всех данных теорий признают, что существует необходимость комплексного подхода к проблеме заикания, но в основном этот подход ограничивается медицинскими и педагогическими средствами.

Ученые - современники определяют заикание как нарушение темпа и ритма, также плавности устной речи, вызванное судорогами мышц речевого аппарата. Начало этого расстройства речи совпадает с периодом интенсивного формирования речевой функции у ребенка. В этот период речь является очень уязвимой и ранимой областью высшей нервной деятельности ребенка. В связи с этим некоторыми авторами оно называется эволюционным заиканием (Ю.А. Флоренская) или заиканием развития (М. Совак) [61].

В большинстве существующих классификаций учитываются общие закономерности заикания детей дошкольного и школьного возраста

Все заикающиеся разделены по этиологическому признаку, с учетом клинической картины нарушения, на 4 группы (А. Affister): заикание, сопровождающееся аномалиями в структуре или функции органов, участвующих в речи; связанное с левшеством; по подражанию; сопровождающееся эмоциональной неустойчивостью и эмоциональными расстройствами: логофобиями, чувством неполноценности.

Е.С. Никитина и М.Ф. Брунс классифицировали заикание по анатомо-физиологическому признаку. Они выделили 2 группы детей:

- дети с паллидарным синдромом - отмечают психофизическая заторможенность, скованность, личностные нарушения, нарушения контакта с окружающими; дети становятся мрачными, не принимают участия в играх;
- дети со стиранным синдромом - им присуща психофизическая заторможенность, нервно-психические нарушения. Дети подвижны, непоседливы, заиканием не тяготятся, легко вступают в контакт[30].

Классификация заикания по клиническому признаку представлена в трудах В.С. Кочергиной, Н.А. Власовой [30].

В.С. Кочергина выделяет:

- детей, у которых следствием заикания явилась неуравновешенность поведения;
- детей, у которых неуравновешенное поведение отмечается с детства и является индивидуальной особенностью их личности, а развитие заикания способствует усилению их неуравновешенности;
- детей с повышенной возбудимостью, в анамнезе которых имеются неблагоприятные условия внутриутробного развития, родовые травмы, соматические заболевания, острые и хронические инфекции, сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные расстройства;

- детей, у которых до заикания имелись признаки тяжелого невроза, склонность к истерическим реакциям.

Н.А. Власова предложила классификацию, в которой учитывала форму заикания (тоническую или клоническую). В этой классификации она также обращала внимание на этиологические факторы, вторичные психические симптомы и степень успешности логопедического воздействия.

Дифференцировать заикание на невротическое, неврозоподобное и смешанное предложили ученые М.И.Буянов и Б.З.Драпкин [14].

Заикание, развивающиеся на фоне уже ранее имевшегося у ребенка невроза, называется невротическим. Еще до возникновения заикания у таких детей отмечается повышенная впечатлительность, эмоциональной неустойчивость, нарушения сна, аппетита. Одной из главных причин заикания в этом случае выступает психическая травма. Затем такое заикание обычно «обрастает» психическими симптомами - появляются фобии, уловки, различные переживания из-за имеющегося дефекта. Заикание протекает волнообразно, сменяясь ослаблениями и усилениями симптомов.

Отличительной особенностью невротического заикания является то, что при нем не обнаруживаются признаков органического поражения головного мозга, не отмечается также выраженной патологии в протекании беременности и родов у матери, отклонений в развитии ребенка (в раннем, общем и речевом развитии)[50].

Неврозоподобное заикание, сходно с невротическим лишь по своим внешним проявлениям, но в основе его совсем другие причины. При проведении специальных исследований у детей, в таком случае, обнаруживаются признаки поражения головного мозга. Об этом свидетельствует осложненный медицинский анамнез.

Развивается неврозоподобное заикание постепенно и без видимой связи с какими-либо внешними обстоятельствами. Значительно меньше, чем при невротическом заикании, выражены психические симптомы, они, к тому же, не имеют прямой связи с определенными ситуациями речевого общения. Неврозоподобное заикание преодолевается значительно труднее, чем невротическое[50].

Особенности речевого развития детей с заиканием влияют на формирование всех психических процессов, тем самым гармоничное развитие личности ребенка.

Заикание - не только сложное речевое расстройство, но и прежде всего заболевание нервной системы. У заикающегося дошкольника нарушена вся структура его личности [43].

Многие исследователи отмечают изменения личности заикающихся в связи с речевыми нарушениями.

И. К. Хмелевский рассмотрел такие особенности характера заикающихся, как повышенная чувствительность, мнительность. Он отмечал, что они могут быть и врожденными и приобретенными вследствие заикания.

Развившееся заикание поддерживается переживаниями, которые обычно характеризуются как страх, тревога, тревожное ожидание, навязчивые идеи[37].

По мнению И.А. Сикорского, начало заикания приходится на ранний период развития ребенка, именно когда становление речи у детей ещё не закончилось, в связи с этим

ученый первым назвал заикание детской болезнью.

Давая характеристику заикающимся детям, он разделил их на две группы:

1 группа - дети, которые начали заикаться «внезапно и бурно» в результате острой психической травмы. Для детей этой группы характерны: преждевременное развитие речи, обширный, не соответствующий возрасту словарный запас, правильное синтаксическое оформление высказываемой мысли;

2 группа - дети, начавшие заикаться вследствие травмы черепа, инфекционных заболеваний. Они отличаются поздним развитием речи и замедленным постепенным началом заикания[41].

Л. И. Белякова, Е.А. Дьякова характеризуют заикающихся детей в зависимости от формы речевой патологии. Исследователи выделяют две клинические формы заикания - невротическую и неврозоподобную, которые имеют собственную симптоматику и особенности психолого-педагогического развития детей [9].

Дети с неврозоподобным и невротическим заиканием имеют ряд психолого-педагогических особенностей, затрудняющих их социальную адаптацию и требующих целенаправленной коррекции имеющихся нарушений.

Невротическая форма заикания.

У детей с такой формой заикания отсутствуют данные о наличии у них в прошлом внутриутробной гипоксии или родовых травм. Заболевание возникает внезапно, как правило, в возрасте от 2 до 6 лет [9].

Толчком к развитию заикания обычно служит психическая травма (острый или хронический стресс).

Сразу после психической травмы, ребенок перестает говорить на какое-то время (мутизм). При этом у него на лице присутствует выражение страха.

Затем, когда ребенок начинает вновь говорить, то уже заикается. Малыш становится раздражительным и плаксивым, плохо спит, боится разговаривать[9].

Раннее активное введение второго языка общения (в 1,5-2,5 года).

При введении второго языка общения ребенок получает психическое напряжение, поскольку возрастает нагрузка на речевой аппарат. Тогда как некоторые дети в силу возрастных особенностей недостаточно овладели своим родным языком[9].

То есть заболевание носит функциональный характер, а мозговые структуры не поражаются. Поэтому эта форма заикания лучше поддается лечению.

Изначально такие дети робкие, впечатлительные, тревожные, обидчивые, раздражительные, плаксивые, боятся темноты, не остаются в комнате без взрослых, с трудом привыкают к новой обстановке, плохо спят. Также у них быстро меняется настроение, причем чаще - в сторону понижения.

Психическое, физическое и двигательное развитие у детей соответствует возрасту.

Однако становление речи у них происходит несколько ранее: первые слова появляются к 10 месяцам жизни, фразовая речь - к 16-18 месяцам. Через 2-3 месяца после начала фразовой речи дети уже строят сложные предложения и речевые конструкции.

Темп речи ускорен: дети «захлебываются», не договаривают окончания слов, пропускают предлоги и слова. Кроме того, речь иногда смазана.

Тонкая моторика развита по возрасту. Жестам, мимике и пантомимике характерна эмоциональная окраска. Для этих детей характерно не доведение элементов движения до конца, повышенная утомляемость, некоторая вялость[9].

Если ребенок находится в состоянии эмоционального комфорта, то в процессе игры или наедине с собой речь у таких детей может быть свободна от судорожных запинок. Заикание в дошкольном возрасте пока еще не оказывает заметного влияния на социальное поведение детей, и контакты с ровесниками и взрослыми остаются для них практически свободными.

Динамика нарушения речи при невротической форме заикания характеризуется рецидивирующим течением, временами речь становится плавной, судорожные запинки полностью отсутствуют, но при малейшем эмоциональном напряжении, соматическом заболевании или утомлении заикание появляется вновь. При благоприятном течении выраженность заикания не бывает тяжелой. Изменение окружающей обстановки в лучшую сторону, общее оздоровление организма ребенка, адекватные лечебно-педагогические мероприятия способствуют быстрой обратной динамике речевого нарушения.

Заикание может приобретать хроническое течение, при котором полных и длительных ремиссий уже не наблюдается, и речевое нарушение становится более тяжелым. У детей в 6-7 лет может наблюдаться ситуационная зависимость в проявлении частоты и тяжести судорожных запинок, снижение речевой активности в новой обстановке. А в 11-12 лет у детей резко меняется поведение: они замыкаются в себе. Поскольку прекрасно осознают свой дефект и боятся произвести неблагоприятное впечатление на собеседника.

У детей развивается логофобия - боязнь разговора с навязчивым ожиданием возникновения речевых неудач. То есть образуется порочный круг: судорожные запинание в речи приводят к возникновению отрицательных эмоций, а они, в свою очередь, - к усилению заикания [61].

Неврозоподобная форма заикания.

У заикающихся детей из медицинского анамнеза выясняется, что мама перенесла тяжелый токсикоз во время беременности, была угроза выкидыша, асфиксия (удушьё), либо травма в родах и так далее. То есть у ребенка имеется органического поражение головного мозга (дистрофические изменения в клетках головного мозга), поэтому эта форма заикания лечению поддается труднее[9].

У детей с неврозоподобной формой заикание начинается примерно в возрасте 3-4 лет без видимых на то причин, нарастая постепенно. Начало, как правило, совпадает с формированием фразовой речи.

Дети начинают добавлять лишние фразы и слова, не несущие смысловую нагрузку (эмболофразия): «а», «э», «ну» и другие.

Темп речи либо ускорен, либо замедлен, присутствует резкое нарушение дыхания во время речи: слова произносятся в момент вдоха или в конце полного выдоха.

При логопедическом обследовании обнаруживается обычно нормальное строение речевого аппарата. Все движения органов артикуляции характеризуются некоторой ограниченностью, наблюдается недостаточная подвижность языка и губ, плохая

координация артикуляторных движений, затрудненный поиск артикуляторных поз. Нередко имеется нарушение тонуса мышц языка, его “беспокойство”, недифференцированность кончика. Довольно часто у детей с неврозоподобной формой заикания регистрируется повышенная саливация не только в процессе речи, но и в покое [61].

Для неврозоподобной формы заикания проявления дефекта речи не зависят от внешних факторов (например, эмоционального напряжения). Речевое поведение детей в разных условиях общения характеризуется тем, что речевые запинки в их речи проявляются в любой обстановке, как наедине с собой, так и в обществе[9].

В речи детей имеются нарушения произношения многих звуков, медленное накопление словаря, позднее и неполное освоение грамматического строя.

При обследовании моторики у таких детей обращает на себя внимание патология моторных функций, выраженная в разной степени. При обучении таким детям необходимы наглядные образцы, так как словесной инструкции не достаточно[9].

При обследовании выясняется, что у детей имеется органическое поражение головного мозга остаточного характера. Поэтому нередко у них снижена память и работоспособность, они быстро утомляются и страдают от головных болей, также у них имеется дефицит внимания и гиперактивность.

Психическое состояние данной категории детей характеризуется повышенной возбудимостью, взрывчатостью, в одних случаях, и вялостью, пассивность - в других.

Внимание - неустойчиво, нет стойкого интереса к игре, отмечается снижение познавательной активности.

У детей этой группы отмечается повышенная истощаемость при интеллектуальной и физической нагрузке. Их внимание неустойчиво, они быстро отвлекаются. Дети суетливы, с трудом подчиняются дисциплинарным требованиям, могут быть раздражительными и вспыльчивыми. Психоневрологическое состояние таких детей расценивается как церебрастенический синдром.

Заикание начинает влиять на характер общительности детей. Несмотря на то, что среди детей 5-7 лет большинство легко вступает в общение со сверстниками и взрослыми, выделяются дети с неустойчивыми формами общения и дети с негативными и аутистическим поведением.

Дети с неустойчивой общительностью вначале охотно вступают в контакт, проявляют интерес к заданию и деятельности, но затем обнаруживают пассивность, безразличие, невнимание к просьбам взрослого выполнить то или иное задание.

Дети с негативным отношением к собеседнику замкнуты, стеснительны, иногда с агрессивными чертами в поведении.

Необходимость выполнить просьбу, задание, особенно в новой обстановке, вызывает у них реакции невротического характера. Дети как будто не нуждаются в коллективе сверстников или взрослого. Общение носит строго избирательный характер.

Вовлечение детей в коллективную деятельность встречает пассивное или активное сопротивление с их стороны.

Характерное для детей дошкольного возраста качество - подражательность - у большинства заикающихся детей развито недостаточно.

Примерно у трети детей характер и уровень подражательности являются такими же, как и у нормально говорящих сверстников. У остальных заикающихся можно выделить четыре степени сформированности подражательности: полное подражание, неполное, творческое, отказ от подражания [18].

Дифференцированный подход к заикающимся, в зависимости от наличия у них разной степени фиксированности на своем дефекте, был разработан В. И. Селиверстовым [61, с.33-47].

На основании психолого-педагогических характеристик были выделены три группы заикающихся: с нулевой, умеренной и выраженной степенью фиксированности на дефекте:

1 группа. Дети не испытывают ущемления от сознания своей неполноценной речи или даже не замечают ее. Они охотно вступают в контакт со сверстниками и взрослыми, знакомыми и незнакомыми. У них отсутствуют элементы обидчивости и стеснения за свою неправильную речь.

2 группа. Дети испытывают неприятные переживания в связи с заиканием, скрывают его, компенсируют манеру речевого общения с помощью уловок. Но все же у детей нет чувства собственной неполноценности.

3 группа. Дети с постоянной навязчивой фиксированностью на своем речевом недостатке [61, с.33-47].

Изучение у детей дошкольного возраста симптомокомплекса заикания, некоторых психофизических особенностей их онтогенеза позволяет выделить четыре клинических группы детей [18].

1 группа - дети преимущественно с клоническим или клоно-тоническим заиканием средней и тяжелой степеней. Возбудимые, шумные, общительные - признанные лидеры в различных видах деятельности, в том числе и игровой.

Им свойственно умение пользоваться речью в любых ситуациях общения. Речевой дефект они восполняют большой двигательной активностью, настойчиво и энергично подчиняют себе сверстников.

1 группа - дети с заиканием клонической формы легкой и средней степеней. Общительные, дисциплинированные, собранные в поведении, активные участники игр, они лишены организаторских способностей, хотя и охотно вступают в общие игры. В процессе коллективной игровой деятельности у них вырабатываются организаторские навыки.

3 группа - дети с тоническим или клоно-тоническим заиканием легкой и средней степеней. Малообщительные, не умеющие играть самостоятельно, в коллективных играх они почти не участвуют, а лишь изредка - в общей подготовке к игре.

Отличаются нерешительностью, недостаточной общительностью, выраженной заторможенностью, пассивной подчиняемостью.

4 группа - дети преимущественно с тоническим заиканием тяжелой или средней степеней, в значительной мере повлиявшим на их речь и поведение.

Они молчаливы, застенчивы, иногда боязливы, заторможены, предпочитают играть в одиночестве, реже - вдвоем. У них выражены оборонительные реакции, они быстро утомляются и склонны к негативистическим проявлениям [18].

Неправильная речь заикающихся и особенности их поведения сказываются на развитии игровой деятельности дошкольников. Они чаще выступают в роли зрителей или берут на себя подчинённые роли, отказываются от игр со сверстниками. Иногда, наоборот, в играх проявляются повышенная фантазия, резонерство, не критичность к своему поведению. Чувство собственной неполноценности может порождать неправильное отношение заикающегося ребёнка к коллективу сверстников, лишает его радостного настроения. Недостаточно развитая речь, возможные нарушения движений затрудняют полноценное участие заикающихся детей в играх, способствуют фиксации на своём дефекте[61].

В целом, для заикающихся дошкольников показательны несформированность игровых умений и навыка коллективного общения, снижение активности, бедность игровых замыслов. Эти особенности обуславливают недоразвитие общественного поведения заикающихся детей[41].

Таким образом, заикание тесно взаимосвязано с психофизическим состоянием дошкольника (особенно с эмоционально-волевой сферой), с его личностью в целом, с его отношениями и установками на окружение. Это определяет необходимость осуществления психолого-педагогического подхода в изучении и коррекции заикания у дошкольников.

1.2 Причины заикания у дошкольников

В 20 веке сложилось три основных теоретических направления в понимании механизмов заикания.

1. Заикание как спастический невроз координации, происходящий от раздражительной слабости речевых центров (аппарат слоговых координаций). Это четко было сформулировано в трудах Г. Гутцмана, И. А. Куссмауля, И. А. Сикорского. И. А. Сикорский первым сделал предположения о причинах заикания. В 1889 году в Санкт-Петербурге вышла его книга «О заикании», в ней ученый доказал, что заикание возникает еще в детском возрасте, когда ребенок только учится говорить, а также связал заикание с наследственностью и особенностями нервной системы. Одним из достижений И. А. Сикорского в этом вопросе была гипотеза, что заикания - особая форма невроза.

2. Заикание как ассоциативное нарушение психологического характера. Сторонники теории А. Либманн, Г. Д. Неткачев, Ю. А. Флоренская.

Г.Д. Неткачев, Ю.А. Флоренская рассматривали заикание - как ассоциативное нарушение психологического характера, корни которого чаще всего уходят в детство

3. Заикание как подсознательное проявление, развивающееся на почве психических травм, различных конфликтов с окружающей средой. Сторонники теории А. Адлер, Шнейдер.

А. Адлер, Шнейдер считали, что заикание - это подсознательное проявление, возникшее в результате психических травм и конфликтов с окружающей средой. Приверженцы этой теории 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 20 века 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), другие - как особую его форму (В. А. Гиляровский, М. Е. Хватцев, И. П. Тяпугин, М. С. Лебединский, С. С. Ляпидевский, А. И. Поварнин, Н. И. Жинкин, В. С. Кочергина). Но в обоих случаях эти многообразные и сложные механизмы развития заикания идентичны механизмам развития неврозов вообще.

В.С. Кочергина, изучая заикающихся дошкольников, пришла к выводу, что заикание, как и прочие неврозы, возникает вследствие различных причин, вызывающих перенапряжение процессов возбуждения и торможения и образования «патологического условного рефлекса». На основании сделанных наблюдений автор отмечает, что «заикание - это не симптом и не синдром, а заболевание центральной нервной системы в целом» [61, с.24].

Рассматривая механизм и сущность заикания в раннем детском возрасте, М. И. Пайкин, видел в нем «патологический сочетательный рефлекс, воспитуемый окружающей средой на основе ранних речевых автоматизмов» [8, с.273?275]. К ранним речевым автоматизмам ученый относил характерное для периода первоначального голосообразования и лепета ребенка повторение одних и тех же или сходных звуков и слоговых структур [8, с.273?275].

Н. И. Жинкин, отечественного психолог, имел свое видение механизма заикания, он рассматривал заикание как расстройство саморегулировки речи и указывал, что «чем больше возрастает опасение за исход речи и чем в большей мере произнесение оценивается слухом как дефектное, тем сильнее нарушается речевая саморегулировка. Это состояние через несколько повторений превращается в патологический условный рефлекс и возникает все чаще, теперь уже перед началом речи. Процесс становится циркулярным, так как дефект на приеме усиливает дефект на выходе» [28, с. 345].

В целом Н. И. Жинкин считает, что в основе заикания лежит общий невроз, наиболее отчетливо проявляющийся в речи [28].

На основании существующих представлений об этиологии заикания учеными выделены две группы причин: предрасполагающие и производящие.

Способствовать развитию заикания, и непосредственно вызывать его могут и этиологические факторы [46, с.11-24].

Рассмотрим причины возникновения заикания [45]:

1. Общая предрасположенность к заиканию, обусловленная развитием ребенка: возрастные особенности деятельности мозга; ускоренное развитие речи; социальных условий в развитии речи.
2. Индивидуальная предрасположенность ребенка к заиканию: конституциональной предрасположенности; поражения головного мозга в раннем детском возрасте; аномальные черты характера; наследственные факторы; функциональные асимметрии мозга; соматическая ослабленность и инфекционные заболевания.

3. Социальные факторы, способствующие возникновению заикания: влияние окружающей среды на ребенка; влияние хронических конфликтных переживаний; неправильного воспитания.

4. Психогенные факторы, вызывающие заикание.

5. Острые тяжелые психические травмы.

Многие авторы указывают на особенности физического здоровья и состояние нервной системы заикающихся. Так ученые Митринович-Моджеевска А.

Ляпидевский С. С., Баранова В. П., Зеeman М., Совак М., Кочергина В. С. указывают на функциональные изменения в центральной нервной системе заикающихся, присутствие вегетативных нарушений.

1.3 Комплексные системы коррекционной работы с заикающимися дошкольниками
Преодоление симптомов заикания, свойств заикающегося может быть преодолено только комплексным методом, включающего медицинское, физиотерапевтическое, психотерапевтическое, логопедическое воздействие[49].

Современный комплексный метод включает:

1. Благоприятная окружающая обстановка.

И.М.Сеченов указывал, что среде придается решающее значение в формировании и развитии организма, а также и в возникновении и, следовательно, устранении болезненных процессов. Для заикающихся необходимо создавать для них внешнюю среду, такого образа жизни, которые содействовали бы возможно более быстрой нормализации функций организма, в частности, высшей нервной деятельности. Обстановка, окружающая заикающегося ребенка, должна быть доброжелательной и спокойной[58].

2. Режим дня:

- рацион питания;
- витаминотерапия;
- длительность сна - 1,5 -2 часа днём и 11-12 часов ночью, взрослые не менее 8-9 часов.

3. Медикаментозное лечение:

- общеукрепляющая терапия;
- препараты для нормализации мышечного тонуса;
- транквилизаторы и спазмолитики;
- симптоматическое лечение.

4. Физиотерапия:

- электросон;
- лечебные ванны;
- души (игольчатый, Шарко, подводное течение);
- рефлекторная терапия;
- электрофарез;
- кварцевание.

5. Психотерапия.

Цель - формирование волевых усилий и эмоционального благополучия.

Рационально проводить в виде психотерапевтических бесед (тексты о сильных

людях, об их воле, внушить веру в свои возможности).

Виды внушения:

Гипноз в форме сидя кора в тормозимом состоянии нужно знать анализатор, в поле которого наступает торможение.

Внушение в просоночном состоянии (аутогенная тренировка состояние между сном и бодрствованием что повышает силу внушения) [42].

Фазы:

1. Вызвать просоночное состояние придать телу пациента состояние, когда максимально сокращается информация от периферии к коре головного мозга. Заикающийся в позе кучера, неотрывно смотрит на секундную стрелку или точку на полу. Речь логопеда: твоё сердце бьётся спокойно, посторонние мысли не тревожат, пауза - пациент повторяет. Внушается тепло, тяжесть в конечностях.

2. Пациент почти спит и это фаза лечебных внушений, когда произносится короткая формула (например, Я не боюсь говорить, я смело вступаю в общение и т.д.).

3 Фаза выхода из просоночного состояния - несколько резких движений.

Противопоказания: гипотония или гипертония, при недомоганиях

Условия: комната с задёрнутыми шторами. Абсолютна я тишина без запахов.

Императивное внушение (метод одномоментного снятия заикания). Техника предложена в 1957 году.

Проводится в бодрствующем состоянии, у заикающегося должен быть артистизм, логопед хорошим режиссером. Просят рассказать о своих проблемах, записывают на магнитофон. Коллективно читают текст, и назначается день, когда пациент будет читать на сцене - это вызывает заблаговременные переживания по поводу выступления.

Императивное внушение включает ряд этапов:

1 этап - нагнетание эмоционального напряжения.

2 этап - вызывание доверия к логопеду и его словам. Слово может убить, а может и вылечить: посмотрите мне в глаза, верьте мне, не помогайте, но и не мешайте мне, сейчас вас тянет назад и логопед вперёд заключение о силе слова - надо говорить свободно, долго внушать и повторять: я могу говорить, дни недели, счёт до 10. Это первый шаг к излечению, в вас программа хорошей речи. Цель - вера в излечение, и чувство уверенности и победа над страхами[28].

Одной из первых комплексных систем коррекционной работы с заикающимися дошкольниками в отечественной логопедии является система, предложенная Н.А. Власовой и Е.Ф. Рау, где впервые обосновывается ряд принципов комплексного метода реабилитации заикающихся:

- до начала коррекционной работы необходимо проведение комплексного обследования;
- коррекционные воздействия должны направляться не только на развитие навыка плавной речи, но на весь организм и личность заикающегося в целом;
- логопедической работе по развитию навыка плавной речи должен предшествовать «охранительный речевой режим»;
- развитие навыка плавной речи включает постепенное усложнение «степени

самостоятельности речи»:

- сопряженная, отраженная, краткие ответы на вопросы по знакомой картинке, самостоятельное описание знакомой картинке, пересказ прослушанного небольшого рассказа, рассказ по знакомой картинке и речь в беседе (спонтанная) [2].

Кроме этого, система реабилитации включает такие разделы: работа по развитию общей и мелкой моторики, которая осуществляется на логоритмических занятиях, в ручном труде и изобразительной деятельности детей, работа по исправлению звукопроизношения, работа по развитию речи детей, ее лексического наполнения и грамматического оформления.

Комплексный подход в реабилитации заикающихся преимущественно в амбулаторных и стационарных условиях медицинских учреждений разработан В.И. Селиверстовым, который особо подчеркивает необходимость индивидуализации коррекционного воздействия при разработке задач и сроков коррекционного воздействия. В его системе придается большое значение активному и сознательному участию детей в процессе работы над своей речью и поведением[49].

Данная система логопедических занятий предусматривает регулярное и обязательное использование магнитофона на всех этапах работы с заикающимися детьми. Это позволяет детям активизировать свое внимание на «речевых ошибках», как собственных, так и других детей, правильнее оценивать свои достижения и недостатки.

Построение комплексного реабилитационного воздействия делится автором на три этапа:

1. Подготовительный этап. Наряду с оздоровительными мероприятиями и щадящим речевым режимом, в этот период начинают работу по развитию моторики, расширению словарного запаса. Логопедическая работа ведется только с использованием тех видов речи, в которых речевые судороги у заикающегося не проявляются, то есть осуществляется сугубо индивидуальный подход.
2. Тренировочный этап. Наряду с моторикой, осуществляется целенаправленное развитие активного внимания, памяти и других психических функций. Логопедические занятия включают дальнейшее формирование лексико-грамматической стороны речи. В процесс логопедической тренировки постепенно включаются те виды речи, в которых у ребенка ранее отмечались запинки. В этот период дети тренируются в тех видах речи и ситуациях, которые являются для них трудными. Это предполагает постепенный переход от ответов на вопросы к спонтанной речи, от тихой к громкой речи, от спокойных занятий к эмоциональным. Соответственно на этом этапе вводятся подвижные игры, ролевые и творческие.
3. Заключительный этап. Продолжается комплексное психолого-педагогическое воздействие на личность заикающегося в целом. На этом этапе закрепляются навыки свободной речи в повседневной деятельности[28].

В закрепительный период речи плавная речь ребенка закрепляется в более трудных условиях. На логопедических занятиях используются такие формы речи как беседы, рассказы и пр. Активно используются ролевые и творческие игры. Курс логопедических занятий завершается концертом, в котором участвуют все дети.

На всех этапах коррекционной работы, предлагаемой В.И. Селиверстовым, большое значение придается работе логопеда с родителями.

Так, в подготовительный период логопед проводит беседы с родителями о сущности заикания, о значении и целях логопедических занятий и определяет роль родителей в лечебно-педагогическом процессе[49].

Таким образом, работа с заикающимися детьми носит комплексный характер и в настоящее время представлено рядом методик, включающий работу разных специалистов и видов деятельности.

Выводы по 1 главе

Заикание - это сложное, тяжелое и длительно протекающее речевое нарушение. И, чтобы искоренить этот речевой дефект, требуются значительные усилия как самого заикающегося, так и всех специалистов, работающих с ним.

Мы рассмотрели виды и причины возникновения заикания и убедились, что причины могут быть самые различные, поэтому взрослым необходимо очень внимательно относиться к детям, так как они сами могут стать причиной возникновения данного дефекта.

Несмотря на многовековую историю изучения и лечения нарушений речи, заикание - одно из заболеваний, механизмы которого к настоящему времени не до конца изучены и объяснены. Следует отметить, что механизмы заикания неоднородны. Согласно МКБ-10, заикание - это нарушение речи, которое характеризуется частым повторением или пролонгацией звуков или слогов, или слов; или частыми остановками или нерешительностью в речи, разрывающей её ритмическое течение. В результате изучения теорий заикания мы приходим к выводу, что бывают судорожные и бесудорожные формы заикания. В результате разной симптоматики нужны разные подходы к коррекции данного речевого дефекта. На основе патогенетической теории заикания мы выделяем 2 клинические его формы: невротическое и неврозоподобное. В основе невротического заикания лежит логофобия - боязнь речи, а неврозоподобного - нарушение темпа речи.

Современный комплексный метод включает:

- 1.Благоприятная окружающая обстановка.
2. Охранительный речевой и поведенческий режим дня.
- 3.Медикаментозное лечение и физиотерапия.
- 4.Психотерапия.
5. Логопедическая работа.

В логопедической практике использование комплексного метода необходимо для того, чтобы коррекционная работа по преодолению заикания у дошкольников была наиболее эффективной.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В КОРРЕКЦИИ ЗАИКАНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ

2.1 Психолого - педагогическое обследование детей с заиканием

Для правильного выбора необходимых форм коррекционного воздействия на заикающегося, прогнозирования эффективности логопедической работы с ним, большое значение имеют данные психолого-педагогического и логопедического

обследования заикающегося ребенка.

С психолого-педагогического изучения заикающегося ребенка фактически начинается логопедическая работа, оно по существу определяет выбор средств и приемов до начала и в процессе работы, позволяет оценить ее результативность и дать рекомендации после ее окончания.

Обследование заикающихся дошкольников носит комплексный характер. Врач определяет соматическое, неврологическое и психическое состояние заикающихся. Логопедом обследуется состояние речи детей, особенности их личности, развитие моторики и психомоторики. Прежде чем приступить к обследованию, логопедом тщательно изучается медицинская и психолого-педагогическая документация. Можно выделить основные разделы логопедического обследования, без которых представление о заикающемся ребенке будет недостаточным для разработки плана коррекционных мероприятий:

1. Сбор анамнестических данных.
2. Состояние психических функций.
3. Обследование состояния моторики (общей и мелкой моторики рук).
4. Изучение симптоматики заикания и проявление заикания в различных формах речи.
5. Состояние дыхательной функции и характеристика голоса.
6. Состояние просодических компонентов речи.
7. Обследование строения и подвижность артикуляционного аппарата.
8. Состояние звукопроизношения заикающихся дошкольников.
9. Обследование слоговой структуры слова.
10. Состояние фонематических функций заикающихся дошкольников.
11. Обследование состояния лексического запаса.
12. Изучение состояния словоизменения и словообразования.
13. Обследование понимания речи.
14. Изучение состояния связной речи.

В каждом разделе рассматриваются вопросы, необходимые для раскрытия его содержания.

Результаты обследования заикающегося обобщаются и даются логопедом в виде логопедического заключения, в котором логопед отражает обобщённые данные всех сторон изучения заикающегося, которые позволили выявить те или иные отклонения от нормы, нарушения и дефекты.

В обследовании заикающихся детей используют следующие психолого-педагогические и логопедические методики:

- методика сбора первичного анамнеза заикающихся детей, О.В.Правдиной;
- сбор речевого анамнеза Н.В.Серебрякова.
- методики обследования моторики у детей с заиканием (авторы Н.А.Рычкова, Г.А. Волкова);
- обследования речи у детей с заиканием (авторы Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова).

В связи с тем, что в состоянии моторики при заикании установлен ряд отклонений, необходимо описать способы и приемы ее обследования у детей дошкольного

возраста. Данные обследования необходимы для установления характера нарушений произвольной моторики, а также выявления степени задержки или отставания в моторном развитии. Эти данные служат дополнительным материалом для дифференциальной диагностики невротического и неврозоподобного заикания. Рассмотрим подробнее методики обследования состояния и развития моторики и речи у детей с заиканием, представленные в методических рекомендациях разных авторов.

Обследование состояния моторных функций у детей с заиканием по методике Н.А.Рычковой[59]. Обследование состоит из пяти разделов, каждый из которых содержит от 5 до 14 тестовых заданий. Сначала обследуется общая произвольная моторика, затем мимическая моторика, речевая моторика, тонкие движения пальцев рук. Завершается обследование изучением чувства ритма.

С целью обследования состояния отдельных компонентов общей произвольной моторики используются тесты мотометрической шкалы Н. И. Озерецкого.

Обследуется статическая и динамическая координация, одновременность и отчетливость выполнения движений.

Обследование произвольной мимической моторики по тестам Л.А. Квинта и Г. Гельнитца[58]. Предлагаются задания в игровой форме. Дается общая характеристика мимики по результатам наблюдения за ребенком (живая, вялая, напряженная, спокойная, дифференцированная или недифференцированная мимика, амимия, гримасничанье).

Обследование тонких движений пальцев рук (степени их дифференцированности) по методике М.А. Поваляевой [53]. Обследование чувства ритма по методике Н.В. Микляевой[53]. Детям 5 - 6 лет педагог показывает хлопками ритмический рисунок знакомых песен, который им следует повторить.

Обследование состояния психомоторики лиц с речевыми нарушениями (по методике Г.А. Волковой)[19]. Обследование направлено на исследование двигательной памяти, переключаемости движений, статической и динамической координации, пространственной организации, объема и качества движений, чувства темпа и ритма.

Обследование состояния речи у детей с заиканием (авторы Л.И. Беякова, Е.А. Дьякова)[8]. Задачи речевого обследования будут заключаться в том, чтобы определить: место возникновения и форму речевых судорог; частоту их проявления и сохранные речевые возможности ребенка; сопутствующие нарушения речи; сопутствующие двигательные нарушения; отношение ребенка к своему речевому дефекту, наличие психологических особенностей.

Таким образом, данное комплексное медико-психолого-педагогическое и логопедическое обследование заикающихся детей дошкольного возраста позволит определить направления коррекционно - логопедической работы для эффективного преодоления рассматриваемой речевой патологии.

Приведем примеры игровых заданий, используемых при обследовании состояния моторики и речи у детей с заиканием [см. ПРИЛОЖЕНИЕ 1].

На основании данных методик мы предлагаем программу обследования заикающихся детей дошкольного возраста. Диагностические задания для

обследования были составлены с учетом их доступности для детей дошкольного возраста и основного вида деятельности ребенка-дошкольника - игры - задания преподносились в игровой форме. Итак, предложенная нами программа обследования заикающихся детей дошкольного возраста, включала в себя:

Исследование моторики:

- пробежать, затем проскакать на обеих ногах, на одной ноге по заданию (от стола к окну, от окна к двери и др.);
- остановиться по сигналу (бубен, хлопок в ладоши, слово «стой») после ходьбы, пробежки, прыжков;
- поднять руку с флажком вверх, другую - вверх, переложить флажок из руки в руку;
- ударять мяч ладонью об пол и считать до пяти;
- взять в руки как можно больше мячей и принести их логопеду.

В ходе исследования моторики детей фиксируем:

- координацию рук, ног (правильная, замедленная, нет координации);
- чувство равновесия (есть, нет);
- осанку (правильная, неправильная);
- объем выполнения движений (полный, неполный);
- переключение движений (своевременное, замедленное, отсутствует);
- самостоятельность выполнения (полная, с помощью взрослого);
- сопутствующие движения (есть, нет);
- наличие леворукости, амбидекстрии;
- мимические движения (нормальные, амимичность, гиперкинезия мышц лица, синкинезии, т. е. дополнительные движения, сопровождающие основное, слабо или ярко выраженные).

Исследование ритмического чувства:

- простучать ритмические рисунки: // // /; // // // /; // // // // /.

Исследование двигательной памяти, переключаемости движений и самоконтроля при выполнении двигательных проб:

- показываем три движения и предлагаем их повторить;
- упражнения для рук: руки вперед, вверх, в стороны, перед грудью, на пояс, вниз.

Повторить за педагогом упражнения с отставанием на одно. Количество движений то же.