***Содержание***

Введение

Глава 1. Педагогическая, психологическая и клиническая картина заикания

1.1 Клинические формы и психологическая симптоматика заикания

1.2 Психологическая характеристика детей дошкольников 5-6 лет и подросткового возраста

1.3 Физиологическая симптоматика заикания

1.4 Нарушение речевой деятельности при заикании

Выводы

Глава 2. Сравнительный анализ познавательной и эмоционально-волевой сферы у заикающихся детей

2.1 Особенности нарушений познавательной и эмоционально-волевой сферы у дошкольников с заиканием

2.2 Проявление нарушений познавательной и эмоционально-волевой сферы у подростков с заиканием

Выводы

Заключение

Список литературы

***Введение***

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

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

Актуальна разработка проблемы заикания в психологическом аспекте для раскрытия его генезиса, для понимания поведения заикающихся в процессе коммуникации, для выявления их индивидуально-психологических особенностей. Изучение у заикающихся внимания, памяти, мышления и психомоторики показало, что у них изменена структура психической деятельности, ее саморегуляция. Они хуже выполняют ту деятельность, которая требует высокого уровня автоматизации (и соответственно - быстрого включения в деятельность), но различия в продуктивности между заикающимися и здоровыми исчезают, как только деятельность может выполняться на произвольном уровне. Исключение составляет психомоторная деятельность: если у здоровых детей психомоторные акты совершаются в значительной мере автоматически и не требуют произвольной регуляции, то для заикающихся регуляция представляет сложную задачу, требующую произвольного контроля. Некоторые исследователи считают, что заикающиеся отличаются большей инертностью психических процессов, чем нормально говорящие, им свойственны явления персеверации, связанной с подвижностью нервной системы. Перспективно исследование личностных особенностей заикающихся как с помощью клинических наблюдений, так и с применением экспериментально-психологических методик. С их помощью выявлены тревожно-мнительный характер, подозрительность, фобические состояния; неуверенность, замкнутость, склонность к депрессии; пассивно-оборонительные и оборонительно агрессивные реакции на дефект. Заслуживает внимания рассмотрение эмоционального состояния которое у заикающихся связывают главным образом с нормализацией мышечного напряжения. В.А. Ковшиков считает, что течение заикания, его проявления и методы коррекции во многом зависят от особенностей нервно-психический заболеваний и состояний заикающегося. Поскольку особенности нервно-психических заболеваний в определённое время коррелируют с личностными критериями, то и заикание связано с личностью. Вследствие речевого дефекта формирование личности проходит в стеснённых условиях, что может приводить к разнородным деформациям в структуре личности. Сформированные в процессе индивидуального развития особенности личностных деформаций, в свою очередь, влияют на характер речевой деятельности заикающихся и во многом определяют своеобразие его развития. Большинству больных свойственен сложный симптомокомплекс заикания, который сочетается в разнообразных и взаимодействующих нарушений речевой и общей моторики, просодии речи и нарушений эмоционально-волевой сферы.

Цель: Выявить различия познавательной и эмоционально-волевой сферы при различных формах заикания.

Предмет: Особенности познавательной и эмоционально-волевой сферы заикающихся детей.

Объект: Проявление клинической формы заикания у заикающихся детей.

Задачи:

. На основе анализа литературных источников выявить специфику нарушений познавательной и эмоционально-волевой сферы заикающихся.

2. Провести сравнительный анализ нарушений познавательной и эмоционально-волевой сферы заикающихся.

# ***Глава 1. Педагогическая, психологическая и клиническая картина заикания***

# ***1.1 Клинические формы и психологическая симптоматика заикания***

Исследователи выделяют две клинические формы заикания - невротическую и неврозоподобную, которые обусловлены разными патогенетическими механизмами (Ковалев В.В., 1970; Асатиани Н.М. с сотр., 1973-1985; Драпкин Б.3., 1973; Белякова Л.И., 1973-1997 и др.). Неврозы в клинике пограничных психических состояний рассматриваются как психогенно-реактивные функциональные заболевания, возникающие под влиянием стрессовых факторов различной силы и длительности.

Различают острую и хроническую психические травмы. Под острой психической травмой понимают сильный, внезапный, как правило, однократный психический шок, вызывающий сильную эмоциональную реакцию. Чаще всего такая травма вызывает испуг, чувство страха. Причины острой психической травмы могут быть многообразны. В качестве психогении может быть резкая смена привычной обстановки (например, при определении в детский сад ребенка без достаточной подготовки).

Под хронической психической травмой понимают длительные отрицательные эмоции, появляющиеся вследствие эмоциональных неразрешенных, постоянно закрепляемых конфликтных ситуаций. Такие состояния у детей могут развиваться в семье с напряженным психологическим климатом.

Неврозоподобные состояния по своей симптоматике напоминают неврозы. Они возникают вследствие органических, сосудистых и других поражений центральной нервной системы. По своей природе эти состояния являются органо-функциональными, при которых, несмотря на наличие органического поражения мозга, имеется целый ряд расстройств функционального характера. К ним можно отнести обратимость симптоматики, наличие невротических наслоений, нестабильность патологических проявлений и пр.

Возникновению заикания невротической формы у детей обычно предшествует психогения в виде испуга либо в виде хронической психической травматизации. Заикание возникает остро в возрасте 2-6 лет.

Анамнестические сведения показывают, что у детей с этой формой заикания обычно отсутствуют указания на патологию внутриутробного развития и родов. Раннее психофизическое развитие, как правило, проходит в соответствии с возрастной нормой. Моторные навыки (сидение, стояние, ходьба) формируются своевременно. Речевой онтогенез имеет у них определенные особенности. Нередко наблюдается раннее развитие речи: первые слова появляются к 10 месяцам, фразовая речь формируется к 16-18-ти месяцам жизни. В короткий промежуток времени (за 2-3 месяца) дети начинают говорить развернутыми фразами, словарный запас бурно пополняется, рано формируется грамматический строй речи с употреблением сложных речевых конструкций.

Темп речи часто ускорен, дети как бы "захлебываются" речью, недоговаривают окончания слов и предложений, пропускают отдельные слова и предлоги, делают грамматические ошибки. Нередко отмечается "смазанность" произнесения звуков в речевом потоке. Состояние звукопроизносительной стороны речи норму не опережает.

У таких детей часто наблюдается большое количество итераций, что нередко привлекает внимание окружающих. Если в норме наибольшее количество итераций совпадает с интенсивным периодом формирования развернутой фразовой речи и ограничено во времени 2-3-мя месяцами, то у детей данной группы количество итераций может оставаться значительным на протяжении более длительного времени. Таким образом, артикуляторные механизмы устной речи остаются у них функционально незрелыми на более длительный срок, чем в норме, в то время как лексико-грамматическая сторона существенно опережает норму.

До появления заикания у таких детей отмечаются характерологические особенности типа повышенной впечатлительности, тревожности, робости, обидчивости, колебания настроения, чаще в сторону сниженного, раздражительность, плаксивость, нетерпеливость. У некоторых из них в возрасте 2-5-ти лет наблюдаются страхи (боязнь темноты, страх при отсутствии в комнате взрослых, невротический энурез и т.д.).

Эти дети с трудом привыкают к новой обстановке, становятся в ней раздражительнее, плаксивее, к условиям детского сада проявляют обычно плохую переносимость. Заикание возникает чаще всего остро на фоне развитой фразовой речи после перенесенной психической травмы. Помимо острой и хронической психической травматизации невротическая форма заикания у некоторых детей развивается в результате активного введения в общение второго языка в 1,5-2,5 года жизни. Это бывает у детей, которые еще в силу возрастных особенностей не овладели в достаточной степени родным языком. В этом периоде развития речевой функции овладение вторым языком связано с большим психическим напряжением, которое для ряда детей является патогенным фактором. Иногда до появления заикания, вслед за перенесенной ребенком острой психической травмой некоторое время (от нескольких минут до суток) наблюдается мутизм. Ребенок внезапно перестает говорить, на его лице нередко "застывает" выражение страха.

Одновременно с появлением заикания дети становятся еще более раздражительными, двигательно-беспокойными, хуже спят. В ряде случаев появляется болезненное упрямство, капризы, негрубо выраженные нарушения дисциплинарных требований.

У некоторых детей при появлении заикания отмечается кратковременный период, когда они в процессе речи прикрывают рот рукой, как бы опасаясь появления запинок, или ограничивают речевое общение.

Динамика речевого нарушения при невротической форме заикания характеризуется рецидивирующим течением, временами речь становится совершенно плавной, судорожные запинки полностью отсутствуют, но при малейшем эмоциональном напряжении, соматическом заболевании или утомлении заикание появляется вновь.

Невротическая форма заикания может иметь как благоприятное, так и неблагоприятное (прогредиентное и рецидивирующее) течение. При благоприятном течении выраженность заикания не бывает тяжелой. Изменение окружающей обстановки в лучшую сторону, общее оздоровление организма ребенка, адекватные лечебно-педагогические мероприятия способствуют достаточно быстрой обратной динамике речевого нарушения.

Нередко заикание постепенно приобретает хроническое течение, при котором в дальнейшем полных и длительных ремиссий уже не наблюдается, и речевое нарушение становится все более тяжелым.

В случаях неблагоприятного течения заикания чаще имеет место наследственная отягощенность заиканием и патологическими чертами характера. В семьях детей, у которых имеется неблагоприятное течение заикания, бытуют нередко неправильные формы воспитания, способствующие хронификации речевой патологии.

У детей с неблагоприятным течением заикания в 6-7 лет может наблюдаться уже ситуационная зависимость в проявлении частоты и тяжести судорожных запинок, снижение речевой активности в новой обстановке или при общении с незнакомыми лицами.

При обследовании детей дошкольного возраста при невротической форме заикания чаще всего обнаруживается нормальное развитие общей моторики. Общие движения у детей достаточно грациозны и пластичны. Они хорошо переключаются с одного движения на другое, чувство ритма развито достаточно высоко. Они легко вступают в ритм музыки и переключаются с одного ритма на другой. Двигательные ошибки могут исправлять самостоятельно. Для правильного выполнения большинства двигательных заданий бывает достаточно словесной инструкции. Движения рук и ног хорошо координированы. Тонкая моторика рук развивается в соответствии с возрастом. Жесты, мимика и пантомимика эмоционально окрашены. В то же время, по сравнению с нормой, для всех заикающихся этой группы характерно недоведение элементов движения до конца, некоторая их вялость, повышенная двигательная утомляемость, у части заикающихся отмечается незначительный тремор пальцев рук. В процессе логоритмических занятий заикающиеся этой группы легко сочетают движения под музыку с речью вслух, что благотворно воздействует на качество их речи.

Звукопроизношение у детей с невротической формой заикания либо не имеет нарушений, либо в соответствии с возрастными особенностями носит черты функциональной дислалии. Темп речи обычно быстрый, голос достаточно модулирован.

У таких детей имеется тесная ситуационная зависимость тяжести заикания. Следует также особо подчеркнуть, что в состоянии эмоционального комфорта, в процессе игры или наедине с собой речь у них обычно свободна от судорожных запинок. В дошкольном возрасте наличие заикания, как правило, не оказывает заметного влияния на социальное поведение детей. Их контакты с ровесниками и взрослыми лицами остаются практически обычными.

У многих детей с невротической формой заикания, несмотря на благоприятное его течение и глубокую ремиссию, в 7 лет наблюдается рецидив заикания при поступлении в школу. Рецидиву заикания в это время способствует как увеличение эмоциональной и физической нагрузки, так повышение психической и речевой напряженности.

Резко меняется поведение заикающихся к 10-12-ти годам жизни. В этот период появляется осознавание своего дефекта речи, боязнь произвести на собеседника неблагоприятное впечатление, обратить внимание посторонних на речевой дефект, не суметь выразить мысль вследствие судорожных запинок и т.д.

Именно в этом возрасте у заикающихся с невротической формой патологии речи начинает ярко проявляться патологическая личностная реакция на речевое нарушение. Формируется стойкая логофобия - боязнь речевого общения с навязчивым ожиданием речевых неудач. В таких случаях образуется своеобразный порочный круг, когда судорожные запинки в речи обусловливают сильные эмоциональные реакции отрицательного знака, способствующие, в свою очередь, усилению речевых нарушений.

Постепенно одни подростки с невротической формой заикания начинают избегать речевых нагрузок, резко ограничивают речевые контакты (пассивная форма компенсации), другие, напротив, становятся агрессивными, навязчивыми в общении (явление гиперкомпенсации). В школе ситуация осложняется недостаточной степенью знания учебного материала, чувством неуверенности в своих силах, ожиданием неудачи или неприятности, непринятием со стороны соучеников. Все это часто приводит к тому, что подростки просят учителей опрашивать их либо письменно, либо после уроков.

С возрастом логофобия в части случаев приобретает особо значимое место в общей клинической картине невротической формы заикания, носит навязчивый характер и возникает при одной мысли о необходимости речевого общения или при воспоминаниях о речевых неудачах в прошлом. В этом состоянии заикающиеся часто произносят не то, что им хотелось бы сказать, а лишь то, что легче произнести.

Выраженность логофобии может быть непропорциональна тяжести речевых судорог. Нередко при слабом, а иногда едва заметном для окружающих речевом дефекте, страх речи может быть ярко выраженным. Отличительной особенностью данной группы заикающихся является то, что в спокойном состоянии, при отвлечении внимания от процесса артикуляции (например, при большой заинтересованности темой разговора), а также наедине с собой речь у них осуществляется свободнее, часто совершенно лишена судорожных запинок. Значительное улучшение экспрессивной речи наблюдается у таких лиц в процессе логоритмических занятий, аутогенной тренировки, под влиянием психотерапии, гипноза. Таким образом, для невротической формы заикания характерны следующие особенности:

. Заикание может появиться в возрасте от 2-х до 6-ти лет.

. Наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения.

. Преимущественно психогенное начало речевой патологии (психическая острая или хроническая травматизация).

. Большая зависимость степени судорожных запинок от эмоционального состояния, заикающегося и условий речевого общения.

. Возможность плавной речи при определенных условиях (речь наедине с собой, в условиях эмоционального комфорта, при отвлечении активного внимания от процесса говорения и пр.). Клиническая и психолого-педагогическая характеристики заикающихся с неврозоподобной формой речевой патологии

Неврозоподобная форма заикания чаще всего начинается у детей в возрасте 3-4 года постепенно, без видимых внешних причин.

При неврозоподобной форме заикания в анамнезе зачастую отмечаются тяжелые токсикозы беременности с явлениями угрожающего выкидыша, асфиксия в родах и пр. В грудном возрасте такие дети беспокойны, крикливы, плохо спят. Их физическое развитие проходит в пределах низкой возрастной нормы либо с небольшой задержкой. Они отличаются от здоровых детей плохой координацией движений, моторной неловкостью, поведение характеризуется расторможенностью, возбудимостью. Они плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте.

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

Особенно ярко отличие от нормы выступает в речевом развитии. Так, первые слова нередко появляются лишь к 1,5 годам, элементарная фразовая речь формируется к 3-м годам, развернутые фразы отмечаются лишь к 3,5 годам жизни. Наряду с задержкой развития речи имеются нарушения произношения многих, звуков, медленное накопление словарного запаса, позднее и неполное освоение грамматического строя речи. Начало заикания совпадает с периодом формирования фразовой речи, т.е. с возрастом 3-4 года.

В начальном периоде заикания, который продолжается от 1 до 6 месяцев, заикание протекает как бы волнообразно, то, несколько смягчаясь, то, утяжеляясь, однако периодов, свободных от судорожных запинок речи, обычно не наблюдается. При отсутствии логопедической помощи речевое нарушение постепенно утяжеляется. Заикание быстро "обрастает" обильными сопутствующими движениями и эмболофразией.

Для данной формы заикания типичны относительная монотонность и стабильность проявлений речевого дефекта. Судорожные запинки усиливаются при физическом и психическом утомлении детей, в период соматических заболеваний, но обычно мало зависят от внешних ситуационных факторов.

При обследовании моторики у детей с неврозоподобной формой заикания обращает на себя внимание патология моторных функций, выраженная в разной степени: от недостаточности координации и подвижности органов речевой артикуляции до нарушения статической и динамической координации рук и ног.

Мышечный тонус при этой форме заикания неустойчив, движения напряженные и несоразмерные. Имеются нарушения координации движений рук и ног, тонкой моторики рук, артикуляционной моторики. Наиболее выраженные нарушения отмечаются в мимической, артикуляционной и тонкой моторике рук. При неврозоподобной форме заикания особенно страдает динамический праксис. Заикающиеся с трудом запоминают последовательность движений, с трудом переключаются с одной серии движений на другую. Большая часть заикающихся этой группы с трудом воспроизводит и удерживает в памяти заданный темп и ритм. Как правило, у них плохо развивается музыкальный слух.

Большинство заикающихся этой группы двигательные ошибки не исправляют самостоятельно. Словесная инструкция по двигательным задачам является недостаточной, при обучении необходимы наглядные образцы.

Клиническое обследование таких детей свидетельствует, как правило, о нерезко выраженном органическом поражении мозга резидуального характера, причем помимо общемозговых синдромов (церебрастенический, гипердинамический синдромы и пр.), у них обнаруживаются остаточные явления поражения моторных систем мозга.

При логопедическом обследовании обнаруживается обычно нормальное строение речевого аппарата. Все движения органов артикуляции характеризуются некоторой ограниченностью, нередко отмечается малоподвижность нижней челюсти, 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.

Отличается от нормы и организация просодической стороны речи: темп речи либо ускорен, либо резко замедлен, голос мало модулированный.

Как правило, наблюдается резкое нарушение речевого дыхания: слова произносятся во время вдоха или в момент полного выдоха.

У всех детей с неврозоподобной формой заикания обнаруживается корреляция отклонений от нормы в психомоторном и речевом развитии.

Для детей с легкой степенью отклонений в психомоторном и речевом развитии характерны некоторые затруднения в динамической координации всех движений (от общих до тонких артикуляционных). Лексико-грамматическая сторона речи не имеет существенных отклонений от нормы. Нарушение звукопроизношения носит, главным образом, фонетический характер (мёжзубной сигматизм, губно-зубное произношение и т.п.).

У детей со средней степенью отклонений в психомоторике и речи имеются нарушения статической и динамической координации движений (общих, тонких и артикуляционных). У таких детей отмечается некоторое отставание в формировании лексико-грамматического строя речи. Нарушение звукопроизношения носит фонетико-фонематический характер (велярное или увулярное произношение звука "р”, смешение шипящих и свистящих и т.п.).

У детей с тяжелой степенью отклонений в психомоторике и речи, наряду с расстройством статической и динамической координации движений, имеются различные нарушения двигательной сферы в целом. У таких детей отмечается недоразвитие речи, выраженное в разной степени (от фонетико-фонематического до общего недоразвития речи III уровня).

Психическое состояние детей с неврозоподобной формой заикания характеризуется повышенной возбудимостью, взрывчатостью, в одних случаях, и вялостью, пассивностью - в других. Внимание таких детей обычно неустойчиво, они не обнаруживают стойкого интереса к творческой игровой деятельности, нередко отмечается снижение познавательной активности. Несмотря на указанные особенности онтогенеза, психическое развитие большинства заикающихся с неврозоподобной формой происходит в пределах нормы. Они своевременно поступают в школу. В школе успевают средне, но, как правило, успешно ее заканчивают. Многие поступают в техникумы, институты.

В тех случаях, когда дети с неврозоподобной формой заикания получают своевременную (т.е. приближенную ко времени появления заикания) и достаточно длительную (т.е. в течение, как минимум, целого года) регулярную логопедическую помощь, то, как правило, такие дети не нуждаются в повторных курсах коррекционного воздействия. Их речь стабильно остается плавной. Катамнестические исследования свидетельствуют о том, что в этих случаях заикание не рецидивирует.

В тех случаях, когда своевременно и в полном объеме не оказывается логопедическая помощь, неврозоподобная форма заикания имеет склонность к прогредиентному течению. Для этих случаев характерно постепенное утяжеление заикания. Дети, не получившие своевременной логопедической помощи, с трудом обучаются в общеобразовательной школе. Именно эти заикающиеся нередко входят в число учащихся школ для детей с тяжелыми нарушениями речи. Они выбирают профессию, как правило, не связанную с речевой нагрузкой и редко заканчивают высшие учебные заведения.

У лиц с неврозоподобной формой заикания в возрасте 14-17 лет порой появляются личностные переживания в связи с дефектом речи. Они носят редуцированный характер и не имеют черт глубокого, эмоционально ярко окрашенного переживания своей речевой малоценности, как это бывает у подростков, страдающих невротической формой заикания.

Для подростков с неврозоподобной формой заикания наиболее характерно пассивное отношение к своему речевому дефекту. Они обращаются за помощью, как правило, по настоянию своих родных или близких знакомых. В процессе коррекционного воздействия заикающиеся этой группы недостаточно активны и инициативны.

При хроническом течении неврозоподобной формы заикания у подростков речь характеризуется нередко тяжелыми тоно-клоническими судорогами во всех отделах речевого аппарата. Как правило, отмечается резкое нарушение дыхания в процессе речи: длительная задержка, прерывистость, судорожность и т.д. Речь обычно сопровождается разнообразными движениями пальцев рук, притопыванием, кивательными движениями головы, покачиванием туловища и другими содружественными движениями, напоминающими гиперкинезы, т.е. насильственные сокращения мышц, не носящие маскирующего или эмоционально-выразительного характера. При тяжелой форме заикания речевое общение утомляет заикающихся подростков. Вскоре после начала беседы они начинают отвечать односложно, жаловаться на чувство физической "усталости до изнеможения”. Для психического состояния подростков характерны трудность адаптации к новым условиям, снижение памяти и внимания, истощаемость. Большинству из них занятия с логопедом приносят облегчение в речи, в тех случаях, если коррекционная педагогическая работа носит регулярный и длительный характер. Неврозоподобная форма заикания характеризуется тем, что речевые запинки проявляются в любой обстановке, как наедине с самим собой, так и в обществе. Активное внимание заикающихся к процессу говорения облегчает речь, запинок становится меньше. В то же время наблюдения показывают, что физическое утомление, продолжительное психическое напряжение, перенесение соматических заболеваний ухудшают качество речи. Таким образом, для неврозоподобной формы заикания характерно:

) судорожные запинки появляются у детей в возрасте 3-4 года;

) появление судорожных запинок совпадает с фазой развития фразовой речи;

) начало заикания постепенное вне связи с психотравмирующей ситуацией;

) отсутствие периодов плавной речи и малая зависимость качества речи от речевой ситуации;

) привлечение активного внимания заикающихся к процессу говорения облегчает речь;

) физическое или психическое утомление, соматическая ослабленность ухудшают качество речи.

Довольно часто в практике встречаются заикающиеся, клиническая картина речевой патологии, которых бывает смешанной. Так, реактивное психогенное начало заикания может наблюдаться и у детей с органической неполноценностью мозга. В таких случаях на фоне задержки психомоторного и речевого развития, несовершенства звукопроизносительной стороны речи бывает достаточно "незначительного" психогенного воздействия, чтобы нарушилась хрупкая координация речедвигательного акта и появились бы судорожные запинки. Такое невротическое по своему происхождению заикание имеет сложную клиническую картину, в которой сочетаются симптомы разных уровней поражения деятельности центральной нервной системы функционального и органического. В других случаях неврозоподобная форма заикания может осложняться целым комплексом вторичных невротических реакций, связанных с особенностями личностного реагирования на речевой дефект, что "маскирует" истинную природу речевой патологии. Такие формы речевой патологии являются смешанными и труднее поддаются коррекционным воздействиям

С названных позиций психологическая модель возникновения и развития 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 неосознанные, 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 говорить свободно (двигать языком, губами и т.д.).

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 не только совокупность его кинестетических, тактильных, слуховых, зрительных ощущений этих запинок, но и осознание, что они проявляются в определенных случаях речевой деятельности (в начале фраз, на определенных звуках или в сочетаниях 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, жалостливое, 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. Представление (как образ, хранящийся в памяти) складывается 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.

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 психический 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.

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.

Воображение, рассматриваемое как форма мышления, это создание в процессе мышления новых образов на основе прошлых восприятий и имеющихся понятий. Если восприятия - 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 себе как носителе 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. 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 и много одаренных людей. И в то же время, самостоятельные попытки преодолеть свои речевые трудности приводят. 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 неудовлетворенности 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 средства 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.

# ***.2 Психологическая характеристика детей дошкольников 5-6 лет и подросткового возраста***

Психологическая модель возникновения и развития 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 неосознанные, 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 говорить свободно (двигать языком, губами и т.д.). В понятие целостности восприятия заикающимся своих речевых запинок должна быть включена не только совокупность его кинестетических, тактильных, слуховых, зрительных ощущений этих запинок, но и осознание, что они проявляются в определенных случаях речевой деятельности (в начале фраз, на определенных звуках или в сочетаниях 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, жалостливое, 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. Представление (как образ, хранящийся в памяти) складывается 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. 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 психический 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. 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. Воображение, рассматриваемое как форма мышления, это создание в процессе мышления новых образов на основе прошлых восприятий и имеющихся понятий. Если восприятия - 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 себе как носителе 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. 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 и много 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. 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 неудовлетворенности 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 средства 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. Воссоздание психологической модели фиксированности заикающихся на дефекте позволяет увидеть ее развитие в определенной нарастающей последовательности сначала на уровне психических процессов: от первых ощущений и эмоционального реагирования на свои речевые запинки к целостному осознанному восприятию и образованию представлений, понятий, запоминающихся картин с случаев своей трудной речи и связанных с этим неприятностей, развитие картин воображаемых трудностей с предвидением и ожиданием пароксизмов заикания. Одновременно от первого непроизвольного эмоционального реагирования на свой дефект у заикающихся детей постепенно формируется свое отношение к нему, связанное с эмоциональными переживаниями и отражаемое в волевых усилиях (действиях и поступках) в самостоятельной и безуспешной борьбе с заиканием. В зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий, в которых растет и воспитывается ребенок, названные психические явления могут в разной степени или проявляться кратковременно или закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя в целом уже психологические особенности заикающихся. Таким образом, фиксированность на своем дефекте можно считать основополагающим фактором, определяющим характер и сложность психологических особенностей заикающихся и тем самым, входящим в сложную структуру этого речевого расстройства.

Такое понимание модели развития у заикающихся феномена фиксированности на своем дефекте согласуется с постулатами философской теории отражения, и, следовательно, понятие феномена фиксированности можно определить так: это есть отражение объективно существующего речевого дефекта (речевых запинок) во всей психической деятельности заикающегося человека. Это результат процессов получения и переработки информации о речевых трудностях (или помехах) и связанных с ними неприятностях, трансформированных в психических процессах, состояниях и свойствах личности заикающегося и проявляющихся в его взаимодействии с окружающей социальной средой. Положительные результаты логопедической работы с заикающимися закономерно находятся в обратной зависимости от сложности их фиксированности на своем дефекте (чем больше фиксированность, тем ниже результат). Именно разная степень этой фиксированности (а не стаж заикания, не наличие второго речевого дефекта и не тяжесть моторных нарушений сами по себе) определяет, прежде всего, разные результаты логопедической работы…

Исходя из сделанных наблюдений, можно полагать, что степень тяжести заикания у детей адекватна степени их фиксированности на своем дефекте.

# ***1.3 Физиологическая симптоматика заикания***

К физиологическим симптомам относятся:

речевые судороги, нарушения ЦНС и физического здоровья, общей и речевой моторики. Основным внешним физиологическим симптомом заикания являются судороги в процессе речевого акта. Их длительность в средних случаях колеблется в пределах от 0,2 секунд до 12,6 секунд. В тяжелых случаях достигают 90 секунд. Судороги различаются по форме (тонические, клонические и смешанные), по локализации (дыхательные, голосовые, артикуляционные и смешанные) и по частоте. При тонических судорогах наблюдается короткое толчкообразное или длительное спазматическое сокращение мышц - тонус: "тополь"

(черта после буквы обозначает судорожно-затянутое произношение соответствующего звука). При клонических судорогах наблюдается ритмическое, с менее резко выраженным напряжением повторение одних и тех же судорожных движений мышц - клонус: "то-то-тополь". Такими судорогами обычно поражается весь дыхательно-голосо-артикуляционный аппарат, так как его функция управляется целостно работающей центральной нервной системой и он, следовательно, в процессе речи работает как нерасчленимое целое (функциональная система).

В зависимости от преобладания в тех или иных органах речи судороги делят на: дыхательные, голосовые и артикуляционные.

Отмечаются три формы нарушения дыхания при заикании:

экспираторная форма (судорожный выдох),

инспираторная форма (судорожный вдох, иногда со всхлипыванием),

респираторная форма (судорожные вдох и выдох, нередко с разрывом слова).

Судороги в голосовом аппарате характеризуются следующим образом:

смыкательная (судорожно сомкнутые голосовые складки не могут своевременно разомкнуться - голос внезапно прерывается, или же образуется клоническая или затяжная судорога - получается блеющий прерывающийся ("А-а-аня") или толчкообразный гласный звук ("а. а. а. ");

размыкательная (голосовая щель остается открытой - при этом наблюдается полное безмолвие или шепотная речь);

вокальная, свойственная детям (впервые выделена И.А. Сикорским). Дети протягивают гласные в словах.

В артикуляционном аппарате различаются судороги:

губные,

язычные,

мягкого нёба.

Чаще и резче они проявляются при произнесении согласных взрывных звуков (к, г, п, б, т. д); реже и менее напряженно - щелевых. На звонких, как более координационно-сложных, судороги проявляются чаще, чем на глухих, особенно при их сочетании с гласными, а также в начале слова, возглавляющего фразу, синтагму или абзац.

# ***1.4 Нарушение речевой деятельности при заикании***

Заикание существует во всех культурах и цивилизациях. Наиболее характерным симптомом нарушений речи при заикании является патологическая мышечная активность в виде тиков, миоклонусов и судорог, охватывающих мышцы, принимающие участие в образовании речи. Некоторые исследователи обнаружили спонтанное несвоевременное открывание и закрывание фаринголарингеальной полости, сопровождающих заикание, ощутимые движения истинных и ложных голосовых складок в момент заикания и разнообразные движения глотки. Кроме этого, во время речи заикающиеся демонстрируют нарушение нормальной координации речевых мышц, высокий уровень мышечного тонуса и специфический паттерн одновременного сокращения антагонистических мышечных пар. Причинами патологической мышечной активности являются не периферические изменения, а нарушение центральной регуляции мышечных движений. Многочисленные исследования обнаружили при регистрации ЭЭГ наличие признаков патологической пароксизмальной активности в центральной нервной системе заикающихся. При возникновении заикания у ребенка до появления запинок в речи уже формируются, но еще не автоматизируются артикуляторно-дыхательные механизмы речеобразования. Вероятно, вследствие различных вредностей (наиболее частая причина - эмоциональный стресс) происходит изменение взаимоотношений различных уровней функциональной системы речи, ведущей к рассогласованию их деятельности и к подаче извращенного сигнала к действию на артикуляторные мышцы, внешним проявлением чего является заикание.

Согласно этому представлению, запинки в речи, благодаря обратной афферентации (кинестетической и слуховой), сообщающей действительные параметры результата действия, с возрастом перестраивают всю функциональную систему экспрессивной речи: возбуждается система ориентировочного рефлекса, посылаются дополнительные импульсы к моторным центрам речи, непосредственно не связанные с речевой деятельностью. Клиническим выражением этих процессов являются сопутствующие речи движения мимической и скелетной мускулатуры. Постепенно формируются патологически усиленные обстановочные афферентации.

В проявлениях заикания характерными являются также различные нарушения речевой и общей моторики, которые могут быть насильственными (речевые судороги, тики, миоклонусы в мышцах лица, шеи) и произвольными уловками. К уловкам относятся вспомогательные движения, к которым прибегают заикающиеся, чтобы замаскировать или облегчить свою трудную речь.

Отмечается общее моторное напряжение, скованность движений или двигательное беспокойство, расторможенность, дискоординация или вялость, переключаемость и пр.

Еще в начале XX в.Э. Фрешельс подчеркивал, что "специфической основой заикания" является то психическое состояние, на основании которого возникает "сознание расстройства речи".

Н.И. Жинкин, рассматривая заикание как расстройство речевой саморегулировки, отмечает, что чем больше возрастает опасение за исход речи и чем в большей мере произнесение оценивается 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.

# ***Выводы***

Заикание представляет собой особую форму нарушения общения, в основе которого лежит функциональное расстройство речедвигательного механизма. Данное расстройство провоцируется и закрепляется дисгармоничными отношениями в семье и, в частности, неадекватным отношением к самому речевому дефекту. Невротическая составляющая синдрома заикания представляет собой надстройку над ядром основного заболевания и определяется как вторичный невроз заикания (И.Ю. Абелева). Здесь особо следует подчеркнуть, что заикание - это, прежде всего нарушение общения, где "ортопедическая" сторона (собственно дефект речи) порой значительно меньше психологической. Подтверждением тому служит описание многими авторами целого ряда личностных расстройств данного контингента пациентов (Н.М. Асатиани, Ж.М. Глозман, БД. Карвасарский, В.Н. Мясищев, В.М. Шкловский и др.).

заикание эмоциональный познавательный волевой

# ***Глава 2. Сравнительный анализ познавательной и эмоционально-волевой сферы у заикающихся детей***

# ***2.1 Особенности нарушений познавательной и эмоционально-волевой сферы у дошкольников с заиканием***

В дошкольном возрасте наличие заикания, как правило, не оказывает заметного влияния на социальное поведение детей. Их контакты с ровесниками и взрослыми лицами остаются практически обычными.

У многих детей с невротической формой заикания, несмотря на благоприятное его течение и глубокую ремиссию, в 7 лет наблюдается рецидив заикания при поступлении в школу. Рецидиву заикания в это время способствует как увеличение эмоциональной и физической нагрузки, так повышение психической и речевой напряженности. В настоящее время, в результате изучения, заикающихся делят на три группы. Каждая из групп характеризуется с точки зрения особенностей моторики, эмоционально-волевой сферы, в частности и отношения к своему речевому дефекту. Очень интересно, что с этими данными каждой из групп сочетаются и непосредственные результаты проведенной с ними работы, а также и устойчивость их после окончания лечения.

Первая группа заикающихся дошкольного возраста - это дети с обычным темпом движений, для них характерны свободные, спокойные, плавные, хорошо координированные движения Внимание активное Они некритичны к своей речи, не обращают внимания на свой речевой дефект, считают, что говорят как все.

В коллективе чувствуют себя свободно, уверенно. Но при переходе к школьному возрасту начинают контролировать свою речь, сравнивать ее с речью сверстников. В привычной обстановке их движения плавны, свободны, в необычной, новой обстановке они становятся угловатыми, напряженными. Эти дети хорошо и активно включаются в логопедические занятия, быстро начинают хорошо говорить.

Вторая группа заикающихся дошкольного возраста - это дети с быстрым темпом движений, движения беспорядочные, отмечается двигательное беспокойство. Движения под счет не удаются, они неточные, часто не доводятся до конца. Дети суетливы, болтливы, часто не заканчивают слов, речь неясная. Темп речи быстрый, говорят обычно тихо, нет четкой артикуляции звуков. У некоторых детей выражен страх речи. Обычно они плохо вступают в контакт, на вопросы отвечают кивком головы или односложно. Ярко выражены эмоциональные реакции. Часто наблюдаются сопутствующие движения как произвольного, так и насильственного характера. После лечения и логопедических занятий становятся спокойнее, начинают следить за своей речью. Темп речи выравнивается, заикание слабо выражено (запинки появляются только при сильном волнении).

Третья группа заикающихся дошкольного возраста характеризуется следующим образом. Это дети с медленным темпом движений, движения вялые, нерешительные, отстают от счета и от музыки. На коллективных занятиях малоактивны, а индивидуально выполнять занятия отказываются. Речь медленная, монотонная. С остановками. Голос тихий, дыхание короткое, артикуляция звуков вялая. Походка медленная. В играх малоактивны.

После проведенного лечения и занятий становятся более активными, собранными. Дыхание становится более глубоким, выдох более продолжительным. Иногда остаются редкие запинки.

Особенно ярко отличие от нормы выступает в речевом развитии. Так, первые слова нередко появляются лишь к 1,5 годам, элементарная фразовая речь формируется к 3-м годам, развернутые фразы отмечаются лишь к 3,5 годам жизни. Наряду с задержкой развития речи имеются нарушения произношения многих, звуков, медленное накопление словарного запаса, позднее и неполное освоение грамматического строя речи. Начало заикания совпадает с периодом формирования фразовой речи, т.е. с возрастом 3-4 года.

В начальном периоде заикания, который продолжается от 1 до 6 месяцев, заикание протекает как бы волнообразно, то несколько смягчаясь, то утяжеляясь, однако периодов, свободных от судорожных запинок речи, обычно не наблюдается. При отсутствии логопедической помощи речевое нарушение постепенно утяжеляется. Заикание быстро "обрастает" обильными сопутствующими движениями и эмболофразией.

Для данной формы заикания типичны относительная монотонность и стабильность проявлений речевого дефекта. Судорожные запинки усиливаются при физическом и психическом утомлении детей, в период соматических заболеваний, но обычно мало зависят от внешних ситуационных факторов.

При обследовании моторики у детей с неврозоподобной формой заикания обращает на себя внимание патология моторных функций, выраженная в разной степени: от недостаточности координации и подвижности органов речевой артикуляции до нарушения статической и динамической координации рук и ног.

Мышечный тонус при этой форме заикания неустойчив, движения напряженные и несоразмерные. Имеются нарушения координации движений рук и ног, тонкой моторики рук, артикуляционной моторики. Наиболее выраженные нарушения отмечаются в мимической, артикуляционной и тонкой моторике рук. При неврозоподобной форме заикания особенно страдает динамический праксис. Заикающиеся с трудом запоминают последовательность движений, с трудом переключаются с одной серии движений на другую. Большая часть заикающихся этой группы с трудом воспроизводит и удерживает в памяти заданный темп и ритм. Как правило, у них плохо развивается музыкальный слух.

Большинство заикающихся этой группы двигательные ошибки не исправляют самостоятельно. Словесная инструкция по двигательным задачам является недостаточной, при обучении необходимы наглядные образцы.

Психическое состояние детей с неврозоподобной формой заикания характеризуется повышенной возбудимостью, взрывчатостью, в одних случаях, и вялостью, пассивностью - в других. Внимание таких детей обычно неустойчиво, они не обнаруживают стойкого интереса к творческой игровой деятельности, нередко отмечается снижение познавательной активности.

В дошкольном возрасте наличие заикания, как правило, не оказывает заметного влияния на социальное поведение детей. Их контакты с ровесниками и взрослыми лицами остаются практически обычными.

Невротическая форма заикания может иметь как благоприятное, так и неблагоприятное (прогредиентное и рецидивирующее) течение. При благоприятном течении выраженность заикания не бывает тяжелой. Изменение окружающей обстановки в лучшую сторону, общее оздоровление организма ребенка, адекватные лечебно-педагогические мероприятия способствуют достаточно быстрой обратной динамике речевого нарушения.

Нередко заикание постепенно приобретает хроническое течение, при котором в дальнейшем полных и длительных ремиссий уже не наблюдается, и речевое нарушение становится все более тяжелым.

В случаях неблагоприятного течения заикания чаще имеет место наследственная отягощенность заиканием и патологическими чертами характера. В семьях детей, у которых имеется неблагоприятное течение заикания, бытуют нередко неправильные формы воспитания, способствующие хронификации речевой патологии.

У детей с неблагоприятным течением заикания в 6-7 лет может наблюдаться уже ситуационная зависимость в проявлении частоты и тяжести судорожных запинок, снижение речевой активности в новой обстановке или при общении с незнакомыми лицами.

При обследовании детей дошкольного возраста при невротической форме заикания чаще всего обнаруживается нормальное развитие общей моторики. Общие движения как у детей, так и у взрослых достаточно грациозны и пластичны. Они хорошо переключаются с одного движения на другое, чувство ритма развито достаточно высоко. Они легко вступают в ритм музыки и переключаются с одного ритма на другой. Двигательные ошибки могут исправлять самостоятельно. Для правильного выполнения большинства двигательных заданий бывает достаточно словесной инструкции. Движения рук и ног хорошо координированы. Тонкая моторика рук развивается в соответствии с возрастом. Жесты, мимика и пантомимика эмоционально окрашены. В то же время, по сравнению с нормой, для всех заикающихся этой группы характерно недоведение элементов движения до конца, некоторая их вялость, повышенная двигательная утомляемость, у части заикающихся отмечается незначительный тремор пальцев рук. В процессе логоритмических занятий заикающиеся этой группы легко сочетают движения под музыку с речью вслух, что благотворно воздействует на качество их речи.

Звукопроизношение у детей с невротической формой заикания либо не имеет нарушений, либо в соответствии с возрастными особенностями носит черты функциональной дислалии. Темп речи обычно быстрый, голос достаточно модулирован.

У таких детей имеется тесная ситуационная зависимость тяжести заикания. Следует также особо подчеркнуть, что в состоянии эмоционального комфорта, в процессе игры или наедине с собой речь у них обычно свободна от судорожных запинок. У многих детей с невротической формой заикания, несмотря на благоприятное его течение и глубокую ремиссию, в 7 лет наблюдается рецидив заикания при поступлении в школу. Рецидиву заикания в это время способствует как увеличение эмоциональной и физической нагрузки, так повышение психической и речевой напряженности.

# ***2.2 Проявление нарушений познавательной и эмоционально-волевой сферы у подростков с заиканием***

В подростковом возрасте чаще всего встречается неврозоподобный логосиндром. Такие подростки повышенно и легко ранимы, для них важно то, как о них думают окружающие люди, они нерешительны, неуверенны, впечатлительны, самооценка у таких подростков занижена; следствием заикания может быть эмоциональная неустойчивость. Эти наслоения усиливают у подростков чувство своей неполноценности и желание выздороветь. Таким образом, рассматривая заикание, как часть сложного медико-психологического образования, включающего не только речевую патологию, но и личностные нарушения, можно понять взаимосвязь заикания с другими симптомами. Также, существуют трудности и в учебной деятельности, одна из ее особенностей - неустойчивость. Внешние проявления неустойчивости деятельности могут быть обусловлены различными моментами. Это может быть импульсивность и слабая организованность работы, вследствие неумения анализировать образец, инструкцию, предварительно обдумывать свою деятельность, планировать последовательное выполнение всех ее этапов. Это может быть отвлекаемость и неумение проявить волевое усилие для преодоления встречающихся в процессе деятельности трудностей. Наконец, может иметь место сбой деятельности вследствие низкого эмоциональной устойчивости и действием истощающих и побочных отвлекающих раздражителей, а также явление нерешительности, растерянности из-за неполного восприятия образца, инструкции. Все эти характеристики служат основанием для развития тревоги и тревожности, которая еще более осложняет заболевание. Нужно отметить недостаточность источников по проблеме эмоциональных нарушений и заикающихся подростков, в результате чего объясняется неполнота анализируемой литературы. Таким образом, заикающиеся подростки испытывают эмоциональное напряжение или тревожность в таких видах деятельности, как общение и учеба, которая также предполагает коммуникативную активность. Тревожность - как свойство личности возникает у таких подростков вследствие, во - первых знания о своем дефекте, во - вторых из-за страха речи (логофобия), в - третьих, из-за того, что они знают, что они не такие как все, что сам дефект служит основанием отделять их от нормальных детей. Из-за неуверенности, низкой самооценки, высокой впечатлительности и ранимости, тревога переходит в тревожность, и становиться неотъемлемой частью личности.

Как известно, многие школьники свободное время проводят за компьютером, телевизором. Всё это усиливает их раздражительность, рассеянность, психическое переутомление. Они часто не могут самостоятельно своими мыслями, особенно тогда, когда с ними говорят на повышенных тонах. Переживания усиливаются насмешками одноклассников над речью.

В ряде случаев у заикающихся школьников не складываются отношения в семье. Родители часто ошибаются в оценке способностей своих детей и не осознают влияния речевого дефекта на самочувствие и успеваемость в школе. В школе иногда учителя акцентируют внимание на речи ребёнка, непонимая, что тем самым наносят непоправимый вред психики заикающегося подростка.

Всё это обуславливает развитие отрицательных сторон психики подростка. Он становится молчаливым, неуверенны в себе. У него проявляются мысли о собственной ущербности, неполноценности. Заикание нередко парализует его волю и желание учиться.

У многих заикающихся подростков ослаблено целенаправленное, произвольное внимание. Постоянные волнения, преобладание возбуждения над торможением, двигательное беспокойство мешают сосредоточиться на восприятии материала и выполнении заданий на уроках, на предмете разговора с собеседниками. Такие школьники неточно формулируют свои мысли, говорят отрывисто, усечёнными фразами, многократно повторяя лишние слова и слоги.

У них часто нарушается эмоционально-волевая сфера. Они постоянно находятся во власти отрицательных эмоций, порой становятся плаксивыми, раздражительными, а иногда и агрессивными.

Частая смена настроений, страх речи усугубляется неадекватным отношением к себе окружающих. Многие подростки испытывают постоянный внутренний конфликт из-за преувеличенного представления о своих возможностях и способностях.

Некоторые заикающиеся из-за своего дефекта не могут общаться не только со взрослыми, но и со сверстниками. Большинство заикающихся подростков находятся в состоянии стресса, испытывают чувство тревоги, что усиливает внешние проявления заикания.

Отмечаются колебания в речи пациентов: усилении заикания в момент актуального речевого общения и спонтанном; прекращении вне его, в отсутствие коммуникативного партнера (исключая случаи неврозоподобного заикания, утяжеленные выраженной неврологической симптоматикой). В отечественной литературе, посвященной этой форме логопатии, утвердилась концепция о сугубо коммуникативном характере заикания, часто приводящем заикающихся к глубокому нарушению процесса коммуникации в ряде звеньев: эмоциональном (появление логофобии), когнитивном (в искажении понимания и оценки коммуникативной ситуации и представления о себе самом как субъекте общения) и поведенческом (избегание ряда ситуаций, сужение круга контактов).

Заикание представляет собой особую форму невротического нарушения общения, в основе которого лежит функциональное расстройство речедвигательного механизма. Данное расстройство провоцируется и закрепляется дисгармоничными отношениями в семье и, в частности, неадекватным отношением к самому речевому дефекту. Невротическая составляющая синдрома заикания представляет собой надстройку над ядром основного заболевания и определяется как вторичный невроз заикания (И.Ю. Абелева). Здесь особо следует подчеркнуть, что заикание - это прежде всего нарушение общения, где "ортопедическая" сторона (собственно дефект речи) порой значительно меньше психологической. Подтверждением тому служит описание многими авторами целого ряда личностных расстройств данного контингента пациентов (Н.М. Асатиани, Ж.М. Глозман, БД. Карвасарский, В.Н. Мясищев, В.М. Шкловский и др.). Особый интерес представляют исследования мотивационной сферы заикающихся. Так, Н.Н. Станишевская (71), экспериментально доказала, что мыслительная деятельность данных пациентов характеризуется неустойчивостью мотивации, включением в задание дополнительных самоинструкций, касающихся собственно построения фразы по облегченному варианту; неустойчивостью характеризуется также внимание, что позволяет предположить наличие невротической дезорганизации интеллекта, сочетающееся с недостаточным контролем эмоций. Данные тестов также показали, что заикающимся свойственна особая дезорганизация личности, проявляющаяся в недостаточной способности к самоактуализации, самовыражению, а также характеризующаяся торможением творческой продуктивности и активности личности в целом. Стержневым звеном такой дезорганизации выступают особенности мотивационной сферы заикающихся, где на первый план выступает сверхценное отношение к дефекту речи, "закрученность" основных мотивов на него. Ведущей формой протекания диалога, как было показано выше, является непосредственное общение, в котором решающую роль играет устная речь. Логично предположить, что нарушения устной речи значимо изменяют всю ситуацию общения. Но стоит отметить, что, как ни парадоксально, нарушения речи не сказываются непосредственно на диалоге, поскольку сама ситуация диалогического общения предполагает значительное абстрагирование от подобного рода недостатка: позиция децентрации "страхует" обладателя искаженной речи от неадекватного восприятия со стороны собеседника - дефект речи естественным образом просто не замечается партнером по диалогу (как и любой другой дефект, поскольку общение идет на личностно-сущностном уровне). Основное, что страдает - это начальные контакты и всевозможные виды формального и зачастую делового общения, при которых именно формальные признаки (внешность, статус, физические особенности) имеют ведущее значение. К сожалению, многие люди большую часть своего времени проводят в рамках именно формального общения, а диалог - малодоступная "роскошь".

Что касается мотивационно-психологических особенностей общения заикающихся, то, как показывают исследования, у них страдает не только вербальное (речевое), но и невербальное общение, нет согласованности между этими уровнями, так что при "выключении" речи в абсолютном большинстве случаев общение не может быть скомпенсировано невербальными средствами. Кроме того, у больных нарушается не только способность самовыражения, передачи коммуникативной и метакоммуникативной информации, но и способность восприятия информации от других лиц. Эти данные согласуются и с результатами исследований Л.М. Кроля и Е.В. Михайловой (30, 44), в ходе которых было выяснено, что потребность в общении подменяется у заикающихся, потребностью в монологической речи. Эти больные, как оказывается, обладают очень низкой коммуникативной компетенцией: не осознают роли невербального поведения, у них отсутствует установка на партнера, им зачастую не знакомо ощущение "коммуникативного удовольствия", они не понимают сути диалога (удачное общение описывается ими как возможность "воздействовать", "влиять" на собеседника, "отстоять свое мнение", "показать себя" и тому подобное), мимика и пантомимика отражают, как правило, не реакцию на партнера по общению, а собственные ощущения, связанные с речевыми трудностями, то есть носят аутокоммуникативный характер. Не случайно поэтому таким стойким является стереотип представлений заикающихся о лечении, как о работе только с речью, и пассивная позиция в отношении возможной работы с процессом коммуникации, само понятие группы воспринимается ими не как групповое взаимодействие, а как соприсутствие многих людей, каждый из которых занят своим делом.

Как показывают исследования Ж.М. Глозман, Ю.Б. Некрасовой, неудачные многочисленные попытки вылечиться приводят взрослых пациентов к усугублению ряда их негативных личностных особенностей:

а) изменение потребностно-мотивационнной сферы (пессимизм, неверие в возможность купирования заикания); б) нарушение эмоционально-волевой сферы (развитие вторичного невроза заикания, при котором "страх речи" становится навязчивым и возникает при одной мысли о речевом общении); в) формирование пассивно-оборонительного поведения (избегание ряда психотравмирующих ситуаций, во многих случаях - агрессия); г) изменение когнитивной сферы (искаженное представление о себе как о субъекте общения; тенденция избирательного и неадекватного поведения; длительное переживание и интерпретация любого состояния, связанного с речевым общением; объяснение своей интерперсональной проблемы исходя из факта наличия заикания, а не из своих личностных особенностей).

# ***Выводы***

Особый интерес представляют исследования мотивационной сферы заикающихся. Так, Н.Н. Станишевская, экспериментально доказала, что мыслительная деятельность данных пациентов характеризуется неустойчивостью мотивации, включением в задание дополнительных самоинструкций, касающихся собственно построения фразы по облегченному варианту; неустойчивостью характеризуется также внимание, что позволяет предположить наличие невротической дезорганизации интеллекта, сочетающееся с недостаточным контролем эмоций. Данные тестов также показали, что заикающимся свойственна особая дезорганизация личности, проявляющаяся в недостаточной способности к самоактуализации, самовыражению, а также характеризующаяся торможением творческой продуктивности и активности личности в целом. Стержневым звеном такой дезорганизации выступают особенности мотивационной сферы заикающихся, где на первый план выступает сверхценное отношение к дефекту речи, "закрученность" основных мотивов на него. Специалисты отделяют невротическое заикание от неврозоподобного (когда пациенты в этиологии и патогенезе речи имеют органические нарушения). Но личностная составляющая синдрома заикания у взрослых и подростков представлена как надстройка над ядром основного заболевания и определяется как вторичный невроз заикания. И если в ходе развития организма пациента органические нарушения могут быть сглажены, то невротическая составляющая может быть усилена. Поэтому, как показывает практика, повышение психического тонуса, снятие фрустрирующих факторов при лечении больных с органическими поражениями, хотя сами по себе и не излечивают дефекты полностью, но дают существенные позитивные сдвиги и результаты. Поэтому в логопсихотерапевтическую группу принимаются все пациенты после консультативного приема и общего знакомства с методикой лечебного перевоспитания, изъявившие желание включиться в длительное диагностическое обследование и успешно прошедшие пропедевтический этап, то есть выполнившие все предложенные диагностические задания.

# ***Заключение***

Логично предположить, что нарушения устной речи значимо изменяют всю ситуацию общения. Но стоит отметить, что, как ни парадоксально, нарушения речи не сказываются непосредственно на диалоге, поскольку сама ситуация диалогического общения предполагает значительное абстрагирование от подобного рода недостатка: позиция децентрации "страхует" обладателя искаженной речи от неадекватного восприятия со стороны собеседника - дефект речи естественным образом просто не замечается партнером по диалогу (как и любой другой дефект, поскольку общение идет на личностно-сущностном уровне). Основное, что страдает - это начальные контакты и всевозможные виды формального и зачастую делового общения, при которых именно формальные признаки (внешность, статус, физические особенности) имеют ведущее значение. К сожалению, многие люди большую часть своего времени проводят в рамках именно формального общения, а диалог - малодоступная "роскошь". Что касается мотивационно-психологических особенностей общения заикающихся, то, как показывают исследования, у них страдает не только вербальное (речевое), но и невербальное общение, нет согласованности между этими уровнями, так что при "выключении" речи в абсолютном большинстве случаев общение не может быть скомпенсировано невербальными средствами. Кроме того, у больных нарушается не только способность самовыражения, передачи коммуникативной и метакоммуникативной информации, но и способность восприятия информации от других лиц. Эти данные согласуются и с результатами исследований Л.М. Кроля и Е.В. Михайловой в ходе которых было выяснено, что потребность в общении подменяется у заикающихся, потребностью в монологической речи. Эти больные, как, оказывается, обладают очень низкой коммуникативной компетенцией: не осознают роли невербального поведения, у них отсутствует установка на партнера, им зачастую не знакомо ощущение "коммуникативного удовольствия", они не понимают сути диалога (удачное общение описывается ими как возможность "воздействовать", "влиять" на собеседника, "отстоять свое мнение", "показать себя" и тому подобное), мимика и пантомимика отражают, как правило, не реакцию на партнера по общению, а собственные ощущения, связанные с речевыми трудностями, то есть носят аутокоммуникативный характер. Не случайно, поэтому таким стойким является стереотип представлений заикающихся о лечении, как о работе только с речью, и пассивная позиция в отношении возможной работы с процессом коммуникации, само понятие группы воспринимается ими не как групповое взаимодействие, а как соприсутствие многих людей, каждый из которых занят своим делом. Как показывают исследования Ж.М. Глозман, Ю.Б. Некрасовой, неудачные многочисленные попытки вылечиться приводят взрослых пациентов к усугублению ряда их негативных личностных особенностей:

а) изменение потребностно-мотивационнной сферы (пессимизм, неверие в возможность купирования заикания);

б) нарушение эмоционально-волевой сферы (развитие вторичного невроза заикания, при котором "страх речи" становится навязчивым и возникает при одной мысли о речевом общении);

в) формирование пассивно-оборонительного поведения (избегание ряда психотравмирующих ситуаций, во многих случаях - агрессия);

г) изменение когнитивной сферы (искаженное представление о себе как о субъекте общения; тенденция избирательного и неадекватного поведения; длительное переживание и интерпретация любого состояния, связанного с речевым общением; объяснение своей интерперсональной проблемы исходя из факта наличия заикания, а не из своих личностных особенностей). Таким образом, можно утверждать, что заикающимся разных возрастных групп свойственны определенные нарушения эмоционально-волевой сферы, познавательных процессов, а также не только вербальных, но и невербальных средств коммуникации, что в совокупности приводит к неполноценности процесса общения. Все это с необходимостью заставляет искать новые нетрадиционные формы лечения, комплексно подходя к решению патологии речи и личности заикающегося и включая в процесс социореабилитации членов его ближайшего окружения.

Связи с этим, можно считать, что поставленная цель Выявление различий познавательной и эмоционально-волевой сферы при различных формах заикания достигнута, задачи решены.

# ***Список литературы***

1. Абелева И.Ю. и др. В помощь взрослым заикающимся. - М., 1969.

. Асатиани Н. М, Заикание у взрослых // Заикание / Под ред. Н.А. Власовой, К.П. Беккера. - М., 1983. - С.180 - 221.

. Власова Н.А. Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. - М., 1959.

. Волкова Г.А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. - М., 1983.

. Воспитание и обучение детей с расстройствами речи / Под ред.С. С. Ляпидевского, В.И. Селиверстова. - М., 1968.

. Выгодская И.Г. и др. Устранение заикания у дошкольников в игре. - М., 1984.

. Заикание / Под ред. Н.А. Власовой, К.П. Беккера. - М., 1983.

. Ковшиков В.А. Специфика заикания при различных нервно-психических расстройствах // Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей. - Л., 1976

. Кащенко В.П. "Педагогическая коррекция." Издание 2-е - Москва 1994 г.

. "Заикание." (под редакцией М.А. Власовой, К.П. Беккера - Москва 1983 г.)

. "Основы теории и практики логопедии." (под ред. Р.Е. Левиной - 1968 г.

. "Расстройства речи у детей и подростков." (под ред. С.С. Ляпидевского - М 69)

. Основы теории и практики логопедии/Под ред. Р.Е. Левиной. - М., 1968.

. Обучение и воспитание заикающихся дошкольников. Программы для специальных дошкольных учреждений. - М., 1983.

. Расстройства речи у детей и подростков/Под ред. С.С. Ляпидевского. М.69

. Селиверстов В.И. Заикания у детей. - М., 1979.

. Селивёрстов В.И. "Заикание у детей, психокоррекционные и дидактические основы логопедических занятий. ” - М 1994 г.

. Хватцев М.Е. Логопедия. М., 1969.

. Хрестоматия по логопедии / Под ред.Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. - М., 1997. - Ч.I. - С.356-553.

. Чевелева Н.А. Исправление заикания у школьников в процессе обучения. М., 1978.

. Шкловский В.М. Психотерапия в комплексной системе лечения логоневрозов: / Под ред. В.Е. Рожнова. - М., 1974.

. Ястребова А.В. Коррекция заикания у учащихся обще образовательной школы. - М., 1980.