**СООБЩЕНИЕ НА ТЕМУ «РАЗВИТИЕ МОТОРИКИ И ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЗАИКАНИИ».**

***Прокофьева Алла Олеговна***

*учитель-логопед, МБДОУ «Детский сад «Теремок» г.Десногорска.*

Аннотация.

Целью данного сообщения является расширение знаний у учителей-логопедов ДОУ по теме «Развитие моторики и психических процессов при заикании» .

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

**Заикание** - моторно-координационное нарушение, с явлениями речевой судорожности, которая служит препятствием для координации голосо-дыхательных и артикуляционных процессов (М. Е. Хватцев, В. М. Шкловский и др. Ряд авторов утверждает, что заикающиеся характеризуются спецификой моторной организации двигательных процессов, таких как: общие, телесные, мимические движения и мелкая моторика (Л. И. Белякова, Е. В. Оганесян). В связи с этим, специалисты предлагают включать развитие мелкой моторики и моторных функций в комплексную систему реабилитации заикающихся. Многолетний опыт подтверждает, что у большинства детей с дефектами речи движения пальцев слабые, скованные, некоординированные, их темп замедленный. На проекции моторной сферы в коре головного мозга видна близость речевой и пальцевой зон. В процессе передачи нервных импульсов осуществляется их взаимное влияние. Исследователи придавали особое значение связи состояния моторики и речи при заикании. М. Ф. Брунс, исследуя моторику заикающихся детей, пришла к выводу, что у них имеется выраженная отсталость в общем моторном развитии. Она обнаружила корреляцию между тонической (клонической) формой заикания и особенностями моторики. М. Ф. Брунс, подчеркивала, что «корригирующая гимнастика должна сообразовываться с формой заикания».

Е. М. Мастюкова считала одним из основных принципов логопедической работы с детьми, страдающими заиканием, принцип двигательно-кинестетической стимуляции, где активная речь ребенка во многом зависит от развития тонких движений пальцев.

В исследованиях Г. А. Волковой показано, что у некоторых заикающихся детей 4–6 лет моторика не нарушена, но у большинства ж детей имеются разнообразные и многочисленные нарушения тонкой произвольной моторики рук и пальцев, мимических мышц, общей моторики, а также орального праксиса. Исследования чувства ритма, координации и переключаемости движений у заикающихся детей показали, что при повышении степени заикания увеличивается выраженность нарушения моторики. Чаще всего нарушения в области моторики возникают у заикающихся детей с тоническим типом судорог.

Таким образом, степень нарушения моторики прямо пропорциональна степени тяжести заикания.

М. А. Кольцова доказала наличие корреляции между степенью развития тонкой моторики кисти руки и уровнем развития речи ребенка. «Есть все основания рассматривать кисть руки как орган речи - такой же, как артикуляционный аппарат. С этой точки зрения проекция руки есть еще одна речевая зона мозга. Активная речь ребенка во многом зависит от развития тонких движений пальцев».

Краеугольным камнем методики Арутюнян Л. З. (Андроновой) стал предложенный способ лечения заикания, основанный на синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки, диктующей ритмико-интонационный рисунок фразы, который она назвала "Методикой устойчивой нормализации речи". По мнению автора, этот способ позволяет решать одновременно несколько важных задач, связанных как с исправлением просодической стороны речи, так и с коррекцией личности заикающихся.

Но ещё в мае 1940г. нидерландский логопед Мариджна Ван Данцига предложил свой "способ облегчения речи" «Слого-касание, новый метод помощи заикающимся». В этой статье абсолютно точно расписан метод «синхронизации» слоговой речи с движениями пальцев ведущей руки.

Мальчики заикаются в три-четыре раза чаще, чем девочки. Считается, что нервная система у них менее устойчива и они в большей степени подвержены нервно-психическим расстройствам. В самый сложный и ответственный период становления речи девочки физически и интеллектуально уже более развиты,

Н. А. Рычкова разработала схему обследования состояния моторных функций у детей с заиканием. По её методике обследование состоит из пяти разделов: общая произвольная моторика, мимическая моторика, речевая моторика, тонкие движения пальцев рук, изучение чувства ритма.

С каждым годом возрастает количество правополушарных детей. В мире насчитывается от 9, 3% до 18, 1% левшей. У них даже есть свой праздник. Переучивание левшей до последнего времени оставалось распространенной практикой. Врачи утверждали, что леворукие дети могут отставать в развитии, поэтому важно оперативно устранить «дефект». Одним из обоснований такого мнения выступает большое количество негативных последствий переучивания для ребенка, в том числе развитие заикания.

Естественному природному функционированию мозга характерна **латеральность** - это процесс функционального разделения полушарий головного мозга на правостороннее и левостороннее мышление. Во время переучивания на левое (слабое у левшей от природы) полушарие поступает усиленное, порой агрессивное внешнее воздействие. Последствиями такого сбоя выступает логоневроз.

**Декстрастресс** (лат. dexter — правый и англ. stress — напряжение) — негативное психическое состояние, возникающее при переучивании леворуких детей путем пространственного ограничения их естественных движений.

В результате переучивания у левшей наблюдается ухудшение физического и психического состояния. У них развивается невроз, может появиться энурез, эпилепсия, заикание, бессонница, сопровождающаяся потерей аппетита, кожными заболеваниями, хронической усталостью и постоянной головной болью. Переученная личность с трудом ориентируется на местности, неумело управляет транспортом и владеет руками одинаково плохо. В перечне негативных последствий присутствует неумение письменно и устно излагать мысли, грамотно писать, танцевать и свободно вести себя обществе.

Сегодняшний подход в целом поменялся: специалисты не рекомендуют насильственное переучивание на правую сторону, наоборот, советуют активно развивать левую руку: собирать пазлы, завязывать узелки, играть с мелкими деталями. Последние исследования показывают, что дети, которые имеют хорошую латерализацию мозга (левши или правши) не испытывают проблем с речью. С другой стороны, амбидекстры сталкиваются с большими трудностями в развитии речи и моторики.

**Кинезиология** – наука о развитии головного мозга через движение. Кинезиологические упражнение – это комплекс движений позволяющих активизировать межполушарное воздействие. Среди логопедов существует мнение, что кинезиологические упражнения оказывают положительные результаты при коррекции заикания, т. к. они позволяют улучшить сенсомоторную и пространственную координацию, повысить возможности произвольного внимания, а также усилить работоспособность коры головного мозга, облегчают процесс чтения и письма, повышают стрессоустойчивость и усидчивость.

В рамках этого направления проводится работа по развитию общей, тонкой и артикуляционной моторики; по развитию темпо-ритмических характеристик движений. Для успешной реализации коррекционных задач необходимо учитывать структуру речевых и двигательных нарушений (форму и тяжесть заикания, уровень общего речевого и психомоторного развития и др.)Для заикающихся детей с невротической формой заикания основное внимание уделяется воспитанию точности, переключаемости, завершенности движений. Особое место отводится упражнениям на нормализацию мышечного тонуса и использованию с этой целью меняющегося разнообразного по темпу и ритму музыкального материала, двигательных упражнений. Работа по развитию артикуляционной моторики начинается с вызывания по подражанию гласных звуков, логопед старается при этом снять у ребенка излишнее напряжение губных мышц, вызывать у него свободно льющиеся гласные звуки. При произнесении согласных звуков в слоге внимание ребенка сосредотачивается на гласном звуке. Занятия с заикающимися детьми с невротической формой речевой патологии не должны быть длительными по времени.

Заикающиеся дети с неврозоподобной формой заикания нуждаются в длительной по времени тренировке двигательных реакций с постепенным переходом после полного усвоения предложенного материала к другому виду упражнений. В обучении необходимо возможно более широко использовать наглядный показ двигательных задач; повторение инструкций до полного усвоения. Начинать следует с простейших ритмов и упражнений, доводя их до совершенства; постепенно переходить к упражнениям со сменой темпа и ритма.  
Развитие артикуляционной моторики начинается с выработки четких артикуляционных поз. Фиксируется внимание на работе мимической мускулатуры. Параллельно (по необходимости) может вестись коррекция звукопроизношения. Постановка звуков осуществляется с привлечением активного внимания ребенка на процесс произнесения и восприятия своей речи, включающий зрительный и кинестезический контроль. Автоматизация поставленных звуков может осуществляться в работе над плавным непрерывным звучанием голоса в слоговых сочетаниях, словах и т. д.

Работа над артикуляционной моторикой для правильной постановки звуков может проводиться по методике воспитания у детей правильного произношения

М. Ф. Фомичевой (1985).

Развитие темпо-ритмических характеристик моторики в целом (общей, тонкой, артикуляционной) успешно достигается под музыкальное сопровождение, т. е. в процессе логопедической ритмики. Логопедическая ритмика является необходимой составляющей в комплексном коррекционном воздействии при

преодолении заикания.

Дифференцированное проведение логоритмических занятий, методика подачи материала широко представлены в работах Н. А. Рычковой (1985, 1997, 1998).  
Для достижения оптимальных результатов логоритмических занятий их проводят по следующей схеме:

ритмическая разминка. Ее задачами являются воспитание дисциплины и организованности, развитие координации рук и ног, формирование правильной осанки и навыков движений в коллективе, ориентация в пространстве, умение менять темп и ритм движения. С этой целью используются вводная ходьба, легкий бег, чередование ходьбы и бега, прыжки, элементы физкультурных и танцевальных движений;

упражнения, регулирующие мышечный тонус. Целью этих упражнений является устранение напряжения, скованности в мышцах. Используются специальные задания на смену напряжения и расслабления, состоящие из серии последовательных движений. В зависимости от звучания разных по силе звуков меняется мышечный тонус;

слушание музыки. Тесно взаимосвязано с упражнениями, регулирующими мышечный тонус. Подбираются разнообразные по характеру музыкальные произведения с учетом их эмоционального воздействия на создание нужного фона настроения;

упражнения для развития координации речи с движением. Используются двигательные упражнения под музыку с одновременным проговариванием вслух постепенно усложняющихся речевых заданий (слогов, слов, фраз, стихотворных и прозаических текстов);

пение. Выбираются ритмичные и мелодичные песни, в пении которых нормализуется темп речи и речевое дыхание;

игра. Подвижная игра служит закреплением навыков, полученных на занятии. Также в таких играх воспитываются ловкость, сообразительность, быстрота двигательных реакций, ориентировка в пространстве. Заключительная ходьба проводится в спокойном темпе и ритме.

Большое значение для нормализации темпа и ритма речи имеет выполнение специальных упражнений с использованием слухового контроля и ритмических движений (ходьба, хлопки, притоптывание, прыжки). Допускается отстукивание ритмов ногами, отхлопывание руками или одной рукой по какому-нибудь предмету, дирижирование в сопровождении проговаривания. Ударному слогу (слову) должен соответствовать более громкий хлопок или удар ногой по полу, неударному - тихий. Упражнения необходимо выполнять с четкой артикуляцией, равномерным распределением выдоха, соблюдая умеренный и медленный темп, синхронизируя произнесение и движение. Вначале тренировка послогового ритма производится в замедленном темпе. По мере овладения навыком темп

речи ускоряется.

Приемы ритмизации речи заикающихся широко освещены в работах Л. И. Беляковой, Е. А. Дьяковой, Л. И. Богомоловой, Л. З. Андроновой, В. М. Шкловского. Методы и приемы логоритмических занятий для заикающихся разработаны Е. В. Оганесяном, Н. А. Рычковой, Г. А. Волковой, в которых используется музыкальное сопровождение.

В процессе развития речи ритм становится «скелетом» слова и играет важную роль в процессе усвоения лексики. Подбираются стихи с классическим размером, они более распевные, при этом речь, замедленная с сохранением привычных ударений, слова соединяются посредством гласных. Этими стихами можно дирижировать. Хорошо использовать стихи из программного материала по чтению. Например: Белая береза под моим окном / Принакрыласъ снегом, будто серебром... Необходимо давать детям образцы правильной, хорошо звучащей речи. Можно предложить прослушивание пластинок со сказками, стихами в исполнении артистов. При прослушивании сказок дети обращают внимание на то, что речь - четкая, ясная, выразительная за счет того, что в ней четко проговариваются все слоги, она протяжная, распевная, особенно в русских народных сказках.

**Развитие психических процессов при заикании.**

По мнению Р.Е.Левиной, не существует речевого нарушения самого по себе, оно всегда предполагает личность и психику конкретного индивидуума со всеми присущими ему особенностями. Роль недостатка речи в развитии и судьбе ребенка зависит от природы дефекта, от его степени, а также от того, как ребенок относится к своему дефекту. Понимание своего речевого недостатка, неудачные попытки самостоятельно избавиться от него или хотя бы замаскировать нередко порождают у заикающихся определенные психологические особенности: стеснительность вплоть до робости, стремление к уединению, речебоязнь, чувство угнетенности и постоянные переживания за свою речь. Иногда и наоборот, расторможенность, показную разболтанность и резкость. Большинство авторов отмечают в разной степени выраженные психологические особенности у детей (Х.Лагузен, И.А.Сикорский, Г.Д.Неткачев, И.И.Тартаковский, Э.Фрешельс, Ф.Г.Штоккерт, Ю.А.Флоренская, М.Е.Хватцев и др.). В последние годы делаются попытки не только глубже изучить психологические особенности заикающихся с целью обосновать психотерапевтическую направленность логопедической работы (С.СЛяпидевский, С.И.Павлова, В.И.Селиверстов, В.М.Шкловский, Ю.Б.Некрасова, Г.И.Ангушев, Л.З.Андронова, Э.М.Кулиев и др.), но и дифференцировать их по психологическим особенностям. В основу принимается наличие логофобий (С.С.Ляпидевский, С.И.Павлова), разная степень болезненной фиксированности на своем недуге (В.И.Селиверстов, В.М.Шкловский и др.Г.Д.Неткачев (1901, 1909, 1913) отводил главенствующую роль в структуре заикания представлению заикающихся о своем дефекте и связанному с ним «боязливому самочувствию». Сущностью заикания («психоневроза») является, по его мнению, «боязливое ощущение, представление, навязчивая идея, фобии и весь комплекс угнетающих эмоциональных переживаний перед опасностями в прошлом, настоящем и будущем». По мнению Т.Гепфнера, собственно заикание возникает у ребенка в результате осознания им своих физиологических речевых несовершенств путем эгоцентрических размышлений о своей речи, путем запоминания и осознания процесса речи и в результате потребности напрягать при этом свои силы. Сделанные наблюдения позволили Т.Гепфнеру и Э.Фрешельсу заключить, что «болезненные психические состояния могут быть устранены воздействием на психику, ...что терапия ассоциативной афазии (заикания — *В.*С), направленная только на речь, составляет лишь часть терапии»[14].Н.А.Власова и др. отмечают усугубляющую роль зафиксированного внимания на дефектной речи у заикающихся. Ф.Г.Штоккерт (1927), а затем М.И.Пайкин утверждали, что собственно заикание начинается лишь с момента фиксации заикающегося на своем расстройстве. Когда заикающийся впервые обратит внимание на свою неправильную речь, этот период может считаться критическим в развитии заикания: только теперь начинается боязнь говорить, боязнь речи, которая делает пациента асоциальным и заставляет уединяться. Чем больше внимания уделяется своему страданию, тем оно хуже становится. Этой же точки зрения придерживался М.Е.Хватцев, который писал: «...первичное спотыкание от травмы (шока) — еще не заикание. Это расстройство координации. Но когда у ребенка надолго остаются воспоминания о шоке и мысль, что он может снова споткнуться, то есть когда происходит **фиксация внимания на спотыкании***,*тогда начинается развитие действительного заикания, ибо в тот момент все усилия артикулировать бесплодны... С возникновением психопатологических моментов заикание из простого расстройства координации превращается в невроз. Здесь уместно вспомнить слова С.Н.Давиденкова о том, что «одним из основных явлений, из которых развивается невротическое расстройство», есть «чувство собственной неполноценности», а чем больше больной неврастенией «фиксирует внимание на своем болезненном симптоме, тем, естественно, симптом этот становится более упорным... Так образуется тот порочный круг, из которого больной никак не в состоянии выбраться: болезненный симптом заставляет больного фиксировать на нем свое внимание, в вследствие этого симптом еще усиливается и еще более проковывает к себе внимание больного».Отечественный психолог Н.И.Жинкин (1958), рассматривая заикание как расстройство речевой саморегулировки, находил, 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». Почти все исследователи проблемы заикания обнаруживают у заикающихся в разной степени выраженную тревожность, опасение, боязливость, страх перед речью. С.С.Ляпидевский, С.И.Павлова и др. страх перед речью (логофобию) определяют как «типичный симптом заикания».

Таким образом, при изучении литературных источников нетрудно заметить, что, с одной стороны, большинство авторов относит наличие у заикающихся психологических особенностей (в частности, их фиксированность на дефекте) к типичному, обязательному симптому в структуре заикания. С другой стороны, к понятию фиксированности на дефекте у заикающихся можно отнести (по разным авторам) разные психические явления: особое качество внимания (закрепившееся, устойчивое, застревающее, навязчивое, сосредоточенное, концентрированное), осознание дефекта, своеобразные представления о нем и, наконец, разное отношение к нему (настороженное, боязливое).

В связи со сделанными выводами определилась необходимость, прежде всего, дальнейшего психологического изучения феномена фиксированности на своем дефекте у заикающихся. Поэтому, опираясь на общие принципы системного подхода в психологии (Л.С.Выготский, С.Я.Рубинштейн, А.Н.Леонтьев, А.Р.Лурия, Б.Ф.Ломов, А.В.Петровский, П.Я.Гальперин, В.Д.Небылицын, Д.Б.Эльконин и др.) и наши собственные наблюдения, мы делаем попытку рассмотреть модель возникновения и развития феномена фиксированности с позиции интегрального взаимодействия психических процессов, состояний, свойств и действий у заикающихся. Правомерность такого подхода, в частности, подтверждается результатами сравнительного исследования подростков, проведенного под нашим руководством Г.И.Ангушевым. Проведенное исследование позволило ему сделать вывод, что различие между заикающимися и свободно говорящими выражается у первых не в степени продуктивности той или иной деятельности, а в специфике ее протекания. Эта специфика проявляется не в какой-либо одной отдельной функции, а во всей совокупности психических процессов. С названных позиций психологическая модель возникновения и развития феномена фиксированности у заикающихся (как вторичного явления) на своих речевых запинках (как первичного явления) в сложном и едином взаимодействии всех основных психических процессов просматривается следующим образом.

**Ощущения.** Возникшие у ребенка речевые запинки, спотыкания (несудорожного или судорожного характера) первоначально становятся объектом его ощущения как первичного познавательного процесса, посредством которого человек получает информацию от внешней или внутренней среды. Речевые запинки отражаются мозгом ребенка в виде кинестетического, тактильного или слухового образа. Среди главнейших особенностей этого психического процесса важную роль играет порог ощущений, определяющий наименьшую силу раздражителя, вызывающего осознанное ощущение. В связи с этим можно предполагать, что первоначальное возникновение речевых запинок или их слабое проявление находятся у ребенка сначала ниже порога ощущений («подпороговое ощущение»). Поэтому первые реакции на дефект у ребенка неосознанны, не носят эмоциональной окраски, сопровождаются непроизвольным вниманием, т.е. без поставленной цели и волевых усилий; действия по их преодолению находятся на уровне бессознательных движений охранительного или корректирующего характера. В результате многократного повторения случаев запинок в речи ребенка их восприятие становится более отчетливым и целостным. Восприятие запинок сопровождается у ребенка развитием понимания, что он говорит не так, как все (неплавно, прерывисто, с запинками), что раньше этого у него не было, что ему сейчас что-то мешает свободно говорить (двигать языком, губами и т.д.). Исследования Л.А.Зайцевой, в частности, показали в этом отношении отрицательную роль неблагоприятных факторов микросреды (прежде всего, домашних условий и условий детского сада) для заикающихся детей. В числе неблагоприятных факторов оказались: передразнивание ребенка, наказание за неправильную речь, насмешки, неправильный педагогический подход, недостаточная помощь в развитии речи и др.Изменение чувствительности при длительном действии раздражителя, в одних случаях приводит к понижению чувствительности (адаптации), а в других — к ее обострению (сенсибилизации).

Адаптация к речевым запинкам у ребенка происходит, прежде всего, под влиянием благоприятных окружающих условий, правильного отношения к проявлению его запинок, доброжелательного и спокойного отношения к нему самому, в результате помощи в развитии детской речи и пр. Серьезное значение имеет возможность ребенка при желании самому или с помощью исправить замеченную речевую запинку, умение повторить фразу правильно. В этом случае запинки не мешают общению ребенка с окружающими, не крепнет и не развивается его осознанное внимание к запинкам, отсутствуют и активные действия по их преодолению. Такая картина преимущественно характерна для детей с физиологическими итерациями (запинками несудорожного характера), которые по мнению ряда авторов (М.Зееман и др.) встречаются у детей довольно часто (в 80% от общего числа всех детей от 2 до 4 лет) и легко проходят, если нет осложнений, как только ребенок приобретает с укреплением речевых условных рефлексов достаточную уверенность в выражении своих мыслей речью.

Иная картина наблюдается у детей в случаях обострения чувствительности (сенсибилизации) к восприятию своих речевых запинок. В этом случае, прежде всего, могут иметь значение для маленьких детей, как указывалось выше, неблагоприятные факторы микросреды: конфликтные ситуации в семье, неправильные методы воспитания, недостаточная помощь в формировании правильной речи и др. Важную роль в обострении восприятия играет осознание ребенком своего речевого дефекта. Осознанное внимание к своим речевым запинкам порождает у него, с одной стороны, эмоциональные переживания, а с другой — побуждает к волевым действиям по преодолению этих запинок. Причем невозможность самостоятельно справиться с этой задачей усугубляет эмоциональные переживания ребенка. Таким образом, в целом возрастает обостренность чувствительности ребенка к проявлениям запинок в его речи. Можно предполагать, что подобная картина наблюдается у детей с речевыми запинками судорожного характера или с запинками, прочно утвердившимися в речи по типу зафиксированного неправильного речевого рефлекса.

**Восприятие.** В отличие от ощущений восприятие всегда целостно и предметно и объединяет ощущения, идущие от ряда анализаторов. Важнейшей особенностью восприятий является их избирательность, целостность и константность.

Избирательность восприятия в данном случае определяется осознанным вниманием заикающегося именно к своим речевым запинкам, периодически возникающим в его речи. Именно речевые запинки — предмет его первоначального восприятия: они отличают его речь от речи сверстников и окружающих людей; проявляются в результате каких-то досадных помех и затруднений; возникают для ребенка внезапно, необъяснимо отчего; являются предметом внимания окружающих; не поддаются сразу преодолению и не исчезают самостоятельно и т.д. Постепенно восприятие заикающимся ребенком запинок в собственной речи расширяется за счет внутреннего и внешнего восприятия всего, что связано с проявлением этих запинок.

В понятие целостности восприятия заикающимся своих речевых запинок должна быть включена совокупность его кинестетических, тактильных, слуховых, зрительных ощущений этих запинок и осознание, что они проявляются в определенных случаях речевой деятельности (в начале фраз, на определенных звуках или в сочетании звуков) и в определенных условиях (в разной обстановке, с разными людьми, в разной деятельности). Ребенок воспринимает отношение окружающих к своей неправильной речи (насмешливое, порицающее, сочувствующее, жалостное, обеспокоенное и т.д.); дополняет свои восприятия ощущениями собственных неудачных усилий по преодолению запинок и неприятными переживаниями по этому поводу.

На константность (постоянство) восприятия заикающимся своей дефектной речи влияет его представления о ней, уже сложившиеся в результате прошлого опыта. Представления (как Образ, хранящийся в памяти) складываются на основе бывших восприятий, осознания и осмысления случаев своей неправильной речи. Известно, что влияние стойко сложившегося представления иногда бывает так велико, что может подавлять детали непосредственного восприятия. Этим можно объяснить, как возникшие представления о случаях речевых запинок у заикающегося могут опережать само их появление и выступать в данном случае уже как их предвидение и ожидание. Восприятие своей дефектной речи у разных людей может быть полным или неполным, глубоким или поверхностным, точным или ошибочным. Это лишь будет определять разное отношение заикающихся к своему дефекту и необходимость дифференцированного (индивидуального) подхода к их психологическому изучению и коррекционной работе.

**Представления. Память.**Представления (как наглядные образы воспринимавшихся ранее предметов и явлений) возникают у человека на основе ощущений и восприятий. Представления не так ярки, как непосредственные восприятия, изменчивы, но они дают обобщенный образ, помогают выделить в нем главное. У заикающихся представления о своей неправильной речи могут быть связаны как собственно с дефектной речью (трудностями ее порождения, частотой и формой выражения речевых запинок, их зависимостью от видов речевой деятельности или окружающих условий и т.д.), так и с последствиями этой дефектной речи (особым отношением окружающих, отношением к окружающим, самооценкой и т.д.).

Память как психологический процесс, заключающийся в запоминании, сохранении с последующим воспроизведением ранее воспринятого, пережитого или сделанного, играет важную роль в психологической модели фиксированности заикающихся на своем дефекте. В отличие от восприятий, которые всегда имеют место в настоящем времени, память хранит следы информации прошлого: прошлых ощущений, восприятий, представлений, понятий. Сохранение в памяти представлений именно о своих речевых запинках и обо всем том, что связано с ними, отражает избирательность памяти как ее свойства и как результат активности сознания, как своеобразной установки на свой дефект. У заикающихся могут сохраняться в памяти представления: а) о своих речевых запинках как факторе неправильной (не как у всех) речи, которые по-разному проявляются в разных условиях и в разных видах речевой деятельности (образная память); б) о своих речевых затруднениях, которые мешают свободному речевому процессу и не поддаются самостоятельному преодолению и даже, наоборот, усиливаются при попытках их преодолеть (оперативная память); в) о своих переживаниях, связанных с неудачными попытками по преодолению речевых запинок, с обидным отношением к дефектной речи со стороны окружающих, с ощущениями собственной неполноценности (эмоциональная память). Состояние яркого переживания способствует наиболее прочному запоминанию. Представления о своих речевых запинках и о том, что связано с ними, запечатлеваются у заикающихся первоначально и преимущественно в непроизвольной (непреднамеренной) памяти. По мере возрастания потребностей и усилий в преодолении своих речевых запинок возрастает роль произвольной (преднамеренной) памяти. Последняя, в частности, позволяет заикающимся запоминать и использовать в своей речевой деятельности облегчающие или скрывающие дефект вспомогательные звукосочетания, слова, действия и т.д., известные в литературе как речевые эмболы или двигательные уловки заикающихся.

**Мышление. Понятия. Воображение.**Мышление участвует в каждом процессе познавательной деятельности. Мыслительная оценка ощущаемого и воспринимаемого предполагает их соотнесение с имеющимся опытом, знаниями. Таким образом, мышление связывает у заикающихся отдельные ощущения в обобщенные восприятия речевых запинок, формирует представления и понятия о своей дефектной речи, об особенностях ее проявлений, о влиянии на положение заикающегося в обществе и т.д. Благодаря наличию у человека мыслительной, абстрактной формы отражения действительности, он способен не только воспринимать мир в образах предметов и явлений, но и находить закономерности и отношения между ними. Характерными признаками мышления являются обобщенность и опосредованность отражения действительности. В первом случае это означает способность заикающегося перерабатывать многочисленные сведения от разных источников и получать информацию в виде сжатой, свернутой формы о наиболее существенном из них. Во втором случае (опосредованность) — позволяет выявить и понять то, что становится доступным сознанию только благодаря косвенным признакам, без непосредственного воздействия на органы чувств человека. Это происходит посредством образования понятий, каждое из которых выражается словом или несколькими словами. Я запинаюсь на отдельных звуках. Я говорю неправильно. Мне трудно говорить с определенными людьми. Мне трудно говорить в определенных условиях. Я — заика! Я не такой как все. Я не могу сам преодолеть возникшую трудность в речи. Попытки преодолеть трудность лишь усиливают ее. Я — безнадежный заика!!! И т.д.). Понятия о своей неправильной речи складываются у заикающихся детей по-разному и постепенно, с накоплением опыта. Первым источником служит наличие речевых запинок, которые затрудняют процесс речевого общения с окружающими, порождает осадок, недовольство, переживания от невозможности реализовать свою потребность (передать как хотелось бы свое желание, мысль, полноценно принять участие в коллективных действиях). Обидное отношение окружающих, нереализованность своих желаний, безуспешные попытки самостоятельно справиться со своим недостатком или хотя бы замаскировать его — это второй немаловажный источник, формирующий понятия у заикающихся о своей неправильной речи, о себе, о своем месте в коллективе, об отношении коллектива к нему. Эти понятия, связанные между собой про контрасту, по сходству и по смежности, многолики и зависят от социальной среды (благоприятной или неблагоприятной), в которой находится ребенок.

Процесс формирования понятий и образование на их основе суждений и умозаключений предполагает использование ряда умственных, мыслительных операций: анализ, синтез, сравнение, абстракцию, конкретизацию. Оценочные понятия, суждения, умозаключения о своей дефектной речи и о себе как носителе этого речевого дефекта, предопределяют, с одной стороны, отношение к себе, окружающим и оценкам окружающих, а с другой — свое поведение в коллективе.

В процессе осмысления своей дефектной речи и своего положения в коллективе задействуются все основные виды мышления: наглядно-действенное (простейшее, практическое мышление), образное (использование образов прошлых действий), абстрактно-логическое (понятийное мышление), мышление вероятностями (учет ожидаемых событий), планирование предстоящей деятельности. Последнее тесно связано с воображением.

Воображение, рассматриваемое как форма мышления, это создание в процессе мышления новых образов на основе прошлых восприятий и имеющихся понятий. Если восприятие — образы настоящего, память — прошлого, то воображение как форма мышления позволяет это сделать в отношении будущего.

Неблагоприятный опыт прошлого порождает у заикающихся не только определенные представления и понятия о своей дефектной речи, о самих себе как носителях этого дефекта и о своем положении в коллективе, но и формирует образы предстоящих речевых ситуаций, предвидение своих речевых запинок, ожидание их в определенных ситуациях или видах речевой деятельности.

Предвидение, ожидание пароксизмов заикания — симптом, можно сказать, характерный для заикающихся. Он и порождает неуверенность в своих речевых возможностях и по механизму самовнушения обычно и провоцирует эти пароксизмы.

Воображение тесно связано с эмоциями. В соответствии с переживаниями заикающихся от своей дефектной речи их воображение может создавать мрачные картины будущего, либо наоборот, рисуя в своем воображении картины предстоящих речевых трудностей, человек может вызывать у себя тяжелые отрицательные эмоции. В этом отношении в медицине хорошо известна роль воображения в возникновении и утяжелении заболеваний. У мнительных больных воображение болезни (слабо выраженной или вовсе не существующей) может привести к тяжелым патологическим изменениям. Предвидение и ожидание пароксизмов заикания в совокупности с отрицательными эмоциями создает напряженное, тревожное ожидание, способствует возникновению непроизвольного воображения различных картин трудной речи и неприятных речевых ситуаций. Углубление этого процесса ведет от простого предвидения речевых запинок к тревожному ожиданию, боязливости, а затем и к навязчивым страхам речи (логофобии).

**Эмоции. Чувства. Волевые усилия.**Заикание (как никакое другое речевое нарушение) вызывает особенно острое эмоциональное реагирование индивидуума на свой дефект. Можно полагать, что это связано с отсутствием ясных, понятных и конкретных причин его возникновения. И действительно, помимо речевых трудностей, заикающийся человек, не испытывает каких-то физических или интеллектуальных недостатков. Интересы, потребности и разнообразные способности заикающихся детей ничуть не ниже, чем у их сверстников. Среди заикающихся можно назвать многих и многих одаренных людей. И в то же время, самостоятельные попытки преодолеть свои речевые трудности приводят, как правило, не к облегчению, а к еще более видимым затруднениям и переживаниям.

Известно, что эмоции и чувства (как психологический процесс) выражаются у человека переживаниями (внутри) и мимикой, пантомимикой, вокальной мимикой, рядом вегетативных явлений (внешне). Эмоции и чувства в форме переживаний отражают не сами предметы и явления, а отношения, в которых они находятся к человеку. Принято считать, что эмоции (как более простая структура, связанная с ощущениями) регулируют взаимоотношения человека как организма со средой, а чувства (как более сложная структура, связанная с мышлением и понятиями человека) определяют его взаимоотношения как личности с другими людьми, с обществом.

Переживания как форма выражения эмоций и чувств связываются у заикающихся с наличием речевого дефекта, с трудностями в речевом процессе, с неблагополучием в речевом общении с окружающими, с обидным отношением со стороны окружающих, с неудовлетворенностью собой, своей речью, своими поступками и пр. Более или менее выраженные неприятные переживания, связанные у заикающихся с нереализованной потребностью свободного речевого общения с окружающими, могут сопровождаться эмоциями, чувствами и состояниями неудовольствия, угнетенности, подавленности, апатии, тревожности, опасения, страха, напряженности, раздражительности, угрюмости, гнева, злобности, частой и сильной сменой настроения и др.

Эмоции и чувства — это непосредственное переживание действительности, для которых характерна сравнительно небольшая продолжительность и интенсивность. Но они, же могут перерастать и в более длительно и сильно протекающие психические состояния. Эмоции (как психический процесс) очень близки первичному познавательному процессу — ощущению: ощущение сигнализирует о самом факте того или иного внешнего или внутреннего раздражителя, а неразрывно связанное с ощущением переживание (эмоция) дает оценку полезности или вредности, приятности или неприятности данного воздействия.

В то же время оценивающая функция эмоций неразрывно слита с функцией побуждения к действию, к волевому усилию. Как указывалось выше, первые действия по преодолению появившихся речевых запинок у ребенка находятся на уровне бессознательных движений охранительного или корректирующего характера. С осознанием своего дефекта связываются впоследствии попытки силой (как естественное и простое реагирование) преодолеть возникшую трудность или помеху в речевом процессе, потом — поиски средств и приемов как-то облегчить свою трудную речь либо как-то скрыть, замаскировать ее от окружающих. Все это может порождать многообразные речевые эмболы и двигательные уловки (вспомогательные произвольные движения). При этом может создаваться парадоксальность положения заикающегося: пытаясь при помощи вспомогательных движений и речевых эмболов скрыть, замаскировать свою неправильную речь от окружающих, он тем самым еще больше обращает на нее внимание окружающих, конфузится, переживает, отчего проявления заикания принимают более сложный характер.

**Внимание.** Говоря о фиксированности заикающихся на своем дефекте, обыкновенно полагают, что это какое-то особое качество или свойство внимания (произвольное, концентрированное, интенсивное, застревающее, устойчивое и т.д.), которое может быть в разной степени характерно для заикающихся.

По мнению Р.Е.Левиной, не существует **речевого нарушения** самого по себе, оно всегда предполагает личность и психику конкретного индивидуума со всеми присущими ему особенностями. Роль недостатка речи в развитии и судьбе ребенка зависит от природы дефекта, от его степени, а также от того, как ребенок относится к своему дефекту.Понимание своего речевого недостатка, неудачные попытки самостоятельно избавиться от него или хотя бы замаскировать нередко порождают у заикающихся определенные психологические особенности: стеснительность вплоть до робости, стремление к уединению, речебоязнь, чувство угнетенности и постоянные переживания за свою речь. Иногда и наоборот, расторможенность, показную разболтанность и резкость. Большинство авторов отмечают в разной степени выраженные психологические особенности у детей (Х.Лагузен, И.А.Сикорский, Г.Д.Неткачев, И.И.Тартаковский, Э.Фрешельс, Ф.Г.Штоккерт, Ю.А.Флоренская, М.Е.Хватцев и др.). В последние годы делаются попытки не только глубже изучить **психологические особенности заикающихся** с целью обосновать психотерапевтическую направленность логопедической работы (С.СЛяпидевский, С.И.Павлова, В.И.Селиверстов, В.М.Шкловский, Ю.Б.Некрасова, Г.И.Ангушев, Л.З.Андронова, Э.М.Кулиев и др.), но и дифференцировать их по психологическим особенностям. В основу принимается наличие логофобий (С.С.Ляпидевский, С.И.Павлова), разная степень болезненной фиксированности на своем недуге (В.И.Селиверстов, В.М.Шкловский и др.).В литературных источниках прошлого и настоящего встречается ряд отдельных указаний на значимость фиксированности на своем дефекте в клинико-психологической структуре **заикания**. Хр.Лагузен (1838) писал, что представление о трудности выговора делает заикание постоянным. Р.Коэн (Кен, 1878) считал обязательным в лечении заикания укреплять в пациенте силу воли, внушать ему доверие к собственным силам и искоренять в нем убеждение, что он не может правильно говорить. Пациент должен перевоспитываться; он должен овладеть рефлексами, подчинять их осмысленным мотивам. Г.Каменка (1900) видел в лечении заикания борьбу с болезненным представлением как руководящий принцип лечения. А.Либман (1901) усложнение первичных непроизвольных расстройств координации со стороны органов речи видел в том, что эти расстройства обращают на себя внимание самого **заикающегося** и окружающих. При этом сам заикающийся становится недоверчивым к своим способностям речи. Из-за этого обстоятельства расстройство речи еще более усиливается. Г.Д.Неткачев (1901, 1909, 1913) отводил главенствующую роль в структуре **заикания** представлению заикающихся о своем дефекте и связанному с ним «боязливому самочувствию». Сущностью заикания («психоневроза») является, по его мнению, «боязливое ощущение, представление, навязчивая идея, фобии и весь комплекс угнетающих эмоциональных переживаний перед опасностями в прошлом, настоящем и будущем».Р.Денгардт, Т.Гепфнер, Э.Фрешельс (начало XX в.) **сущность заикания** видели в расстройствах, основанных на мыслительно-аффективных процессах.«Специфической основой заикания мне кажется то психическое состояние, на основании которого у атактически говорящих лиц возникает сознание (!) расстройства их речи». По мнению Т.Гепфнера, собственно **заикание** возникает у ребенка в результате осознания им своих физиологических речевых несовершенств путем эгоцентрических размышлений о своей речи, путем запоминания и осознания процесса речи и в результате потребности напрягать при этом свои силы. Сделанные наблюдения позволили Т.Гепфнеру и Э.Фрешельсу заключить, что «болезненные психические состояния могут быть устранены воздействием на психику, ...что терапия ассоциативной афазии (заикания — В.С), направленная только на речь, составляет лишь часть терапии».Ф.Г.Штоккерт, Ю.А.Флоренская, М.И.Пайкин, А.М.Смирнова, Н.А.Власова и др. отмечают усугубляющую роль зафиксированного внимания на дефектной **речи у заикающихся**. Ф.Г.Штоккерт (1927), а затем М.И.Пайкин утверждали, что собственно заикание начинается лишь с момента фиксации заикающегося на своем расстройстве. Когда заикающийся впервые обратит внимание на свою неправильную речь, этот период может считаться критическим в развитии заикания: только теперь начинается боязнь говорить, боязнь речи, которая делает пациента асоциальным и заставляет уединяться. Чем больше внимания уделяется своему страданию, тем оно хуже становится.Этой же точки зрения придерживался М.Е.Хватцев, который писал: «...первичное спотыкание от травмы (шока) — еще не**заикание**. Это расстройство координации. Но когда у ребенка надолго остаются воспоминания о шоке и мысль, что он может снова споткнуться, то есть когда происходит фиксация внимания на спотыкании (подчеркнуто нами — В.С), тогда начинается развитие действительного заикания, ибо в тот момент все усилия артикулировать бесплодны... С возникновением психопатологических моментов **заикание** из простого расстройства координации превращается в невроз» .Здесь уместно вспомнить слова С.Н.Давиденкова о том, что «одним из основных явлений, из которых развивается невротическое расстройство», есть «чувство собственной неполноценности», а чем больше больной неврастенией «фиксирует внимание на своем болезненном симптоме, тем, естественно, симптом этот становится более упорным... Так образуется тот порочный круг, из которого больной никак не в состоянии выбраться: болезненный симптом заставляет больного фиксировать на нем свое внимание, в вследствие этого симптом еще усиливается и еще более проковывает к себе внимание больного» .Отечественный психолог Н.И.Жинкин (1958), рассматривая **заикание** как расстройство речевой саморегулировки, находил, 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» .

Почти все исследователи проблемы **заикания** обнаруживают у заикающихся в разной степени выраженную тревожность, опасение, боязливость, страх перед речью. С.С.Ляпидевский, С.И.Павлова и др. страх перед речью (логофобию) определяют как «типичный симптом заикания». Таким образом, при изучении литературных источников нетрудно заметить, что, с одной стороны, большинство авторов относит наличие у заикающихся психологических особенностей (в частности, их фиксированность на дефекте) к типичному, обязательному симптому в структуре заикания. С другой стороны, к понятию фиксированности на дефекте у заикающихся можно отнести (по разным авторам) разные психические явления: особое качество внимания (закрепившееся, устойчивое, застревающее, навязчивое, сосредоточенное, концентрированное), осознание дефекта, своеобразные представления о нем и, наконец, разное отношение к нему (настороженное, боязливое).

**Мышечное расслабление**

Большинство заикающихся в процессе речевого общения испытывают чувство тревоги, неуверенность, страх. Им свойственна нарушение равнове-сия и подвижности между процессами возбуждения и торможения, повы-шенная эмоциональность. Любые, даже незначительные стрессовые ситуации становятся избыточными для их нервной системы, вызывают нервное напря-жение и усиливают внешние проявления заикания. Известно, что многие заикающиеся говорят свободно, когда они спокойны. А состояние спокойствия в основном обеспечивается общим мышечным расслаблением. И наоборот, чем больше расслаблены мышцы, тем глубже состояние общего покоя. Эмоциональное возбуждение ослабевает при достаточно полном расслаблении мышц.

**Приемы самомассажа в устранении заикания. Общие сведения**

Массаж выполняется для снятия напряжения и скованности речевых и мимических мышц и, наоборот, для повышения тонуса слабых и вялых мышц. Чтобы снять напряжение с лица, расслабить его, можно использовать так называемый самомассаж. Здесь мы познакомимся с двумя его видами:гигиеническим и вибрационным.

Гигиенический массаж выполняется поглаживанием, при этом активизируются расположенные близко к коже нервные окончания. Этот массаж выполняет двойную роль: он снимает напряженность и скованность лицевых и мимических мышц и усиливает тонус этих мышц, если они слабые.

**Тренируем речевые мышцы**

Хорошая дикция — основа четкости и разборчивости речи. Ясность и чистота произношения зависят от активной и правильной работы артикуляционного (речевого) аппарата, особенно от подвижных его частей — языка, губ, неба, нижней челюсти и глотки. Чтобы добиться четкости произношения, необходимо развивать артикуляционный аппарат при помощи специальных упражнений (артикуляционной гимнастики). Эти упражнения помогают создать нервно-мышечный фон для выработки точных и координированных движений, необходимых для звучания полноценного голоса, ясной и четкой дикции, предотвратить патологическое развитие движений артикуляции, а также снять излишнюю напряженность артикуляционной и мимической мускулатуры, выработать необходимые мышечные движения для свободного владения и управления частями артикуляционного аппарата.

**Самомассаж в устранении заикания**

Расслабление мышц шеи  
Расслабление мышц шеи рефлекторно расслабляет мышцы корня языка.

Упражнение 1

Медленно поглаживать шею сверху вниз в области горла ладонью то правой, то левой руки.

Упражнение 2

Медленно поглаживать шею одновременно ладонями обеих рук сверху от околоушной области лица по боковым поверхностям шеи до подмышечных впадин.

Таким образом, традиционные классические и современные исследования показывают теснейшую взаимосвязь заикания с психофизическим состоянием заикающегося, с его личностью в целом, с его отношениями и установками на окружение. Кроме того, у заикающихся дошкольников отмечается существенное отклонение в развитии психомоторных функций. В то же время недостаточная разработанность проблемы заикания обусловливает сегодня многоаспектность воздействия на заикающегося и необходимость детального изучения особенностей речевого, моторного и психического развития у данной категории детей.

Литература::

1. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. Учебное пособие. – М., 2003.

2. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: учебник для студентов вузов. - М.:, 2002.

3. Ильина Л.Н. Клинико-психологические факторы, формирующие заикание. Автореф. дисс…. канд. психол.наук. - СПб., 2002.