Содержание

Введение

Глава 1. Теоретические основы коррекции стороны речи у детей с заиканием

.1 Онтогенез формирования устной речи у дошкольников

.2 Психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с заиканием

.3 Особенности формирования стороны речи у детей дошкольного возраста с данной патологией

. Анализ методик изучения устной речи у детей дошкольного возраста с заиканием

.1 Теоретические основы изучения устной речи у детей дошкольного возраста

.2 Анализ методики преодоления заикания у дошкольников предложенная С. А. Мироновой и Л.З. Андроновой

.3 Анализ методики преодоления заикания у дошкольников предложенной Н. А. Чевелевой

. Психолог-педагогические основы коррекции заикания у детей дошкольного возраста с помощью куклотерапии

Заключение

Список литературы

# Введение

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

Но, по мнению большинства учёных, заикание - это не только расстройство речевой функции. В проявлениях заикания обращают на себя внимание расстройства нервной системы заикающихся, их физическое здоровье, общая моторика, собственно речевые функции, психологические особенности. Перечисленные особенности в психофизическом состоянии заикающихся детей в разных случаях проявляются по-разному, но, тем не менее, одно тесно связано с другим, питает друг друга, усложнение одного неизбежно усугубляет другое. Руководствуясь учением Павлова о высшей нервной деятельности человека, заикание называют заболеванием центральной нервной системы в целом.

В настоящее время считается общепризнанным, что устранять заикание нужно сразу же, как только оно возникнет. Чем больше времени проходит с момента начала заикания, тем чаще оно переходит в тяжёлый, стойкий дефект и влечёт за собой изменения в психике ребёнка. Кроме того, заикание лишает ребёнка нормальных условий общения и часто препятствует его успешной учёбе. Поэтому данный дефект важно устранить ещё до поступления ребёнка в школу. Но необходимо воздействовать не только на речь заикающегося, но и на его личность и моторику в целом. Воздействие на разные стороны организма, речи и личности заикающегося и разными средствами получило в нашей стране название комплексного метода преодоления заикания. Под современным комплексным подходом к преодолению заикания понимается лечебно-педагогическое воздействие на разные стороны психофизического состояния, заикающегося разными средствами и усилиями разных специалистов. В комплекс лечебно-педагогических мероприятий входят лечебные препараты и процедуры, лечебная физкультура, психотерапия, логопедические занятия, логопедическая ритмика, воспитательные мероприятия. Их цель - устранение или ослабление речевых судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики и речи; оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом; избавление ребенка от неправильного отношения к своему речевому дефекту, от психологических наслоений, перевоспитание его личности и поведения, социальная реабилитация и адаптация заикающегося. Комплексный подход по коррекции заикания у дошкольников актуальная проблема нашего общества в целом, которая особо остро проявляется в малых городах и районах из - за не укомплектованности образовательных и медицинских учреждений узкими специалистами (логопедами, психологами, неврологами и другими специалистами).

Объект исследования - речевое нарушение - заикание.

Предмет исследования - комплексный подход к коррекции заикания у дошкольников. Цель исследования - изучить методику комплексного подхода к коррекции заикания у дошкольников.

Гипотеза основана на предположении, что разработанные методические рекомендации будут результативными при условии учёта структуры речевого дефекта, возрастных и психических особенностей ребёнка. Основные задачи:

выявить механизмы и симптоматику проявления заикания у детей дошкольного возраста;

подобрать и систематизировать формы и содержание мероприятий по комплексной коррекции заикания у дошкольников;

разработать комплексный подход по коррекции заикания у дошкольников.

Методы: теоретический анализ научно-методической литературы; сравнение, обобщение.

# Глава 1. Теоретические основы коррекции стороны речи у детей с заиканием

# 1.1 Онтогенез формирования устной речи у дошкольников

Речь ребенка формируется под влиянием речи взрослых и в огромной степени зависит от достаточной речевой практики, нормального речевого окружения и от воспитания и обучения, которые начинаются с первых дней его жизни.

Речь не является врожденной способностью, а развивается в процессе онтогенеза параллельно с физическим и умственным развитием ребенка и служит показателем его общего развития. Онтогенез (от греч. оntos - сущее, genesis - происхождение, развитие) определяется как индивидуальное развитие организма от его зарождения до конца жизни.

Усвоение ребенком родного языка происходит со строгой закономерностью и характеризуется рядом черт, общих для всех детей. Для того чтобы понять патологию речи, необходимо четко представлять весь путь последовательного речевого развития детей в норме, знать закономерности этого процесса и условия, от которых зависит его успешное протекание. Знание законов развития речи детей необходимо для правильной диагностики нарушений речи и выбора соответствующей коррекционно-воспитательной работы по преодолению данной речевой патологии.

Исследователь выделяет разное количество этапов в становлении речи детей, по-разному их называют, указывают различные возрастные границы каждого. Например, А. Н. Гвоздев прослеживает последовательность появления в речи ребенка различных частей речи, словосочетаний, разных видов предложений и на этой основе выделяет ряд периодов [9, c.75].

Г. Л. Розенгард-Пупко выделяет в речевом развитии ребенка всего два этапа: подготовительный (до 2 лет) и этап самостоятельного оформления речи.

А. А. Леонтьев в своей психолингвистической концепции «речевого онтогенеза» опирается на методологические подходы выдающихся лингвистов и психологов XIX - XX столетия - В. Гумбольда, Р. О. Якобсона, Л. С. Выготского, В. В. Виноградова, А. Н. Гвоздева и др [17, c.29].

Процесс формирования речи, и соответственно усвоения системы родного языка, в онтогенезе в концепции «речевого онтогенеза» А. А. Леонтьева подразделяется на ряд последовательных периодов:

1-й - подготовительный (с момента рождения до года);

2-й - преддошкольный (от года до 3 лет);

-й - дошкольный (от 3 до 7 лет);

-й - школьный (от 7 до 17 лет).

Первый этап формирования речи охватывает первые три года жизни ребенка. Развитие детской речи до трех лет в свою очередь, в соответствии с принятым в психологии традиционным подходом, подразделяется на три основных этапа [10, c.75]:

1) доречевой этап, в котором выделяются периоды гуления и лепета - первый год жизни;

2) этап первичного освоения языка (догматический) - второй год жизни;

) этап усвоения грамматики - третий год жизни.

А. А. Леонтьев указывает, что временные рамки этих этапов крайне вариативны, кроме того, в развитии детской речи имеет место акселерация - сдвиг возрастных характеристик на более ранние возрастные этапы онтогенеза [12, c.74].

Язык представляет собой систему специальных знаков и правил их сочетания. Помимо внутреннего содержания знаки языка имеют и внешнюю форму - звуковую и письменную. Ребенок начинает освоение языка с овладения звуковой формы выражения языкового знака.

Закономерности формирования фонетической стороны речи в онтогенезе являлись предметом исследования многих авторов: Р.М.Боскис, А.Н.Гвоздева, Г.А.Каше, Ф.А.Рау, Е.М.Верещагина, Д.Слобина и других. Данные этих исследователей обобщены и проанализированы в работах отечественных психолингвистов: А. А. Леонтьева, А. М. Шахнаровича, В. М. Белянина и других [13, c.98]. Укажем на некоторые из этих закономерностей.

Освоение артикуляции звуков речи - сложная задача, и хотя ребенок начинает «упражняться» в произнесении звуков уже с полутора-двухмесячного возраста, для овладения речепроизносительными навыками ему требуется три-четыре года. У всех нормально развивающихся детей существует определенная последовательность в освоении звуковой формы языка и в развитии предречевых реакций: гуление, «свирель», лепет и его «усложненный вариант» - модулированный лепет.

Ребенок появляется на свет, и свое появление он знаменует криком. Крик - первая голосовая реакция ребенка. И крик, и плач ребенка активизируют деятельность артикуляционного, голосового, дыхательного отделов речевого аппарата.

Для ребенка первого года жизни «речевой тренинг» в произнесении звуков - это своего рода игра, непроизвольное действие, которое доставляет ребенку удовольствие. Ребенок упорно, на протяжении многих минут, может повторять один и тот же звук и таким образом упражняться в его артикулировании.

Период гуления отмечается у всех детей. Уже в 1,5 месяца, а затем - в 2-3 месяца ребенок проявляет голосовые реакции в воспроизведении некоторых звуков. Именно они позднее становятся основой для членораздельной речи. По своим фонетическим характеристикам, гуление у детей всех народов мира одинаково.

В четыре месяца звуковые сочетания усложняются, ребенок начинает как бы играть со своим артикуляционным аппаратом, несколько раз повторяет один и тот же звук, получая при этом удовольствие. Гулит ребенок тогда, когда он сухой, выспавшийся, накормлен и здоров. Если рядом находится кто-то из родных и начинает «разговаривать» с малышом, тот с удовольствием слушает эти звуки и как бы «подхватывает» их. На фоне такого положительного эмоционального контакта ребенок начинает подражать взрослым, пытается разнообразить голос выразительной интонацией. Уже к шести месяцам звуки, произносимые детьми, начинают напоминать звуки их родного языка.

В период гуления (модулированное голосом произнесение отдельных звуков, по своим характеристикам соответствующих гласным) звуковая сторона детской речи лишена четырех важнейших особенностей, присущих речевым звукам [16, c.15]:

а) коррелированности;

б) «фиксированной» локализации («стабильной» артикуляции);

в) константности артикуляционных позиций (большой и случайный «разброс» артикуляций;

г) релевантности (соответствия этих артикуляций фонетическим нормам родного языка).

Только в период лепета, который выражается в произнесении сочетании и звуков, соответствующих слогу, и продуцировании различных по объему и структуре слоговых рядов, эти нормативные особенности звукопроизношения постепенно начинают проявляться. В этот период складываются «синтагматическая организация» речи: формируется «структурация» слога (появление «протосогласного» и «протогласного»), отмечается разделение потока речи на слоговые кванты, что свидетельствует о формировании у ребенка физиологического механизма слогообразования.

Через 2-3 месяца речевые проявления ребенка получают новое «качество». Появляется своеобразный эквивалент слова, а именно - замкнутая последовательность слогов, объединенная акцентуацией, мелодикой и единством уклада артикуляционных органов. Эта структурно организованная звуковая продукция (так называемые псевдослова), как правило, «хореична»: «слова» имеют ударение на первом «слоге», независимо от особенностей родного языка ребенка. Псевдослова не имеют еще предметной отнесенности и служат исключительно для выражения той или иной «витальной» потребности или еще не полностью осознанного «оценочного» отношения к внешнему миру.

При нормальном развитии ребенка «гуление» в 6-7 месяцев постепенно переходит в лепет. В это время дети произносят слоги, соотнося их с определенными окружающими людьми. В процессе общения со взрослыми ребенок постепенно пытается подражать интонации, темпу, ритму, мелодичности, а также воспроизводить ряды слогов; расширяется объем лепетных слов, которые ребенок пытается повторить за взрослым.

В 8,5-9 месяцев лепет имеет уже модулированный характер с разнообразными интонациями. Но не у всех детей этот процесс однозначен: при снижении слуховой функции гуление «затухает», и это нередко является диагностическим симптомом.

В возрасте 9-10 месяцев происходит качественный скачок в речевом развитии ребенка. Появляются первые «нормативные», предметно отнесенные слова, соответствующие лексической системе данного языка. Круг артикуляций в течение двух-трех месяцев, равно как нет отнесения звуков к новым предметам или явлениям: при этом тождество употребления псевдослова («протослова») обеспечивается не только и не столько тождеством артикуляции, сколько тождеством звукового облика слова целого слова. В возрасте 10-12 месяцев ребенок все существительные употребляет в именительном падеже в единственном числе. Попытки связать два слова во фразу появляются позднее, примерно в полтора года.

«Приостановка» фонетического развития в этот период «речевого онтогенеза» связана со значительным увеличением активного словаря и, что особенно важно, с появлением первых настоящих обобщений. В речи ребенка появляется языковой знак. Слово начинает выступать как структурная единица языка и речи.

Усвоение ребенком последовательности звуков в слове есть результата выработки системы условных связей. Ребенок подражательным путем заимствует определенные звукосочетания (варианты звукопроизнесения) из речи окружающих людей. При этом, осваивая язык как целостную систему знаков, ребенок осваивает звуки сразу как фонемы.

По данным ряда исследований, фонематический слух формируется в очень раннем возрасте. Сначала ребенок учится отделять звуки окружающего мира (скрип двери, шум дождя, мяуканье кошки и тому подобное) от звуков обращенной к нему речи. Ребенок активно ищет звуковое обозначение элементов окружающего мира, улавливая их из уст взрослых. Однако он использует заимствованные у взрослых фонетические средства языка по-своему, создавая собственную промежуточную языковую систему. Впоследствии звонкость, определяемая звучностью голоса, становится контрастным дифференциальным признаком речевого звука, что позволит ребенку удвоить свой запас классов согласных. Ребенок не в состоянии заимствовать такое правило у взрослых. Причина не в том, что он не умеет произносить звук, а в том, что он считает, что этот звук может стоять только в начале слова. Позже данная система «правил» корректируется, и ребенок «доводит» ее до системы языка взрослого.

Сначала ребенок овладевает внешней звуковой структурой знака, которая впоследствии, в процессе оперирования знаками, приводит ребенка к правильному функциональному его употреблению. Говорить о сформированности артикуляционного аппарата можно лишь при достижении ребенком пяти-шести лет.

В период первоначального усвоения языка расширяется объем лепетных и полнозначных слов в активном словаре ребенка. Данный этап характеризуется повышенным вниманием ребенка к речи окружающих, заметно возрастает его речевая активность. Употребляемые ребенком слова часто многозначны, семантически полифоничны.

Педагогические наблюдения показывают, что дети не сразу овладевают правильным воспроизведением знаков языка: одни явления языка усваиваются раньше, другие позже. Чем проще по звучанию и структуре слово, тем легче оно запоминается ребенком. В этот период особенно важную роль играет совокупность следующих факторов:

а) имитация (воспроизведение) речи окружающих;

б) сформированность сложной системы психофизиологических механизмов, обеспечивающих осуществление речи;

в) условия, в которых воспитывается ребенок: психологическая обстановка в семье, отношение к ребенку, речевое окружение, наличие общения со взрослыми).

Анализируя количественные показатели роста лексического запаса детей в этот период, можно привести следующие данные педагогических наблюдений и психолого-педагогических исследований: в полтора года объем словарного запаса детей составляет 30-50 слов, к концу второго года жизни - 80-100 слов, к трем годам - примерно 300-400 слов.

В преддошкольный период речевого развития у детей появляются разнообразные фонетические нарушения: многие звуки родного языка они пропускают, переставляют, заменяют более простыми по артикуляции. Эти недостатки речи, определяемые понятием «физиологическая дислалия», объясняются возрастным несовершенством артикуляционного аппарата, а также недостаточным уровнем развития фонематического восприятия. Вместе с тем, характерным для этого периода является достаточно уверенное воспроизведение детьми интонационно-ритмических, мелодических контуров слов.

Н.С. Жукова отмечает, что качественный скачок в развитии речи ребенка происходит с момента появления у него возможности правильно строить несложные предложения и изменять слова по падежам, числам, лицам и временам. (Жукова Н.С. отклонения в развитии детской речи). К концу преддошкольного периода дети общаются между собой и окружающими, используя структуру простого распространенного предложения, употребляя при этом наиболее простые грамматические категории речи.

В данном исследовании нас будет интересовать речевое развитие ребенка дошкольного возраста, поэтому следует подробнее рассмотреть третий этап речевого развития по А.А.Леонтьеву.

Дошкольный этап «речевого онтогенеза» характеризуется наиболее интенсивным речевым развитием детей. Нередко наблюдается качественный скачок в расширении словарного запаса. Ребенок начинает активно пользоваться всеми частями речи; в структуре, складывающейся в этот период языковой способности постепенно формируются навыки словообразования.

Процесс усвоения языка протекает столь динамично, что после трех лет дети с хорошим уровнем речевого развития свободно общаются не только при помощи грамматически правильно построенных простых предложений, но и некоторых видов сложных предложений; речевые высказывания уже строятся с использованием союзов и союзных слов.

Звуки русского языка появляются в речи ребенка в следующей последовательности: взрывные, щелевые, аффрикаты. Позднее всего дети обычно начинают произносить дрожащий [р]. Формирующиеся нормативные речевые звуки по началу крайне неустойчивы, легко искажаются при возбуждении или утомлении ребенка.

В это время активный словарь детей достигает трех - четырех тысяч слов, вырабатываются более дифференцированное употребление слов в соответствии с их значениями, навыки словоизменения и словообразования.

Артикуляторная программа в онтогенезе формируется таким образом, что безударные слоги в процессе устной речи подвергаются компрессии, т.е. длительность произнесения безударных гласных значительно редуцируется. Ритмической структурой слова ребенок овладевает постепенно. В дошкольном возрасте ребенок плохо управляет своим голосом, с трудом меняет его громкость, высоту. Только к концу четвертого года жизни появляется шепотная речь.

В дошкольный период наблюдается достаточно активное становление фонетической стороны речи, дети овладевают умением воспроизводить слова различной слоговой структуры и звуконаполняемости. Если при этом наблюдаются ошибки, то они встречаются, как правило, в наиболее трудных для воспроизведения, малоупотребительных или незнакомых детям словах. При этом достаточно 1 - 2 раза поправить ребенка, дать образец правильного произношения и организовать небольшую «речевую практику» в нормативном произнесении слова, как ребенок достаточно быстро введет это новое слово в свою самостоятельную речь.

Развивающийся навык речеслухового восприятия помогает контролировать собственное произношение и слышать ошибки в речи окружающих. В этот период у детей формируется «чувство языка» (интуитивное чувствование языковой нормы употребления знака), что обеспечивает правильное употребление в самостоятельных высказываниях всех грамматических категорий и форм слов. Как отмечает Т.Б.Филичева, «…если в этом возрасте ребенок допускает стойкий аграмматизм, сокращения и перестановки слогов и звуков, уподобления слогов, их замены и пропуск - это является важным и убедительным симптомом, свидетельствующим о выраженном недоразвитии речевой функции. Такие дети нуждаются в систематических логопедических занятиях до поступления их в школу».

У дошкольников значительно улучшается фонематическое восприятие: сначала ребенок начинает дифференцировать гласные и согласные звуки, далее - мягкие и твердые согласные и, наконец, - сонорные, шипящие и свистящие звуки. Достаточный уровень развития фонематического слуха позволяет детям овладеть навыками звукового анализа и синтеза, что является необходимым условием усвоения грамоты в период школьного обучения.

К концу дошкольного периода развития речи дети в норме овладевают развернутой фразовой речью, фонетически, лексически и грамматически правильно оформленной. Отступления от орфоэпических норм устной речи (отдельные фонетические и «грамматические» ошибки) не имеют стойкого фиксированного характера и при соответствующей коррекционно-педагогической работе достаточно быстро устраняются.

Далее, в школьный период речевого развития продолжается совершенствование речи детей, дети полностью овладевают звуковым анализом и синтезом, усваивают грамматические правила. На этом этапе формируется письменная речь.

# 1.2 Психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с заиканием

Как известно, речевой дефект типа заикания не ограничивается только судорожными спазмами мышц, участвующих в акте речи, т. е. не является только двигательным расстройством, хотя и весьма сложным по своему патогенезу. Неврологический механизм заикливой речи в ряде случаев осложняется рядом психолого-педагогических особенностей, возникающих в эмоционально-волевой сфере и характере заикающегося человека.

В литературе эти личностные особенности чаще трактуются как психические сдвиги по типу вторичных реакций на свою речевую неполноценность (С. И. Павлова). Большинство авторов дают суммарную характеристику указанных особенностей без необходимой дифференциации, указывая только, что с возрастом эти психологические особенности становятся более выраженными. Что касается младшего возраста, в частности детей-дошкольников, то этот вопрос вообще мало разработан.

И. А. Сикорский (1889) первым называет заикание детской болезнью, обосновывая это тем, что начало заикания у детей еще не закончилось. Характеризуя заикающихся детей, он делит их на две группы. К первой группе (таких заикающихся большинство) он относит детей, которые начали заикаться «внезапно и бурно» в результате острой психотравмы. Для этой же группы детей характерны преждевременное развитие речи, обширный, не соответствующий возрасту запас слов, правильное синтаксическое оформление высказываемой мысли. Ко второй группе он отнес детей, начавших заикаться вследствие травмы черепа, инфекционных заболеваний. Они отличаются поздним развитием речи и замедленным постепенным началом заикания [16, с. 67].

В. А. Гиляровский (1932) указывает на то, что изучение заикания должно быть связано прежде всего с исследованиями заикающихся в период развития речевой функции, который в то же время является и наиболее уязвимым для возникновения заикания. Он же отмечает, что наличие заикания может влиять на формирование у ребенка психоастенического склада личности.

Более поздние исследования, посвященные изучению периода возникновения заикания, относят данный дефект у детей дошкольного возраста к эволюционной патологии, т.е. патологии периода развития функции (Ю. А. Флоренская, 1949, К. П. Беккер и М. Совак, 1981 и др.).

Несмотря на ранний период возникновения, уже в дошкольном возрасте могут отмечаться в разной степени психологические особенности у детей (Ю. А. Флоренская, В. С. Кочергина, М. Е. Хватцев и др.): повышенная возбудимость или заторможенность, неуравновешенное поведение, истерические реакции, тревожность, страхи, робость, стремление к уединению.

М. Беккер, М.Совак, В.С. Кочергина обращают внимание на различные нарушения высшей нервной деятельности заикающихся, их физического здоровья, вегетативные нарушения: обидчивость, плаксивость, нарушения аппетита и сна, повышенное потоотделение, подверженность инфекционным и простудным заболеваниям, соматическая ослабленность и т. п.

Начиная с середины 60-х годов, утверждается взгляд на заикание как на нарушение коммуникативной функции речи (Р. Е. Левина, И. Ю. Абелева, Н. А. Чевелева, С. А. Миронова, А. В. Ястребова). Проявление заикания изучаются в тесной связи с особенностями коммуникативной ситуации и реакции на нее ребенка, которые определяют его речевое поведение. Особенности произвольной деятельности, повышенная возбудимость, лабильность нервных процессов или их заторможенность, неустойчивость и истощаемость психических процессов, пониженная способность к отсроченной реакции у заикающихся ведут к отставанию в развитии регуляторной функции внутренней речи, и в целом, неблагоприятны для овладения развитыми формами речевой коммуникации. Н.А.Власова, Е.Ф.Рау, Н.А.Чевелева выделяют формы или условия речевого общения, в которых речь заикающихся протекает по-разному, в зависимости от степени сложности речевого высказывания.

При характеристике экспрессивной речи заикающихся детей В.И.Селиверстовым (2001) отражены следующие ее особенности:

) нарушение плавности, темпа и частично мелодики. Речь прерывиста, с необоснованными паузами, повторениями, а то и вовсе трудным произнесением отдельных звуков, их сочетаний, или просто затрудненное начало фраз;

) речевые уловки в виде вспомогательных звуков, их сочетаний или слов (эмболофразия);

) ограничение речевой активности у многих детей, снижение общения с окружающими, что говорит об определенных нарушениях коммуникативной функции речи;

) недостатки произношения звуков, неправильное употребление слов, построение фраз и пр.;

) недостатки в устной речи могут отражаться в письменной речи в виде повторения одинаковых букв, слогов, разрыва слова, неправильного построения предложения и пр.

Л.И. Белякова, Е. А. Дьякова, И. О. Калачева и др. характеризуют заикающихся детей в зависимости от формы речевой патологии.

В последние годы особо подчеркивается важность психолого-педагогического изучения заикающихся детей (В. И. Селиверстов, Г. А. Волкова, Е. Ю. Рау и др.).

Так, В. И. Селиверстовым, на основе феномена фиксированности, были выделены три группы заикающихся [22, c.17]:

) Дети с нулевой степенью фиксированности на дефекте, которые не испытывают ущемления, чувства стеснения или обидчивости от сознания своей неполноценной речи.

) Дети с умеренной фиксированностью, которые испытывают в связи с заиканием неприятные переживания, скрывают его и компенсируют манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее, переживания не выливаются в постоянное тягостное чувство собственной неполноценности.

) Дети с выраженной степенью фиксированности на дефекте, которые постоянно концентрируют свое внимание на речевых неудачах, глубоко и длительно переживают их. Для них характерны замкнутость, болезненная мнительность, выраженный страх перед речью.

С возрастом у заикающихся детей степень их фиксированности на своем дефекте имеет тенденцию к усложнению.

Исследования Г. А. Волковой взаимоотношений в семье заикающегося ребенка показали некоторые изменения в характере детей с появлением заикания: проявление агрессивности, появление некорректных слов, резкий отказ от речи, от игр.

Неправильная речь заикающихся и особенности их поведения сказываются на развитии игровой деятельности дошкольников. Они чаще выступают в роли зрителей или берут на себя подчиненные роли, отказываются от игр со сверстниками. Иногда, наоборот, в играх проявляются повышенная фантазия, резонерство, не критичность к своему поведению. Чувство собственной неполноценности может порождать неправильное отношение заикающегося ребенка к коллективу сверстников, лишает его радостного настроения. Недостаточно развитая речь, возможные нарушения движений затрудняют полноправное участие заикающихся детей в играх, способствуют фиксации на своем дефекте [29, с.28].

В целом, для заикающихся дошкольников показательны не сформированность игровых умений и навыка коллективного общения, снижение активности, бедность игровых замыслов. Эти особенности обусловливают недоразвитие общественного поведения заикающихся детей. (Г. А. Волкова, 1983).

Итак, несмотря на недостаточную изученность психолого-педагогической характеристики темпо-ритмических нарушений у заикающихся дошкольников, можно сделать следующие выводы: традиционные классические и современные исследования показывают теснейшую взаимосвязь заикания с психофизическим состоянием заикающихся (особенно с эмоционально-волевой сферой), с его личностью в целом, с его отношениями и установками на окружение. Это определяет необходимость осуществления психолого-педагогического подхода в изучении и коррекции заикания.

# .3 Особенности формирования стороны речи у детей дошкольного возраста с данной патологией

Для речи заикающихся дошкольников характерны особенности формирования ее выразительной стороны.

Исследования Н.А. Рычковой моторных и речевых функций заикающихся дошкольников позволяют выделить 4 подгруппы детей:

дети первой подгруппы имеют заикание, которое появляется на фоне нормального темпа речи.

у детей второй подгруппы отмечается ускоренный темп речи.

дети третьей подгруппы испытывают затруднения в удержании темпоритма.

дети четвертой подгруппы отличаются слабым развитием чувства ритма(14).

Во многих работах, посвященных описанию речи заикающихся, указывается на ускорение темпа их речи (Р.Е. Левина, О.В. Правдина, В.И. Селиверстов, М.Е. Хватцев и др.). Однако измерения темпа речи, проведенные рядом других авторов, выявляют обратную картину.

Согласно работам М.Ю. Кузьмина, темп речи взрослых, заикающихся медленнее темпа речи здоровых испытуемых, что связано с увеличением длительности, как фраз, так и пауз [9, c.14].

При заикании происходит нарушение коартикуляции, обеспечивающей плавный переход от согласного к последующему гласному. (Ю.И. Кузьмин, И.И. Пружан).

В работе И.И. Пружан временные характеристики речи взрослых, заикающихся исследуются как в процессе чтения текста, так и при повторении фраз за диктором. В данном случае измеряются не только длительности фраз, но и длительности слов и частей слова. Выявлено два основных эффекта: существенное замедление темпа речи заикающихся по сравнению с темпом речи незаикающихся и неравномерность темпа у заикающихся, которая связана с непропорциональным увеличением длительности отдельных слов [17, c. 119].

Сведения о темпе речи заикающихся школьников отражены в работах Т.И. Гультяевой, Т.С. Когновицкой [8, c. 53].

В статье Т.И. Гультяевой темп речи заикающихся школьников рассматривается в зависимости от локализации судорог (голосовом, дыхательном, артикуляторном аппаратах). Обнаружено, что средняя скорость произнесения текста у детей с голосовой судорогой составила 0,75 слога/сек., с дыхательной - 1,44 слога/сек., с артикуляторной - 1,77 слога/сек.

Согласно исследованиям Т.С. Когновицкой, существенное замедление темпа у заикающихся школьников и значительная вариабельность скорости их речи обусловлены различиями темпа и числом судорог.

Голосовые нарушения не являются редкостью в общей картине заикания. Нарушения голоса бывают не только разной степени выраженности, но и различного характера, в зависимости от их структуры. Они колеблются от легких нарушений тембра голоса до сложных расстройств типа дисфонии, ринофонии (открытой и закрытой) и др.

Нарушения голоса имеют при заикании многочисленные и сложные причины. Прежде всего, на особенности голосовой функции заикающихся большое отрицательное влияние оказывает постоянная судорожность, возникающая в пределах речевого аппарата и, в частности, при голосовых типах заикания - конкретно в голосовом аппарате. Это патологическое состояние голосового аппарата оказывает свое влияние на тембр голоса, его модулированность, мелодику речи, громкость и силу, а также другие характеристики.

Остановимся несколько более подробно на некоторых из перечисленных показателей.

При работе с заикающимися наиболее легко и часто заметны нарушения тембра голоса. Они проявляются в хриплости, глухоте и т.п. Как правило, заикающиеся не используют резонаторы (особенно мало участвует в речи грудной резонатор), за счет чего голос лишается своей выразительности и «сочности».

Мелодика речи заикающихся менее изучена, чем темп их речи.

В ряде работ содержатся указания на монотонность речи заикающихся. Существуют сведения о динамике этой особенности мелодики речи заикающихся в процессе логопедических занятий [6, c. 116].

Наиболее подробным исследованием мелодики речи при заикании следует признать работу А.Ю. Панасюка [15, c. 194], который изучал изменение частоты основного тона у взрослых заикающихся, как в обычных условиях, так и при задержке акустической связи. Им были получены данные о перепадах частоты на протяжении фраз, произнесенных заикающимися и не заикающимися. Было показано, что значение перепада частоты основного тона у заикающихся примерно на 30% меньше, чем без заикания, и приближается к норме при произнесении фраз в условиях акустической обратной связи.

Исследования мелодики речи взрослых, заикающихся показывают, что у них перепад частоты основного тона, так же как и темп речи, отличается от этих показаний у не заикающихся и может меняться под влиянием обучения.

Если предположить, что для заикающихся дошкольников также характерна динамика мелодических характеристик в процессе занятий, то можно было бы использовать эту особенность их речи в логопедической работе при формировании плавной речи.

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать вывод о том, что среди исследователей выразительной стороны речи заикающихся не существует единой точки зрения на проблему состояния темпа их речи. Одни считают его ускоренным, по сравнению с нормально говорящими людьми, другие - замедленным.

Мелодика речи заикающихся менее изучена, чем темп их речи. Меньше всего сведений получено о мелодике речи заикающихся дошкольников.

заикание речевой дошкольник коррекция

# 2. Анализ методик изучения устной речи у детей дошкольного возраста с заиканием

# .1 Теоретические основы изучения устной речи у детей дошкольного возраста

Заикание - тяжелое расстройство речи. Оно трудно устранимо, дезорганизует личность ребенка, тормозит правильный ход воспитания и обучения, затрудняет нормальное включение дошкольника в детский коллектив.

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

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

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

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

К началу XX в. все многообразие понимания механизмов заикания можно свести к трем теоретическим направлениям [21, c.41]:

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

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

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

К 30-м годам и в последующие 50-60-е годы XX в. механизм заикания стали рассматривать, опираясь на учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности человека и, в частности, о механизме невроза. При этом одни исследователи рассматривали заикание как симптом невроза (Ю.А. Флоренская, Ю.А. Поворинский и др.), другие как особую его форму (В.А. Гиляровский, М.Е. Хватцев, И.II. Тяпугин, М.С. Лебединский, С.С. Ляпидевский, А.И. Поварнин, Н.И. Жинкин, В.С. Кочергина и др.). Но в обоих случаях эти сложные и многообразные механизмы развития заикания идентичны механизмам развития неврозов вообще. Заикание, как и прочие неврозы, возникает вследствие различных причин, вызывающих перенапряжение процессов возбуждения и торможения и образования патологического условного рефлекса. Заикание - это не симптом и не синдром, а заболевание центральной нервной системы в целом (В.С. Кочергина, 1962). В возникновении заикания первостепенную роль играют нарушенные взаимоотношения нервных процессов (перенапряжение их силы и подвижности) в коре головного мозга. Нервный срыв в деятельности коры больших полушарий может быть обусловлен, с одной стороны, состоянием нервной системы, ее готовностью к отклонениям от нормы. С другой стороны, нервный срыв может быть обусловлен неблагоприятными экзогенными факторами.

Отражением нервного срыва является расстройство особо уязвимой и ранимой у ребенка области высшей нервной деятельности - речи, что проявляется в нарушении координации речевых движений с явлениями аритмии и судорожности. Нарушение корковой деятельности является первичным и приводит к извращению индукционных отношений между корой и подкоркой и нарушению тех условно-рефлекторных механизмов, которые регулируют деятельность подкорковых образований. В силу создавшихся условий, при которых нормальная регуляция коры извращается, имеют место отрицательные сдвиги в деятельности стриопаллидарной системы. Ее роль в механизме заикания достаточно важна, поскольку в норме эта система ответственна за темп и ритм дыхания, тонус артикуляторных мышц. Заикание возникает не при органических изменениях стриопаллидума, а при динамических отклонениях его функций. Эти взгляды отражают понимание механизма невротического заикания как своеобразного нарушения корково-подкорковых отношений. У детей раннего возраста, по мнению некоторых авторов, механизм заикания целесообразно объяснить с позиций реактивного невроза и невроза развития.

Реактивный невроз развития понимается как острое нарушение высшей нервной деятельности. Заикание возникает в раннем возрасте на фоне задержанного физиологического косноязычия при переходе к сложным формам речи, к речи фразами. Иногда оно является результатом речевого недоразвития разного генеза. Р.Е. Левина [9, с.82], рассматривая заикание как речевое недоразвитие, видит сущность его в преимущественном нарушении коммуникативной функции речи. Проблема органического заикания до настоящего времени остается нерешенной. Одни исследователи полагают, что заикание в целом включается в категорию органических заболеваний центральной нервной системы и нарушения мозгового субстрата прямо затрагивают речевые области мозга или связанные с ними системы. Другие рассматривают заикание как преимущественно невротическое расстройство, расценивая сами органические нарушения как «почву» для срыва высшей нервной деятельности и речевой функции. Большинство авторов, изучавших патогенез заикания, отмечают у заикающихся различные вегетативные изменения. Например, М. Зееман [8, с. 49 ] считает, что у 84% заикающихся имеется вегетативная дистония и объективно показал изменение нейровегетативной реакции у заикающихся во время приступов: в 100% случаев у них наблюдается расширение зрачков (мидриоз), у нормально говорящих людей ширина зрачков во время речи не меняется или наступает некоторое их сужение (миоз).

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

В 70-е годы в психиатрии были предложены клинические критерии для разграничения невротических и неврозоподобных расстройств и наметилась тенденция и к разграничению заикания на невротическую и неврозоподобную формы. До настоящего времени механизм заикания исследователи пытаются рассматривать не только с клинических и физиологических, но и с нейрофизиологических, психологических, психолингвистических позиций.

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

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

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

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

Заслуживает внимания рассмотрение механизмов заикания с позиций психолингвистики. Данный аспект изучения предполагает выяснение того, на какой стадии порождения речевого высказывания возникают судороги в речи заикающегося. Выделяют следующие фазы речевой коммуникации [13, c.87]:

) наличие потребности в речи, или коммуникативное намерение;

) рождение замысла высказывания во внутренней речи;

) звуковая реализация высказывания.

В разных структурах речевой деятельности эти фазы различны по своей полноте и длительности протекания и не всегда однозначно вытекают одна из другой. Но постоянно происходит сопоставление задуманного и осуществленного.

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

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

Нередко у заикающихся имеется и косноязычие.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Нередко заикание при указанных условиях мозговой деятельности вызывается длительными неприятными эмоциональными состояниями (ожидание наказания). Ребенок не в состоянии надлежаще проанализировать создавшуюся вокруг него сложную и трудную ситуацию речевого общения и начинает заикаться. Например, ребенок-лакомка в отсутствие родителей разбил в буфете банку с вареньем. Проходит день, два, три. Мать не обнаруживает «несчастья», а ребенок нервничает, плохо спит, отвечает невпопад. На четвертый день родители замечают, что их сын стал заикаться. Иногда заикание также может случиться из-за ревности первенца в отношении появившегося братца или сестрицы.

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

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

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

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

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

Вот почему следует серьезно задуматься над средствами устранения у дошкольников этого недостатка. Надо понять природу заикания, изучить личность заикающегося и овладеть специальными методами коррекции заикания.

# .2 Анализ методики по психолого-педагогической диагностике заикания Г. А. Волковой

За основу взяты логопедические методики обследования речи детей дошкольного возраста, разработанные И.Д.Коненковой, Г.В.Чиркиной, Г.А.Волковой, Т.Б..Филичевой, Л.В.Лопатиной, Н.В.Серебряковой.

Направление 1. Обследование строения и моторики артикуляционного аппарата

Прежде всего необходимо выявить аномалии в строении губ, языка, челюстей, нёба. Затем проверяется моторика артикуляционного аппарата.

Инструкция: «Посмотри и сделай как я, подержи язычок/губы в таком положении, пока я буду считать». Ребёнок выполняет каждое упражнение под счёт экспериментатора от 1 до 10.

«Улыбка» (оскал)

«Хоботок» (губы вытянуты в трубочку)

«Лопатка» (широкий передний край языка положить на нижнюю губу)

«Иголка» (узкий язык высунуть далеко вперёд)

«Улыбка» - «хоботок» (чередование движений)

«Качели» (рот открыт, попеременно поднимать кончик языка к верхним зубам и опускать к нижним зубам)

«Маятник» (кончик языка переводить от одного уголка рта к другому)

«Лошадка» (щёлкать языком медленно и сильно)

«Орешек» (оттопырить правую, затем левую щеку языком, рот закрыт)

Оценка:

баллов - все движения доступны, выполнение точное, объём полный, тонус нормальный, темп хороший, удержание позы свободное, переключаемость не нарушена;

- все движения доступны, объём полный, тонус нормальный, темп выполнения и переключаемость несколько замедлены. 1-2 движения выполняются со второй попытки;

- движения выполняются, темп выполнения и переключаемость снижены, объём движения неполный, отмечается длительный поиск позы во многих заданиях, истощаемость, напряжённое удерживание позы, требуются повторные показы движений;

- для выполнения большинства движений требуется подробная инструкция, наблюдается быстрая истощаемость, вялость или чрезмерное напряжение, тремор кончика языка, сопутствующие движения, гиперсаливация, некоторые движения не удаются;

- невыполнение, отказ от деятельности.

Направление 2. Изучение звукопроизносительной стороны речи

Проводится обследование произношения согласных (если есть необходимость, то и гласных) звуков изолированно и на материале слогов, слов, фразовой речи. Ребёнку предлагают назвать картинки, повторить за экспериментатором слова и фразы, используют и результаты наблюдения за инициативными высказываниями.

Оценка:

баллов - все звуки произносятся правильно;

- один-два звука недостаточно автоматизированы, т.е. в самостоятельной речи ребёнок произносит эти звуки неправильно, но при указании на ошибку исправляет их;

- нарушено произношение группы звуков, но не более пяти;

- нарушено произношение двух-трёх групп звуков, но не более десяти звуков;

- нарушено произношение более 10 звуков.

Направление 3. Обследование фонематического слуха

1. Отражённое воспроизведение слоговых рядов (пар)

Инструкция: «Слушай внимательно и повторяй за мной». Экспериментатор предлагает повторить серии из трёх слогов с оппозиционными звуками. Если ребёнок дефектно произносит звуки в предлагаемых пробах, обследуется различение фонем на невербальном уровне.

да-та-да та-да-та са-ша-са ша-са-ша

га-ка-ка ка-га-ка жа-ша-жа ша-жа-ша

ба-па-ба па-ба-па ча-тя-ча тя-ча-тя

ка-ха-ка ха-ка-ха ся-ща-ся ща-ся-ща

са-за-са за-са-за ра-ла-ра ла-ра-ла

ва-фа-ва фа-ва-фа

. Отражённое воспроизведение рядов (пар) слов

Инструкция: «Слушай внимательно и повторяй за мной».

кот-год-кот том-дом-том

день-тень-день почка-бочка-почка

Оценка:

5 баллов - все задания точно воспроизводятся;

4 - имеются единичные случаи ошибочного воспроизведения рядов слогов или слов, но при этом слоговая пара воспроизводится точно;

- задание выполняется в замедленном темпе, в большинстве заданий ряды воспроизводятся неточно, но пары - точно;

- большинство заданий выполняется только после повторных проговариваний, при этом чаще всего ряды воспроизводятся неверно, иногда ошибочно воспроизводятся и слоговые (словесные) пары;

- невыполнение.

. Различение на слух оппозиционных фонем на материале слов

Инструкция: «Если я правильно назову картинку, хлопни в ладоши, если неправильно - не хлопай». Картинки: санки, шляпа, старушка, птенец.

Шанки-фанки-сянки-санки-танки

Сляпа-шьяпа-фляпа-шляпа

Фтаруфка-штарушка-сталуска-старушка-стаюска

Пченец-птенесь-птенец-тинеть-птинеч

Оценка:

5 баллов - все задания выполнены верно;

4 - часть заданий выполняется с ошибкой, но ошибка исправляется самостоятельно;

- ошибки исправляются после повторного воспроизведения;

- часть заданий недоступна, при выполнении требуется повторное воспроизведение;

- невыполнение.

4. Изучение дифференциации звуков в произношении

Серия А. Повторение пар слов:

мишка - миска рожи - розы

чёлка - тёлка цапля - сабля

каска - качка чёлка - щёлка

галька - гайка галка - галька

рак - лак марка - майка

моряк - маяк почка - бочка

тачка - дачка кости - гости

мышка - мишка косы - козы

Серия Б. Повторение фраз:

Старший братишка рассказывал страшную сказку.

Старушка сушила пушистую шубу.

Течёт речка, печёт печка.

Юля уронила фарфоровое блюдце.

Чайка отличается от цапли.

У Сони цветик-семицветик.

Жутко жуку жить на суку.

В домишке жили мышки.

Оценка:

5 баллов - все задания выполнены верно;

4 - встречаются единичные ошибки, которые исправляются самостоятельно, задание выполняется в несколько замедленном темпе;

- задание выполняется в замедленном темпе, много ошибок, некоторые ошибки исправляются самостоятельно, часть заданий недоступна;

- задания выполняются с ошибками, большинство заданий недоступны;

- неадекватные ответы, отказ от выполнения.

Направление 4. Изучение сформированности слоговой структуры и звуконаполняемости слов

. Отражённое воспроизведение слов.

Инструкция: «Послушай и повтори за мной».

бегемот сосна

танкист сквозняк

лекарство сковорода

термометр пингвинёнок

фотографирую

Оценка:

5 баллов - все слова точно воспроизводятся;

4 - большинство слов воспроизводится точно, однако темп воспроизведения несколько замедлен, могут быть запинки;

- слова воспроизводятся в замедленном темпе, с запинками, 1-2 слова с искажением слоговой структуры;

- большинство слов воспроизводится с искажением слоговой структуры, требуется повторное предъявление материала;

- отказ от выполнения, неадекватные ответы.

2. Отражённое воспроизведение фраз.

Инструкция: «Послушай предложение и повтори в точности как я».

Хоккеисты выиграли турнир.

Лариса связала братишке джемпер.

Утром на деревьях защебетали ласточки.

Саша возвращается с работы на транспорте.

Мама покупает в универсаме фрукты.

Оценка:

5 баллов - все фразы точно воспроизводятся;

4 - в основном все фразы воспроизводятся точно, отмечается несколько сниженный, темп, запинки;

- отмечаются искажения слоговой структуры слов, искажения структуры предложений без искажения смысла;

- многочисленные искажения слоговой структуры слов, структуры предложения, как без искажения смысла, так и с искажением, требуется повторное предъявление материала;

- отказ от выполнения, неадекватные ответы.

Таким образом, максимально успешный результат за всю методику составляет 35 баллов.

Количественная обработка результатов представлена в табл.

Таблица. Обработка и анализ результатов обследования речи дошкольников с умственной отсталостью

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметры обследован. | Ф.И. | Ф.И. | Ф.И. | Ф.И. | Ф.И. | Ф.И. | Ф.И. | Ф.И. | Ф.И. | Ф.И. | Средний балл |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Моторика | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2,7 |
| Звукопроизн | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2,0 |
| Фонем.слух | 8 | 7 | 9 | 8 | 9 | 7 | 8 | 7 | 9 | 7 | 7,9 |
| Слогов.стр. | 5 | 4 | 6 | 6 | 7 | 4 | 8 | 6 | 7 | 3 | 5,6 |
| Общий балл | 17 | 16 | 20 | 19 | 20 | 16 | 21 | 18 | 21 | 14 | 18,2 |
| % успешн. | 48% | 45% | 56% | 53% | 58% | 47 % | 61% | 51% | 62 % | 39% | 52% |
| Уровень успешности | I | I | II | II | II | I | II | II | II | I | II |

Высчитанное количественное выражение качества выполнения методики (в %) можно соотнести с одним из четырёх уровней успешности:

IV уровень - 100 - 80% успешности;

III уровень - 79,9 -65%;

II уровень - 64,9 - 50%;

I уровень - 49,9% и ниже.

# .3 Анализ методики по психолого-педагогической диагностике заикания В.И.Селиверстова

Логопедические занятия, направленные на выевление темпо-ритмических нарушений можно провести по методике В.И.Селиверстова. Эта методика подходит для данных условий, так как рассчитана на диагностику заикающихся дошкольников в специальных медицинских учреждениях.

Итак, методика В. И. Селиверстова [6, 29] преимущественно рассчитана на работу с детьми в медицинских учреждениях. Занятия с заикающимися детьми проводились 4 раза в неделю по 40 - 60 минут каждое. Нами было проведено 32 занятия. Коррекционная работа проходила в 3 периода: подготовительный, тренировочный, закрепительный. Рассмотрим эти периоды.

Подготовительный период (8 занятий) предполагал: щадящий режим в домашних условиях (спокойная обстановка, твердый режим, ограничение речевого общения; оздоровительные мероприятия; использование только тех видов речи, в которых не проявляются судороги, то есть осуществлялся индивидуальный подход.

Кроме того, дети заучивали специальные психотерапевтические тексты для утреннего и вечернего проговаривания, которые составлялись нами в соответствии с возрастом ребенка. Обязательно было включение речевых зарядок (произнесение вслух гласных звуков, стихотворных текстов, проговаривание автоматизированных рядов - счет, дни недели), упражнений на сопряженно-отраженном виде речи, шепотная, ритмизованная речь.

Тренировки проводились с учетом разных условий: при различном положении ребенка (сидя, стоя, в движении); в разных видах деятельности (лепка, рисование); в разных дидактических играх.

Тренировочный период (22 занятия) включал: развитие активного внимания, памяти и других психических функций; дальнейшее формирование лексико-грамматической стороны речи; включение в работу тех видов речи, в которых у ребенка были запинки.

Осуществлялся постепенный переход от ответов на вопросы к спонтанной речи, от тихой речи к громкой, от спокойных занятий к эмоциональным. Использовались подвижные игры, ролевые и творческие. Закрепление полученных навыков переносилось в жизненные ситуации (магазин, прогулка). Активно использовалась помощь родителей.

Закрепительный период (6 занятий) включал: закрепление навыков свободной, плавной речи в повседневной деятельности; использование бесед, рассказов, ролевых, творческих игр.

Большое значение придавалось работе с родителями. Родители посещали открытые логопедические занятия на всех этапах коррекционных занятий. Речевые упражнения предлагались с учетом степени самостоятельности речи, ее громкости, ритмичности, структуры; с учетом обстановки и видов деятельности ребенка, в процессе которых происходит его речевое общение. В. И. Селиверстов особо подчеркивает значение индивидуального подхода. В условиях логопедической работы с группой детей формы речевых упражнений выбирались для каждого ребенка отдельно.

В соответствии с данной системой предусматривалось регулярное и обязательное использование магнитофона на всех этапах работы. Это позволяло детям активизировать внимание на речевых ошибках, как собственных, так и на ошибках других детей.

Курс логопедических занятий по методике В. И. Селиверстова был полностью реализован. Занятия мы проводили по разработанной примерной схеме логопедического занятия. Конспект одного из занятий прилагается.

Сделав анализ занятия, конспект которого мы прилагаем в Приложении 6, мы пришли к выводу, что данное занятие посвящено словообразованию. Структурно оно состояло из 9 этапов, которые были взаимосвязаны и взаимообусловлены, а также подчинены теме и целям занятия.

Таким образом занятие представляет собой логически законченную структуру. В ходе занятия мы использовали разнообразные обучающие, развивающие и коррекционные приемы с опорой на различные анализаторы:

тактильный: игра «Волшебный мешочек».

зрительный:

) разложить продукты в нужную посуду;

) при обучении навыку синтеза морфем с использованием картинок-символов;

) в задании «Кто самый внимательный» (при создании путаницы в продуктах и посуде - разложить правильно);

) в упражнении на снятие мышечного напряжения (сопряженность действий).

слуховой:

) постепенное усложнение инструкций от 1-ой к 2-м, 3-м ступенчатым;

) формирование операции вычленения частицы НИЦА в словах;

) изменение линейного ряда из 5-ти элементов.

речедвигательный:

) воспитание плавной, интонированной речи;

) четкое проговаривание слов на протяжении всего занятия.

Также в занятие мы включили задания, направленной на развитие регулирующей функции речи:

) Посредством постепенного усложнения инструкции от 1-ой к 2-м, 3-м ступенчатым;

) Использование проблемной ситуации, основанной на схожести звукового облика слов (лимонница, грибница на являются посудой);

) Использовали конфликтную ситуацию (противоречие инструкции и непосредственного впечатления, упражнение «Бревнышки-веревочки»).

В ходе занятия мы давали детям упражнения на развитие внимания, памяти, логического мышления (не изолировано, в тесной взаимосвязи с темой и целями занятия).

Также в занятии мы использовали много разнообразных игровых моментов, в которых дети были активными участниками.

В целом можно сделать вывод, что занятие достигло своих целей. Лексический материал, который мы предложили на занятии детям, был ими усвоен и закреплен.

# 3. Психолого-педагогические основы коррекции заикания у детей дошкольного возраста с помощью куклотерапии

# Исследованием в области куклотерапии занимались: Якоб Леви Морено, Ирина Яковлевна Медведева, Татьяна Львовна Шишова, А. Ю. Татаринцева, И. Г. Выгодская, Е.Л. Пеллингер, Л. П. Успенская.

# Согласно данной методики работа с куклами начинается уже на этапе диагностики. Перед ребёнком раскладывают куклы: медведь, зайчик, волк, мальчик, мужчина, женщина, девочка, малыш, баба-яга, клоун, непонятная фигура с глазами. Ребёнку предлагается выбрать понравившуюся куклу, взять её и зайти с ней за ширму. Уже сам выбор игрушки может о многом рассказать. Если ребёнок выбирает зайчика, можно заподозрить у него страхи, особенно если он про них не говорит. Если выбирает волка- можно предположить проявление агрессивности, непонятную фигуру с глазами часто выбирают расторможенные психопаты. Когда выбор сделан, с куклой на ширме разворачивается диалог.

# Первый этап условно называется «Лечебные этюды» и длится почти три недели, в течении которых проходят восемь занятий. Большое внимание уделяется работе дома, где дети вместе с родителями репетируют те сценки, которые им задают терапевты. Хотя работа проводится в группе, дети уже со второго занятия получают индивидуальные задания, то есть идут по индивидуальной программе.

# Все занятия проходят вместе с родителями, и родители не просто присутствуют, а самым активным образом включаются в происходящее. На этом же этапе происходит выделение патологической доминанты (главной поломки, которая мешает ребенку жить). И начинается не устранение, не искоренение порока или пороков, а повышение их уровня. Схематично это можно выразить так: порок - маленькая слабость - достоинство.

# Второй этап - это лечебный спектакль. Многим здоровым взрослым хочется побыть на сцене, а представляете, как этого жаждет больной ребёнок, остро нуждающийся в гиперкомпенсации. Репетиции длятся около месяца, иногда полтора. Куклы, декорации, костюмы и прочие атрибуты участники спектакля делают сами. Родители тоже принимают участие в спектакле, и конечно, их роли разрабатываются так же тщательно, как и детские. На втором этапе продолжается, уже на более глубинном уровне, работа с патологической доминантой. К концу второго этапа сквозь типаж проступает доминирующая личность. Это можно сравнить с гусеницей, которой надо сначала окуклиться, чтобы превратиться в бабочку. А потом, воспаряя, бабочка оставляет на земле ненужную ей больше оболочку - кокон. То же самой происходит с окрепшей, окрылённой душой.

# В современной психологии роль кукол рассматривается в различных аспектах. Куклы выступают атрибутом детства, детской культуры. Так, куклы имеют особое значение для эмоционального и нравственного развития детей. Ребенок переживает со своей куклой события собственной и чужой жизни в эмоциональных и нравственных проявлениях, доступных его пониманию. Кукла или мягкая игрушка - заменитель реального друга, который все понимает и не помнит зла. Поэтому потребность в такой игрушке возникает у большинства детей, иногда она сохраняется и у подростков, и не только у девочек, но и у мальчиков [24, с. 74].

# Метод куклотерапии заключается в следующем: Инструмент - это кукольный театр. Есть ширма, куклы. Детям кажется, что они учатся быть артистами, они учатся разыгрывать небольшие сценки, а потом и спектакли. Но задача - не научить их быть артистами, а помочь через игру скорректировать поведение, наладить отношения с окружающим миром. Через коррекцию поведения преодолеваются различные болезненные, в том числе и медицинские симптомы. Особенно, заикание. Потому, что ребенок начинает чувствовать себя комфортно, обретает внутренний покой, равновесие, и все эти неприятные явления проходят как бы сами собой.

# В куклотерапии используются такие варианты кукол:

# перчаточные куклы (о которых мы уже говорили);

# куклы - марионетки;

# пальчиковые куклы;

# теневые;

# веревочные;

# плоскостные;

# куклы - костюмы;

# куклы - обереги;

# тростевые куклы;

# большие напольные куклы;

# люди - куклы.

# А.Ю. Татаринцева предлагает использовать перчаточные куклы в работе логопеда. По её мнению, встреча с перчаточной куклой приводит ребенка за ширму, которая позволяет ребенку спрятаться и раскрыться. Так, даже если он боится говорить, заикается и краснеет, за ширмой он успокаивается. И говорить начинает увереннее, ведь это же не он говорит, а его герой. Артист должен помнить текст, вовремя произнести его одновременно с движением куклы, и при этом передать эмоции. Перчаточные куклы, умело используемые на занятиях, помогают вызывать положительные эмоции ил постепенно ослаблять нервное напряжение у детей. Кукла на руке взрослого или самого ребенка, выступающая для него в роли собеседника, концентрирует на себе его внимание и помогает свободно вступать в разговор, побуждает к активным речевым действиям, предоставляя ему возможность почувствовать себя раскованным.

# Правила игры с куклой на ширме:

# Правильное положение руки. Держать куклу нужно согнутой в локте рукой и совершенно прямо, кисть руки не должна отклоняться ни в лево, ни в право, ни назад. Рука с кистью должна составлять прямую линию.

# Уровень куклы должен быть постоянным. При перемещении в глубину, на второй план, куклу надо держать выше, чтобы уровень не нарушался. Навык этот надо тренировать постоянными упражнениями.

# Ноги куклы - это ноги актера. Кукла не может ходить, поворачиваться, если ноги кукловода неподвижны. Надо двигаться вместе с куклой, ходить - в результате характер походки передается кукле.

# Повороты куклы. Поворот куклы на 180’ осуществляется вокруг руки, которая её держит, как вокруг оси.

# Направление глаз куклы на объект внимания. Кукла, когда она смотрит в пустоту или небо, становится мертвой. Кукловод контролирует движение головы куклы, чтобы её глаза смотрели на того, с кем она разговаривает или кого слушает [18, с. 59].

# Таким образом, куклотерапия в психокоррекции способствуют гармонизации личности детей с заиканием, взрослых с проблемами через развитие способностей самовыражения и самопознания, обеспечивают коррекцию их психоэмоционального состояния.

# Ю.С. Шевченко, В.П. Добридень, О.Н. Усанова предлагают следующие методики:

# Техника психодрамы. Она используется следующим образом: каждый ребенок вместе с родителями мастерит из двух перчаток любимое животное, дает ему имя, придумывает историю о том, как оно у него появилось (как правило, в качестве любимого животного выступает собака). Затем происходит знакомство со всеми животными. Знакомство разыгрывается за ширмой в виде кукольного представления. По ходу развития сюжета злая ведьма околдовывает любимцев и у них портится характер: одна собака становится злой и агрессивной, другая - обидчивой и слезливой, третья - упрямой, четвертая - все время хочет быть первой, пятая - таскает чужие вещи. Проблемы происходят в зависимости от конкретных трудностей детей. Эта техника дает возможность быть другим, перенося свои проблемы, вредные привычки на куклу (собаку, кошку). Анализ ситуации с позиции хозяина собаки облегчает собственное поведение и способствует углублению процесса самопознания и саморегуляции. Разыгрывая значимые для ребенка ситуации общения из своей жизни в психодраме, ребенок определяет свое «Я» от ситуации и образов. Этот прием способствует ослаблению переживаний. Происходит угашение неприятности, в которой ребенок испытывал страдание. Важна вербализация внутренней проблемы ребенка. Этому помогает доверительное обсуждение в группе причин возникновения конфликтов в общении, природы обидчивости.

# Уже на первых занятиях куклотерапии ребенок «трижды» психологически защищен. Во - первых, он защищен ширмой, за которой можно спрятать свое смущение, неуверенность и как бы остаться наедине с собой. Во - вторых ребенок защищен и перчаточной куклой на руке, которая представляется ему самостоятельной «фигурой» или личностью, способной взять на себя его проблемы, а это как раз и дает возможность самовыражения и самосознания. Третье - сама специфика кукольного театра облегчает детям перенос внутренних переживаний на символический объект.

# Прием не игрового типа - «Дед Щукарь». Он определен так исходя из этого, что группа работает по казачьей тематике. Этот прием позволяет через реализацию игрового задания выявить самые актуальные проблемы ребенка. Воспитатель передает ребенку куклу и говорит: «К нам пришел дед Щукарь, держи его так, чтобы он смотрел на тебя. Посмотри, какой у него взгляд, он все видит, все понимает. Что он говорит тебе?». Ребенок должен ответить прямой речью. Созданная обстановка на мудрость и проницательность «деда» способствует тому, что ребенок вкладывает в уста фразу, связанную с актуальной для него проблемой, или что-то очень важное для себя. Дети с готовностью принимают эту игру. В группе две куклы - дед Щукарь и бабушка Аксинья. В разных ситуациях дети используют и разных кукол.

# Методика «воспитание артистизма». Эти же куклы использовались и в пении песен на музыкальных занятиях, когда дети стеснялись петь сами. А когда у ребенка на руке плоская кукла, да еще величиной в его рост, то поет уже не он, а именно кукла, да и танцует тоже она. Это большие плоские куклы, которые пристегиваются на пуговку рубашки или платья, а руки ребенка продеваются в мягкие руки - рукавички куклы. Эта методика служит созданию запаса прочности в персональных отношениях, обеспечивающих социальную устойчивость.

# Техника косвенного внушения. Есть в группе кукла, которая пользуется только в объект, через который осуществляется косвенное внушение. Это кукла - казак Старец. Появилась она в группе после постановки спектакля Доброе сердце дороже красоты». Роли писались по мотивам старинной казачьей сказки с одноименным названием. Распределялись роли с учетом индивидуальных особенностей детей.

# Речь в этой сказке шла о спасении горбатенькой, но доброй Дуняши и наказании злой Улиты. Превращение горбатой Дуняши в красавицу происходит при условии совершения подвига всеми детьми, которым помогает Старец - мудрый. Старый казак. Подвиг - это преодоление себя, это способность оказать поддержку другому, помочь вызволить из беды. Например, ребенок, который теряется при вопросе взрослого, демонстрирует в сказке речевую произвольность в ответах на вопросы Старца. Ребенок, скованный в движениях, танцует танец.

# Тот, кто боится темноты, смело входит в темную комнату и через минуту выходит под аплодисменты всех присутствующих. Совершение подвига кульминационная точка куклотерапии, эмоционально - стрессовый заряд всего психокоррекционного процесса. Сам факт помощи другому и преодоление себя имеет важное значение, приводящее к росту самоуважения, веры в свои силы. Это может быть любая кукла. Она, как и наш Старец, вовремя разбудит ребенка, страдающего энурезом; она приведет ребенка на прививку; вылечит рану и так далее. Обязательным требованием при использовании этой куклы является сохранение ее магического значения, а также поддержание воспитателем и родителями убежденности ребенка в реальности кукольного героя.

# Использование дидактической куклы в логопедической работе. Постановка правильного произнесения звуков предполагает отработку соответствующих артикуляционных позиций с помощью показа и объяснения. Учитывая склонность дошкольников к подражанию, наглядным формам мышления, игре, изготовили и апробировали дидактическую куклу Чи - чи (обезьянка), которую можно использовать в работе по коррекции артикуляционных расстройств и развитию мелкой моторики рук. Это мягкая игрушка высотой один метр и раскрывающимся ртом. Головка обезьянки сшита таким образом, что можно вложить руку в язык обезьянки, сделанный в виде красного мешка. Вместо кисти пришиты коричневые перчатки, которые можно надеть и манипулировать ими. Работа с этой занимательной игрушкой позволяет детям расслабиться, раскрепоститься. Перевоплотившись в Чи - чи, ребята легче вступают в контакт друг с другом, не стесняясь ошибок в звукопроизношении.

# Довгаль Н.В. предлагает использовать кукол - марионеток в логопедической работе. Собрав родителей и детей за большим круглым столом, дается установка, разложить на нем все те материалы, которые они принесли из дома для изготовления куклы. Затем включается спокойная музыка и предлагается родителям и детям зажать в руках бусинки, закрыть глаза и загадать желание и представить себе, что оно уже сбылось. Далее бусинки помещаются в капсулу от «киндер - сюрприза» и начинается общее обсуждение образа создаваемой куклы, ее пол, характер, одежда, прическа. Изготовление куклы начинается с головы, потом костюм куклы, руки, когда все готово костюм украшают и куклу «подвязывают». Когда кукла готова ее остается только «оживить»: взять в руки и начать «водить». Для этого ребенок берет в одну руку нить, управляющую головой, а в другую руку нить, управляющую руками куклы. На этом этапе взрослый помогает ребенку учить «ходить» куклу. На следующем занятии дети осваивают правила общения с куклой: водить куклу необходимо только двумя руками; внимательно следить за всеми движениями куклы; объяснять своим куклам, как должны работать язык, губы; выполняя руками кукол хлопки, произносить правильно закрепляемые звуки в слогах. Изготовив куклам необходимые костюмы в соответствии с выбранными образами, можно сделать кукольный театр [11, с. 58]

# Психокоррекционную работу с детьми необходимо проводить совместно с родителями. Нормализация родительских установок, представлений, сензитивности по отношению к ребенку входят в одну из коррекционных задач куклотерапии, и осуществляется в совместной деятельности в группе. Специфические особенности куклотерапии дают богатый диагностический материал, и помогает родителю увидеть новое в ребенке, получить обратную связь о стиле своего воспитателя и взаимодействия с ним. Необходимо донести до родителей нужность, важность и результативность этой работы, и родители платят своим участием в системе комплексного лечебно - воспитательного воздействия на ребенка. В группе у каждого ребенка имеется любимая игрушка (кукла), с которой он не расстается даже во время сна, и приобрели их, конечно же, родители.

# Все работу с родителями необходимо строить так, чтобы, в общем, с нами психокоррекционном процессе факт помощи ребенку и его преодоление себя рассматривался как необходимый терапевтический акт, ведущий к росту самоуважения, веры в свои силы и формирование более позитивного отношения к себе [13, с.82].

# Таким образом, теоретический анализ изучения метода куклотерапии позволяет предположить, что данный метод являться эффективным средством в работе логопеда с заикающимися детьми.

# Заключение

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

Основным внешним симптомом заикания являются судороги во время речи.

Различают три степени заикания:

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

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

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

Выделяются типы течения заикания:

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

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

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

Под современным комплексным подходом к преодолению заикания понимается лечебно-педагогическое воздействие на разные стороны психофизического состояния, заикающегося разными средствами и усилиями разных специалистов.

Весь лечебно-педагогический комплекс по характеру воздействия на заикающихся можно условно разделить на две составные части: лечебно - оздоровительную и коррекционно-педагогическую.

Основными задачами лечебно-оздоровительной работы, которую проводит врач, являются: укрепление и оздоровление нервной системы и физического здоровья, заикающегося; устранение и лечение отклонений и патологических проявлений в их психофизическом состоянии (ослабление или снятие речевых судорог, расстройств вегетативной нервной системы, нарушений моторики и др.).

Основной задачей коррекционно-педагогической работы, которую преимущественно проводит логопед, является: устранение речевых дефектов (перевоспитание неправильной речи) и психологических особенностей заикающихся. Логопед организует содружеств венную медико-педагогическую работу необходимых специалистов (врачей, воспитателей, инструктора по ЛФК, музыкального работника и др.), использующих свои методы и средства при воздействии на заикающихся.

В комплексном лечебно-педагогическом преодолении заикания, помимо логопедов, принимают участие разные специалисты - невропатологи, психиатры, психотерапевты, терапевт, отоларинголог, инструктор по ЛФК, физиотерапевт, музыкальный работник, воспитатель. Работа специалистов направлена на всестороннее изучение картины проявления заикания, причин его возникновения, психофизического состояния заикающегося, его личностных особенностей. Роль логопеда как ведущего специалиста в процессе работы очень велика. Ведь именно его воздействие является всегда обязательным и определяющим в комплексе, а роль других специалистов заключается в том, чтобы своими средствами и приёмами уничтожить и дополнить представлениях об особенностях заикания, способствовать эффективности логопедического воздействия.

Совместная работа логопеда с разными специалистами должна отражаться в соответствующей документации (истории болезни, амбулаторная карта, речевая карта…). Обязательной формой логопедической работы является консультативно-методическая работа с родителями и педагогами ребёнка.

Целью этой работы является обеспечение благоприятных условий для лечебно-педагогического воздействия на заикающегося ребёнка, создание правильного отношения к нему дома, в детском учреждении, в коллективе сверстников, в общении со взрослыми, организация необходимой самостоятельной работы ребёнка, добросовестное и обязательное выполнение заданий и указаний логопеда. В процессе занятий с ребёнком логопед должен дать его родителям необходимый минимум знаний о заикании. Это лучше сделать в виде цикла бесед:

о сущности причин заикания,

о методах устранения,

о значении и направленности речевых занятий,

о роли родителей в лечебно-педагогическом процессе,

об особенностях домашнего режима,

об отношении окружающих к заикающимся.

Так же необходимо помнить, что любое заболевание легче предупредить, чем его лечить, это же касается и заикания.

Итак, «сверхсредств», позволяющих сразу и навсегда избавить всех заикающихся от их недуга, не существует. Есть один общий для всех путь - путь кропотливой, упорной работы над собой, над своей речью. Если на это твердо настроиться, то хорошими помощниками тогда окажутся и медикаментозное лечение, и современная аппаратура, и сеанс императивного внушения в бодрствующем состоянии, и гипноз.

Как показывает опыт, не чудо, а труд лежит в основе избавления от заикания.

# Список литературы

1. Белякова, Л.И., Дьякова, Е.А. Заикание. [Текст]: учеб. пособие для студентов педагогических институтов по специальности “Логопедия” - М.: В. Секачев, 2008. - 304 с.: ил.

2. Белякова, Л. И., Дьякова, Е.А. Логопедия. Заикание. [Текст]: Эксмо - Пресс, 2013.- 320 с.

. Волкова, Г.А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. [Текст]: Книга для логопедов.- М.: Детство-Пресс,2013.-240 с.

. Визель, Т.Г. Коррекция заикания у детей. [Текст]: АСТ, Астрель, ВКТ, 2009.- 224 с.

. Выгодская, И.Г., Пеллингер, Е.Л., Успенская, Л.П. Устранение заикания у дошкольников в игре. [Текст]: - М.: Просвещение, 2004.- 174 с.

. Гончарова, Н.Б. Театрализованные игры в коррекции заикания: из

опыта работы./ [Текст]: /Дошкольное воспитание, 2008 № 3. - с. 82-84.

7. Заикание // Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2008.-480 с.

8. Зееман М. Расстройство речи в детском возрасте. [Текст]: М.: издательство академии педагогических наук, 2012 .-212 с.

. Исагулиев, П.И. Ролевые игры и тренинги в коррекции заикания. [Текст]: М.: В. Секачев. НИИ школьных технологий,2009.-112 с.

. Левина, Р.Е. Преодоление заикания у дошкольников. [Текст]: М.: Сфера, 2009.- 78 с.

. Леонова, С.В. Психолого - педагогическая коррекция заикания у дошкольников. [Текст]: Питер, 2014.-128 с.

. Лохов, М.И.,Фесенко. Ю.А. Коррекция заикания и других речевых расстройств детского возраста. [Текст]: Детство - Пресс, 2010.- 160 с.

. Лохов, М.И.,Фесенко, Ю.А.Заикание и логоневроз. Диагностика и лечение. [Текст]: Сотис, 2010.-228 с.

. Миссулович, Л.Я. Патоморфоз заикания. Изменение картины возникновения и течения заикания, особенности коррекционной работы. [Текст]: Союз, 2012.-320 с.

. Морозова, Н.Ю.Как преодолеть заикание. Практический материал для работы с заикающимися. [Текст]: Эксмо - Пресс, В. Секачев, 2012.-192 с.

. Одинцова, Т.С. Заикание у детей. [Текст]: Ростов - на - Дону, Феникс, 2010.- 228 с.

. Парамонова, Л.Г.О заикании. Профилактика и преодоление недуга. [Текст]: М.: Детство- Пресс,2010.-128 с.

. Поварова, И.А. Коррекция заикания в играх и тренингах. [Текст]: АСТ, Астрель,2009.-224 с.

. Поварова, И.А.Заикание. Диагностика и коррекция темпо-ритмических нарушений устной речи. [Текст]: Речь, 2005.-290 с.

. Пятница, Т.В., Солоухина - Башинская, Т.В. Справочник дошкольного логопеда. [Текст]: Ростов - на - Дону, Феникс, 2009.- 450 с.

. Селиверстов, В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия. [Текст]: М.: Владос, 2011.-208 с.

. Соловьева, Е.Н. Путь к преодолению заикания. Система занятий. [Текст]: Спб.: Детство-Пресс, 2012.-120 с.

. Сикорский, И.А.Заикание. [Текст]: АСТ, Астрель, Транзиткнига, 2006.-192 с.

. Чевелева, Н.А. Исправление речи у заикающихся школьников. [Текст]: М.: Просвещение, 2010. - 96 с.

. Чевелева, Н. А. Преодоление заикания у детей. [Текст]: Гном и Д, 2011.-128 с.

. Шевцова, Е.Е. Преодоление рецидивов заикания. [Текст]: В. Секачев, 2010.-128 с.

. Шевцова, Е.Е.Артикуляционный массаж при заикании. [Текст]: В. Секачев, 2003. - 30 с.

. Щетинин, М.Н. Дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой. [Текст]: М.: В. Секачев, 2007.- 62 с.

. Ястребова, А.В. Коррекция заикания у учащихся начальных классов общеобразовательных учреждений. [Текст]: АСТ, Астрель, 2001.- 96 с.