

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«ДОНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет «Психология, педагогика и дефектология»

Кафедра «Дефектология и инклюзивное образование»

**Комплексная терапия заикания и фонопедическая коррекция**

(Конспект лекций)

г. Ростов-на-Дону

2023 г.

**Понятие заикание.**

Заикание - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. У человека, страдающего заиканием, такие судороги могут возникать то в мышцах языка, то в мышцах губ, то в области голосовых связок или в мышцах дыхательного аппарата. Это приводит к периодическом «застреванию» на отдельных звуках, а значит и к нарушению правильности чередования ударных и безударных слогов, то есть речевого ритма. Темп речи при заикании характеризуется неравномерностью: то он резко замедляется из-за прерывания речи судорогами речевых мышц, то некоторые отрезки речи в промежутках между судорогами произносятся в ускоренном темпе (Парамонова Л. Г. Логопедия для всех, 1997).

    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.

     В древние времена в заикании преимущественно усматривали болезнь, связанную с накоплением влажности в головном мозге (Гиппократ) или неправильным соотнесением частей артикуляционного аппарата (Аристотель). Возможность нарушений в центральном или периферическом отделах речевого аппарата при заикании признавали Гален, Цельс, Авиценна.

   Другие исследователи связывали заикание с нарушениями в функционировании речевых органов. Часть исследователей связывало заикание с нарушениями в протекании психических процессов. В России большинство исследователей рассматривали заикание как функциональное расстройство в сфере речи, судорожный невроз.

    В конце 19 – начале 20 в. Все определëннее становится мнение, что заикание – это сложное психофизическое расстройство. Р. Е. Левина, рассматривая заикание как речевое недоразвитие, видит сущность его в преимущественном нарушении коммуникативной функции речи. По ее мнению, речевые затруднения зависят от многих условий: с одной стороны, от типа нервной системы, с другой — от разговорной среды, от общего и речевого режимов. Первые проявления заикания характеризуются напряженностью, сопровождающей еще непосильную умственную операцию поиска слов, грамматической формы, оборота речи.

   Однако в настоящее время учение о заикании существенно видоизменилось, и такая формулировка не исчерпывает сложившихся представлений о данном виде патологии речи. Его современная трактовка дается в монографии В.М. Шкловского «Заикание» вышедшей в 1994 году. Ведущий в этой области российский специалист определяет заикание как «дискоординаторное судорожное нарушение речи, возникающее в процессе общения по типу системного речедвигательного невроза и проявляющегося в нейромоторном дефекте».

     К причинами заикания по мнению Хр. Лагузена (1838) относятся аффекты, стыд, испуг, гнев, страх, сильные ушибы головы, тяжелые болезни, подражание неправильной речи отца и матери. И. А. Сикорский (1889) первым подчеркнул, что заикание свойственно детскому возрасту, когда развитие речи еще не окончено. Решающую роль он отводил наследственности, считая иные психологические и биологические причины лишь толчками, нарушающими равновесие неустойчивых у детей речевых механизмов.

    Таким образом, в этиологии заикания отмечается совокупность экзогенных и эндогенных факторов (В. А. Гиляровский, М. Е. Хватцев, Н. А. Власова, Н. И. Красногорский, Н. П. Тяпугин, М. Зееман и др.).

**Причины возникновения.**

На основании существующих представлений об этиологии заикания можно выделить две группы причин: предрасполагающие и производящие*.* При этом некоторые этиологические факторы могут способствовать как развитию заикания, так и непосредственно вызывать его.

*Производящие причины заикания* (не являются врожденными, а приобретаются, как следствия серьезного стресса для организма):

* Поражения нервной системы (такие нарушения в организме, как повреждение головного мозга, гипоксия, сильное заражение инфекцией, не могут не оставить след на здоровье – их следствием могут стать отклонения в передаче нервных импульсов от головного мозга к речевому аппарату);
* Заболевания звукового аппарата (когда поражены непосредственно сами органы, отвечающие за выход звука, – гортань, губ, язык и пр.);
* Психологическое напряжение (задержка речевого развития может возникнуть из-за сильного стресса, как длительного, так и острого кратковременного).

*Предрасполагающие причины заикания* (набор факторов, несущих с собой риск задержки в развитии речевых навыков):

* особенности темперамента и незначительные психологические отклонения (человек может начать заикаться из-за низкой стрессоустойчивости или, например, навязчивых страхов);
* пол и возраст (согласно статистике, дети куда более подвержены заиканию, а у женщин оно встречается в три раза реже, чем у мужчин);
* наследственные заболевания, передающиеся от родителей;
* слишком раннее, или наоборот, слишком позднее начало освоения речевого навыка у ребенка;
* изучение сразу нескольких иностранных языков;
* баловство и привычка коверкать слова, намеренно произносить их неправильно, подражать и передразнивать чужую речь.

**Симптоматика заикания.**

* повторение звуков, слогов
* растягивание звуков и слогов
* паузы (блоки) молчания

Речь ребенка теряет свою плавность и ритмичность. Чем сильнее ребенок нервничает и пытается преодолеть барьер, тем выраженнее проявляется заикание. Мышцы лица напрягаются, также нередко наблюдается напряжение в мышцах конечностей.

Во время разговора обращают на себя внимание нарушения в мимической и артикуляционной моторике. Также выявляются расстройства координации движений рук и ног, динамический праксис.  При логопедическом обследовании строение речевого аппарата в норме, но, в то же время, артикуляционные движения характеризуются своей ограниченностью и скованностью. Речь также монотонная и однообразная.

 К сопутствующим симптомам заикания относятся:

* тревога;
* беспокойство
* моторные или вокальные тики
* напряжение мышц лица

 Ребенок начинает проявлять избегающее поведение - он старается избегать ситуаций, где необходимо высказаться или где просто собирается большое количество людей. Поведение отличается импульсивностью, а эмоциональный фон – лабильностью

**Классификация заикания.**

    В зависимости от патогенетических механизмов, лежащих в основе судорожных запинок, выделяют 2 формы заикания у детей: невротическую (логоневроз) и неврозоподобную. Невротическое заикание у детей является функциональным расстройством; неврозоподобное связано с органическим поражением нервной системы.

    По выраженности речевых судорог различают легкую, среднюю и тяжелую степень заикания у детей. Легкая степень заикания у детей характеризуется судорожными запинками только в спонтанной речи; симптомы едва заметны и не препятствуют речевому общению. При средней степени тяжести запинки возникают в монологической и диалогической речи. При тяжелом заикании у детей речевые судороги часты и длительные; запинки случаются во всех видах речи, включая сопряженную и отраженную; появляются сопутствующие движения и эмболофразия. В самых крайних случаях из-за заикания речь и коммуникация становятся практически невозможными.      Степень тяжести заикания может быть непостоянной у одного и того же ребенка в различных ситуациях.

     В зависимости от характера течения выделяют следующие варианты заикания у детей:

* волнообразный (заикание усиливается и ослабевает в различных ситуациях, но не исчезает);
* постоянный (заикание имеет относительно стабильное течение)
* рецидивирующий (заикание возникает вновь после периода речевого благополучия).

**Характеристика основных форм заикания.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Параметры** | **Невротическое заикание**  (функциональное расстройство речи). | **Неврозоподобное заикание**  (органическое расстройство речи). |
| 1.Этиология заикания | Сочетание предрасполагающих причин и вызывающих.  **Предрасполагающие причины:**   * наследственная отягощенность; * умеренно осложненное протекание беременности и родов у матери; * частые соматические заболевания ребенка в раннем детстве; * отставание в речевом развитии; * перегрузка речевым материалом; * неспокойная обстановка в семье; * наличие ускоренной речи;   Производящие причины:   * Перенапряжение возбудительного процесса (радость). * Перенапряжение тормозного процесса (испуг). * "Ошибка " нервных процессов при одновременном воздействии противоположных раздражителей. * Резкое переучивание с левой руки на правую. * Подражание речи заикающихся (пассивное, активное).   Преимущественно психогенное начало речевой патологии (психическая острая или хроническая травматизация) Родители часто могут указать точное время и причину, например- испуг.  С 2 до 6 лет. Перед появлением заикания может возникнуть мутизм | Органическое поражение ЦНС (внутриутробное, в период родов).  Неврозоподобная форма заикания чаще всего начинается у детей в возрасте 3-4 лет постепенно, без видимых внешних причин вместе с фразовой речью; вне связи с психотравмирующей ситуацией, родители не могут объяснить причину; появляется на выходе из задержки речевого развития, моторной алалии, дизартрии, в процессе становления фразовой речи. |
| 2.Особенности анамнеза | 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. | Отмечаются тяжёлые токсикозы беременности с явлениями угрожающего выкидыша, асфексия в родах. |
| 3.Течение заикания | Заикание утяжеляется постепенно, медленно. В одних ситуациях общения заикание проявляется, а в других нет. | Заикание утяжеляется очень быстро, оно практически не зависит от ситуации общения. |
| 4.Физическая (первичная) симптоматика | * Судороги в процессе речи: * тонические дыхательные * клонические голосовые * смешанные артикуляторные   смешанные   * Нарушение темпа и ритма речи. * Сопутствующие движения. * Вегетативные расстройства | * Судороги в процессе речи * Соответствующие движения * Нарушение темпа и ритма речи. * Нарушение общей моторики. * Отставание в речевом развитии.   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.  Судорожные запинки усиливаются при физическом и психическом утомлении детей, в период соматических заболеваний, но обычно мало зависят от внешних ситуационных факторов. |
| 5.Психические (вторичные ) симптомы | * Звуко - и логофобии * навязчивые мысли о заикании (обсесии) * Защитные приемы: * двигательные * речевые уловки (эмболофразии, перестройка фразы, изменение манеры речи) * особенности личности | Психологические симптомы выражены слабо или совсем отсутствуют.  Нарушение деятельности общения заикающихся на всех уровнях: коммуникативном, интерактивном, перцептивном |
| *6.*Психолого-педагогическая характеристика | 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. | В грудном возрасте беспокойны, крикливы, плохо спят; поведение характеризуется расторможенностью, возбудимостью. На поведение ребенка отражается церебрастенический синдром: непереносимость духоты, жары, резкие перепады настроения, вспыльчивость, капризность, дети не переносят транспорт, чувство голода, посторонние запахи, избирательность в пище. В таком состоянии ухудшается работоспособность, снижается память, замедляется скорость мыслительных операций, раздражительность. Внимание неустойчиво. Дети часто суетливы, непоседливы, с трудом подчиняются дисциплинарным требованиям. Нет стойкого интереса к игровой деятельности, снижение познавательной активности.  Психическое развитие обычно – в пределах нормы. Успеваемость в школе – средняя.  Может быть ЗПР.. |
| 7.Неврологическая симптоматика | Практически отсутствует. | Множественные признаки, свидетельствующие о поражении ЦНС. |
| 8. Особенности речевого развития | Наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения. | Наряду с задержкой развития речи имеются нарушения произношения многих звуков (все недостатки схожи с дизартрией). |
| а) строение артикуляционных органов, их подвижность, мышечный тонус, темп речи | Подвижность ничем не ограничена, тонус в норме, темп речи – от нормы до ускоренной. 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. | Обычно нормальное строение артикуляционного аппарата.  Мышечный тонус 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, особенно страдает динамический праксис; 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. 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. |
| б) появление первых слов, фраз | Речевой онтогенез имеет у них определенные особенности. Нередко наблюдается раннее развитие речи Слова – 10 мес.; фраза – 16 –18 мес. (в норме – к двум годам) 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 | Слова – к 1,5 годам; элементарная фраза – к 3 годам, развёрнутая фраза – к 3,5 годам. |
| в)нарушения речи, сопутствующие нарушению | Может быть функциональная или физиологическая дислалия. | Задержка развития речи, нарушение произношения многих звуков. Может быть дизартрия; моторная алалия. |
| г)темп речи | Темп речи часто ускорен, дети как бы “захлебываются” речью. Состояние звукопроизносительной стороны речи норму не опережает. | Темп речи либо ускорен, либо резко замедлен, голос мало модулированный. |
| д) выразительность речи | Различная | Речь невыразительная, монотонная, глуховатая. |
| е) нарушение лексико-грамматической стороны речи | Часто торопливость, небрежность речи, недоговаривают окончания слов и предложений, пропускают отдельные слова и предлоги, делают грамматические ошибки. Нередко отмечается “смазанность” произнесения звуков в речевом потоке. | 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. |
| 9. Корреляция между психомоторным развитием и развитием речи | Не связаны. | Лёгкая степень: Нарушения динамической координации всех движений. Нарушения произношения носят фонетический характер (межзубный сигматизм, губно-зубное произношение). Л-Г в норме.  Средняя степень: Нарушения статической и динамической координации движений (общих, тонких, артикуляционных). Нарушения произношения - ФФН (велярное, увулярное р; смешение шипящих и свистящих). Л-Г – отставание.  Тяжёлая степень: Нарушена статика, динамика, нарушения двигательной сферы в целом. Нарушения речи – от ФФН до ОНР III уровня. |
| 10.Наличие психопатологических черт характера | Возможность плавной речи при определенных условиях (речь наедине с собой, в условиях эмоционального комфорта, при отвлечении активного внимания от процесса говорения и пр.). | Внимание к речи улучшает речь; плохое состояние здоровья - ухудшает |
| а) зависимость степени заикания от ситуации | Имеется прямая зависимость | Малая зависимость от ситуации. |
| б)нарушение социальных контактов | Отмечается либо уход , либо агрессия, навязчивость. |  |
| в) осознанность дефекта, фиксированность на дефекте | Осознание дефекта в 10 – 12 лет, эмоциональная фиксированность. | к 14 годам, носит редуцированный характер, пассивное отношение к дефекту. |
| г) логофобия | Стойкая. |  |
| 10.Динамика заикания | Рецидивирующее, прогредиентное. В благоприятных условиях – регредиентное. | 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. |

**Речевые судороги**

        Судороги мышц речевого аппарата в процессе устной речи являются основным симптомом заикания. Речевые судороги возникают только в момент речи или при попытке начать речь и выражаются в непроизвольном сокращении мышц речевого аппарата.

        Судороги мышц речевого аппарата имеют различную локализацию, тип и силу выраженности.

        Принято выделять два основных типа речевых судорог: тонические и клонические.

        Тонические речевые судороги проявляются в виде насильственного резкого повышения тонуса мышц, захватывающего обычно несколько мышечных групп (например, мышцы языка, губ, щек и т. п.). Заикающийся в эти мгновения как бы скован. Рот при этом мажет быть полуоткрытым либо, напротив, губы плотно сомкнуты. Лицо отражает большое напряжение, которое прилагает заикающийся к тому, чтобы начать или продолжить речь. Акустически тоническая судорога проявляется в виде длительной паузы в речи, либо в виде напряженной и протяжной вокализации.

        Клонические речевые судороги характеризуются насильственным многократным ритмичным сокращением мышц речевого аппарата.  При этом заикающийся обычно повторяет отдельные звуки или слоги.

        Обычно клонические и тонические речевые судороги наблюдаются у одного и того же заикающегося.

**Локализация судорог**

        Судороги мышц речевого аппарата могут проявляться во всех отделах речевого аппарата: артикуляционном, голосовом и дыхательном. Соответственно принято говорить об артикуляционных, голосовых и дыхательных судорогах. В клинической картине заикания, особенно при хронификации речевого дефекта, чаще встречаются смешанные судороги: дыхательно – артикуляционные, дыхательно – голосовые, артикуляцинно – голосовые и т. д. .

        До настоящего времени общепризнанно, что классическое описание речевых судорог при заикании представлено в монографии А. И. Сикорского «О заикании» (1889). Им выделено 16 форм различных речевых судорог в зависимости от их локализации.

**Судороги дыхательного аппарата**

**Инспираторная судорога.**  Характеризуется внезапным резким вдохом, возникающем на разных этапах речевого высказывания, что приводит к необоснованной паузе. Инспираторные клонические судороги могут следовать друг за другом, не прерываясь выдохом. Эти судороги нарушают как фонацию, так и речевую артикуляцию. Сила инспираторных судорог бывает различной. Чаще всего они выражены слабо и акустически малозаметны. Лишь в очень редких случаях они бывают сильными и длительными. Инспираторные судороги обычно сопровождаются субъективными ощущениями заикающихся в виде чувства напряжения в груди.

**Экспираторная судорога** характеризуется внезапным резким выдохом в процессе речевого высказывания. Для нее характерны сильные сокращения мускулатуры брюшного пресса. Во время приступа экспираторной судороги заикающийся может резко наклоняться вперед, а воздух резко и шумно проходит через раскрытую голосовую щель. Во время экспираторной судороги как артикуляция, так и вокализация приостанавливаются. Субъективно у заикающихся возникает тягостное ощущение необычного сжатия грудной клетки, нехватки воздуха.

В случае значительной длительности и выраженности тонического напряжения мышц в структуру экспираторной судороги включается раскрытие голосовой щели, опускание нижней челюсти, поднятие небной занавески и раздувание крыльев носа.

**Судороги голосового аппарата**

        Судороги голосового аппарата возникают, как правило, в момент попытки произнесения гласного звука. Различают три основных вида судорог голосового аппарата.

**Смыкательная** голосовая судорога возникает при попытке начать речь или в середине речевого высказывания, что внезапно прекращает голосоподачу. Голосовые складки в момент судороги резко смыкаются, препятствуя прохождению воздуха. Основным признаком этого вида судорог является полное отсутствие звука, которое может быть различное по длительности. В этот период наступает как бы «мимолетная немота». В связи с тем, что голосовая щель сомкнута, перекрывается прохождение воздушной струи, брюшная мускулатура напряжена. Заикающийся как будто «застывает», лицо его становится неподвижным, мышцы всего туловища приходят в оцепенение.

         При длительной смыкательной голосовой судороге лицо заикающегося выглядит напряженным. В качестве субъективных ощущений заикающиеся могут указывать на чувство напряжения в области гортани, груди и брюшных мышц, ощущение препятствия в области гортани.

**Вокальная судорога** возникает в виде повышения тонуса голосовых мышц. Судорога возникает в процессе речи, как правило, на гласных звуках. Акустически вокальная судорога воспринимается как необычная продолжительность вокализации гласного звука. По мнению Сикорского А. И., наиболее часто эта форма встречается в инициальной стадии заикания у детей и может быть первым признаком начинающегося заикания, а также является предвестником будущих дыхательных и артикуляционных судорог.

        Иногда длительность вокальной судороги исчерпывает все резервное количество воздуха, и слово не может быть произнесено без нового воздуха. При вокальных судорогах тембр голоса и его частотные характеристики  могут быть не нарушенными, однако иногда у заикающихся наблюдается вокальная судорога, при которой может меняться тембр голоса и его высота. Голос приобретает неприятное, фальцетообразное, то понижающееся, то повышающееся звучание.

        Вокальная судорога, локализуясь в области гортани, может захватывать шейные мышцы и нарушать деятельность всех мышц голосового аппарата. Иногда наблюдается полная приостановка артикуляторных движений до тех пор, пока не закончится вокальная судорога.

**Дрожащий или толчкообразный гортанный спазм** возникает при произнесении или попытке произнесения гласных звуков. При этом речь прерывается, возникает дрожащий или прерывистый звук, что сопровождается полным отсутствием артикуляции. Иногда звуки слышны в виде отдельных медленных «ударов».

        Во время дрожащего гортанного спазма голосовые складки то смыкаются, то размыкаются, в результате чего возникают нефонологические звуки. Для этой судороги характерна открытая ротовая полость, что может сопровождаться ритмическим отбрасыванием назад или опусканием головы вперед.

**Судороги артикуляционного аппарата**

        Артикуляционные судороги разделяют на лицевые (губы, нижняя челюсть), язычные и судороги мягкого неба.

**Лицевые судороги**

**Смыкательная судорога губ** является одной из наиболее часто наблюдаемых судорог при заикании. Она характерна уже для ранних этапов развития этого речевого нарушения.

        Смыкательная судорога губ проявляется в виде спазма круговой мышцы рта, в результате чего губы сильно сжимаются, при этом другие лицевые мышцы могут не принимать участия в судороге. При попытке произнести звук щеки могут надуваться под напором воздуха, наполняющем полость рта.

        При смыкательной судороге губ нарушается произнесение губных звуков (п, б, м, в, ф). В тяжелых случаях судорога нарушает и произнесение звуков, которые по локализации относятся к язычным (т, д, к).

**Верхнегубная судорога** наблюдается редко. Проявляется спазмом мышц, поднимающих верхнюю губу, а иногда и крылья носа. Возникает чаще с одной стороны лица, при этом ротовая щель принимает косое направление. Верхнегубная судорога чаще бывает тонической по типу.

При этой судороге произнесение всех губных звуков является практически невозможным. Лицо становится ассиметричным, искаженным.

**Нижнегубная судорога**  аналогична верхнегубной. Поражает одну или две мышцы, опускающие угол рта. В том случае, если поражаются обе мышцы, наблюдается резкий отворот нижней губы. Изолированно наблюдается редко.

**Угловая судорога рта**  характеризуется резким оттягиванием угла рта справа или слева вместе с приподнятием его. Ротовая щель перекашивается в сторону судорожно сокращенных мышц. Может быть распространение судороги на мышцы носа, века, лба.  Угловая судорога нарушает работу круговой мышцы рта. Заикающийся во время судороги не в состоянии сомкнуть губы, в результате чего расстраивается произнесение соответствующих согласных. Угловая судорога рта может возникать с обеих сторон рта. Она бывает как тонической, так и клонической.

**Судорожное раскрытие ротовой полости** может протекать в двух вариантах: а) рот раскрывается широко с одновременным опусканием нижней челюсти;        б) при сомкнутых челюстях резко обнажаются зубы. Очертания рта приобретают квадратную форму. Все мышцы артикуляцинного аппарата крайне напряжены. Судорога носит обычно тонический характер и нередко иррадирует и может захватывать мышцы лба, век и всю мускулатуру лица.

**Сложная судорога лица.**  Хотя и выделена  И. А. Сикорским в отдельную судорогу, однако, по его мнению, не имеет самостоятельного значения, а представляет собой одно из проявлений выраженных в тяжелой степени различных лицевых судорог, включающих судороги лобных мышц, круговой мышцы век, ушных мышц.  Сложная лицевая судорога, как правило, сопровождает судорогу круговой мышцы рта. По мнению ряда исследователей, она характерна для тяжелого заикания у взрослых.

**Язычные судороги**

        Составляют вторую группу судорог артикуляционного аппарата и наблюдаются, как правило, при произнесении звуков, в артикуляции которых принимает участие язык. Различают несколько видов судорог языка.

**Судорога кончика языка** является наиболее часто встречаемой среди артикуляционных судорог.  Кончик языка упирается с напряжением в твердое небо, в результате чего артикуляция приостанавливается, выдох (а, значит, и фонация) в этот момент прекращается, возникает необоснованная пауза.

**Судорожный подъем корня** языка выражается в насильственном подъеме корня языка вверх и оттягивании назад.  Во время судороги происходит смыкание корня языка с небом, в результате чего полностью блокируется прохождение воздушной струи через ротовое отверстие.  Эта судорога возникает при произнесении заднеязычных звуков ( г, к, х ).

**Изгоняющая судорога языка** характеризуется выталкиванием языка наружу в пространство между зубами.  Она может быть тонической и клонической. При тонической судороге язык может находиться высунутым из полости рта, а при клонической – периодически выдвигаться вперед и затем с силой втягиваться внутрь. Во время судороги произнесение звуков становится невозможным, дыхание нарушается, могут возникнуть даже болевые ощущения. Если судорога носит не резко выраженный характер, язык может оставаться в полости рта, лишь упираясь в зубы.

**Подъязычная судорога** характеризуется опусканием нижней челюсти и открыванием полости рта. Эта судорога охватывает мышцы, связанные с подъязычной костью.  При этой судороге часто наблюдается повторение слогов и придыхания. Очень редко она носит самостоятельный характер, в основном сочетается с судорогами другой локализации.

**Судорога мягкого неба.**

Данная судорога изолированно встречается крайне редко. Чаще она наблюдается в составе сложной генерализованной судороги артикуляционного аппарата. Во время судороги мягкое небо то поднимается, то опускается, в результате чего вход в носовую полость то открывается, то закрывается, что придает звукам нозализованный оттенок.  Внешне судорога выражается внезапной остановкой речи и повторением звуков, похожих на «пм – пм» или «тн – тн», «кн – кн» и т. п. в зависимости от положения языка и губ. Субъективные ощущения заикающихся выражаются в чувстве неприятного напряжения и сухости в носу.

**Тяжесть проявления речевых судорог**

        Различают тяжелую, среднюю и легкую степени проявления судорог. Оценка тяжести речевой активности мышц речевого аппарата может не совпадать с оценкой тяжести заикания, так как это понятие включает множество факторов.

        До настоящего времени нет объективных показателей и единой методики для оценки степени тяжести заикания.  Имеются разные мнения специалистов по этому поводу. Многие практики считают, что степень тяжести заикания определяется возможностью владения плавной речью в тех или иных видах речевой нагрузки.  Так, легкая степень заикания квалифицируется в том случае, если судорожные запинки наблюдаются лишь в спонтанной связной речи.  Средняя степень речевого дефекта определяется в тех случаях, когда запинки наблюдаются как в монологической, так и в диалогической формах речи. Тяжелая степень фиксируется в том случае, если судорожные запинки встречаются во всех формах речи, в том числе и сопряженной, и отраженной (Волкова Г. А., 1993; и др.).

Другие ученые считают, что степень тяжести заикания определяется в целом степенью фиксации заикающихся на своем дефекте

(В. И. Селиверстов, 1994).

        Существуют и другие, более формализованные оценки степени тяжести заикания, как – то: количественные показатели темпа речи, количество и длительность пауз, количество повторов, вставок лишних звуков и других искажений речи заикающихся (Ю.А.Кузьмин, 1990 и др.).

        Степень тяжести заикания у одного и того же заикающегося непостоянна и зависит от целого ряда условий: эмоционального состояния заикающегося в данный момент, эмоциональной значимости ситуации общения для данного заикающегося; от степени затруднений, связанных с формулированием высказывания; от наличия так называемых «трудных звуков» в словах, составляющих высказывание, т.д..

**Лингвистические факторы, способствующие**

**появлению судорожных запинок**

               Появление судорожных запинок часто связано с фонетическими характеристиками речи. К звукам, которые чаще других сопровождаются судорогами, относятся глухие и звонкие смычные согласные, в особенности «п, т, к», кроме этого, судороги часто появляются на сочетаниях этих звуков с другими согласными, например, «тр», «ст», «кр» и т. п. .

        Судорожные запинки чаще встречаются при произнесении предложений, длинных и сложных по своей грамматической структуре.

        Запинки в большей степени вероятны в тех словах, которые не характерны для индивидуального словаря говорящего (малочастотные), а также в словах и словосочетаниях, которые несут основную информационную нагрузку во фразе (информационная значимость) говорящего.

        Кроме этого, на появление запинок влияет и ритмическая структура слова. Запинки главным образом возникают на предударных и ударных слогах. Например, они практически не появляются на заударных слогах. Наиболее же часто запинки возникают на первом слоге слова или фразы.

**Речевое дыхание**

        В клинической картине заикания неизменно присутствуют расстройства дыхания.  Неречевое дыхание заикающихся имеет свои особенности.  Оно, как правило, поверхностное, ритм его недостаточно устойчив, легко нарушается при эмоциональном напряжении.

         Речевое дыхание представляет сбой высококоординированный акт, во время которого дыхание и артикуляция строго соотносятся в процессе речевого высказывания. У заикающихся эта координация нередко нарушается доже в процессе плавной речи. Перед вступлением в речь заикающиеся дают недостаточный по объему вдох, что не обеспечивает целостного произнесения интонационно – смыслового отрезка сообщения. Нередко заикающиеся (не только дети, но и взрослые) говорят на вдохе, либо в фазе полного выдоха.

        Нарушение речевого дыхания у заикающихся настолько сильно выражено, что многие исследователи склонны относить причину заикания к нарушению регуляции дыхательной функции.

При коррекции заикания в практике, как правило, используется регуляция речевого дыхания, как один из ведущих приемов установления плавности речи.

**Сопутствующие речи движения**

        Речь заикающихся, как правило, сопровождается сопутствующими движениями, которые проявляются у разных заикающихся по – разному: от раздуваний крыльев носа и зажмуривания глаз до сложных движений всем туловищем. Так, у заикающихся в процессе речи могут наблюдаться кивательные движения головой, раскачивание туловищем, притоптывание, сжимание пальцев в кулаки и т. п. Эти сопутствующие движения обычно не носят характера эмоционально – выразительной жестикуляции, сопровождающей речь у незаикающихся людей.

        Часто эти движения являются насильственными, но могут носить и маскировочный (уловочный) характер.

        В некоторых случаях уловочные движения бывают настолько сложны, что начинают напоминать двигательные ритуалы. Так, например, перед тем, как начать речь, заикающийся закрывает глаза на несколько секунд, одновременно почесывая нос правой рукой, затем переступает с ноги на ногу и только после этого начинает говорить.

**Речевые уловки**

При хронически текущем заикании практически все заикающиеся используют в речи однообразные, многократно повторяющиеся на протяжении высказывания, семантически опустошенные лексемы типа: «да; вот; это самое» и т. п. Иногда произносимые звукосочетания могут быть бессмысленными. Такие явления в литературе, посвященной проблеме заикания, принято называть эмболофразией, а сами слова – эмболами. Эмболы нередко употребляются заикающимися перед так называемыми «трудными» звуками.  Например: «Я хочу… это вот, я хочу… это вот, я хочу… пппосмотреть…».  Эмболы могут появляться в конце судороги как «вступление» в плавную речь. Довольно часто эмболы заполняют паузы, когда заикающийся затрудняется подобрать адекватные слова, соответствующие замыслу высказывания. Использование эмболов, как правило, не осознается заикающимся.

        Нередко в речи заикающихся наблюдается подмена слов, которые в момент высказывания им трудно произнести, на слова, которые произнести легче. Часто речевые уловки такого рода меняют смысл высказывания, что не всегда осознается заикающимися.

**Вегетативные реакции**

        Устная речь у заикающихся подростков и взрослых обычно сопровождается вегетативными реакциями. Это может выражаться покраснением или побледнением лица, резким учащением сердцебиения. В процессе речи резко усиливается потоотделение, ладони становятся влажными, могут появиться капли пота на лбу, иногда становится влажным не только лицо, но и тело. Аналогичные вегетативные реакции могут наблюдаться и у здоровых лиц, но только в ситуациях сильного эмоционального напряжения.

**Логофобия**

        У большого числа заикающихся наблюдается патологическая личностная реакция на речевой дефект в виде боязни речевого общения – логофобия. Логофобия включает в себя навязчивые переживания и страх возникновения речевых судорог. Этот страх усиливается в определенных ситуациях, в связи с чем у заикающихся появляется реакция избегания «речевых» ситуаций, наблюдается ограничение общения. Логофобия существенно осложняет общую картину данной речевой патологии.

        Логофобия у подростков, помимо ограничения общения, главным образом со сверстниками, нередко приводит к отказу заикающихся отвечать устно перед классом. Они переходят на письменные ответы. Все эти факторы отрицательно влияют на речевое состояние заикающихся.

***Характеристика основных методик преодоления заикания***

***- для дошкольников***

**Методика Н.А. Власовой и Е. Ф. Рау.**

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

1) отраженная речь;

2) заученные фразы;

3) пересказ по картинке;

4) ответы на вопросы;

5) спонтанная речь.

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

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

1) сопряженная речь;

2) отраженная речь;

3) ответы на вопросы по знакомой картинке;

4) самостоятельное описание знакомых картинок;

5) пересказ прослушанного небольшого рассказа;

6) спонтанная речь (рассказ по незнакомым картинкам);

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

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

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

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

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

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

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

**Методика И.Г. Выгодской, Е.Л. Пеллингер, Л.П. Успенской.**

**“Устранение заикания у дошкольников в игровых ситуациях”**

    В методике этих выдающихся ученых и дефектологов собраны и систематизированы по периодам коррекции речи заикающихся детей различные игры и игровые приемы. Целенаправленные игровые ситуации формируют у детей навыки самостоятельной речи, помогают им переходить от общения словами на первом этапе работы к развернутым высказываниям на завершающих курс занятиях. Курс занятий с заикающимися рассчитан лишь на 2–3 месяца, а устранение у этих детей отдельных дефектов звукопроизношения проводится предварительно на индивидуальных занятиях.

    Авторы данной методики предлагают методические указания, поэтапные схемы на весь период работы (курс рассчитан на 36 занятий), также дают план логопедических занятий каждого этапа, приводят специальные упражнения для мышечного расслабления и снятия эмоционального напряжения (релаксация).

    Заикающимся детям свойственны повышенная эмоциональная возбудимость, двигательное беспокойство, неустойчивость и истощаемость нервных процессов. При затруднениях в речи у ребенка возникает повышенная мышечная напряженность, как в органах артикуляции так и во всем теле. Чтобы помочь себе он сжимает кулачки или с силой зажимает рот ладошкой, так как он не знает, что нужно ему делать в данной ситуации. Для этого учеными И. Г. Выгодской, Е. Л. Пеллингер, Л. П. Успенской были разработаны специально для дошкольников системы расслабляющих упражнений, которые помогают снять у ребенка чрезмерное напряжение. Все упражнения проводятся в игровой форме, в сопровождении рифмованных фраз, которые доступны и интересны детям. Эти расслабляющие упражнения условно названы “Волшебным сном”. Так же для заикающихся детей используются игровые приемы для организации щадящего режима на специальных логопедических занятиях и в домашних условиях. Чтобы облегчить формирования нового речевого навыка, необходимо в начальный период работы снизить речевую активность заикающихся, специально ограничить объем их высказываний. Обычно это трудно осуществить, а игра поможет включить ребенка в режим относительного молчания. Условно эти игры называются **“**Молчанки”.

    Для нормализации речевого дыхания, которое у заикающихся часто бывает нарушенным. Важно не только побудить ребенка к спокойному общению, но и обеспечить ему возможность говори четко, плавно, выразительно, на выдохе. Игровые приемы позволяют ненавязчиво обучить его спокойному речевому дыханию.

    Для начального периода работы по устранению заикания, игры и игровые приемы помогают обучить ребенка правильной речи: умению говорить на выдохе, делая опору на ударные гласные, слитно произносить слова в смысловом отрезке, пользоваться паузами и логическими ударениями. Такие игры носят название “В стране коротких ответов”.

   Для тренировки навыков правильной речи при постепенном расширении объема высказывания. Такие игры помогают ребенку четко оформить мысль не только короткими, но и простыми распространенными предложениями. Игровое название таких игр – “В стране полных ответов”.

    Такие игрушки как куклы с ручным управлением, или бибабо помогают логопедам от первого до заключительного занятия. Ожившие куклы помогают быстрее осуществить цели логопедической работы и увлечь детей.        При управлении куклой у ребенка исчезает двигательное беспокойство, все движения его становятся целенаправленными. Все это успокаивает детей, способствует упорядочению и раскованности речи.

    Иры “Инсценировки” и “Сюжетно ролевые” посвящены играм – драматизациям, в которых используется способность детей к творчеству перевоплощению для закрепления навыка правильной речи и приобретения свободы речевого общения. В инсценировках дети – “артисты” – учатся не принужденно говорить и действовать, исполняя выученные роли. В сюжетно ролевых играх при разыгрывании различных моделей жизненных ситуаций (например, “В магазине”, “В парикмахерской”, “День рождения” и т. д.) у детей возникает естественная потребность в инициативной речи. Становясь “взрослым” во время игры, они обретают уверенность речевого общения.

    В устранении заикания у дошкольников играет важную роль **–**“Заключительные занятия” – организация и проведение праздников. Задача логопеда не только исправить речь заикающегося, но и подготовить его психологически к общению в любых условиях. Своеобразным экзаменом для ребят являются выступления на детских праздниках, где присутствуют гости: другие дети, родители, обслуживающий персонал и т. д.

    И. Г. Выгодская, Е. Л. Пеллингер, Л. П. Успенская в своей методике предлагают формы работы с родителями заикающихся детей, где рассказывают родителям как важно, чтобы и дома соблюдалось правильное общение с заикающимся ребенком.

**Методика Н.А. Чевелёвой и С.А. Мироновой.**

    Н. А. Чевелева считает, что заикающихся детей необходимо учить умело пользоваться словарным запасом, правильно и конкретно формулировать мысль, быстро и точно подбирать определенное слово передавать содержание в строгой логической последовательности, то есть нужно развивать у них определенные стороны связной речи. А также преодоление заикания достигнет полного и стойкого эффекта, если будет вестись одновременно в двух направлениях: непосредственное исправление речи детей и корригирования особенностей их психической деятельности. Для этих целей с большой эффективностью может быть использован программный материал детского сада.

    Представляется вполне возможным соединить обучение и воспитание детей с процессом развития у них связной речи и работой по перевоспитанию имеющихся особенностей в протекании психических процессов.

Развивая у заикающихся детей связную речь, нужно начинать с самой простой ее формы – ситуационной и постепенно подводить их к умению пользоваться контекстной речью.

    Основной смысл проводимых логопедических занятий состоит не в тренировки навыков механической речи, а в том, чтобы научить детей легко и свободно выражать свои мысли, отвечать, спрашивать, пояснять, рассказывать, делать выводы, заключения, обобщения. Механическая тренировка речи детей, упражнения в сопряженной, отраженной речи, воспроизведение заученного текста, как показала практика, не приносят желаемых результатов.

    Занятия должны вызывать у детей интерес и постоянное желание отвечать на «сложные» и «хитрые» вопросы логопеда.

    Автор данной методики считает необходимым для развития связной речи использовать не только время занятий, но и режимные моменты: дежурство по группе, подготовка к прогулке, к занятиям, к обеду и др. В этом случаи могут служить конкретным, наглядным материалом одежда детей, посуда, игрушки, личные вещи ребенка и т. п. Логопед спрашивает, чья это вещь, какого она цвета, что надевает или ставит на стол ребенок, что он делает в данный момент. При этом нужно помнить, что вопросы логопеда должны относиться только к конкретным предметам и действиям.

    Система преодоления заикания у детей на основе развития у них связной речи, предложенной Н.А. Чевелёвой, включает 5 периодов:

I период – пропедевтический;

II период – сопровождающей или констатирующей речи;

III период – завершающей речи или речи по зрительным представлениям;

IV период – планирующей речи или речи, лишенной зрительной опоры;

V период – закрепление навыков связной речи.

Коротко остановимся на описании каждого из указанных периодов.

**I период – пропедевтический.**

    Основная цель – преодоление речевой импульсивности, неорганизованности детей. Как известно, многие заикающиеся дети очень возбудимы, двигательно беспокойны. Они умолку говорят, не умеют слушать объяснения старших, постоянно прерывают их своими вопросами, замечаниями, высказываниями. Поэтому совершенно необходимо приучать детей быть внимательными и дисциплинированными, сдерживать свою речевую активность, отвечать лишь тогда, когда к ним обращаются с вопросом.

    Первый период не должен занимать более 3-4 занятий. Дети сами не должны ничего говорить, а лишь молча слушать логопеда. На первых порах это для них очень трудно: они то и дело вставляют свои реплики. Логопед должен в очень мягкой форме, но вместе с тем убедительно дать почувствовать детям, что от них требуется выдержка и дисциплинированность. Лучше всего проводить такие занятия на фоне постоянного поощрения тех детей, которые молчат.

**II период – сопровождающей или констатирующей речи.**

    В этом периоде используется наиболее простая, доступная заикающимся речь, которая сопровождает их действия или действия логопеда, а также речь, констатирующая видимые предметы, их наглядные признаки, свойства, количество. При этом идет и постоянное усложнение речи детей в связи с изменением характера вопросов логопеда и соответствующим подбором.(16 занятий).

**III период – завершающей речи или речи по зрительным представлениям**.

    Дети овладевают умением отвечать на вопросы логопеда, пояснять, рассказывать, опираясь лишь на зрительные представления, сохраненные в памяти.

    В начале III периода в беседе с детьми можно использовать и прежние, уже усвоенные детьми формы речи (сопровождающую и констатирующую; 12 занятий).

**IV период – планирующей речи или речи, лишенной зрительной опоры.**

    На занятиях этого периода используются наиболее сложные формы речи – планирующая, а также развернутые объяснения и рассказы детей, вовсе лишенные какой бы то ни было зрительной опоры.

    Отвечая на вопросы, детям приходится подробно рассказывать, рассуждать, делать выводы, обобщения. Иными словами – они пользуются контекстной речью.

    В этом же периоде логопед учит детей самостоятельно задавать вопросы. Для этого можно предложить ему игру «Учитель», где дети, ребенок, становятся преподавателем на определенное время. На эту роль логопед вызывает того, кто лучше отвечал на вопросы.

**V период – закрепление навыков связной речи.**

    У ребят закрепляются навыки свободного пользования всеми видами свободного пользования всеми видами связной речи. На занятиях усваивается весь оставшийся программный материал уже без изменений в последовательности прохождения различных тем. Однако логопед все еще стремится вызывать речь детей по любому поводу, причем речь эмоционального возбуждения заикающимся детям особенно трудно говорить; поэтому упражнения такого рода приносят огромную пользу.      Поэтому логопед старается вызывать на занятиях побольше оживленных бесед, споров, шуток, шумных, веселых обсуждений, диалогов.

    Очень полезно на занятиях этого периода использовать различные варианты творческих рассказов детей. Например, составления рассказа по опорным словам: лето, лес, дети, грибы, гроза, шалаш.

    Как уже отмечалось, параллельно с развитием связной речи заикающихся детей проводится коррекционно-воспитательная работа по устранению имеющихся отклонений во внеречевых процессах.

    Делается это систематически в процессе обучения и воспитания детей по программе детского сада и вне занятий.

    Прежде всего, сама педагогическая установка на занятии, которая распространяется на весь период обучения, способствует развитию внимания, памяти детей, умению моментально переключаться. (Если подготовленный ребенком ответ уже прозвучал, он быстро придумывает новый.)

    Кроме того, дошкольникам (начиная с III периода), постоянно приходится удерживать в памяти последовательность выполнения того или иного задания, чтобы, отвечая на вопросы логопеда, рассказывать все точно и подробно.

    Во время занятий или проведения режимных моментов каждый ребенок внимательно следит за ответами товарищей, а в случае ошибок или малейших неточностей тут же вносит изменения и свои дополнения. Все это развивает память, расширяет объем внимания, оказывает благотворное действие на общую организованность психики заикающихся детей.

     Н.А. Чевелёва подчеркивает, что полного успеха в работе с заикающимися детьми можно достичь только в том случае, если будут строго учитываться все указанные ее стороны.

    С.А. Миронова предложила систему преодоления заикания у дошкольников в процессе прохождения в целом программы средней, старшей и подготовительной группы детского сада.

    Коррекционное воздействие на заикающихся детей осуществляется на занятиях (как основной форме образовательной работы в детском саду), по принятым разделам: «Ознакомление с окружающей природой», «Развитие речи», «Развитие элементарных математических представлений», «Изобразительной деятельности».

    На занятиях дети получают новые знания и овладевают самостоятельной речью, свободной от заикания, приобретают навыки общего и речевого поведения.

    С первых же занятий дети упражнялись в самостоятельной речи без заикания, минуя механические тренировки. Формирование у дошкольников навыков пользования самостоятельной речью разной сложности проходило в определенной последовательности: от ситуационной речи к контекстной.

Авторы, данной системы преодоления заикания у дошкольников, формировали у детей способность выполнять учебную деятельность в соответствии с данными словесными указаниями и показом или только одними словесными указаниями, развивали восприятие память, мышление, познавательный интерес.

    Работа с детьми по всем разделам «Программы» (Обучение и воспитание заикающихся дошкольников: Программы для специальных дошкольных учреждений, 1983 г.), подчиняется цели перевоспитания речи заикающихся. Поэтому автор ставит перед логопедом две задачи: программные и коррекционные, которые распределены по учебным кварталам (или соответственно по четырем этапам последовательно усложняемой коррекционной работы).

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

    Логопедические занятия по устранению заикания логопед проводит ежедневно в утренние часы. Воспитатель занимается с детьми вечером. С заикающимися дошкольниками проводятся фронтальные, подгрупповые и индивидуальные занятия.

    Индивидуальные занятия по развитию произношения и устранению заикания проводит логопед, а по закреплению полученных навыков – воспитатель.

    Рассмотрим этапы коррекционной работы с заикающимися дошкольниками, предложенную С.А. Мироновой.

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

    Коррекционные задачи второго квартала заключаются в закреплении навыков пользования ситуативной речью, в постепенном переходе к элементарной контекстной речи в обучении рассказыванию по вопросам логопеда и без вопросов. Большое место занимает работа над фразой: конструирование вариантов фраз, грамматическое оформление фраз, построение сложноподчиненных конструкций, переход к составлению рассказов.

    Изменяется подбор программного материала и последовательность его изучения. Если в первом квартале на всех занятиях дети соприкасаются с одними и теми же предметами, то во втором – предметы не повторяются, хотя и выбираются объекты, близкие по принципу общности темы и назначению.

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

    Коррекционные задачи четвертого квартала направлены на закрепление навыков пользования самостоятельной речью различной сложности. Большое место занимает работа над творческими рассказами. Наряду с этим продолжается словарная работа и работа над фразой, начатые на предыдущих этапах обучения. В речи дети опираются на конкретные и общие вопросы логопеда, на собственные представления, высказывают суждения, делают выводы. Наглядный материал почти не применяется. В этот период обучение направлено на соблюдение логической последовательности передаваемого сюжета, на умение уточнять.

    Цель коррекционно-воспитательной работы с заикающимися дошкольниками является развить произвольное внимание детей, способствовать развитию способности переключения с одного вида деятельности на другой, запоминать определенный объем задания и последовательность его выполнения.

    С.А. Миронова подчеркивает важность воспитания у заикающихся детей общего и речевого поведения: умения управлять собой, выполнять установленные на занятиях правила, сдерживать эмоциональное возбуждение, когда это необходимо, спокойно вести себя в новой обстановке. Особое значение автор придает воспитанию речевого поведения: умению внимательно выслушать собеседника, не перебивать взрослых и своих товарищей во время разговора, при желании высказаться – поднять руку и терпеливо ждать.

    Коррекционно-воспитательная работа оказывает большое влияние на нормализацию речи и содействует в дальнейшем стойкости ее исправления. Эта работа проводится совместно логопедом, воспитателем и музыкальным руководителем в процессе занятий, во время дидактических и подвижных игр и в повседневной жизни.

    Такая взаимосвязь оказывается возможной только при условии совместного планирования деятельности логопеда, воспитателя и музыкального руководителя.

***- для школьников***

**Методика Н.А. Чевелевой.**

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

1) сопровождающей речи;

2) завершающей речи,

3) предварительной речи,

4) закрепления навыков самостоятельной речи.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Методика А.В. Ястребовой.**

Методика А.В. Ястребовой предполагает выделение 3 периодов в обучении заикающихся учащихся.

В первом периоде заикающиеся школьники уточняют и расширяют свои знания в области языка как путем целенаправленных наблюдений над звуковой стороной речи, так и в процессе активных упражнений по упорядочению ее темпа и плавности.

Содержание логопедических занятий первого периода способствует:

1) упорядочению темпа, ритма и плавности речи;

2) расширению и уточнению словарного состава, запаса представлений и понятий;

3) овладению грамматическим строем речи;

4) развитию и закреплению навыков звукового и морфологического анализа слова.

Во втором периодезанятий активизируются полученные учащимися знания в области языка и закрепляется навык плавной, ритмичной и выразительной речи на более сложном речевом материале с целью дальнейшего расширения словарного состава, языковых представлений и понятий.

В третьем, заключительном периоде занятий продолжается работа над звуковой и интонационной стороной речи, реализуется требование осознанного использования учащимися знаний в области фонетико-фонематического, лексико-грамматического и интонационного состава языка и навыка плавной, выразительной речи в любой жизненной ситуации.

Таким образом, состояние устной и письменной речи заикающихся школьников с элементами общего недоразвития речи обусловливает следующие основные направления логопедической работы:

а) целенаправленное и всестороннее развитие основных взаимодействующих компонентов речи (фонетики, лексики, грамматики) в процессе работы над ее темпом и плавностью;

б) тесную взаимосвязь речевого материала логопедических занятий с содержанием программы порусскому языку начальной школы;

в) развитие речевой активности детей.

**Методика Ю.Б. Некрасовой.**

    Для реабилитации подростков и взрослых, страдающих тяжелой формой логоневроза (заиканием), Ю.Б. Некрасовой на основе метода эмоционально-стрессовой терапии К.М. Дубровского была создана методика логопсихотерапии - разновидность психотерапии, направленной на восстановление нарушенной речевой коммуникации.   
   Суть этой методики реабилитации состоит в вызывании, усилении и закреплении состояния готовности к речи, а также обучении пациентов свободе смены психических состояний, что способствует полноценной коммуникации. Эффективность восстановления нарушенного общения достигается на основе личностного подхода позволяющего выявить творческий потенциал личности пациента и создать у него глубокую мотивационную включенность в логопсихотерапевтический процесс.

    Авторская методика состоит из трех основных этапов:

    1. Пропедевтический этапдлится не менее полугода и строится на динамической психотерапевтической диагностике, в основе которой метод библиотерапии - лечение книгой. Данная диагностика позволяет выявить неповторимые личностные черты пациента и на основе этого "портрета неповторимости" выстроить стратегию и тактику последующей логопсихотерапевтической работы.

    2. В основе второго этапа реабилитации метод эмоционально-стрессовой психотерапии К.М. Дубровского, который представляет собой подготовленное пропедевтическим этапом публичное индивидуально-групповое воздействие психотерапевтического и педагогического содержания. На сеансе за полтора часа происходит "снятие" симптомокомплекса заикания через "реконструкцию личности" во фрустрирующей ситуации.

    3. Этот этап реабилитации основан на активной групповой логопсихотерапии: в течение 2-3 месяцев проводятся ежедневные 8-9 часовые занятия, основная цель которых - формирование саногенных (оздоравливающих) психических состояний, приводящих через последовательное вызывание, пролонгирование и закрепление их к стойким новообразованиям личности. Этому служат нетрадиционные методы: библиотерапия - лечение книгой; символотерапия - разновидность психотерапии, использующей в качестве лечебного воздействия символическую функцию слова и речи; кинезитерапия - разновидность психотерапии, направленной на коррекцию психического состояния человека через работу с телом (парадоксальная гимнастика А.С. и А.Н. Стрельниковых, методика двигательной асимметрии Е.М. Харитонова, гуманно структурированный танец Г. Аммона), а также психотерапевтические беседы и специальная система речевых упражнений в форме коммуникативного тренинга. Каждая из названных форм и методов работы выполняет логопсихотерапевтическую, прогностическую, коммуникативную, мотивационно-стимулирующую и диагностическую функции.

В результате реализации системы, предложенной Ю.Б. Некрасовой, у пациентов развивается потребность в творческом отношении к жизни, к своим проблемам и к своей речи. У них появляется возможность самостоятельно решать свои проблемы, тем самым достигается основная задача данной системы.

1. ***Характеристика методики Л.З. Ароновой-Арутюнян.***

  Система комплексной реабилитации заикающихся, предложенная Л.З. Арутюнян, определяется автором, как комплексная методика устойчивой нормализации речи при заикании.

    Коррекционная работа ведется по трем направлениям:

1. Логопедическая работа, направленная на устранение речевых судорог;

2. Психотерапия, направленная на редукцию чувства тревоги в связи с актом речи;

3. Психологическая работа, направленная на осознание своего состояния и уверенности в реальной возможности выздоровления.

Основной курс реабилитации занимает 24 дня (2 дня - подготовительных, день дестабилизации и 21 день логопедических занятий). Затем в течение года проводится пять поддерживающих микрокурсов (каждый по пять дней), первый - через месяц, остальные с интервалом два месяца.

На первом микрокурсе происходит закрепление достигнутого, обсуждаются результаты адаптации нового стереотипа к условиям реальной жизни, успехи и неудачи каждого члена группы. Выясняя причины неудач, анализируя типичные ошибки, вырабатывается общая стратегия поведения группы. Значительное место отводится активизирующим беседам, созданию у группы правильной установки на дальнейшую работу.

В последующих микрокурсах состояние пациентов еще более стабилизируется, увеличивается объем самостоятельной работы, так как каждый пациент нуждается уже в индивидуальной программе упражнений. Одни больше занимаются голосом, другие - техникой синхронизации речи с рукой, третьи - навыками расслабления, четвертым нужна консультация психолога или психотерапевта, некоторым показаны занятия в психотерапевтической группе.

Следующие два микрокурса отводятся в основном коррекции интонационной стороны речи на уровне синтагм и текстов. Цель - добиться от пациентов естественной, интонационно окрашенной речи. Работа над интонацией предполагает одновременно и работу по коррекции общения.

Большое внимание уделяется развитию воображения, речевого мышления, оперативной памяти, обучению навыкам композиции и импровизацию. Эта работа начинается еще во время основного курса лечения, но в полной мере развертывается на поддерживающих микрокурсах. С расширением круга задач усложняются и функциональные тренировки. Выполняя задания, пациенты воспитывают в себе уверенность во всем, что касается речевой способности. У них увеличивается интерес к работе со словом.

Четвертый и пятый микрокурсы посвящаются закреплению интонационных и импровизационных навыков на уровне текста - как монологического, так и диалогического. Практикуется чтение и обсуждение литературы психологического содержания. Таким образом, развивается у членов группы навыки критического анализа собственных поступков, побуждений, понимание роли другого человека в коммуникации. Все это необходимо для того, чтобы в будущем пациентам самостоятельно справляться с возможными затруднениями и сохранить речевое здоровье.

В группе занимаются одновременно 6-8 человек; формируется она, в основном, по возрастному признаку.

День дестабилизации длится примерно семь часов, остальные занятия - по три часа.

Ориентировочно по времени занятия распределяются следующим образом:

\* краткий опрос о состоянии речи (устный дневник) - 5 минут;

\* планируемые беседы - 15 минут;

\* аутогенная и речевая тренировки, постановка голоса - 1час 20 минут;

\* анализ письменных дневников заикающихся и спонтанно возникающие беседы - 20 минут;

\* домашнее задание - 10 минут.

    Ключевым моментом метода профессора Лилии Зиновьевны Андроновой-Арутюнян является синхронизация речи с движениями пальцев рук. Рука не отвлекает человека от акта речи, а своими последовательно организованными движениями запускает речь, устраняя спазматические задержки, определяет темп, ритм речи и даже помогает восстановить нарушенную у заикающихся интонацию. Благодаря руке новая речь становится как бы источником спокойствия.  
    Работа начинается с режима молчания (до 4 дней). Это время необходимо для обучения новым речевым навыкам. С помощью руки ученики уже через несколько занятий начинают говорить беззаикания, но темп речи пока медленный. До лечения заикания многих пугает медленный темп речи на начальном этапе, но, научившись правильно говорить с рукой, ученики воспринимают его уже не как наказание, а как награду, т.к. испытывают во время говорения удивительную легкость и спокойствие.

    Уделяется повышенное внимание работе над интонацией, учитывая при этом неразрывную связь речи и соответствующих движений (мимики, жеста и пр.). Именно они обусловливают формирование интонационно окрашенного звучания, тогда как обездвиженность ведет к нарушениям и самой интонации, и коммуникативной функции речи. Вместе с тем корригируется и личность, что помогает заикающимся повысить самооценку, наладить контакт с собеседником. Как правило, вместе с речевым дефектом устраняется и его невротическая составляющая.

    Речь быстро выносится из логопедического кабинета. Начинаются тренировки нового речевого навыка в условиях реального общения. Эти речевые тренировки занимают важное место в преодолении заикания.

    После смены прежнего устойчивого патологического состояния на новое устойчивое состояние, нормальное или близкое к норме, все компенсаторные возможности организма мобилизуются на защиту уже этого состояния при любой попытке его изменить. Только при этом условии можно говорить о достижении прочного положительного результата.

**Фонопедическая терапия при органических и функциональных голосовых расстройствах  (Е.С.Алмазова, Е.В.Лаврова)**

Изучение патологии голоса и способов его восстановления является одной из проблем логопедии. В последние годы область педагогического воздействия при различных нарушениях голосового аппарата значительно расширилась, получив наименование фонопедия.

**Фонопедия** — комплекс педагогического воздействия, направленного на постепенную активизацию и координацию нервно мышечного аппарата гортани специальными упражнениям, коррекцию дыхания и личности обучающегося. В процессе фонопедических занятий устанавливаются и закрепляются такие условия голосоведения, при которых голосовой аппарат работает с наименьшей нагрузкой при хорошем акустическом эффекте. Это педагогический процесс, базирующийся на физиологии голосообразования, основных дидактических и методологических принципах логопедии.

Методики восстановления голоса при различных его нарушениях описаны С. Л. Танталовой (1962, 1977,1984), Е. В. Лавровой (1975, 1977,1984), О. С. Орловой (1978, 1981, 1985), Е.С.Алмазовой (1973).

 Общие этапы коррекционной  работы включают:

* Психотерапия;
* Коррекция физиологического и фонационного дыхания;
* Тренировка кинестезий и координации голосового аппарата фонопедическими упражнениями;
* Автоматизация восстановленной фонации

**Восстановление голоса при парезах и параличах гортани.**

После психотерапевтической подготовки начинается работа над дыханием, так как одновременно  с фонацией страдает физиологическое и фонационное дыхание. Восстановить двигательную функцию при параличах невозможно. При тренировках голосового аппарата включают компенсаторные механизмы, которые должны увеличить подвижность здоровой половины гортани, а на парализованной стороне частично восстановить двигательную функцию. Занятия начинаются с упражнения «дутьё в губную гармошку», оно удлиняет выдох для правильного голосоведения, а равномерные движения вдыхаемой и выдыхаемой воздушной струи массируют гортань, происходит стимуляция мышц гортани. Одновременно предлагается комплекс дыхательных упражнений, которые тренируют удлинённый выдох. Затем переходят к голосовым упражнениям для тренировки кинестезий и координации голосового аппарата.(дыхательные упр. Продолжают до завершения коррекционного обучения). Начинается коррекция голоса с произнесения звука **м**  Далее после длительного произнесения звука **м**слитно с ним произносятся кратко все гласные звуки при резком опускании  нижней челюсти: ма, мо, му, мэ, мы. Упражнение проводят со всеми звонкими согласными звуками. Дальнейшее закрепление кинестезий происходит при произнесении пар слогов с ударением на втором слоге и сочетании слогов с перемещающимися ударениями. Тренировка сочетания гласных звуков с **й**длительно(ай…, ой..,ей…и т.д.). Произнесение гласных звуков и их стечения: а, ао, ау, аоу, аоуи и т.д. По завершению работы над звуковыми и слоговыми упражнениями начинается этап автоматизации восстановленного голоса. Для этого подбираются слова, начинающиеся с прямых ударных слогов. Далее приступают к фразовой речи и чтению стихотворений и прозы. Одновременно с работой над речевым материалом выполняются вокальные упражнения.

Продолжительность коррекционно-логопедической работы 2-4 месяца, в зависимости от тяжести нарушения и времени начала занятий.

**Восстановление голоса при хронических ларингитах.**

Требует медикаментозного и физиотерапевтического лечения, после стихания воспалительных явлений сопровождается улучшением голоса, что исключает потребность его постановки. Когда изменения голоса весьма значительные отолярингологи направляют больных для фонопедии.

В период занятий желательно соблюдать голосовой режим: уменьшить голосовую нагрузку, не форсировать голос. Не следует говорить шепотом, так как возникает большое напряжение мышц голосового аппарата.

        Занятия начинаются с работы над дыханием. Выработка дыхательной опоры, сознательного замедления выдоха. Начинается с выполнения диафрагмального дыхания лёжа, выдох озвучивается произнесением глухих согласных звуков **с, ш**. После освоения упражнения лёжа, его следует выполнять сидя и стоя.

Для снятия неприятных ощущений, связанных с сенсорными расстройствами нужно проводить лёгкий массаж шеи в области наружной поверхности гортани.

         При постоянном желании откашляться, ощущение першения можно предложить беззвучное произнесение **ы**.

        Занятия лечебной физкультурой, установление дыхательной опоры и массаж продолжаются 7-10 дней. После этого переходят к голосовым упражнениям.(принципы постановки голоса, проведение голосовых упражнений те же, что при парезах и параличах гортани).

**Восстановление голоса после удаления гортани.**

Большинство нуждается в лечении у психиатра. Восстановление звучной речи у лиц без гортани возможно только при создании компенсаторного органа голосообразования (физиологическое сужение в пищеводе на уровне 4-6 шейных позвонков, называемое псевдоголосовой щелью – образующийся голос называют пищеводным).

Первый этап - подготовительный

1. психотерапия
2. дутьё в губную гармошку
3. ЛФК для адаптации к дыханию через трахеостому

Второй этап – формирование псевдоголосовой щели и вызывание пищеводного голоса.

1. упр. Стоя, слегка наклонив корпус вперёд, опустив руки, задержав дыхание при открытом рте, имитировать рвотное движение 3 раза подряд.
2. упр. Лежа, задержав дыхание и вытянув живот имитировать рвотное движение 3 раза, затем появляется пищеводный звук, который нужно использовать, чтобы успеть сказать короткое слово, начинающееся со звуков **к** или **т**.

Третий этап – автоматизация пищеводного голоса. Произносить короткие фразы, постепенно усложняя речевой материал.

Четвертый этап завершает формирование пищеводного голоса, используются вокальные упражнения.

        Продолжительность занятий по обучению пищеводному голосу 2-4 месяца.

**Восстановление голоса у детей с органическими изменениями гортани.**

Состоит из коррекции дыхания, звукопроизношения и восстановления голоса.

Занятия лечебной физкультурой. Коррекция звуков осуществляется общепринятыми приёмами параллельно с работой над голосом. Вокальные упражнения. Речевой материал подбирается с учётом возраста.

**Восстановление функциональных нарушений голоса.**

Необходимо избегать психотравмирующие ситуации.

Работа над дыханием, установление дыхательной опоры. Активизация голосового аппарата при гипотонусных расстройствах и восстановление координации, снятие излишнего напряжения при гипертонусе.

Голосовые упражнения произносятся на твердой атаке звука, затем переводятся на мягкую атаку.

При гипертонусе проводится массаж передней поверхности шеи для уменьшения напряжения мышц.

На некоторых этапах применяются технические средства – приборы «И-2-М», «ВИР-4»,»АИР-2», с их помощью улучшается контроль за тембром и силой голоса.