

а л ь м а н а х

ВЫПУСК №7



МИР СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ



издательство
«ЛОГОМАГ»

www.logomag.ru

УДК 376.1(082)

ББК 74.3

М 63

М 63 МИР специальной педагогики и психологии. Научно-практический альманах. Выпуск 7. - М.: ЛОГОМАГ, 2017. – 300с.

Главный редактор

Вятлева Ю.Е. – к.п.н., доцент кафедры логопедии ИСОиКР ГАОУ ВО МГПУ

Редакционная коллегия:

Уклонская Д.Е. – к.п.н., доцент, логопед НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД»

Ушакова Е.В. – к.пс.н., доцент, начальник отдела ГППЦ ДОгМ

Шулекина Ю.А. - к.п.н., доцент кафедры логопедии ИСОиКР ГАОУ ВО МГПУ

Покровская Ю.А. - ст.пр. кафедры логопедии ИСОиКР ГАОУ ВО МГПУ

Научно-практический альманах «Мир специальной педагогики и психологии» адресован широкому спектру читателей, интересующихся проблемами обучения, воспитания и реабилитации детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья, а также вопросами инклюзии, интеграции и социализации в системе образования и здравоохранения России и зарубежья. Публикуемый материал является результатом исследований ученых, преподавателей, аспирантов и магистрантов дефектологических факультетов педагогических ВУЗов; методических разработок и практического опыта квалифицированных специалистов, работающих в области коррекционной педагогики и психологии. Данный сборник полезен дефектологам и педагогам системы специального, общего и инклюзивного образования, сотрудникам медицинских учреждений, студентам профильных ВУЗов и родителям, воспитывающим детей с особыми образовательными потребностями.

© ООО «ЛОГОМАГ»

ISBN 978-5-905025-49-5

ISSN 2311-9934

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Вступительное слово редактора сборника</i>	6
<i>Авдеева Е.С., Беглова О.А.</i> Коммуникативно-речевые технологии в системе устранения заикания у подростков и взрослых.....	7
<i>Азракова М. В., Ботина О.В., Боргоякова И.В.</i> Особенности коррекционно-развивающей работы в школе – интернате для детей с нарушениями зрения.....	12
<i>Андропова Е.Ю., Рау Е.Ю.</i> Комплексная диагностика речевых и неречевых проявлений при заикании у дошкольников.....	15
<i>Арутюнян Л.З., Арутюнян М.А., Коростелева А.Н., Мишулина Л.А., Ушаков В.Л.</i> Проблема рецидивов и речь с нулевым заиканием.....	20
<i>Асмаловская О.А., Лещенко С.Г.</i> К вопросу об актуальности интегративного взаимодействия специалистов в ходе психолого-педагогического сопровождения детей с недостатками речи.....	26
<i>Баранова Л.В.</i> Особенности и развитие связной монологической речи у детей с общим недоразвитием речи III уровня с помощью метода моделирования.....	29
<i>Бганба А.С., Борякова Н.Ю.</i> К проблеме педагогической поддержки младших школьников с трудностями в обучении в условиях билингвальной образовательной среды в Республике Абхазия.....	33
<i>Белехов Ю.Н., Олтаржевская Л.Е., Ушакова Е.В., Власова О.Г.</i> Особенности саморегуляции младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности: опыт исследования и развития.....	38
<i>Белоножко Е.А.</i> Кинетический песок, как средство коррекции тяжелых нарушений речи в системе работы учителя-логопеда.....	47
<i>Бельцова М.Е.</i> Формирование временных представлений у дошкольников с общим недоразвитием речи: взгляд с позиции логопеда.....	51
<i>Борисенко М.П.</i> Трудности формирования навыка слогослияния у детей с ОВЗ и методы их преодоления на логопедических занятиях.....	55
<i>Бухтиярова Г.А.</i> Социализация детей, имеющих задержку психического развития, на логопедических занятиях в условиях Центра содействия семейному воспитанию.....	59
<i>Быховец И.С., Дубровина Т.И.</i> Исследование звуконаполняемости и слоговой структуры слова у детей старшего дошкольного возраста с моторной алалией.....	62
<i>Варешина Н.М.</i> Методические приемы и отдельные формы работы по преодолению общего недоразвития речи I-II уровня у детей дошкольного возраста	66
<i>Визель Т. Г.</i> Приобретение и распад речи.....	69
<i>Волкова С.В.</i> Модель логопедической работы по преодолению фонематических нарушений у детей старшего дошкольного возраста с афазией.....	74
<i>Ворошилова М.А., Матросова Т.А.</i> Системный подход к изучению графо-моторных навыков у дошкольников с нарушением речи.....	78
<i>Вятлева Ю.Е.</i> Общие аспекты учебно-методической работы на уроках русского языка по формированию письменно-речевой деятельности у младших школьников с общим недоразвитием речи.....	89
<i>Глаголева Е.А.</i> На чаше весов: количество или качество?.....	92
<i>Гольмакова О.Н.</i> Коррекция речевых нарушений у детей 3-4 лет с I, II уровнем общего недоразвития речи средствами развития сенсомоторной деятельности	95

Дубровина Т. И., Андреева С. В. Вариативные особенности функций программирования и контроля в структуре функционального базиса письма у старших дошкольников с фонетико-фонематическим недоразвитием.....	103
Дубцова О.Р. Профилактика нарушений письменной речи у дошкольников с задержкой психического развития.....	107
Елецкая О.В. Щукин А.В., Щукина Д.А. Математико-статистическая обработка экспериментальных данных при оценке индивидуально-типологических особенностях школьников с нарушениями формирования орфографической компетенции.....	113
Ерёмкина И.И. Развитие коммуникативной компетентности детей с интеллектуальной недостаточностью в процессе преэмтвенного логопедического сопровождения в условиях образовательного комплекса.....	118
Ефремова Ю.М. Творческий подход в формировании представлений о сезонных изменениях в природе при обучении учащихся со сложной структурой дефекта.....	123
Жуковская В.П., Лимонова И.В., Луконина И.В. Основы организации работы логопеда на психолого-медико-педагогической комиссии.....	127
Какорина Т.А., Баташева В.А., Макеева М.Н., Татарникова С.А. Психологическое сопровождение родителей детей с ОВЗ в условиях работы семейного клуба «Разноцветик». Группа психологической поддержки.....	132
Капустина А.А. Мультипликация как средство познавательного и речевого развития дошкольника.....	138
Киреева И.П., Шулекина Ю.А. Модель специального медико-педагогического сопровождения дошкольников с детским аутизмом	141
Кондратенко И.Ю. Система приемов работы по обогащению процесса коммуникации детей с общим недоразвитием речи.....	145
Лагутина А.В. Особенности коррекции речевого недоразвития у детей с неродным русским языком.....	152
Лещенко С.Г., Асмаловская О.А. Особенности детской речи, обусловленные билингвизмом.....	157
Липандина Е.Ф. Интеграция программ нейропсихологического сопровождения развития детей в работу педагогов и специалистов, работающих в группе компенсирующей направленности для детей с тяжёлыми нарушениями речи в условиях ДОУ.....	160
Логинова Е.А. Формирование письменно-речевых коммуникативных навыков у школьников.....	165
Люлина Е.Н., Рау Е.Ю. Технологии ручной деятельности в системе устранения заикания у дошкольников.....	170
Мерзлякова В.П. Семейная реабилитация заикающихся дошкольников с использованием интегративных технологий.....	173
Налбандян О.Г., Борисова В.В. Использование инновационной системы «Речевые технологии» для индивидуальных и групповых логопедических занятий.....	178
Пайлозян Ж.А. Актуальные вопросы подготовки клинических логопедов	185
Панова Е.Н., Удалова О.А. Активизация речевой деятельности детей дошкольного возраста с РАС на начальных этапах логопедической работы через организацию игрового взаимодействия.....	188

Петрова Е.А., Козьяков Р.В., Лещенко С.Г. Дислексия у учащихся общеобразовательной школы: статистика, диагностика, коррекция.....	193
Пичугина М.А. Проблема формирования навыка чтения на современном этапе.....	197
Прилена А.И., Рау Е.Ю. Коррекция психофизических проявлений в структуре заикания у подростков и взрослых средствами сенсорно-образной релаксации.....	201
Ромусик М.Н., Шаховская С.Н. Взаимосвязь формирования пространственно-временных отношений и приставочных глаголов у детей.....	206
Садовникова Е.Н. Анализ механизмов воздействия аутогенной тренировки при работе с заикающимися детьми.....	210
Соколова А.В. Алгоритм работы с текстом как средство формирования навыка чтения у школьников с речевыми нарушениями.....	215
Станкович З.Р. Использование методов арт-терапии в коррекционной работе с детьми – логопатами.....	218
Староверова Т. С. Содержание модели формирования педагогической компетентности родителей детей дошкольного возраста с заиканием в условиях дошкольного образовательного учреждения.....	221
Туба Н.В. Формат разновозрастного урока в работе учителей-логопедов дошкольной и школьной ступеней образовательной организации.....	225
Туманова Т.В. , Смुरышкова М.В., Зайцева Т.В., Баскакова О.В. Реализация ФГОС дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья на основе использования средовых здоровьесберегающих компонентов	236
Уварова Т.Б. Формирование первичного словаря и элементов грамматического строя речи у детей с моторной (экспрессивной) алалией на начальных этапах логопедической работы.....	241
Филичева Т.Б., Туманова Т.В. Особенности реализации ФГОС дошкольного образования в условиях работы с детьми с тяжелыми нарушениями речи.....	245
Фуртаева О.М. Интегрированные занятия как эффективная форма работы с родителями дошкольников с задержкой психического развития.....	253
Чайкина А.С., Рау Е.Ю. Роль коммуникативно-речевых компетенций родителей в развитии речевой непланности у детей с заиканием.....	256
Черкасова Е.Л. Особенности становления и коррекции речи дошкольников с общим недоразвитием речи в случаях минимального снижения остроты слуха.....	263
Чижова Ю.В. Инновационный подход в организации психолого-педагогической помощи детям дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья.....	266
Шереметьева Е.В., Трофимова Н.Е. Логопедическое заключение в раннем возрасте.....	271
Шилова Е.А. Использование IT-технологий в процессе формирования профессиональных компетенций у студентов-логопедов.....	275
Шутова Н.Г. Системная комплексная логоритмика в коррекции заикания у детей и взрослых.....	278
Щукина Д.А. Изучение модели психического состояния как предпосылки общения у дошкольников с расстройствами аутистического спектра.....	291
Якушева В.В., Колбаско Е.И. Готовность дошкольников с нарушениями речи к вызыванию звуков.....	296

Авдеева Е.С.
учитель-логопед МБДОУ д/с №13 «Клубничка».

Беглова О.А.
кандидат педагогических наук, учитель-логопед, ГБОУ Школа №1155,
г. Москва.

Коммуникативно-речевые технологии в системе устранения заикания у подростков и взрослых

Аннотация: В статье рассматривается применение интегративных коммуникативно-речевых технологий в системе устранения заикания у подростков и взрослых. Дается обоснование их использования в соответствии с задачами коррекционного процесса. Представлен ряд упражнений, направленный на восстановление коммуникации в целом.

Ключевые слова: коммуникативно-речевые технологии, заикание у подростков и взрослых

Abstract: The paper shows applying of the integrative communicative and speech technologies in the therapy of people who stutter. Substantiates their use in accordance with the objectives of the correctional process. A series of exercises aimed at restoring communication in general is presented.

Key words: the communicative speech technologies, the stuttering teens and adults

Изучением феномена заикания ученые стали интересоваться очень давно, и в настоящее время этиология возникновения, механизмы, а также пути коррекции этого недуга вызывает у специалистов ряд вопросов, на которые пока нет однозначных ответов.

Несмотря на то, что все ученые сходятся в том, что заикание в основе своем имеет сложную структуру дефекта (наличие речевых и неречевых проявлений, составляющих единство в общей картине заболевания), представители различных направлений (клинико-педагогического, клинико-психологического, нейропсихологического, психолингвифизиологического, психолого-педагогического, логопсихотерапевтического), посвященных проблеме заикания, по-разному трактуют данное расстройство [5].

В настоящее время заикание относится к группе нарушений речевой плавности и одновременно является коммуникативно-ситуационным

феноменом, отличающимся от других форм речевой патологии непостоянством проявления и зависящим от коммуникативных условий. Отмечаются ослабление или исчезновение заикания при комфортном общении и его усугубление в эмоционально значимых ситуациях коммуникации [6,7]. Такой подход является продолжением традиции психолого-педагогического и логопсихотерапевтического направлений [5].

Нарушения коммуникации при заикании носят комплексный характер и проявляются на трех уровнях: эмоциональном (наличие логофобии), когнитивном (искажение понимания и оценки коммуникативной ситуации, представления о себе самом, как субъекте общения) и поведенческом (постоянное избегание ряда речевых ситуаций, сужение контактов) [7].

В связи с этим, по нашему мнению, в работе логопеда наиболее востребованными и эффективными

методами восстановления функции общения могли бы оказаться те, в которых интегрируются традиционные приемы формирования речевой плавности с технологиями развития невербальной и вербальной коммуникации, непосредственно нарушенной при заикании. Наиболее продуктивно данный процесс мог бы осуществляться в специально структурированной коррекционно-развивающей среде, созданной с помощью коммуникативно-речевых технологий (ритмо- и танцетерапии) в комплексной системе устранения заикания у подростков и взрослых. К тому же в специальной литературе, посвященной проблеме заикания, подробно вышеназванные технологии не описаны.

При этом эмоционально значимыми оказываются такие специально созданные коммуникативные ситуации, в которых пациенты посредством ритмо- и танцетерапии учатся невербальному и вербальному общению с разными людьми. Это непосредственно другие заикающиеся курса, а также группа поддержки («старички», прошедшие лечение и периодически посещающие каждый новый курс для преодоления себя и помощи впервые пришедшим, студенты, магистранты, близкие люди, постоянно присутствующие на занятиях и обучающиеся совместно с пациентами с целью поддержания их вне стен занятий).

В данном случае применение танцетерапии или танцевально-двигательных техник обусловлено концепцией Н.И.Жинкина, согласно которой речевой акт относится к произвольно управляемым процессам. Физические же действия управляются произвольно. Вследствие этого разрушенный в части произвольного

управления стереотип речи может быть усилен нормально действующим, произвольно управляемым движением скелетной мускулатуры. Это вносит не только общее, но и нужное, специфическое для речи упреждение [4]. В нашей работе в процессе коммуникативного взаимодействия физические действия на начальном этапе использования танцетерапии являются «буксиром» для речи, а на последующих выступают не только в качестве невербальных средств общения, но и сочетаются с функциональными речевыми тренировками, помогая восстановить непрерывность и плавность речи. В итоге пациенты вовлекаются в игровой процесс, помогающий восстановить нарушенную коммуникативную функцию.

Таким образом, применение танцевально-двигательных техник соотносится с решением задач по формированию речевой плавности с применением следующих логопедических технологий:

1. Ознакомление подростков и взрослых с типичными психофизическими проявлениями заикания с использованием ограничения речи и сопряженно-отраженной ритмизированной послоговой речи с применением метронома в условиях группового взаимодействия.

Упражнение «Танец-хоровод» (модифицированный вариант Т.А. Шкурко)

а) Заикающиеся становятся в круг, берутся за руки и молча под музыку, совместно с логопедом выполняют одновременно одинаковые движения.

б) Расположение пациентов прежнее. Упражнение выполняется без музыки. Заикающиеся берутся за руки и совместно с логопедом выполняют одновременно в едином ритме одинаковые движения, сопровождая их отдельными

звуками, словами или фразами с применением сопряженно-отраженных форм речи вслед за ведущим с использованием ритмизированного послогового проговаривания под метроном.

2. Развитие самоанализа индивидуальных психофизических ощущений в структуре заикания в условиях невербального и вербального (с применением сопровождающей и завершающей движение ритмизированной послоговой речи в процессе вопросно-ответной формы речи) группового взаимодействия.

Упражнение «Тело - артикуляционный аппарат» (модифицированный вариант Е.В. Харитоновой)

Вышеназванное упражнение хорошо тем, что позволяет пациентам и их телу вести себя как артикуляционный аппарат, т.е. все тело превращается в артикуляционный аппарат. Ноги могут быть нижней челюстью, руки губами, голова языком.

Упражнение выполняется заикающимися, которые располагаются в произвольном порядке, без музыкального сопровождения. В конце этого задания пациенты делятся впечатлениями от только что проделанных движений, используя завершающую движение ритмизованно-послоговую речь с акцентом на первый слог (по образцу логопеда) под метроном в процессе вопросно-ответной формы речи.

3. Развитие понимания подростками и взрослыми психофизических проявлений заикания у себя и у другого в процессе парного невербального и вербального (с использованием спонтанной диалогической и монологической речи) коммуникативного взаимодействия.

• *Упражнение «Зеркало» (модифицированный вариант Т.А. Шкурко)*

Выполняется в парах в сопровождении энергичной музыки. Один спонтанно начинает двигаться, другой подключается, пытаясь как можно точнее воспроизвести, «отзеркалить» движения, мимику партнера. Затем участники меняются местами.

• *Упражнение*

«Увеличительное стекло» (модифицированный вариант А.Г. Лидерса)

Может выполняться как с музыкальным сопровождением, так и без него. Пациенты разбиваются на пары. Один из партнеров двигается, как ему хочется, и произносит какое-либо слово или фразу спонтанной речью без метронома, другой «отзеркаливает» его движения в преувеличенном виде, а также усиливает голосом названное партнером слово или фразу. Участникам необходимо представить, будто между ними увеличительное стекло. Через некоторое время партнеры меняются ролями.

4. Формирование и автоматизация навыков речевой, психической и психофизической саморегуляции у подростков и взрослых в процессе продуктивного спонтанно-творческого группового коммуникативного взаимодействия.

Упражнение «Групповая скульптура» (модифицированный вариант А. Гириона)

В центр выходит один участник и принимает какую-нибудь позу, сопровождая ее словом или фразой. За ним выходит следующий, подстраивающийся к первому. Потом подключаются остальные пациенты, которые находят каждый свое место в общей композиции. В конце «застывшая» скульптура «оживает», то есть статика превращается в динамику, а индивидуальное многократное повторение слова или фразы выглядит как «соло» каждого в «хоре» всей групповой

композиции (*прием не сопряжения с собеседником*) [1].

Термин «ритмотерапия» применительно к логопедии и в связи с лечением логоневрозов был употреблен Ю.А. Флоренской и В.А. Гринер в 1936 году [3,8]. В дальнейшем в употребление вошел термин «логопедическая ритмика», однако, мы возвращаемся к истокам применения ритмики как инструмента, направленного на воспитание личности в целом (идея основателя ритмической гимнастики Э. Жак-Далькроза [2]), а не только двигательной компетенции страдающего речевой патологией, в данном случае заиканием, лица. В своем первоначальном понимании ритмотерапия включала в себя упражнения на регулирование мышечного тонуса, координацию движений, выработку ряда пространственных представлений, выполнение элементарных заданий на устойчивость метра; развитие представлений о темпах, силе и слабости звуков, мелодии.

Будучи направленной, прежде всего, на регулирование эмоционального остова речи, ритмотерапия ставила во главу угла музыкальный ритм, который является основным руководящим началом всякого упражнения. При помощи музыкального ритма регулируется ритм движения, мелодика, темп, выразительность речи заикающегося, в также развивается способность к торможению. Те же задачи ставит перед собой и современная логоритмика.

В нашей интерпретации *ритмотерапия* понимается, прежде всего, как комплекс мер, направленный на оптимизацию процесса усвоения новой техники плавной речи путем развития навыка восприятия и воспроизведения ритма невербального и вербального

характера. Ритмотерапия названа *коммуникативной*, так как мы считаем, что психолого-педагогические технологии должны сочетаться с процессом формирования навыков общения, нарушенного у заикающихся.

Участники группы поэтапно отрабатывают различные способы коммуникации (невербальной и вербальной) в процессе особой психотерапевтической игры с помощью различных ритмов в процессе автоматизации навыков плавной речи. Ритмизирование осуществляется не только на занятиях по коммуникативной терапии, но и в самой организации занятий, в аутотренинге, проводимом под метроном, в упражнениях дыхательной гимнастики, подборке ритмизированных текстов, пении, игре на ударных музыкальных инструментах, элементах танце-двигательной терапии. В результате использования приёмов ритмизации всех видов деятельности пациентов на основе вербальных и невербальных стимулов оптимизируется усвоение новой бессудорожной речевой программы.

Развитие навыков речевой бессудорожной коммуникации осуществляется поэтапно и соотносится с решением задач по формированию речевой плавности с применением следующих логопедических технологий:

1. Усвоение внешнего источника ритма, продуцируемого метрономом. *Упражнение «Японская машинка» (модифицированный вариант Авдеевой Е.С.).*

а) Заикающиеся стоят в кругу, взявшись за руки. В центре круга находится работающий метроном (темп - 80 ударов в минуту). Задача – негромко хлопать под

ритм метронома так, чтобы его удары совпадали с хлопками.

б) После достижения синхронности в выполнении хлопков под метроном появляется возможность работы над процессом невербальной коммуникации, такой, как взгляд. Заикающиеся сидят на стульях в кругу. Руки на коленях. Под звук метронома осуществляются поочередные хлопки по коленям в следующем порядке: первый человек хлопает по своему левому, далее правому колену. При хлопке по правому колену заикающийся смотрит в глаза соседу справа, тем самым давая понять, что очередь переходит к нему. Сосед справа также устанавливает с ним зрительный контакт. Далее следующий заикающийся выполняет два хлопка, смотря одновременно с хлопком по левому колену на соседа слева, по правому – на соседа справа. Упражнение заканчивается, когда все участники синхронно двигаются и переводят взгляд под метроном.

2. Усвоение внешнего источника ритма с помощью музыкальных произведений, переключение внимания на различных партнеров по коммуникации.

Упражнение «Кадриль» (модифицированный вариант Авдеевой Е.С.).

Заикающиеся выстраиваются в два ряда с равным количеством участников, становятся напротив друг друга. Под музыкальное сопровождение (темп тот же) по хлопку ведущего участники начинают хлопать в ладоши под ритм музыки, достигая синхронности. Задача – по команде ведущего «зацепить» взглядом любого человека из ряда напротив и смотреть друг на друга, продолжая хлопать в ладоши в ритме музыки, до следующего сигнала ведущего, по которому происходит

смена партнера по невербальной коммуникации.

3. Продуцирование и удержание собственного источника ритма и невербальная коммуникация.

Упражнение «Ладушки» (модифицированный вариант Авдеевой Е.С.)

Заикающимся раздаются разрезанные на две части картинки, с помощью которых все участники распределяются по парам. Далее, совершая движения под метроном, каждая пара, поддерживая контакт глаз, придумывает собственные движения рук по мотивам игры «Ладушки», когда вначале партнеры касаются своей левой и правой рукой рук партнера, затем по диагонали только правыми руками, только левыми, а также снова обеими.

4. Продуцирование и удержание собственного источника ритма и вербальная коммуникация.

Упражнение «Ласковое слово» (модифицированный вариант Авдеевой Е.С.)

Заикающиеся сидят в кругу. Задача – придумать существительное, состоящее из двух слогов с ударением на первом слоге (ритм хорей), которое становится трехсложным при добавлении уменьшительно-ласкательного суффикса (например, солнце - солнышко). Участники по кругу называют свои слова под двигательное сопровождение: ударный слог – хлопок в ладоши, безударные – хлопки по бедрам. Поддерживая синхронность хлопков в группе, первый участник, выбранный произвольно, произносит свои слова и взглядом передает очередь любому партнеру по коммуникации.

Таким образом, коммуникативно-речевые технологии (танцетерапия и ритмотерапия) иллюстрируют современный интегративный подход к восстановлению

плавности речи при опосредованном воздействии на нее через вовлечение пациентов в психотерапевтическую игру.

Литература

- 1.Беглова О.А. Коррекция психофизических проявлений в структуре заикания подростков и взрослых средствами танцевально-двигательных техник: Дисс... кан.пед.н. – Москва, 2009. – 158 с.
2. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: учеб. Для студентов высш. учеб. заведений.- М., Владос, 2002, 272с.
- 3.Гринер В.А. Логопедическая ритмика: Пособие для работников логопедических учреждений. — М.: УчПедГиз, 1941. — 80 с (в соавторстве с Н. С. Самойленко).
4. Жинкин Н.И. Механизмы речи. - М., Изд-во АПН РСФСР, 1958. – 96 с.
- 5.Мерзлякова В.П., Рау Е.Ю. Развитие мотивационной сферы заикающихся в процессе логопсихокоррекции. – М.:В.Секачев, 2011-139 с.
- 6.Некрасова Ю.Б. Лечение творчеством /Под ред.Н.Л.Карповой.- М.:Смысл, 2006.-223 с.
- 7.Рау Е.Ю. Психолого-педагогическая система адаптации взрослых заикающихся к проблемным речевым ситуациям. Дис...канд.пед.наук.- М.,1995.- 179 с.
- 8.Флоренская Ю. А. Избранные работы по логопедии. - М., Астрель, 2006. - 224 с.

Азракова М.В. учитель-дефектолог

Ботина О.В. учитель - логопед

Боргоякова И.В. педагог- психолог

ГБОУ РХ Школа-интернат для детей с нарушениями зрения, г. Абакан.

Особенности коррекционно-развивающей работы в школе – интернате для детей с нарушениями зрения

Аннотация: Статья посвящена специфике коррекционно-развивающей работы специалистов с детьми младшего школьного возраста с различными нарушениями зрения. Описываются приемы и методы, которые используются педагогами в обучении детей.

Ключевые слова: нарушения дистантного восприятия, аккомодации глаза, графические ошибки, графические недостатки, техника письма, единый орфографический режим.

Abstract: The article is devoted to the specifics of remedial and developmental specialists work with children of primary school age with various disabilities. Describes the techniques and methods used by teachers in teaching children.

Key words: impaired distance receptor, accommodation of eye, graphical errors, graphical imperfections, writing skills, unified orthographic mode.

У детей с нарушением зрения формирование речи происходит по тем же законам, хотя и при некотором своеобразии, как и у нормально видящих. Поэтому в специальных школах для детей с нарушением зрения обучение грамоте строится (как и в массовых школах) на фонетическом принципе, а основные затруднения, возникающие у первоклассников, также обусловлены

недостаточным овладением звуковым анализом слов. У первоклассников среди графических, фонематических и орфографических ошибок значительно преобладают фонематические. Ошибки носят такой же характер и обусловлены в основном теми же причинами, что и у учащихся массовой школы.

Все приемы работы, которые использует педагог на уроке, должны быть

соотнесены с особенностями и возможностями учащихся специальной школы.

Для успешного обучения русскому языку педагог должен хорошо знать и учитывать особенности зрения учащихся.

Зрение учащихся особенно важно учитывать в период обучения грамоте. Отмечается отсутствие зависимости формирования навыка чтения от состояния зрения слабовидящих школьников. Но на первоначальном этапе обучения чтению при условии «одинакового речевого развития проявляется тенденция к зависимости скорости чтения от остроты зрения», т. е. читают хуже (темп чтения ниже) те учащиеся, у которых ниже острота зрения. В ряде случаев расстройство зрительных функций глаза и характер глазного заболевания являются причинами нарушения письма у слабовидящих. Дети с узким полем зрения пишут очень узкие буквы, а страдающие нистагмом дают при письме дрожащую линию. Слабовидящие школьники часто допускают смещение, замену, искажение букв. Такие ошибки объясняются несформированностью зрительного образа буквы, несовершенством зрительного анализа [1].

На уроках русского языка необходимо использовать схемы, таблицы с выделением нужных орфограмм зеленым и красным цветом. Зеленой пастой дети пользуются и для подчеркивания в своих тетрадях. Но при заболеваниях сетчатки и зрительного нерва у 90% наблюдается нарушение цветоощущения именно на эти цвета. Учителю необходимо знать детей с такими заболеваниями, и требования к ним должны соотноситься с их зрительными возможностями.

Нарушения дистантного восприятия у детей, страдающих миопией, количество

которых среди слабовидящих составляет более 50% - это создает трудности при работе с классной доской, которая на уроках русского языка необходима. Однако положение тифлопсихологии о развитии нарушенных функций глаза в процессе деятельности не снимает вопроса об ее использовании, а подчеркивает важность правильной организации работы с классной доской. Экспериментально доказано, что в классах слабовидящих высота букв при письме на доске должна быть не менее 10—15 см, ширина — 8 см, расстояние между буквами — 3 см, между словами—10 см, между строчками—14—15 см. Эти размеры могут быть изменены в соответствии со зрительными возможностями учащихся отдельных классов [2].

В работе со слабовидящими основным способом письма является рукописное письмо на бумаге. Наряду с этим используются чаще и многообразнее, чем в массовой школе, классные и настольные доски, так как письмо на них считается менее утомительным для зрения.

Для того чтобы проведение письменных работ не повредило зрению слабовидящих, меняются техника письма, приемы проведения письменных работ; большое внимание уделяется созданию благоприятных условий.

В шрифте для слабовидящих все ненужные штрихи отброшены, каждая буква дается четко, контуры закруглены. Линовка тетрадей должна соответствовать классу, возрасту, предмету и состоянию зрения учеников. Обозначение строк в тетради должно быть цветным; применяется фиолетовое графление, но лучше зеленое [3].

Использование письма при работе со слабовидящими должно носить

многогранный характер. Слабовидящих необходимо научить письму под диктовку, списыванию и самостоятельному письму, умению делать компактные и содержательные записи в процессе чтения, составлять таблицы, в случае надобности слабовидящие должны уметь осуществлять достаточно развернутую запись в хорошей литературной форме.

При списывании происходит изменение аккомодации глаза. Когда списываемый текст расположен на небольшом расстоянии от учащегося, аккомодация глаз сравнительно невелика. Сводя до минимума списывание с классной доски, следует более широко применять списывание из учебника и карточек. Перед списыванием надо производить усиленную предварительную устную проработку — это облегчает зрительную работу.

Самостоятельное письмо вводится постепенно. Необходимо тщательно следить за содержанием написанного и техникой письма.

Слабовидящие ученики отличаются меньшей собранностью по сравнению со зрячими. Это обязывает проделывать большую подготовительную работу перед тем, как переходить к письму. Они нуждаются в сравнительно большем количестве разъяснений. Благодаря таким разъяснениям облегчается их зрительная ориентировка. Им становится легче находить и исправлять ошибки.

Письменные работы должны даваться с учетом способностей и интересов. Время письма плоским шрифтом зависит от допустимой в каждом конкретном случае зрительной нагрузки. При письме приходится делать перерывы, которые нужно продуманно использовать [4].

При выполнении письменных заданий ученики должны приобретать навык правильного письма не только в отношении орфографии, но и техники, так как им самим приходится читать свои записи. В связи с этим важно особенно тщательно следить за качеством записей, выполненных слабовидящими учениками в тетрадах. Обязательно вести борьбу с графическими ошибками и графическими недостатками. Наряду с каждодневной работой над разборчивой, чистой и систематической записью вводятся специальные уроки по каллиграфии. После проведенного чтения или письма обязательно тщательное устное повторение и проработка прочитанного и написанного.

В целях охраны зрения слабовидящим не следует давать большое число письменных заданий. Значительное место должен занять анализ допущенных ошибок и др. При проверке письменных упражнений не рекомендуется подчеркивать ошибки. Следует практиковать отметки на полях около соответствующей строки. Учащийся сам должен отыскать допущенную ошибку и выписать ее с соблюдением правил правописания.

Чтобы научить слабовидящих детей письму, следует применять систему разнообразных упражнений, которые постепенно уменьшают необходимость в постоянном зрительном самоконтроле. При начертании букв это достигается путем выработки автоматизма грамотного письма. Очень ценным в отношении выработки навыков грамотного письма является применение тетрадей с готовой основой для выполнения упражнений [5]. Это освобождает учащихся от ненужного механического переписывания текста,

снижает зрительную нагрузку и способствует охране зрения. Вместе с этим использование тетрадей с готовой основой является важным средством правильного употребления орфограмм и выработки навыков автоматизма грамотного письма, что особенно важно применительно к слабовидящим.

Таким образом, особенности работы будут заключаться в использовании сохранных анализаторов для более полноценного восприятия информации, соблюдении охранительного зрительного режима, развитии соотношения слова и образа. Поэтому к основным направлениям в работе по обучению учащихся с глубокими нарушениями зрения относятся:

1. Учет структуры дефекта;

2. Индивидуальный и дифференцированный подход;
3. Опора на сохранные анализаторы;
4. Развитие фонематического восприятия, анализа, синтеза;
5. Обогащение и активизация словарного запаса и развитие соотношения образа и слова;
6. Развитие грамматического строя речи;
7. Развитие связной речи;
8. Развитие познавательных процессов: развитие слуховой памяти, внимания, мышления и т.д.

Работа по предупреждению нарушений письма будет успешной, если все педагоги коррекционной школы будут работать над развитием устной и письменной речи, если будет соблюдаться единый орфографический режим.

Литература

1. Волкова Л.С. Коррекционно-логопедическая работа по развитию речи слепых и слабовидящих детей// Дефектология, №5, 1982. - С. 64-68.
2. Дети с глубокими нарушениями зрения// Под ред. М.И. Земцовой, А.И. Каплан, М.С. Певзнер.- М., 1989. – 186с.
3. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения – М., 1990. – 246с.
4. Земцова М.И. Учителю о детях с нарушениями зрения – М., 1973. – 191с.
5. Крылова И.А. Специальные приемы и методы обучения русскому языку слабовидящих детей. Учебно-методическое пособие. – М., 1990. – 198с.
6. Моргайлик А.А. Овладение письмом слабовидящими детьми с задержкой психического развития на первоначальных этапах обучения. // Дефектология, №5, 1995. - С. 60-66.
7. Якунин В.П. Основы тифлопедагогики. М., 2000. – 235с.

Андропова Е.Ю.

бакалавр кафедры логопедии дефектологического факультета
Институт детства в МПГУ, г. Москва.

Рай Е.Ю.

кандидат педагогических наук,
профессор кафедры логопедии дефектологического факультета
Институт детства МПГУ, г. Москва.

Комплексная диагностика речевых и неречевых проявлений при заикании у дошкольников

Аннотация: В данной статье рассматривается важность комплексной психолого-педагогической диагностики детей дошкольного возраста с заиканием, учитывая комбинированный характер структуры данного речевого нарушения и частоту его проявления. Представлены основные определения заикания, его структура и специфика диагностики детей с данной речевой проблемой.

Ключевые слова: расстройство речи, заикание, заикание у детей дошкольного возраста, психолого-педагогическая диагностика, речевые и неречевые проявления, развитие, фрустрация, расстройство личности.

Abstract: This paper discusses the importance of a comprehensive psycho-pedagogical diagnosis of preschool children who stutter, given the combined nature of the structure of the speech disturbances and the frequency of its manifestation. Authors present basic definitions of stuttering, its structure and specificity of diagnosis of children with this speech problem.

Key words: the speech disorder, stuttering, stuttering in children of preschool age, psychological-pedagogical diagnostics, verbal and nonverbal manifestations, development, frustration, personality disorder.

Заикание представляет собой одно из наиболее сложных речевых расстройств, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата, трудно поддающееся коррекции. Расстройство речи у заикающихся имеет длительное течение, которое нарушает процесс коммуникации, приводит к определенным психологическим изменениям, и социальной дезадаптации, как взрослых лиц, так и детей (В.П. Мерзлякова, Е.Ю. Рау) [4].

Данное речевое нарушение является одним из самых тяжелых и распространенных, по статистике ((С.В. Меншикова, 1999; В.И. Селиверстов, 2000) [5], у детей оно проявляется гораздо чаще (страдают около 2% детей), чем у взрослых (1,5% взрослых), имеет тенденцию к хронификации или становится, по данным Н.А. Власовой, заиканием развития, отражаясь на разных сторонах речевого и психического развития ребенка.

Согласно одному из определений (Н.А. Власова, Е.Ф. Рау, 1933) [6], заикание представляет собой нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, с преимущественным поражением ее коммуникативной функции. Ранее (И.А.Сикорский, 1889) подробно описал типологию речевой судорожности (ее локализацию в разных отделах периферического речевого аппарата, как физиологического целого), которая является причиной нарушения непрерывности и плавности устной речи

при заикании. Несколько позднее (Г.Д. Неткачев, 1831) связал возникновение речевой судорожности с появлением отрицательных эмоциональных состояний навязчивого характера, обусловленных страхом речи, а также эмоциями стыда, гнева и огорчения, называя **заикание «психоневрозом» или «неврозом речи», затем «логоневрозом».**

Поскольку **центральным компонентом нарушения речевой плавности и непрерывности при заикании является речевая судорожность**, по данным Л.И. Беляковой, Е.А. Дьяковой [1], установлено, что у детей 4-7 лет в целом преобладают судороги клонического характера средней степени выраженности. Но имеются особенности проявления речевой судорожности по возрастным группам. Так, заикающимся детям 4-5 лет свойственны тонические и смешанные (тоно-клонические) судороги средней степени с преимущественной локализацией в дыхательном и голосовом отделах периферического речевого аппарата; заикающимся детям 5-6 лет - клонические судороги средней степени выраженности с преобладающей локализацией в дыхательном и артикуляторном отделах речи; у заикающихся детей 6-7 лет, - клонические и тонические судороги средней и тяжелой степени выявляются почти в равном количестве во всех отделах периферического речевого аппарата. В результате речевой ритм характеризуется дизритмией и аритмией. Это, в свою

очередь обуславливает нарушения просодической стороны речи (плавность, интонационную выразительность, паузацию, логические ударения, эмболофразии, как результат недоразвития речевой моторики заикающихся и неумения их быстро и четко оформить свою мысль (Волкова Г.А.).

Неречевые проявления в структуре заикания, по мнению Г.А. Волковой [2], развиваются в тесном взаимодействии с личностными и поведенческими нарушениями и во многом зависят от нервно-психического состояния ребенка. Заикание, как правило, лишь усугубляет проявление тех отклонений в развитии, которые у ребенка уже были или наметились.

Именно в дошкольном возрасте заикающимся детям присуще обилие сопутствующих движений (в 47% случаев). Они возникают вследствие распространения (иррадиации) судорог из речевого отдела на другие мышцы тела: в первую очередь на мышцы, лица, шеи, предплечья и далее на мышцы туловища, спины, верхних и нижних конечностей. Дети теребят пуговицы, края одежды, носовой платок, покачивают туловищем, рукой, подергивают плечом, притопывают ногой, часто моргают или закрывают глаза в момент судороги, наклоняют вперед с усилием голову [1].

Именно в дошкольном возрасте заикающимся детям присуще обилие сопутствующих движений (в 47% случаев). Они возникают вследствие распространения (иррадиации) судорог из речевого отдела на другие мышцы тела: в первую очередь на мышцы, лица, шеи, предплечья и далее на мышцы туловища, спины, верхних и нижних конечностей.

Дети теребят пуговицы, края одежды, носовой платок, покачивают туловищем, рукой, подергивают плечом, притопывают ногой, часто моргают или закрывают глаза в момент судороги, наклоняют вперед с усилием голову [1].

Начало этого расстройства обычно связывают с периодом интенсивного формирования фразовой речи, 2-5 лет (И.А. Сикорский, Е.Ф. Рау, Н.А. Власова, и др.). Все исследователи подчеркивают особую сложность при устранении данного нарушения, так как его структура является сложной, комбинированной, представляет собой **сочетание речевых (собственно судорожных) и неречевых (психофизических) проявлений**, что существенно травмирует психику ребёнка, тормозит правильный ход воспитания в семье, мешает полноценному речевому общению, затрудняет взаимоотношения с окружающими как со сверстниками, так и со взрослыми.

Причины появления заикания у детей, по мнению ряда авторов (И.А. Сикорский, В.А. Гиляровский, Ю.А. Флоренская, М.Е. Хватцев и другие), имеют целый комплекс сочетанных между собой факторов биологического (предрасполагающего) и социально-психологического (предрасполагающего и непосредственного) характера. В трудах этих ученых описаны причины биологического характера как врожденные, так и приобретённые. Врожденные - связаны с рядом генетических факторов таких как: тип высшей нервной деятельности, особенности межполушарной асимметрии, наличие заикания, психических и нервных заболеваний у родственников, а приобретенными являются разнообразные

факторы перинатальной патологии, как причины раннего органического поражения мозга, а в последствии психомоторного и речевого недоразвития, на фоне которых у детей возможно появление заикания.

Анализ, социально - психологических факторов появления заикания встречается в исследованиях Л.Я. Миссуловина, Е.Ю. Рау. и др. где описаны случаи острой психической травматизации детей, либо случаи, связанные с длительным действием хронической психотравмы (фактор воспитания, речевая среда, семейная дисгармония).

С началом заикания у детей связано **развитие фиксированного отношения к своему речевому дефекту** (безразличное, умеренное и выраженное) (В.И. Селиверстов). Одни чувствуют речевой недостаток, боятся проявления заикания в речи, а также оценки их речи и поведения окружающими, фиксация на дефекте речи носит умеренный характер. У других отмечается выраженная фиксация на дефекте речи, тяжело переживают речевые неудачи, что безусловно влияет на характер их развития в целом и межличностного общения со сверстниками и взрослыми, в дальнейшем приводя к утяжелению комбинированных проявлений и их «манифестации» в подростковом возрасте.

В связи с этим, **актуальной для логопедии** продолжает оставаться проблема поиска путей для изучения, предупреждения, и устранения этого недуга в наиболее раннем возрасте.

Важным условием результативности устранения заикания является квалифицированная, глубокая, **комплексная психолого-педагогическая диагностика всех проявлений в**

структуре заикания детей, а также их семейного окружения, необходимая для учета этих данных в системе логопедического воздействия, направленной на разработку семейного проекта реабилитации заикающихся с использованием интегративных, психолого-педагогических технологий.

Для максимально точного определения первопричины, речевой и неречевой симптоматики заикающегося ребенка необходима **комплексная логопсиходиагностика**.

Рассмотрим комплекс диагностических мероприятий, предложенный Е.Ю. Рау [5] для детей дошкольного возраста:

- сбор анамнестических данных предлагается провести в виде дневниковых записей мамы по определенным вопросам. Свободная форма сбора анамнестических данных поможет матери заикающегося подробно описать проблему, передавая нюансы, которые могут быть решающими в индивидуальном подходе специалиста к ребенку. С помощью этой формы сбора данных, специалист может определить причину заикания у ребенка, факторы, способствующие его появлению и течению, проанализировать межличностные отношения семьи заикающегося ребенка и др.;

- обследование речевого статуса заикающегося включает: анатомическое строение органов артикуляции, подвижность органов артикуляции, звукопроизношение, темп речи, голос, дыхание, проявление заикания, виды судорог, трудные звуки.

- видео диагностика включает в себя несколько пунктов, предоставляет

возможность специалисту увидеть и проанализировать речевое развитие ребенка, структуру заикания и степень выраженности, отношение ребенка к своему дефекту, выявить наличие сопутствующих движений. Видеофиксация способствует эффективности диагностики, так как это удобно как для ребенка, а именно комфортная домашняя среда, так и для специалиста.

– рисуночные тесты тематического характера эффективны при обследовании детей. Данная методика направлена на психологическую диагностику личности и межличностных отношений ребенка, установление характера эмоциональных реакций и фрустрирующих ребенка ситуаций. Из публикаций А. Венгера известен тот факт, что рисуночный тест позволяет выявить целый ряд психологических особенностей ребенка, а именно:

- уровень общего умственного развития;
- преобладание рационального или эмоционального подхода к действительности;
- уровень психомоторного тонуса, повышенная или пониженная активность, астения;
- недостаточность самоконтроля и планирования действий, импульсивность;
- повышенная эмоциональная лабильность или, напротив, ригидность;
- тревожность (как личностная черта) и тревога (как состояние на момент обследования);
- страхи;
- депрессивные тенденции;

- особенности реакции на стресс;
- агрессивность (с возможностью дифференцировать такие ее формы как физическая и вербальная агрессия, защитная агрессия, невротическая агрессия);
- экстравертность или, напротив, интровертность;
- демонстративность;
- неудовлетворенность потребности в общении;
- аутизация, избегание общения;
- степень социализированности и конформности;
- антисоциальные тенденции;
- отношение к сексуальной сфере;
- отношение к семейной сфере в целом и к отдельным членам семьи.

– метод рисуночной библио-диагностики включает в себя анализ и осмысление ребенком прослушанного художественного текста (например, сказка Г.Х. Андерсена «Гадкий утенок») и зарисовка главной мысли сказки с дополнительным комментарием ребенка, зафиксированным взрослым, характеристика речи ребенка с заиканием на момент поступления на консультацию.

Предложенная Е.Ю. Рау [5] модель психолого-педагогической диагностики дошкольников с заиканием является комплексной, поскольку включает в себя необходимое сочетание методов для изучения речевых (собственно судорожных) и неречевых (психофизических) проявлений в структуре заикания.

Литература

1. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности “Логопедия” — М.: В. Секачев, 1998;

2. Волкова Г.А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников: Книга для логопедов. — 2-е изд., доп. и перераб. — СПб: Детство—Пресс, 2003. — 240 с.;
3. Венгер А. «Психологические рисуночные тесты» ;
4. Мерзлякова В.П., Рау Е.Ю. «Развитие мотивационной сферы заикающихся в процессе логопсихокоррекции.» - Москва, В.Секачев, 2011;
5. Рау Е.Ю. Логопсихотерапевтический подход при диагностике заикания у детей дошкольного возраста // Проблемы детской речи.

Арутюнян Л.З.

кандидат педагогических наук , научный руководитель, Речевой центр «Арлилия», г. Москва.

Арутюнян М.А.

логопед, Речевой центр «Арлилия», г. Москва.

Коростелева А.Н.

НИЯУ «МИФИ», аспирант, г. Москва.

Мишулина Л.А.

НИЯУ «МИФИ», доцент, г. Москва.

Ушаков В.Л.

НИЦ «Курчатовский институт», в.н.с., г. Москва.

Проблема рецидивов и речь с нулевым заиканием

Аннотация: Предложено новое объяснение причин рецидивов заикания. Представлен стратегический план устойчивой нормализации речи заикающихся, основанный на применении речи с «нулевым заиканием». С помощью фМРТ изучены характерные отличия между речью с «нулевым заиканием» и обычной речью.

Ключевые слова: заикание, рецидивы, память, диафрагма, расслабление, междометие, магнитно резонансная томография, мозг

Abstract: A new explanation of the causes of stuttering relapses have been offered. A strategic plan for a sustainable normalization of speech of persons who stutter have been presented, based on the use of “zero stuttering” speech. The characteristic differences between “zero stuttering” speech and normal speech have been examined with the help of fMRI.

Keywords: stuttering relapses, memory, iris, relaxation, interjection, magnetic resonance imaging, brain.

В настоящее время существуют методы лечения заикания, позволяющие достичь плавной речи, которая практически не отличается от речи не заикающихся людей [1, 2].

Однако, во многих случаях достигнутый результат начинает постепенно, а иногда достаточно быстро, ухудшаться. Причем, такое ухудшение речи возникает не только из-за повторной психотравмы, болезни, переутомления, а даже без каких-либо видимых причин. Недаром заикание считается постоянно рецидивирующим заболеванием.

Справедливо Лена Рустин считала рецидивы «ахиллесовой пятой терапии заикания» [3].

В настоящей работе мы обсудим наше понимание причин рецидивов заикания и возможности устойчивой нормализации речи.

Трудно отрицать то, что заикание - не просто речевое нарушение, а сложная патологическая система, в которую вовлечен практически весь человек. Спастические задержки – лишь один из симптомов заикания, его видимое проявление. Остальные, менее заметные,

но очень важные проявления заикания носят личностный, поведенческий характер. Дж. Харрисон [4] все эти взаимосвязанные нарушения при заикании схематично выстроил на углах шестиугольника (Рис 1).



Рис. 1. Гексагон Харрисона

Мы считаем, что для более полного понимания заикания нужно использовать десятиугольник (Декагон), представленный на Рис.2.



Рис.2 Декагон заикания

Мы не будем останавливаться на описании этих проявлений заикания. Они подробно описаны в работе [5]. Отметим только, что количество углов многоугольника в значительной мере

зависит от стажа заикания. Например, до 3-4 лет, исключив только спазматические задержки, можно добиться устойчивого положительного результата (программа скорой помощи, которую успешно используют в Речевом центре «Арлилия»). Для получения положительного результата у дошкольников и младших школьников достаточно исключить спазматические задержки, научиться использовать новый навык в разных реальных ситуациях общения, долгое время поддерживать необходимый речевой режим под контролем взрослых.

У подростков, и особенно у взрослых заикающихся, вероятность успешности терапии в значительной мере зависит от того, насколько полно мы учитываем весь спектр нарушений, и насколько успешно справляемся с ними. К такому заключению мы пришли в результате многолетней (более 60 лет) практической и исследовательской работы, путем анализа успехов и неудач. Естественно, в реальной жизни могут быть отклонения от этих правил. Немало случаев, когда при малом стаже заикания наблюдается целый букет нарушений личностного характера и наоборот, когда у взрослых заикающихся устойчивый положительный результат достигается и без учета всего спектра нарушений.

В психотерапии существуют различные способы коррекции личностных проблем. Мы считаем, что в случае заикания наиболее успешных результатов можно достичь, следуя высказыванию Уинстона Черчилля: «Людей могут менять не сказанные слова, не прочитанные книги, а только поступки» [4]. Как показывает практика, благодаря огромной мотивации заикающихся людей, такой подход хорошо

работает в процессе терапии заикания. Однако, в любом случае, чтобы работа по коррекции личностных нарушений прошла успешно, необходимо устранить спазматические задержки,

К счастью, в логопедии существуют различные виды лечебной речи, которые позволяют полностью исключить спазматические задержки. Например, послоговая речь, речь под ритм метронома. Правда, в этом случае речь звучит неестественно. Существует также лечебная речь, синхронизированная с движениями пальцев рук, которая позволяет сохранить естественную интонацию.

На начальных стадиях терапии, пока используется речь на медленном темпе, благодаря мотивации заикающихся и разумно выстроенной системе функциональных тренировок, можно добиться огромных успехов в плане коррекции личностных нарушений. Однако, процесс «перестройки» в головном мозге, процесс формирования новых нейронных сетей, обеспечивающих устойчивость достигнутых изменений, протекают достаточно долго и очень индивидуально. В то же время, продолжительность использования медленной речи ограничена, особенно у подростков и взрослых, поскольку общение у них более разнообразно, чем у детей среднего школьного возраста, ответственность за речь намного больше, а внешнего контроля меньше (родителям трудно проследить за их речью). К тому же в период медленной речи, как правило, пациенты достигают высокого уровня спокойствия во время общения. Они уверены в том, что и на быстром темпе речи они справятся. Однако заикание записано в долговременной памяти на

быстром темпе речи. Мозг заикающегося человека после интенсивных тренировок может «согласиться», что он не заикается на медленной речи, но на быстрой речи вряд ли (они же защищены от спазматических задержек только при замедлении речи). К тому же, согласно исследованиям Э. Носенко /6/, при волнении, в речи не заикающихся людей возникают некоторые характерные проявления заикания, как суэта, слова паразиты, повторы слогов (по типу заикания). Эти, безобидные для не заикающихся людей нарушения речи, могут (в связи с ассоциативной памятью) будить память о заикании и сеять сомнения в надежности их плавной речи.

Таким образом, если в течение периода лечебной речи в головном мозге уже создались нужные связи, сформировались новые нейронные сети, то переход к обычной быстрой речи безопасен. Если же мозг заикающегося человека еще не перестроился окончательно, то возможен рецидив заикания.

Такое объяснение причин рецидивов заикания представляет, по крайней мере, теоретическую возможность исключить их. **Таким образом, чтобы достичь устойчивого результата, необходимо сформировать новый речевой навык, который защищен от заикания и при нормальном темпе речи.** В работе [5] мы упоминали о новом речевом навыке, не имеющем ничего общего с заиканием. Условно мы назвали такую речь, - речью с «нулевым заиканием».

На первый взгляд, предложенная нами идея речи с «нулевым заиканием», может показаться утопичной. Однако, на

практике она оказалась очень эффективной. Идеей изучения речи с «нулевым заиканием» заинтересовались научно-исследовательские лаборатории в НИЦ «Курчатовский институт» и НИЯУ «МИФИ». В настоящее время определен план научных исследований с использованием функционального магнитного томографа (фМРТ), электроэнцефалографа (ЭЭГ), айтрекера и датчика дыхания. Начато изучение динамики изменения функционирования головного мозга в течение прохождения всего курса терапии (6 мес.) и этапа стабилизации (12 мес.) Изучаются также характерные отличия между речью с «нулевым заиканием» и обычной речью. В этой работе мы представим некоторые первые результаты этих исследований.

Прежде, чем обсудить характерные особенности речи с «нулевым заиканием» и ее преимущества в процессе терапии заикания по сравнению с обычной речью, мы кратко напомним, как мы определяем речь с «нулевым заиканием».

В основе речи с «нулевым заиканием» лежит принцип звучания междометия, связанного с резким расслаблением (ощущением облегчения). Представим, что человек после физической или эмоциональной нагрузки резко расслабляется, произнося с облегчением междометие «ОХ». Этот слог является уникальным, поскольку заикаться на нем невозможно, несмотря на то, что он рождается на фоне сильного эмоционального или мышечного напряжения. На таком же принципе значительного резкого расслабления основана и речь с "нулевым заиканием". Однако, в этом случае, резко расслабляется только диафрагма на фоне полной

мышечной релаксации всего тела. Следовательно, речь с «нулевым заиканием» можно формировать только при диафрагмальном дыхании, поскольку, только в этом случае возможно получить естественное напряжение при полной релаксации всего тела.

Для визуализации характера движения диафрагмы нами использовался датчик дыхания полиграфа, который позволяет регистрировать движение передней брюшной стенки (ПБС). Считаем, что характер движения ПБС и диафрагмы подобны.

На рисунках 3 – 8 представлены диаграммы движения ПБС в различных случаях. Подъемы на диаграммах соответствуют напряжению ПБС (диафрагмы), а падение – расслаблению. В верхней части этих рисунков, представлен звуковой сигнал (линия 1), который в данной работе не обсуждается.

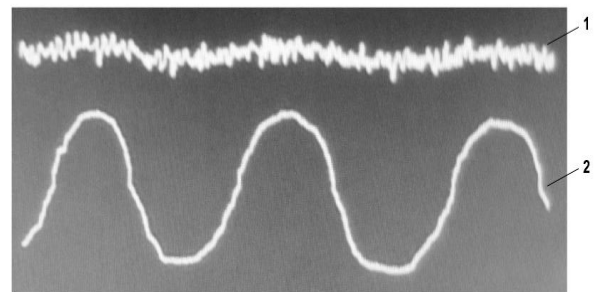


Рис.3

1 – звуковой сигнал, 2 - характер движения ПБС при спокойном диафрагмальном дыхании

На рис. 3 представлен характер движения диафрагмы при диафрагмальном дыхании во время мышечной релаксации всего тела. Видно, что диафрагма

периодически плавно напрягается при вдохе и также плавно расслабляется при выдохе. Рассмотрим, каким образом на фоне диафрагмального дыхания формируется речевое дыхание при обычной речи и при речи с «нулевым заиканием» соответственно. При формировании обычной речи, выдох плавно удлиняется как при диафрагмальном, так и при грудном дыхании. Удлиненный выдох при диафрагмальном дыхании представлен на Рис. 4

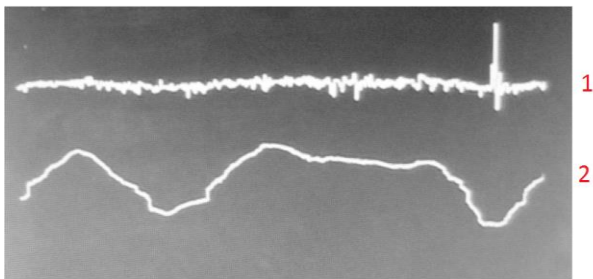


Рис.4, 1 – звуковой сигнал, 2 – удлиненный речевой выдох при диафрагмальном дыхании.

Однако, диафрагма после резкого расслабления, благодаря своей упругости, «раскачивается», вследствие чего по инерции снова плавно напрягается (участок T2-T3), позволяя снова резко расслабить ее (участок T3-T4) и озвучить без проблем еще один слог. Самое удивительное то, что во время плавного спонтанного напряжения диафрагмы (участок T2-T3) без проблем может последовательно озвучиваться до 15 слогов. Таким образом, используя колебательный речевой выдох (участок T1 – T2 – T3 – T4) можно легко озвучить любую фразу. Для этого нужно совместить первый и ударный слоги фразы с резким расслаблением диафрагмы, а все слоги до

ударного «поместить» на участке плавного спонтанного напряжения диафрагмы.

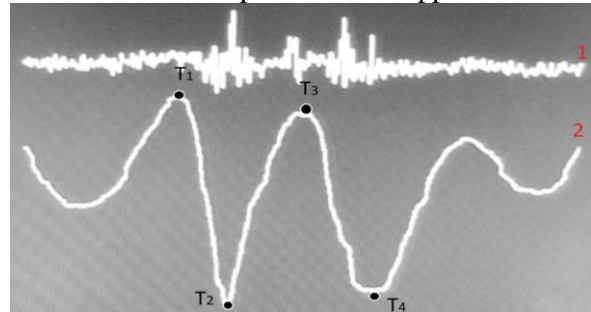


Рис 5.

1 – звуковой сигнал, 2 – колебательный речевой выдох при диафрагмальном дыхании

Таким образом, характерной особенностью речи с «нулевым заиканием», которая принципиально отличает ее от обычной речи, является то, что вместо плавного удлиненного речевого выдоха (см. Рис.4) формируется своеобразный колебательный выдох (Рис 5).

Подчеркнем преимущества речи с «нулевым заиканием», которые наблюдаются при практической работе, и те, которые проявились в результате экспериментальных исследований.

- Речь с «нулевым заиканием» позволяет полностью устранить спазматические задержки, при любой степени тяжести заикания, сохраняя при этом нормальный темп речи и ее интонационную окраску.
- Как видно из рисунков 6, 7, 8, для различных фраз, различной длины характер движения ПБС одинаков. А это значит, что если сформировать колебательный речевой выдох, то

речь останется защищенной от заикания даже на быстром темпе.

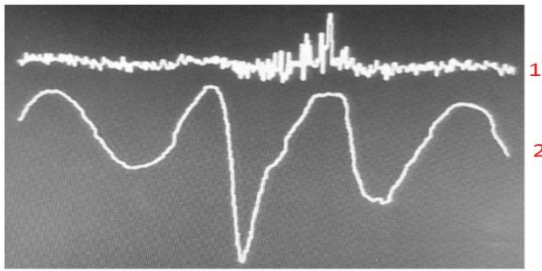


Рис.6, 1 – звуковой сигнал, 2 – характер движения ПБС при озвучивании фразы «Извините»

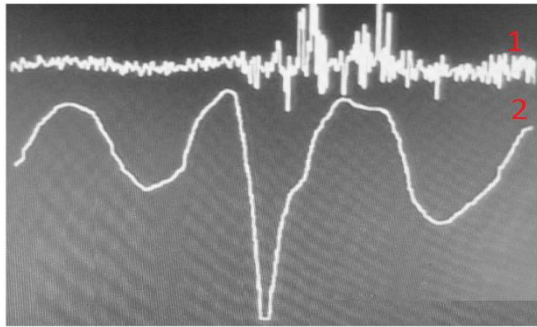


Рис.7, 1 – звуковой сигнал, 2 – характер движения ПБС при озвучивании фразы «Извините, пожалуйста, где станция метро?»

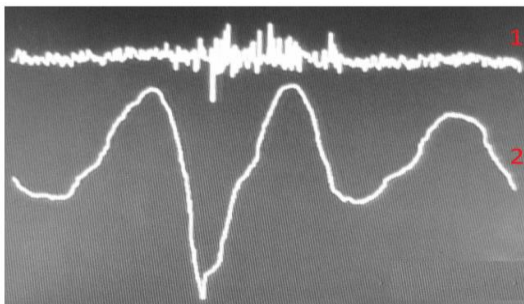


Рис. 8. 1 – звуковой сигнал, 2 – характер движения ПБС при озвучивании фразы «Я живу и работаю в Москве»

- Попробуем сравнить обычную речь и речь с «нулевым заиканием» с точки зрения характера активации головного мозга.

На рис. 9 представлены карты активации головного мозга (относительно состояния покоя) при чтении одного и того же текста одним и тем же испытуемым речью с «нулевым» заиканием и обычной речью соответственно. При речи с «нулевым» заиканием наблюдается некоторое повышение активности в лобных областях головного мозга, а именно, Frontal Mid, Frontal Mid Orb, Frontal Sup Orb L, Frontal Inf Orb R, Frontal Sup, Frontal Inf Tri. Объем активаций имел выраженный правосторонний характер, что согласуется с более пластичными изменениями фронтальных областей при реализации когнитивных функций. Эти зоны могут быть вовлечены в обработку эмоциональных когнитивных процессов, при формировании темпа и ритма речи, интонационной окраски фразы.

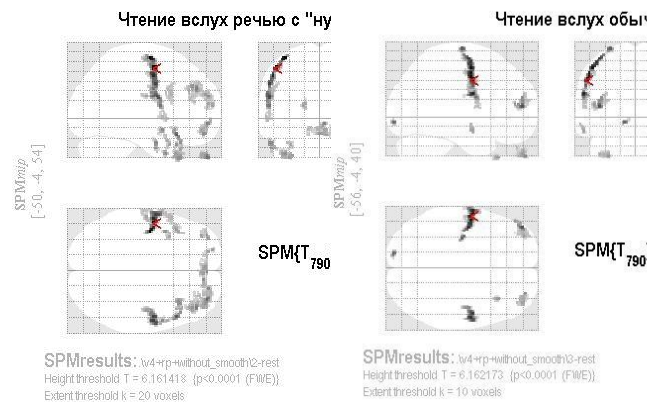


Рис. 9. Результаты индивидуального анализа эксперимента с разными условиями чтения

Конечно, исследования находятся только на начальном этапе, следовательно, никаких принципиальных выводов сделать

не можем, однако активация участков мозга способствует выработке темпа и ритма мы считаем важным преимуществом речи с «нулевым заиканием».

Литература

1. Dahm B., Dynamic Stuttering therapy? Glen Rock, NJ: CTI Publications, 2007.
2. Андропова (Арутюнян) Л.З. Как лечить заикание, Москва, «Эребус», 1993.
3. Kuhr, A. & Rustin, L. (1985). The Maintenance Of Fluency After Intensive Inpatient Therapy: Long-term Follow-up. Journal of Fluency Disorders, 10, 229-236.
4. Harrison J. C. REDEFINING STUTTERING; What the struggle to speak Is really all about, NSA, 2011.
5. Арутюнян Л.З., Арутюнян М.А. Заикание у взрослых. Основные направления терапии, Логопедия, №1 (7), 2015
6. Носенко Э.Л. Особенности речи в состоянии эмоциональной напряженности, Днепропетровск, 1975.

Асмаловская О. А.

ст.преподаватель кафедры специальной психологии
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет им. Л.Н. Толстого», г.Тула.

Лещенко С.Г.

доцент кафедры специальной психологии ФГБОУ ВО «Тульский
государственный университет им. Л.Н. Толстого», г. Тула,

К вопросу об актуальности интегративного взаимодействия специалистов в ходе психолого-педагогического сопровождения детей с недостатками речи

Аннотация: В статье обозначены проблемы психолого-педагогического сопровождения детей с недостатками речи, основанного на интеграции деятельности специалистов разного профиля.

Ключевые слова: недостатки речи, психолого-педагогическое сопровождение, коррекция, интегративное взаимодействие, коррекционно-развивающая работа, единое образовательное пространство, взаимодействие.

Abstract: The paper outlines the problem of psycho-pedagogical support of children with speech-based integration of the activities of specialists in different fields.

Key words: speech lacks, psychological and pedagogical support, correction, integrative interaction, correction and developing work, common educational space, interaction.

Долгое время дошкольники с недостатками речи рассматривались преимущественно в проблемном поле логопедии. Достигнуты существенные успехи в изучении детей данной категории: раскрыты клинико-психологические основы речевого дизонтогенеза, разработаны специальные технологии преодоления недостатков речевого развития (Е.Ф. Архипова, Е.Н. Винарская, В.К. Воробьева, В.П. Глухов, Б.М. Гриншпун, Р.Е. Левина, Н.А. Никашина, Г.А. Каше, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова,

С.С. Ляпидевский, О.С. Орлова, В.И. Селиверстов, Е.Ф. Соботович, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева, М.Е. Хватцев Г.В. Чиркина,, С.Н. Шаховская и др.).

Новое понимание сущности проблем социализации детей с недостатками речи с позиции коммуникативно-личностного подхода ориентирует на межпредметные связи логопедии с логопсихологией. Построение психолого-педагогического сопровождения дошкольников данной категории на основе интегративного взаимодействия специалистов