**Введение**

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

Возникая в сенситивный период развития (от 2 до 6 лет) заикание ограничивает коммуникативные возможности ребенка, искажает развитие личностных качеств, затрудняет его социальную адаптацию. В начальной стадии заикание чаще имеет легкую форму. Но легкое, едва заметное вначале, заикание может со временем усилиться и вызвать у ребенка болезненные переживания, страх перед речью. Чем больше проходит времени с момента начала заикания, тем чаще оно переходит в стойкий дефект и влечет за собой изменения в психике ребенка.

Заикание - одна из сложнейших проблем логопедии, как в теоретическом, так и в практическом аспектах. Она интенсивно изучалась и освещалась в литературе на протяжении всего ХХ в. Научная разработка проблемы заикания в отечественной логопедии связана с именами известных психиатров И. А. Сикорского, Н. Г. Неткачева, В. А. Гиляровского.

В отечественной логопедии разработан оригинальный подход к оценке клинической картины заикания. Выделение двух форм заикания - невротической и неврозоподобной - позволяет наиболее полно охарактеризовать не только судорожные проявления в речи заикающихся, но и особенности личности как в начальный период развития заикания. Так и при его хронификации. Помимо судорожных запинок заикание включает в себя нарушения высшей нервной деятельности, связанные в одних случаях с органическим поражением центральной нервной системы, в других - с невротической реакцией. Хронификация заикания вызывает, как правило, вторичную невротизацию, которая является реакцией личности на речевое нарушение и делает данное заболевание сложнейшим патологическим процессом, иногда сопровождающим человека всю жизнь.

В связи с этим в общей проблеме заикания особое место занимает дошкольный возраст. Тщательно проведенная предупредительная и коррекционная работа в этом возрасте, построенная на разностороннем учете факторов, способствующих возникновению дефекта, может существенно снизить процент заикающихся школьников, подростков и взрослых.

В настоящее время считается общепризнанным, что устранять заикание нужно сразу же, как только оно возникнет. Чем больше времени проходит с момента начала заикания, тем чаще оно переходит в тяжёлый, стойкий дефект и влечёт за собой изменения в психике ребёнка. Кроме того, заикание лишает ребёнка нормальных условий общения и часто препятствует его успешной учёбе. Поэтому данный дефект важно устранить ещё до поступления ребёнка в школу. Необходимо воздействовать на речь заикающегося, и на его личность и моторику в целом.

От логопеда требуется не только знание практических приемов коррекции речи при заикании, но и понимание целостной клинической и психолого - педагогической картины этого сложного патологического состояния, а также знание клинических проявлений невротических и неврозоподобных состояний. Только при этом условии могут быть правильно интерпретированы психофизиологические, психологические, психолого - педагогические данные о заикающихся и определено направление реабилитационных и профилактических мероприятий.

Тема моей курсовой работы «Взаимодействие логопеда и родителей по устранению заикания у детей старшего дошкольного возраста». Данная тема очень актуальна, поскольку большую часть ребенок воспитывается в семье . Перед тем как начать работать с ребенком, логопед должен знать причину этого диагноза, какая атмосфера в семье, какое отношение родителей к ребенку. Если логопед не будет совместно работать с родителями, то результат будет мал.

**Цель данной курсовой** – проанализировать различные формы совместной работы логопеда с родителями по нормализации темпо-ритмической организации речи.

**Основные задачи:**

рассмотрение особенностей нарушения темпо-ритмической организации речи заикающихся детей;

проанализировать различные формы совместной работы логопеда с родителями по нормализации заикания у детей.

**Объект исследования:** темпо-ритмическая организация речи у заикающихся детей старшего дошкольного возраста.

**Предмет исследования:** формы совместной работы логопеда и родителей.

**В курсовой работе предлагается гипотеза:** формы совместной работы логопеда и родителей. Если родители будут сообща работать с логопедом, то коррекционная работа будет протекать более успешно, значительно улучшится плавность речи у заикающихся. При проведении логопедической работы должны учитываться индивидуальные особенности ребенка, возраст, ведущая деятельность, и как было уже сказано выше: отношение родителей и ребенка, а так же участие родителей в восстановлении речи ребенка.

**Глава 1. Проблема устранения заикания у детей дошкольного возраста в психолого-педагогических исследованиях**

## 

## 1.1 Заикание как нарушение темпо-ритмической организации речи

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

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

## У детей раннего возраста, по мнению некоторых авторов, механизм заикания целесообразно объяснить с позиций реактивного невроза и невроза развития (В.Н. Мясищев, 1960). Реактивный невроз развития понимается как острое нарушение высшей нервной деятельности. Заикание возникает в раннем возрасте на фоне задержанного физиологического косноязычия при переходе к сложным формам речи, к речи фразами. Иногда оно является результатом речевого недоразвития разного генеза (Р.М. Боскис, Р.Е. Левина, Б. Мезони). Так, Р.М. Боскис называет заикание заболеванием, в "основе которого лежат речевые затруднения, связанные с оформлением более или менее сложных высказываний, требующих для своего выражения фразы". Речевые затруднения могутвызываться задержками развития речи, переходом на другой язык случаями патологического развития личности с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, необходимостью выразить сложную мысль и пр.

Р.Е. Левина, рассматривая заикание как речевое недоразвитие видит сущность его в преимущественном нарушении коммуникативной функции речи. Проблема органического заикания до настоящего времени остается нерешенной. Одни исследователи полагают, что заикание в целом включается в категорию органических заболеваний центральной нервной системы и нарушения мозгового субстрата прямо затрагивают речевые области мозга или связанные с ними системы (В. Лав, 1947; Э. Гард" 1957; С. Скмоил и В. Ледезич, 1967). Другие рассматривают заикание как преимущественно невротическое расстройство, расценивая сами органические нарушения как "почву" для срыва высшей нервной деятельности и речевой функции (Р. Лухзингер и Г. Ландольд, 1951; М. Зееман, 1952; М. Сова К, 1957; М.Е. Хватцев, 1959; С.С. Ляпидевский и В.П. Баранова, 1963, и мн. др.).

## Большинство авторов, изучавших патогенез заикания, отмечают у заикающихся различные вегетативные изменения. Например, Зееман считает, что у 84% заикающихся имеется вегетативная дистония. По мнению Сонди, из 100 заикающихся 20% имеют повышенное внутричерепное давление и экстрапирамидные нарушения. Он считает, что заикающиеся рождаются вазоневротиками. [Герднер](http://www.tf-factor.ru/texts.php?way=&id=82) объективно показал изменение нейровегетативной реакции у заикающихся во время приступов: в 100% случаев у них наблюдается расширение зрачков (мидриоз), у нормально говорящих людей ширина зрачков во время речи не меняется или наступает некоторое их сужение (миоз).

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

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

1) наличие потребности в речи, или коммуникативное намерение;

2) рождение замысла высказывания во внутренней речи;

3) звуковая реализация высказывания.

В разных структурах речевой деятельности эти фазы различны по своей полноте и длительности протекания и не всегда однозначно вытекают одна из другой. Но постоянно происходит сопоставление задуманного и осуществленного. И.Ю. Абелева считает, что заикание возникает в момент готовности к речи при наличие у говорящего коммуникативного намерения, программы речи и принципиального умения говорить нормально. В трехчленную модель порождения речи автор предлагает включить фазу готовности к речи, на которой у заикающегося "ломается" весь произносительный механизм, все его системы: генераторная, резонаторная и энергетическая. Возникают судороги, явно проявляющиеся затем на четвертой, завершающей фазе.

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

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

Нередко у заикающихся имеется и косноязычие.

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

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

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

## 

## 1.2 Особенности нарушения темпо-ритмической организации речи

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

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

В современной логопедии заикание определяется как нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Внешне заикание выражается в том, что речь прерывается вынужденными остановками, запинками, повторениями отдельных звуков, слогов, слов. Это происходит вследствие судорог в речевом аппарате, которые, как правило, распространяются и на мышцы лица, шеи. Они могут быть различны по частоте и длительности, форме и месту локализации. Строгой закономерности в возникновении запинок нет. Они могут быть в начале фразы, в середине, в конце, на согласных или на гласных звуках. Однако запинками, остановками и повторениями, нарушающими плавное течение речи, не исчерпывается понятие «заикание». При заикании расстраиваются дыхание и голос: дети пытаются говорить на вдохе и в фазе полного выдоха, голос становится сдавленным, монотонным, тихим, слабым. Речь заикающегося ребенка обычно сопровождается сопутствующими движениями (покачивание головой, туловищем и т. п.).

Сложность этой речевой патологии выражается и в том, что заикание, затрудняя свободное речевое общение ребенка с окружающими людьми, невыгодно отличая его от нормально говорящих сверстников, накладывает отпечаток на все поведение ребенка, на всю его личность.

К предрасполагающим причинам относят:

**1. Определенный возраст ребенка** **(от 2 до 6 лет и в единичных случаях - 7 лет).** Наиболее часто заикание возникает в период формирования развернутой фразовой речи.

В речевом развитии детей отмечаются периоды, когда их нервная система испытывает большое напряжение. Для начала заикания особое значение имеет период интенсивного формирования речи, в это время для многих детей характерно появление физиологических интераций. Выявляется значительное несоответствие между пока еще недостаточно оформленным речевым дыханием и психической возможностью произнесения сложных фраз.

**2. Психическая сторона речи опережает возможности ее моторной реализации.** В свою очередь, в психической стороне наряду с наличием высокой степени речевой мотивации имеется выраженная несформированность процесса внутреннеречевого программирования. С этим несоответствием связано появление в речи детей физиологических итераций в виде повторения слогов, слов, словосочетаний. Кроме этого, отмечаются необоснованные паузы и ошибки в лексико - грамматическом структурировании контекстного высказывания.

Эти явления свидетельствуют о том, что в дошкольном возрасте координаторные механизмы речевой деятельности находятся в стадии интенсивного формирования. Любая функциональная система, находящаяся в стадии интенсивного развития, является избирательно ранимой под влиянием вредоносных факторов.

**3. Состояние центральной нервной системы**. Нередко, при возникновении заикания, отмечается органическое поражение мозга во внутриутробном, пренатальном и постнатальном периодах развития. Эти причины вызывают различные патологические сдвиги в соматической и психической сферах, приводят к задержке речевого развития и к речевым расстройствам и способствуют развитию заикания. У части заикающихся не обнаруживается органического поражения мозга. В то же время они характеризуются повышенной впечатлительностью и ранимостью нервной системы, тревожностью, низким уровнем адаптации, особой подверженностью к психическим травмам.

**4. Генетический фактор**. Он обусловлен генетической передачей некоторых особенностей высшей нервной деятельности - повышенной возбудимости, ускоренного темпа общих движений и речи, т. е. передается определенная слабость центральных речевых механизмов, которые повышенно подвержены воздействию факторов риска. Отягощенная наследственность может прослеживаться на уровне нескольких поколений. При этом у заикающихся мужчин процент появления заикающихся сыновей равен 22, а дочерей - 9. Для женщины риск появления заикания детей выше: в этом случае появляется 36%заикающихся мальчиков, 17% - девочек. В случаях семейного заикания возможность возникновения этого нарушения у детей только по подражанию родителям мало реальна. Также известно, что генетическая наследственность какой - либо патологии проявляется при наличии дополнительного негативного фактора (Л. Я. Миссуловин 1988).

**5. Функциональная ассиметрия мозга**. Наблюдения свидетельствуют о тесной связи заикания с левшеством. На это указывает большой процент левшей среди заикающихся (значительно превышающий процент левшества в популяции).

Нередко заикание возникает при переучивании леворукости на праворукость, если оно доведено до истязания (В. А. Куршев, 1973). По мнению М. Е. Хватцева(1959) при переучивании левшей не только перестраиваются и нарушаются связи и соотношения между полушариями мозга, но и ухудшается состояние правого полушария, в котором расположены у левши ведущие центры речи. Электрофизиологические исследования свидетельствуют о том, что у заикающихся нарушается ведущая роль левого полушария в организации устной речи. (И. В. Данилов, И. П. Черепанов 1970). Ослабление взаимодействия между симметричными структурами мозга у заикающихся делает такую центральную нервную систему особо ранимой, что в первую очередь отражается на их речевой функции.

**6. Индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза.** Для начала заикания особое значение имеет период интенсивного формирования речи. В это время для многих детей характерно появление физиологических итераций (от лат. Iterare - повторять). В этом возрасте (от 2 до 5 лет) дети могут повторять или растягивать отдельные звуки, слоги слова, а иногда вставлять эмболы (лишние звуки и слова, которые не несут лексической и эмоциональной нагрузки - «а», «ну», «вот» и др.). Это нормальный процесс становления ритмичной речи, так как еще недостаточно оформленное речевое дыхание не соответствует психической возможности произнесения сложных фраз.

Большое значение в появлении заикания может иметь и темп речевого развития, особенно появление фразовой речи: замедленное или ускоренное. В эти периоды речевая система особенно подвержена влиянию неблагоприятных факторов. Особое значение в этих случаях имеет поведение взрослых, окружающих ребенка. Фиксация внимания ребенка на итерациях может провоцировать появление заикания, вредно и психологическое травмирование детей частыми указаниями на ошибки в их речи.

**7. Половой деформизм**. У мальчиков заикание встречается в 4 раза чаще, чем у девочек. Механизм этого явления до конца не ясен. Предполагается, что у девочек в более сжатые сроки формируются моторные функции: они начинают раньше мальчиков ходить, говорить, тонкая моторика пальцев рук и речевые артикуляции у них также формируются быстрее. Возможно, в связи с этим речедвигательные механизмы у девочек более устойчивы к экзогенным вредоносным влияниям.

К производящим причинам относятся психические травмы, которые могут быть хроническими и острыми.

Хроническая психическая травма - длительные, отрицательные эмоции в виде стойких психических напряжений или неразрешенных, постоянно закрепляющихся конфликтных ситуаций. Они часто связаны с напряженным психологическим климатом в семье или трудностью адаптации ребенка в детском учреждении.

Острая травма - сильный, внезапный, в основном однократный психический шок, вызванный аффективной (эмоциональной) реакцией. Чаще эта реакция испуга или страха. Именно вскоре после перенесения острой психической травмы или на фоне хронических конфликтных ситуаций у многих детей появляются запинки судорожного характера. Л. Я. Миссуловин (1988) делит случаи острого психического травмирования на 8 основных групп:

1. Психотравма была нанесена домашними и дикими животными, птицами, пресмыкающимися и другими представителями животного мира.

2. Психотравмы получены в результате пожаров, бомбежек, обстрелов, транспортных катастроф (без физических травм), сильных звуковых раздражителей, пугающих явлений природы (гроза, землетрясение, наводнение и т. п.). Особенность определенной части заикающихся этой группы заключается в том, что часто они пугаются не столько самого события, сколько реакции окружающих взрослых, показывающих ребенку опасность сложившейся ситуации.

3. Психотравмы нанесены детям в результате различных зрелищных мероприятий (театр, цирк, кино, зоопарки т. д.), а также в результате чтения и рассказывания страшных историй, случаев. Этих детей характеризуют раннее психическое и речевое развитие, повышенная впечатлительность, возбудимость, тревожность и мнительность.

4. Психотравма нанесена людьми, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. Среди таких лиц преобладают родители, страдающие хроническим алкоголизмом. Когда виновниками развивающегося заикания становятся не близкие родственники, а находящиеся в нетрезвом состоянии знакомые и посторонние лица, в этом случае одномоментное травмирующее воздействие нередко оказывается еще более сильным и глубоким, так как оно обычно бывает неожиданным и направлено на ребенка, который ранее с подобными явлениями мог никогда не сталкиваться.

5. Психотравма связана с физической травмой. Не всегда физическое травмирование детей сопровождается психической травматизацией, а возникновение эмоционального срыва так же обусловливается не тяжестью физической травмы. В этих случаях эмоциональное состояние ребенка во многом зависит от поведения взрослых. В эту же группу входят заикающиеся, которые получили нервное потрясение, связанное с тем, что они в детстве тонули и остались в живых только благодаря помощи окружающих.

6. Заикание развилось вследствие ятрогении (негативных реакций на приход в лечебное учреждение и вид людей в белых халатах, неправильного поведения врача).

7. Заикание возникло в результате дидактогении (случаи педагогических ошибок, допущенных педагогом детских учреждений).

8. Заикание возникло в результате неожиданной смерти близких людей на глазах ребенка.

В настоящее время условно выделяются две группы симптомов, находящиеся в тесной взаимосвязи: биологические (физиологические) и социальные (психологические). К физиологическим симптомам относятся речевые судороги, нарушения ЦНС и физического здоровья, общей и речевой моторики. К психологическим - феномен фиксированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психологические особенности.

Основным симптомом заикания являются, возникающие в процессе устной речи или при попытке ее начать, речевые судороги. Судороги бывают различными по типу, локализации (месту возникновения), силе тяжести.

Что касается причин возникновения заикания, то можно сделать вывод, что факторов возникновения заикания множество. Это и биологические, и социальные, и психологические факторы. Можно сказать однозначно, что дети дошкольного возраста в силу своей эмоциональной возбудимости и неподготовленности к переработке внешних воздействий окружающей среды больше, чем взрослые, подвержены бурным эмоциональным реакциям. В этот период функция речи, как самая хрупкая, может пострадать в первую очередь.Раз возникшее заикание во многих случаях постепенно «обрастает» психическими симптомами, напоминая в этом отношении катящийся и все увеличивающийся в своих размерах снежный ком. По этой причине очень важно не ожидать полного развития всей симптоматики заикания, а постараться преодолеть его на самой ранней стадии, до появления психических симптомов, то есть еще в дошкольном возрасте. Именно поэтому так важно было рассмотреть симптоматику заикания.

**1.3 Совместная работа логопеда и родителей по преодолению заикания у детей**

Логопедическое обследование заикающихся детей является первым и весьма ответственным звеном всего комплекса коррекционно-воспитательного воздействия. От правильности и полноты выявленных симптомов заикания, от знания факторов, его осложняющих, в значительной степени зависит выбор наиболее рационального и эффективного пути коррекционной работы.

Довольно часто заикающихся детей наблюдаются недостатки звукопроизношения. Обнаружив их, мы должны детально обследовать строение и подвижность органов артикуляционного аппарата, а также произношение звуков речи и состояние фонематического восприятия.

Важной логопедической задачей является также установление уровня общего речевого развития заикающегося ребенка.

Большую помощь в обследовании оказывают родители. Выясняем данные о процессе формирования речи ребенка – историю общего и речевого развития ребенка, характер дефекта речи.

*Бесе*да *с родителями.* Проводя разговор с взрослыми, ведем наблюдение за ребенком, отмечая, как он играет (увлеченно, равнодушно), на каких действиях задерживается дольше: на простом разглядывании игрушек или на манипулировании с ними, не перебирает ли предметы, не заинтересовываясь ничем и т.п. Важно также понаблюдать, говорит ли ребенок сам с собой или с игрушками, обращается ли ко взрослым с вопросами или просьбами, какими словами пользуется. Следует также выяснить, какой рукой ребенок владеет лучше, не левша ли он или же у него наблюдается амбидекстрия. Попутно отмечаем, как долго ребенок может усидеть на одном месте, насколько он возбужден, подвижен и т.п.

В ходе беседы с родителями выясняем, как развивалась речь ребенка, когда он начал говорить первые слова, когда он стал произносить первые фразы, как шло дальнейшее речевое развитие (медленно, бурно), форсировалось ли оно взрослыми, не было ли при этом речевых перегрузок, много ли с ним разучивали стихов и сказок, какого было их содержание (не превышало ли оно возрастные его возможности).

Также собираем сведения о ближайшем *окружении ребенка:* нет ли у кого из родных каких – нибудь недостатков речи, не было ли двуязычия в семье (когда, например, пытались обучать ребенка другому языку), каков темп речи окружающих ребенка взрослых, заикался ли кто – нибудь из них или детей, с которыми он был в контакте.

При беседе с родителями мы также выясняем характер отношения к ребенку в семье: не слишком ли его балуют или, напротив, не излишне ли строги с ним, нет ли неровности в обращении, когда ребенка то ласкают, то ругают, то все разрешают, то запрещают, то говорят ровно и спокойно, то начинают кричать. В ходе беседы выясняем, в каком возрасте появились первые признаки заикания, и как оно развивалось: постепенно усиливаясь, или то возникало, то исчезало. В последнем случае важно, чтобы родители объяснили, с чем они связывают ослабление или заикание.

При беседе с родителями мы должны уяснить себе, как сами родители относятся к этому дефекту, насколько сильно они переживают заикание своего ребенка, много ли и часто говорят об этом в присутствии ребенка, поправляют ли его запинающуюся речь или делают вид, что ничего не замечают. Очень важно выяснить реакцию ребенка на свой дефект; угнетает ли его этот дефект или он его не замечает, пугается ли он своих запинок в речи и останавливается или продолжает говорить, как ни в чем не бывало. Все эти сведения мы получаем от родителей, но при обследовании самого ребенка необходимо специально понаблюдать, чтобы выяснить, насколько точны суждения родителей. Надо помнить, что родители не всегда бывают, объективны в оценке своего ребенка и собственных поступков.

Беседа с ребенком является одним из основных приемов обследования речи. В ходе беседы отмечаем, какими ответами пользуется ребенок, односложными или фразовыми, насколько они развернуты, правильны ли по содержанию, как оформляет отдельные слова и предложения грамматически и фонетически. При выявлении особенностей речевого развития (недоразвития) дошкольников в процессе беседы уделяется внимание самостоятельности высказывания, так как в данный момент ослабляется контроль над речью, что помогает выявить отдельные проявления, характерные для недоразвития речи или заикания.

Во время беседы необходимо фиксировать и состояние слуха ребенка, хорошо ли слышит вопросы, не переспрашивает ли. С этой целью вопросы задаются голосом обычной разговорной громкости и шепотом (сниженной громкости).

В результате проведенного обследования выявляется уровень речевого развития (в общих чертах), интеллект, слух. Создается общее впечатление о ребенке. Если общее впечатление благоприятное, то слух и интеллект отдельно и специально не проверяем. И, напротив, если возникают сомнения, то после беседы проводится обследование слуха, интеллекта и более углубленное обследование речи.

Далее отмечается наличие или отсутствие непроизвольных сопутствующих речи движении: судорога мышц лица, подергивание конечностей, поднимание плеч, движения головой, моргание и т.д.

Очень важно выяснить, не связанно ли употребление лишних звуков или слов (а, ну вот, то и др.) с трудностями в подыскивании нужного слова, формулирований мысли.

Важно также отметить, в каких ситуациях и какого типа в высказываниях

(самостоятельные выводы, ответы на вопросы без наглядной опоры и т.д.) происходит увеличение этих симптомов.

Очень важно также определить темп речи ребенка (замедленный, ускоренный, скачкообразный, нормальный). Особой пометы требует ускоренный темп речи, так как его нормализовать всего труднее. Кроме того, очень часто такой темп свидетельствует, что в семье так же говорят в ускоренном темпе, поэтому с близкими ребенка необходимо провести соответствующую работу.

Все данные, полученные в результате обследования заикающихся детей, тщательным образом анализируются, сопоставляются и заносятся в речевую карту.

В задачу закрепительного периода входит автоматизация приобретённых ребёнком навыков речи  и  поведения в разнообразных ситуациях  и  видах речевой деятельности. Эти задачи наиболее активно реализуются на материале спонтанной речи, возникающей у ребёнка под влиянием внутренних побуждений ( обращение к окружающим с вопросами, просьбами, обмен впечатлениями ). Занятия проводятся в форме бесед о проведённом дне, прослушанной сказке, телепередаче  и  пр., в форме импровизированных игр, разыгрывания сюжета знакомой сказки, декламации стихотворений, пения песен – всё это подготавливает ребёнка к художественному выступлению. В закрепительный период основное внимание  логопеда   и   родителей  необходимо направлять на то, как  ребёнок говорит вне занятий.

       Система тренировок правильной речи и поведения у заикающихся предполагает обязательную закрепительную работу вне занятий, в семейно-бытовых, учебно-воспитательных условиях и в коллективе сверстников. Задания для самостоятельной  работы  строятся с учётом успехов ребёнка на каждом занятии и необходимых условий для их упрочения. Важно предусмотреть посильность выполнения, регулярность проведения, связь с семейно-бытовыми и учебно-воспитательными условиями. Формы таких заданий могут быть многообразны: проводить домашнее задание в определённое время, заучить требования правильной речи, составить рассказ по картинкам, отработать неторопливый темп речи в рассказе, выразительно рассказать стихотворение, отрепетировать роль в инсценированной сказке, выступить на занятии в детском саду по заданной теме, и многое другое. Для стимуляции ребёнка а его самостоятельной работе  и  для контроля за её выполнением необходимо  родителям  вести специальный дневник.

Совместные формы работы родителей и педагога могут быть таких видов как праздники с речевой направленностью, родительские собрания и консультационные мероприятия.

Родительские собрания являются продуктивным видом общения педагога-логопеда и родителей, т.к. на собраниях логопед планомерно доводит до сведения родителей задачи, методы и состав коррекционной работы с младшими школьниками. Родительские собрания дают возможность ознакомить родителей по многим вопросам, которые касаются развития речи у детей, а также подключение родителей к инициативной активности в коррекционной деятельности.

Консультационные групповые мероприятия дают возможность ознакомления родителей в теоретической и практической сферах коррекционных вопросов, обучения и воспитания детей. В консультациях могут участвовать медики и психологи. Эти мероприятия должны быть построены таким образом, чтобы заинтересовать родителей в плодотворном сотрудничестве для решения проблем воспитательного и развивающего процессов их детей.

*Индивидуальные формы работы с родителями:* собеседования, анкетирование, консультации, применение литературы содержащей упражнения, задачи для работы дома и использование логопедических дневников, присутствие на показательных логопедических занятиях.

Существенное место во взаимодействии семьи и педагога-логопеда занимает анкетирование родных ребенка. Анкетирование дает возможность сбора сведений о составе семьи, продуктивность деятельности родителей в оказании помощи в развитии детей, а также их ошибки.

Педагог доводит до сведения родителей результаты и содержание речевого дефекта ребенка. При этом действенны беседы родителей с педагогом. При первичном собеседовании приводятся факты воспитания и содержания ребенка в семье, а также круг его интересов и занятий. Педагогу необходимо учесть все аспекты опасений и жалоб родителей ребенка, их взгляд и готовность к решению проблем в развитии речи. Такие собеседования важны не только для логопеда, но и для родителей. Верное построение беседы и ее атмосфера будут влиять на сотрудничество в будущем.

Консультации помогают в поиске ответов на встречающиеся вопросы, приобрести пакет рекомендаций, в котором освещаются практические приемы обучения дома.

Важным видом взаимной деятельности родителей и логопеда является персональный дневник логопеда. Этот дневник ведется совместно с родителями. Он необходим для записей домашних заданий, а также родитель может внести в него какой-либо вопрос или сомнение по поводу работы ребенка.

*Наглядная форма взаимодействия с родителями.* Для побуждения активности родителей, их просвещения и практической помощи логопед располагает ознакомительный наглядный материал на специальном стенде. Этот материал может менять свое содержание не один раз в течение года.

**Глава 2. Экспериментальное исследование состояния**

**темпо-ритмической организации речи у детей старшего дошкольного возраста с заиканием**

**2.1 Диагностика сформированности темпо-ритмической стороны речи у детей**

Обследование заикающихся дошкольников проводилось с 1 по 15 декабря 2012 года и носило комплексный характер. Оно было направлено на возможно более полное выявление всех имеющихся симптомов заикания, ни один из которых в процессе коррекционной работы не может быть оставлен без внимания.

Были обследованы дети 5-летнего возраста, страдающие заиканием, в количестве четырех детей, посещающие МБДОУ «Сказка» г. Кемерово п. Новостройка.

Обследование началось с подробного выяснения анамнеза: собирались сведения о наследственности, о протекании родов у матери и о раннем развитии ребенка.

*Анкетные данные:*

Фамилия, имя, отчество обследуемого.

Дата рождения (год, месяц, число).

Домашний адрес, телефон.

Фамилия, имя, отчество родителей, их возраст, профессия, место работы.

Состав семьи.

Жалобы, предъявляемые родителями.

*Сбор анамнестических сведений.*

Наследственность:

Наличие алкоголизма у родителей.

Нервно-психические заболевания родителей.

Ускоренный темп речи у родителей или близких родственников.

Задержка речевого развития у родителей или близких родственников.

Заикание у родителей.

Заикание у деда или бабушки по линии отца и матери.

Обстановка в семье.

*Жилищно-бытовые условия.*

*Беременность и роды у матери*

Особенности внутриутробного развития.

Токсикоз в 1-й, 2-й половине беременности; физические травмы в 1-й, 2-й

половине беременности; другие заболевания и вредности.

Особенности течения послеродового периода (закричал сразу - не сразу, асфиксия синяя - белая, родовые травмы).

Приложен к груди (сразу; на... сутки).

На грудном (искусственном) вскармливании до..

*Период до 1-го года:*

Семейные условия.

Сон, аппетит.

Инфекционные заболевания.

Соматические заболевания.

Мозговые заболевания.

Мозговые травмы.

Спокойный, беспокойный.

Формирование навыка опрятности.

Время формирования моторных навыков: сидение, стояние, ходьба.

*Период дошкольного возраста*:

Семейные условия.

Инфекционные заболевания.

Соматические заболевания.

Мозговые заболевания.

Мозговые травмы.

Моторное развитие: отставание, норма, опережение.

Время выделения ведущей руки, наличие переучивания.

Адаптация в дет. яслях, дет. саду.

Основные черты характера (спокойный - возбужденный, подвижный - замедленный, уравновешенный - капризный и т.д.).

Основные черты поведения (капризность, слезливость, тревожность, негативизм, истощаемость, расторможенность, трудность переключения).

*Речевой анамнез:*

Время появления гуления и лепета. - Особенности гуления и лепета (активность, многообразие звуковых комплексов, характеристика голосовых реакций).

Время появления первых слов.

Время появления простой фразы.

Время появления развернутой фразовой речи. Какие наблюдались затруднения при переходе к фразовой речи.

Наличие и выраженность итераций.

Дефекты речи (дислалия, дизартрия, ринофония и пр.).

*Условия воспитания ребенка:*

Социальная среда (где ребенок воспитывался - в доме ребенка, детских яслях или детском саду с дневным или круглосуточным пребыванием, дома с матерью, бабушкой).

Особенности речевой среды: контакты с заикающимися или лицами с другой речевой патологией.

*Развитие заикания:*

Возраст, в котором появилось заикание.

Предполагаемые причины и характер возникновения заикания (остро, психогенно, без видимой причины и пр.).

Наличие периода мутизма.

Как протекает заикание: постоянно присутствует в речи или нет.

В каких условиях облегчается - ухудшается речь.

Изменилось ли поведение ребенка с момента появления заикания и в чем это выразилось (состояние аппетита, сна, настроения, появление капризов, негативизма, страхов и пр.).

Отношение ребенка к своему речевому дефекту.

Какие меры принимались для устранения речевого дефекта (лечение у врача или системы народного образования - детский сад, школа).

Продолжительность и результативность лечения и обучения.

*Психологический климат в семье, особенности взаимоотношений*

Имеют ли место частые конфликты в семье - чрезмерное заласкивание и, наоборот, излишняя строгость, неровность в обращении с ребенком; перегрузки впечатлениями (посещение кино, театра, цирка, разрешается ли подолгу смотреть телевизионные передачи и пр.).

Отношение членов семьи к речевому дефекту заикающегося (безразличие, сопереживание, постоянная фиксация внимания окружающих на заикании, предъявление повышенных требований к речи заикающегося и др.).

Имеются ли черты тревожности в характере заикающегося ребенка.

Отмечаются ли в поведении ребенка плаксивость, раздражительность, капризность (т.е. эмоциональная неустойчивость).

Есть ли у ребенка черты боязливости, пугливости.

Уровень развития игровой деятельности ребенка.

Склонность ребенка к определенным играм.

Комментирует ли ребенок свои действия в играх или играет молча.

Предпочитает играть в одиночестве или в коллективе детей.

Проявляется ли заикание в игре наедине с собой, со сверстниками.

Как протекает заикание (утяжеляется ли с возрастом или проявляется реже, чем раньше).

*Психолого-педагогическая характеристика заикающегося ребенка*

Анализируются общее развитие ребенка, особенности деятельности.

Сведения ребенка о себе, понимание родственных связей, круг представлений об окружающем, их точность.

Характеристика работоспособности и особенностей усвоения знаний (усидчивость, отношение к занятиям; добросовестно или нет выполняет задания логопеда и воспитателя, занимается с интересом, без интереса, не желает заниматься; справляется ли с программным материалом для данной возрастной группы по всем разделам “Программы воспитания в детском саду” (отмечаются ли трудности на музыкально-ритмических занятиях, на занятиях по развитию речи, развитию элементарных математических представлений, изобразительной деятельности и конструированию, в чем они проявляются).

Характер трудовой и игровой деятельности (дружит в группе, добросовестно выполняет свои обязанности, дежурит неохотно, ленив, забывает об обязанностях дежурного); любимые игры (творчески организует игру, стереотипно манипулирует предметом), любимые игрушки (адекватность использования игрушек, долго играет одной игрушкой, бережно относится к игрушкам, игрушки быстро надоедают, часто ломает их, проявляет интерес только к новым); сопровождает игры речью (проявляется ли при этом заикание), играет молча.

Отмечаются также:

повышенная возбудимость, или, наоборот, вялость, заторможенность, утомляемость, истощаемость.

особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы (настроение ребенка: устойчивое, неустойчивое, легко меняется от незначительных причин; преобладает подавленное или хорошее, радостное настроение; волевые особенности: целеустремленность, самостоятельность, инициативность, решительность, настойчивость, слабость волевого напряжения и др.).

Реакция на замечания и одобрение; факторы, способствующие изменению

эмоционального состояния.

Характерологические особенности ребенка (спокойный, беспокойный; легко вступает в контакт со всеми, в незнакомой обстановке смущается; конфликтный: задирист, нападает на товарищей, отнимает игрушки; добрый, ласковый; аккуратный, неряшливый и др.).

Состояние психических функций:

особенности восприятия (восприятия цвета, формы, пространственных отношений; наблюдательность ребенка);

характеристика внимания (устойчивость, переключаемость, распределяемость, рассеянность и др.);

особенности памяти: скорость и объем запоминания, точность воспроизведения;

особенности мышления (уровень развития логического мышления: умение выделять существенное в сюжетной картине, тексте, при определении понятий; при сравнении, при классификации предметов; понимание смысла загадок, пословиц; осмысление причинно-следственных отношений и др.).

*Состояние общей моторики и тонких движений пальцев рук, мимической и артикуляционной моторики*

I. Статическая координация

Определяется возможность удержания заданной позы:

а) стоять попеременно то на правой, то на левой ноге. Отмечается: удержание позы; удержание при резком балансировании, подогнутая нога касается пола; не удается сохранить позу, схождение с места.

б) стоять на “цыпочках”.

Отмечается: удержание позы, схождение с места, балансирование резко выражено; опускание на стопу, частое схождение.

2. Динамическая координация

а) определяется возможность прыгать попеременно то на правой, то на левой ноге (руки на бедрах). Отмечается: свободно прыгает на одной ноге; касается пола одной ногой; общее мышечное напряжение; сильные взмахи руками; не удается прыгать на одной ноге.

б) определяется возможность прыгать с места через веревку, которая находится на расстоянии 20 см от пола. Отмечается: прыжок производится легко и свободно; прыжок неловкий, не удается оттолкнуться двумя ногами; прыжок не удается.

3. Одновременность движений

а) определяется возможность выполнения движений двумя руками одновременно; справа и слева по бокам спичечной коробки располагается по 10 спичек с каждой стороны (на расстоянии, равном длине спички); ребенку предлагается уложить спички в коробку, взяв одновременно обеими руками с каждой стороны по спичке и одновременно положить их в коробку. Отмечается: одновременные движения обеими руками удаются, спички берутся и кладутся одновременно; движения не всегда одновременные; одновременные движения не удаются;

б) определяется возможность одновременных движений рук и ног; ребенку предлагается катушка ниток; маршируя, он должен сматывать с катушки нитку и наматывать ее на указательный палец. Отмечается: марширует и наматывает нитку одновременно; движения не всегда одновременны; одновременные движения не удаются. Отмечается также общий характер движений: ловкий, неловкий; пластичный, неуклюжий.

*Процедура обследования тонких движений пальцев рук.*

Ребенку предлагается выполнить следующие упражнения:

1) соединить большой палец руки со всеми остальными поочередно сначала на правой, затем на левой руке;

2) загнуть каждый из пальцев поочередно на правой и левой руке;

3) соединить пальцы одной руки с пальцами другой, “пальчики здороваются”;

4) застегивание и расстегивание пуговицы, завязывание шнурков.

Отмечается: ведущая рука - точное и четкое выполнение; недостаточно четкое; плохая координация, неловкость.

*Процедура обследования произвольных мимических движений.*

Определяется выразительность мимики при выполнении следующих проб:

а) поднять брови (“удивиться”);

б) прищурить глаза (“яркое солнце”);

в) сморщить нос (“кислый лимон”);

г) улыбнуться (“веселый клоун”);

д) надуть щеки “толстый помидор”);

е) выпятить губы (“имитация свиста”).

Отмечается: мимика живая, выразительная, адекватная; недостаточно выразительная; мимика вялая; амимичность.

*Процедура обследования артикуляционной моторики.*

Определяется точность, объем, подвижность, переключаемость движений при выполнении следующих артикуляционных поз под счет логопеда до 10:

а) удержание губ в позе “улыбка" (как при звуке “и”);

б) удержание губ в позе “овал" (как при звуке “о”);

в) удержание губ в позе “трубочка" (как при звуке “у”);

г) удержание языка в позе “лопаточка”;

д) удержание языка в позе “иголочка”;

е) удержание языка в позе “парус”;

ж) переключение движений губ (“улыбка” - “трубочка”);

з) касание кончиком языка поочередно правого и левого углов рта (“часы”);

и) касание кончиком языка у верхних и нижних зубов (“качели”);

к) пощелкать языком (“лошадки”).

Отмечается: удерживает заданную позу, хорошо переключается с одного движения на другое, движения точные, в полном объеме; движения недостаточно точные, не в полном объеме, переключаемость нарушена незначительно; отсутствие удержания позы, выраженные изменения объема, точности и переключаемости артикуляционных движений.

*Обследование речевой функции*.

1. Анатомическое строение органов артикуляции (норма или патология; если патология - указать какая).

2. Характеристика движений органов артикуляции.

3. Характеристика звукопроизношения (искажение, отсутствие, замены, смешение звуков) и фонематического слуха, состояние слоговой структуры слова, анализа и синтеза звукового состава слова.

4. Лексический строй речи - количественная и качественная характеристики словаря.

5. Грамматическое оформление речи (типы употребляемых предложений, наличие аграмматизмов, их проявления; сформированность связной речи).

6. Темп речи (ускорен значительно; ускорен незначительно; умеренный; замедлен незначительно; замедлен значительно; неровный).

7. Голос (громкий; тихий; модулированный; немодулированный; с носовым оттенком; хриплый и прочее).

8. Дыхание (грудобрюшное, верхнегрудное; ритмичное, аритмичное; достаточное по глубине, поверхностное; напряженное и пр.).

9. Выраженность заикания в различных видах речи:

1) в сопряженной речи;

2) в отраженной речи;

3) в шепотной речи;

4) в автоматизированных рядах;

5) при чтении стихов;

6) при чтении прозы;

7) в вопросно-ответной речи;

8) в рассказе по заданной теме;

9) при пересказе прочитанного;

10) в спонтанной речи.

10. Локализация судорог:

голосовые: вокальные; смыкательные голосовые; дрожащий гортанный спазм;

артикуляционные: губные; язычные; судороги небной занавески.

сложные лицевые судороги.

11. Наличие трудных звуков (звукофобия).

12. Наличие речевых уловок:

(замены слов; перестановки слов; эмболофразии; произвольное ограничение речевого общения).

13. Факторы, усиливающие заикание: волнение; утомление; беседы с незнакомыми.

14. Определение степени выраженности речевых судорог: легкая степень; средне-легкая; заикание средней степени тяжести; средне-тяжелая степень заикания; тяжелая степень заикания; речь практически невозможна из-за заикания.

*Заключение.*

При сборе анамнестических данных было установлено, что у 100% детей (4 человека) анамнез не имеет отягощения.

Возраст матерей на момент рождения ребёнка колеблется от 22 до 28 лет.

Нервно-психических, хронических, соматических заболеваний не наблюдалось, речевые нарушения у родителей наблюдались.

50% детей (2 человека) родились от первой беременности, 50% (2 ребёнка) - от второй беременности.

25% (1 ребенок) матерей в период беременности перенесли токсикоз, 75% (3 ребенка) матерей нормально перенесли беременность.

У 60% детей речевое развитие протекало соответственно возрасту, у 40% с небольшой задержкой.

Речевое развитие протекало соответственно возрасту.

*Было выявлено, что в период первого года жизни:*

В семьях созданы нормальные условия для развития и воспитания ребенка.

Сон спокойный и имеют хороший аппетит.

Инфекционных заболеваний не имели.

Мозговых травм и заболеваний не имели.

25% (1 ребенка) обладает беспокойным, неуравновешенным характером

Моторные навыки формировались соответственно возрасту.

*В период дошкольного возраста*:

100% детей переболели ветряной оспой. Мозговых травм и заболеваний у обследуемых не было.

Моторное развитие детей соответствовало возрастной норме.

Ведущую руку 50% детей (2 ребенка) научились выделять к пяти годам, 50% детей (2 ребенка) затрудняются в выделении.

Быстро и легко перенесли период адаптации к дошкольному учреждению. 75% дошкольников (3 ребенка), обладают такими основными чертами характера, как возбужденность, подвижность, неуравновешенность и такими основными чертами поведения, как капризность, слезливость, тревожность.

*При изучении речевого анамнеза, были выявлены следующие данные:*

Время появления гуления и лепета соответствовало возрастной норме.

Время появления первых слов у 50% дошкольников (2 ребенка) в 10-11 месяцев, 25% (1 ребенок) - в 12 месяцев, 25% (1 ребенок) - в 1год 3 месяца.

Время появления развернутой фразовой речи у 25% детей (1 ребенок) в 1год 8месяцев, у 50% (2 ребенка) - в 2года 2 месяца, у 25% (1 ребенок) - в 2 года 9 месяцев.

У 50% дошкольников (2 ребенка) наблюдаются нарушения произношения отдельных звуков (дислалия).

*Были выявлены следующие условия воспитания детей:*

25% детей (1 ребенок) воспитывается в неполной семье и 50% (2 ребенка) имеют контакт с заикающимися и лицами с другой речевой патологией.

*Развитие заикания у детей протекало следующим образом:*

У 50% детей (2 ребенка) заикание появилось в возрасте 4 лет, у 25% детей (1 ребенок) - в возрасте 4,5 лет, у 25% дошкольников (1 ребенок) - в возрасте 5 лет.

При беседе о предполагаемой причине возникновения заикания, в 50% родители указывали на наследственность, в 50% случаев родители не смогли указать точную причину.

У детей заикание присутствует в речи постоянно.

Затем в ходе беседы с дошкольниками и их родителями выяснялось отношение детей к своему речевому расстройству и условий, которые затрудняют или облегчают их речь. Было выявлено, что 100% детей (4 ребенка) переживают по поводу имеющегося дефекта.

*Медицинское обследование показало*, что у 100% детей (4 ребенка) не обнаруживается признаков органического поражения головного мозга, что свидетельствует о функциональном характере нарушения.

*Психолого-педагогическая характеристика ребенка показала:*

Общее развитие дошкольников соответствует возрастной норме. Владеют сведениями о себе, понимают родственные связи, имеют достаточный уровень представлений об окружающей действительности.

Имеют хорошую работоспособность, достаточную усидчив, добросовестно относятся к занятиям, занимаются с интересом.

К игровой деятельности подходят творчески, способны организовать игру, адекватно используют игрушки, сопровождают игры речью, причем заикание в процессе игры проявляется меньше.

Имеют повышенную возбудимость. Обладают неустойчивым настроением, которое легко меняется от незначительных причин. Обследуемые недостаточно решительны и настойчивы, отличаются слабостью волевого напряжения.

Дошкольники легко вступает в контакт со всеми.

75% дошкольников (3 ребенка) имеют средний уровень восприятия цвета, формы, пространственных отношений, 25% детей (1 ребенок) - низкий уровень.

У 50% детей (2 ребенка), внимание достаточно устойчиво, имеется хорошая переключаемость и распределяемость внимания, 50% (2 ребенка) обладают недостаточной устойчивостью внимания, слабой переключаемостью, рассеянны.

75% дошкольников (3 ребенка) имеют средний уровень развития памяти, обладают достаточной скоростью запоминания и точностью воспроизведения.

50% детей (2 ребенка) имеют достаточный уровень развития мышления:

умеют выделять существенное в сюжетной картине, тексте, при определении понятий; при сравнении, при классификации предметов; понимают смысл загадок, пословиц; способны осмыслить причинно-следственные отношения.

*В состоянии общей моторики и тонких движений пальцев рук, мимической и артикуляционной моторики выявлены следующие особенности:*

При исследовании статической координации 75% дошкольников (3 ребенка) были способны удержать заданную позу: стоять попеременно то на правой, то на левой ноге, стоять на “цыпочках”.25% (1 ребенок) - затруднялся в удержании позы (было резко выражено балансирование).

При обследовании динамической координации определялась возможность прыгать попеременно то на правой, то на левой ноге. Отмечено, что 75% дошкольников (3 ребенка) свободно прыгает на одной ноге; 25% детей (1 ребенок) касается пола одной ногой. Далее определялась возможность прыгать с места через веревку, которая находится на расстоянии 20 см от пола. Было отмечено, что прыжок производится легко и свободно у 50% детей (2 ребенка); 25% детей (1 ребенок) выполняют неловкий прыжок.

*При обследовании тонких движений пальцев рук было выявлено:*

100% дошкольников (4 ребенка) способны выполнить следующие упражнения: соединить большой палец руки со всеми остальными поочередно сначала на правой, затем на левой руке; загнуть каждый из пальцев поочередно на правой и левой руке; соединить пальцы одной руки с пальцами другой, “пальчики здороваются”; 50% детей (2 ребенка) умеют застегивать и расстегивать пуговицы, 25% (1 ребенок) умеет завязывать шнурки.

*При обследовании произвольных мимических движений было выявлено:*

75% детей (3 ребенка) имеют достаточно выразительную мимику при выполнении следующих проб: поднять брови (“удивиться”); прищурить глаза (“яркое солнце”); сморщить нос (“кислый лимон”); улыбнуться (“веселый клоун”); надуть щеки “толстый помидор”); выпятить губы (“имитация свиста”).25% (1 ребенок) имеет недостаточно выразительную мимику

*При обследовании артикуляционной моторики было выявлено:*

75% дошкольников (3 ребенка), при выполнении артикуляционных поз способны удерживать заданную позу, хорошо переключаются с одного движения на другое, движения точные, в полном объеме.

Далее исследовалось непосредственно состояние речи.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия,  имя. | Состояние  звукопроизн. | Словарный  запас | Грамматический  строй речи | Связная  речь |
| Олег Д. | Фонетическое недоразвитие  речи. | В норме | В норме | В норме |
| Саша Я. | Фонетическое недоразвитие  речи. | В норме | В норме | В норме |
| Федор Г. | В норме | В норме | В норме | В норме |
| Руслан З. | Фонетическое недоразвитие  речи. | В норме | В норме | В норме |

Результаты обследования общего уровня речевого развития дошкольников показали, что 25% детей (1 ребенок) имеет нормальное речевое развитие по всем показателям.75% детей (3 ребенка) имеют нарушения отдельных звуков, при этом остальные показатели соответствуют норме.

Имеет достаточно громкий голос.

Дыхание поверхностное, несколько напряженное.

У 75% детей (3 ребенка) дыхание поверхностное, несколько напряженное.

По итогам обследования дошкольников было установлено, что 100% детей имеют невротическую форму заикания, так как нет грубого отягощения анамнеза, не наблюдаются признаки органического поражения головного мозга.

Анализ результатов констатирующего эксперимента показал необходимость разработки специальной коррекционной программы, направленной на развитие просодических характеристик устной речи.

**2.2 Формы сотрудничества совместной работы с родителями**

Большое значение для успеха коррекции заикания имеет правильная организация окружающей среды: взаимоотношения родителей между собой, отношение их и других взрослых к ребенку, проведение досуга и т. д. Важно, чтобы окружающие ребенка взрослые серьезно относились к его дефекту, знали о необходимом своевременном устранении заикания в дошкольном возрасте, необходимом соблюдении единых требований в детском саду и дома, строго выполняли общий и речевой режим в выходные дни, все советы и рекомендации логопеда и воспитателей.  
      Для ознакомления родителей с содержанием работы в логопедической группе данного профиля и осуществления преемственности я использовала следующие формы работы.  
      1.  Родительское собрание.  
      2. Беседы-консультации.(приложение 1)

  3. Уголок для родителей, который отражает жизнь, занятия, успехи детей в овладении правильной речью, содержит советы и рекомендации родителям по различным вопросам (приложение 2).

**План бесед с родителями**

|  |  |
| --- | --- |
| Тема беседы | Дата проведения |
| 1. Знакомство с родителями, с планом работы | 1 декабря 2012 г. |
| 1. Анкетный опрос | 1.12.12 г.- 16.12.12 г. |
| 1. Проведение обучающего семинара-практикума (логоритмика, дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой) | 16 января 2013 г. |
| 1. Беседы - консультации (советы логопеда) | 4.02.13 г. – 11.02.13 г. |
| 1. Раздача домашних заданий | 31.01.13 г. – 7.02.13 г. |
| 1. Подведение итогов | 16 февраля 2013 г. |

Перед тем, как приступить к работе, я познакомилась с родителями.

На нем я уточнила цели работы и познакомила с программой. Основная задача на начальных этапах работы с родителями - формирование и стимуляция заинтересованного, активного отношения родителей к коррекционной работе с их детьми. Для этого обосновывается необходимость логопедической работы, объясняется родителям, что речь и интеллект тесно взаимосвязаны: язык-это орудие мышления и познания, а речь-способ формулирования мысли посредством языка. Совершенствуется речь - значит, повышается уровень развития мышления.

Дефекты речи оказывают тормозящее действие и на развитие самой речи, и на развитие мышления ребенка, на его подготовку к овладению грамотой. Неправильное произношение приносит детям немало огорчений и трудностей: они стесняются своей речи, чувствуют себя неуверенно, становятся застенчивыми, замыкаются, плохо идут на контакт с окружающими, мучительно переносят насмешки. Если в дошкольном возрасте у ребенка не выработано правильное звукопроизношение, внятность речи (не говоря уже об исправлении таких сложных речевых дефектов, как дизартрия, общее недоразвитие речи, алалия и др.), то в школьном возрасте трудности значительно возрастут: ребенок станет комплексовать при ответе учителю, при общении со сверстниками, будет плохо справляться со звуковым анализом слов, писать так, как говорит, испытывать затруднения при чтении. Начнут страдать внимание и память, появятся проблемы в поведении- агрессивность, либо вялость, заторможенность. Безусловно, это отразится на интересе ребенка к учебе, его характере, помешает усвоению школьной программы, послужит причиной плохой успеваемости.

Также рассказала о возможных последствиях нарушений произношения при отсутствии коррекции, обращалась к родителям с просьбой о помощи, которая может способствовать значительному прогрессу в исправлении дефектов речи (привела конкретные примеры последствий отсутствия помощи родителей и тесного их сотрудничества с логопедом). Провела обучающий семинар-практикум (показала логоритмические упражнения, познакомила с дыхательной гимнастикой А.Н. Стрельниковой). Сообщила “Как нельзя разговаривать с

ребёнком. Как нужно говорить с детьми”.

**2.3 Оценка эффективности применяемых приемов совместной работы**

В своей коррекционной работе, я применила дыхательную гимнастику А.Н. Стрельниковой, как одну из направлений коррекционной работы.

В обучающем эксперименте приняло участие 4 ребенка 5-летнего возраста, страдающих невротической формой заикания.

Из них: 2 детей (контрольная группа) занимались по традиционным методикам преодоления заикания; 2 детей (экспериментальная группа) занимались одновременно и по традиционному коррекционно-педагогическому обучению, и с применением дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой.

Продолжительность занятий с использованием дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой, а также с использованием групповых занятий в коррекционном процессе составила 2 месяца: с 16 декабря 2012 года по 16 февраля 2013 года.

В основу работы легла методика Н.А. Власовой и Н.М. Асатиани. Она включала следующие этапы:

1. Подготовительный этап.

В первую очередь для всех детей был организован щадящий режим (общий и речевой) на логопедических занятиях и дома. С этой целью использовались игры-молчанки, на фоне которых начиналось проведение логопедических занятий.

Я построила свои отношения с заикающимися так, чтобы постоянно поддерживать у них хорошее настроение, бодрость, уверенность в выздоровлении, душевное спокойствие, веру в свои силы, желание работать над собой. Дружеское участие в сочетании с необходимой требовательностью позволило построить правильное отношение с дошкольниками. Для заикающихся дошкольников был организован правильный режим дня, что способствовало нормализации и облегчению работы высших отделов нервной системы и всего организма в целом. В составлении распорядка дня предусматривалось достаточное время для отдыха, разнообразие видов деятельности, рациональное питание, которое было насыщено достаточным количеством витаминов. В режим дня включались и закаливающие процедуры: ежедневное пребывание на свежем воздухе, различные спортивные развлечения, водные процедуры (обтирание).

Групповые занятия включали следующее.

Логопедические занятия проводились ежедневно. Они начинались с дыхательных упражнений и упражнений на мышечную релаксацию. Такое начало способствовало положительному настрою на работу и успокоению.

Процесс обучения релаксации состоял из трех этапов:

I этап - мышечная релаксация по контрасту с напряжением.

Я объясняла детям, что такое поза покоя. Предлагала им принять эту позу, привыкнуть к ней. Показывала и подробно объясняла каждое упражнение для мышечного расслабления по контрасту с напряжением. Переход к следующему упражнению возможен, если большинство детей в группе достаточно хорошо выполняют предыдущие. Когда дети научатся расслаблять мышцы рук, ног, корпуса, шеи и живота, можно перейти к расслаблению мышц речевого аппарата (II этап). Занятие по релаксации на этом этапе делится на две части.

Первая часть - это расслабление конечностей, мышц шеи и живота по указанию на основе прошлого опыта детей. Сопоставление с напряжением данных мышц уже не проводится. Новые упражнения даются по контрасту с напряжением и сопровождаются рифмованными текстами.

Вторая часть - это внушение, закрепляющее ощущение расслабленности и спокойствия.

Когда я убедилась, что у детей на занятиях вызывается состояние успокоенности и наступает мышечное расслабление, перешла к III этапу. Теперь расслабление по контрасту с напряжением полностью исключается. Мышечная релаксация вызывается только внушением. Кроме известных уже детям формул, вводятся новые, направленные на коррекцию речи. Они даются для того, чтобы еще прочнее закрепить навык естественной речи, внушить уверенность и спокойствие при речевом общении.

Работа над выработкой правильного речевого дыхания у дошкольников проводилась следующим образом. Вначале выполнялись дыхательные упражнения, направленные на координацию ротового и носового дыхания, на выработку нижнереберного типа дыхания при активном участии диафрагмы. Некоторое время они проводились без речи. Постепенно в эти упражнения включался и речевой материал. Дыхательные упражнения сочетались с другими видами артикуляционной и релаксационной гимнастики.

Одним из средств оздоровления речи заикающихся дошкольников являлась логопедическая ритмика. Первоначально проводились вводные упражнения, с целью привить детям навыки умения ходить в различных направлениях, приучали ориентироваться в пространстве и коллективе. Этим упражнениям придавался характер игры. Музыкальное сопровождение регулировало темп и характер движения, то медленных, то быстрых, то плавных, то отрывистых. Так как правильное физическое развитие очень важно для заикающихся, в занятия включались упражнения, регулирующие мышечный тонус детей. Использовались различные упражнения, снимающие напряжение: встряхивание кистями рук, качание рук назад и вперед, поочередное раскачивание ног и другие. В занятия включались упражнения, активизирующие внимание, которые проводились в форме игры. Например предлагалось такое упражнение: дети были заранее осведомлены о характере музыки для прыжков зайчиков, полета птичек, галопа лошади. Звучание разнохарактерной музыки должно было вызвать у них ту или иную двигательную реакцию. Этим достигалось быстрое переключения с одного движения на другое, внимательное отношение к музыке. Также использовались задания на запоминание (движений или пути); на координацию движений (одновременное выполнение противоположных движений рук и ног); на торможение (внезапная остановка при ходьбе или беге); на элементарное ознакомление со счетом (самостоятельное образование кругов по 2,3,4 человека). Обязательно включались упражнения, воспитывающие чувство ритма. Задания этого раздела заостряли внимание детей на эмоциональном содержании музыки, на ее форме и фразировке. Содержание музыки, оттенки, темп и другие средства музыкальной речи использовались для упорядочения характера и темпа движений. Эти упражнения проводились только в сопровождении музыки или пения. Детям обязательно предлагалось выполнение речевых упражнений, которые представляли собой цепь заданий на координацию слова с движением и музыкой. Здесь использовалась общность выразительных средств музыки и разговорной речи. Применялись также двигательные упражнения без музыкального сопровождения, связанные с словесным стихотворным ритмом. Все речевые задания увязывались со ступенями речи, используемыми логопедом при перевоспитании речи. Речевые задания постепенно усложнялись в определенном порядке, начиная с речи отраженной, переходя к вопросам и ответам и так далее до спонтанной эмоциональной речи. На всех занятиях по логоритмике присутствовал логопед, который наблюдал за поведением и речью детей в обстановке, отличающейся от групповых занятий. Заключительные упражнения имели цель привести детей в спокойное состояние после некоторого физического и психического напряжения предыдущих заданий. Проводилась спокойная маршировка в различных направлениях. роль вожака предоставлялась то одному, то другому ребенку. Также детям предлагалось слушать музыку. при чем выбирались музыкальные отрывки, доступные их пониманию, вызывающие в их сознании определенные образы и представления. Особое место в занятиях по логопедической ритмике занимало пение. В выборе песен учитывались следующие обстоятельства:

содержание и текст песни: чем разнообразнее будут песни по своему содержанию, тем богаче будет запас музыкальных восприятий детей;

длительность фраз: вначале выбирались песни, имеющие короткие предложения, а позднее - более длинные;

темп и динамика: необходимо менять темп, не избегая быстрого, чередовать песни с тихим и громким звучанием; обращать особое внимание на плавность пения, на своеобразие ритмического рисунка.

Все разделы по логопедической ритмике были взаимосвязаны.

Работа по воспитанию правильной речи включала следующие этапы:

1) Сопряженная речь, когда слово или фразу дети произносили вместе со мной. Для этих занятий было использованы серии игрушек и картинок с изображением хорошо знакомых детям предметов.

2) Отраженная речь, когда дети повторяли слово или фразу за мной. Материалом для этих занятий служили также наглядные пособия: игрушки и разнообразные предметные и сюжетные картинки с изображением одного или нескольких действующих лиц, различные детские лото (лото профессий, зоологическое и другие). Для борьбы с прерывистостью дыхания использовалось чтение небольших, понятных по смыслу, без трудных слов и с четким ритмом стихов.

3) Ответы на вопросы по знакомым картинкам отличался от отраженной речи тем, что при ответе на вопрос по картинке одно слово в предложении дети произносили самостоятельно. Каждое задание, каждый вопрос специалист формулировал так, чтобы детям не было трудно на него ответить. Вопросы задавались с учетом структуры речевого нарушения.

4) Самостоятельное описание картинок начиналось с описания уже знакомого материала: игрушек, различных предметов, картинок. Проводились занятия, на которых дети сами активно действовали: рисовали, лепили, а затем говорили о том, что нарисовано, сделано. При подготовке материала для занятий дети должны были сказать, что взяли для рисования или лепки. Активным диалогом я направляла внимание детей на то, имеются ли все необходимые для занятий материалы. Процесс рисования тоже комментировался, готовый рисунок еще раз описывался.

5) Пересказ прослушанного небольшого текста, упражняло внимание и память путем прослушивания, а затем пересказывания прочитанных небольших рассказов. Для пересказывания я подбирала речевой материал, понятный детям по содержанию, имеющий четкую композицию и последовательность действий. Выработку выразительности, правильной интонации, громкого голоса сначала проводили путем подражания речи, которую я изменяла в зависимости от ситуации. В пересказе принимали участие несколько детей, каждому поручалась какая-либо роль. Инсценировки являлись более сложным видом занятий и помогали детям говорить во время действий и движений. Такие занятия начинались с действий с игрушками. Для этого использовались наборы игрушек, надеваемых на пальцы (как в театре кукол). Начиналось с самого простого: дети вспоминали понравившийся рассказ, надевали на пальцы какую-нибудь игрушку и рассказывали небольшую историю, одновременно действуя с игрушкой.

Поскольку заикание детей часто находится в прямой зависимости от часто неправильного отношения родителей к ребенку, психотерапевтические беседы начинались именно с ними, чтобы создать около ребенка нетравмирующую обстановку. С родителями был налажен тесный контакт, чтобы требования специалистов и родственников были согласованными. Для того, чтобы сделать родителей достаточно грамотными и активными помощниками в лечебно-педагогической работе, я и логопед проводили с ними консультативно-методическую работу. Был проведен цикл бесед о сущности и причинах заикания, об особенностях его проявления, методах устранения, о значении и направленности речевых занятий, о роли родителей в лечебно-педагогическом процессе, об особенностях домашнего режима, отношения окружающихся к заикающимся, о способах повышения в мальчике уверенности в своих силах.

Помимо бесед было организовано присутствие родителей на логопедических занятиях, чтобы практически ознакомить их с принципами подхода к преодолению заикания, с замечаниями к ребенку, приемами по предупреждению и устранению у ребенка речевых судорог. Присутствие родителей было как пассивным (вначале), так и активным (впоследствии), когда они от пассивного участия переходили к частичному участию в работе: под контролем логопеда и моим задавали вопросы ребенку, давали ему отдельные задания, делали замечания и исправляли речь ребенка на занятии. Стремясь определить индивидуальное отношение ребят к речевой проблеме, просили изобразить собственное заикание на рисунке "Мое заикание".

После логоритмических занятий, я давала родителями диск с музыкой, чтобы дома с ребенком закрепляли выученный материал.

Соблюдая правила речи, дети учились легко проговаривать отдельные слова, потом предложения, фразы, учились характеризовать и рассказывать. Большое внимание уделяли обучению плавному произнесению начала слова, так как судороги и повторы чаще всего появлялись именно при произнесении первого звука или слога. Занятия по развитию плавной речи проводились в игровой форме.

Для развития устойчивого внимания детей, я использовала предметные картинки с изображением вещей, людей, животных, птиц и т.д. у которых не дорисованы какие-нибудь малозаметные детали или части тела: хвост у льва, одна ножка у стула или стола, усы у кошки и т.д. Я предлагала детям внимательно рассмотреть предъявляемую картинку и ответить на вопрос: что забыл нарисовать художник? (приложение 3)

Перед детьми на столе ставила или клала в ряд 4 различных предмета, например: картинка, пирамидка, фигурка зайца и карандаш. Предлагала внимательно рассмотреть и запомнить, как и в каком порядке лежат или стоят эти предметы. Затем просила зажмуриться или повернуться спиной к столу, а в это время я перекладывала предметы, меняла их положение или поворачивала другой стороной. Когда просила повернуться и вновь посмотреть на стол, просила сказать, что изменилось, или восстановить нарушенный порядок. Постепенно задания усложнялись.

Родителей я просила дома проделывать такую же работу со своим ребенком.

Кроме того внимания и заикания, я развивала память, мелкую и общую моторика, обогащала словарь, формировала лексико-грамматический строй речи. (приложение 4)

Для того чтобы навыки плавной речи были перенесены в ежедневные жизненные ситуации, с детьми проводились ролевые игры: "В группе", "В транспорте", "В магазине", "В кафе", "В гостях", "Разговор по телефону", "Гости и хозяйка", "За столом", "На приеме у врача", "Мама и дочка" и другие, разбирались и реальные ситуации повседневной жизни.

Некоторые заикающиеся дети стесняются при общении с незнакомыми людьми, отвечая в группе на занятиях и т.п. Поэтому мы с ребятами обсуждали и проигрывали ситуации, такие как "Как мне познакомиться?", "Если меня дразнят", "Пойми чувства другого человека", учились замечать положительные черты характера, как собственные, так и других людей.

III. Заключительный этап.

На заключительном этапе проводилась подготовка дошкольников к наиболее сложным для них речевым ситуациям - публичному выступлению перед аудиторией, которое было представлено в виде концертной программы.

В структуру коррекционных занятий с детьми были включены упражнения по изменению стереотипа дыхания и речи с использованием методики оздоровительной дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой.

Перед тем как начать работать с детьми, я провела обучающий семинар – практикум. Где родителям рассказала о пользе этой гимнастики и показала несколько упражнений, чтобы родители могли дома проводить ее самостоятельно.

Данные занятия включали упражнения, направленные на:

1. Обучение предельно глубокому дыханию, чтобы легкие заполнялись воздухом до самых нижних оснований.

2. Тренировка диафрагмы, для ее активного участия в голосообразовании, создание опоры.

3. Выработка тесного смыкания голосовых связок во время фонации, стремление сделать их максимально подвижными и выносливыми.

В гимнастике основное внимание уделялось вдоху. Вдох производится очень коротко, мгновенно, эмоционально и активно.

При обучении гимнастике выполнялись четыре основных правила:

Правило 1.

"Гарью пахнет! Тревога!" И резко, шумно, на всю квартиру, нюхайте воздух, как собака след. Чем естественнее, тем лучше.

Самая грубая ошибка - тянуть воздух, чтобы взять воздуха побольше. Вдох короткий, как укол. Думайте только о вдохе. Чувство тревоги организует активный вдох лучше, чем рассуждения о нем.

Правило 2.

Выдох - результат вдоха. Не мешайте выдоху уходить после каждого вдоха как угодно, сколько угодно - но лучше ртом, чем носом. Не помогайте ему. Думайте только: "Гарью пахнет! Тревога!" И следите за тем только, чтобы вдох шел одновременно с движением. Выдох уйдет самопроизвольно. Во время гимнастики рот должен быть слегка приоткрыт. Увлекайтесь вдохом и движением, не будьте скучно-равнодушными.

Правило 3.

Повторяйте вдохи так, как будто вы накачиваете шину в темпе, ритме песен и плясок. И, тренируя движения и вдохи, считайте на 2, 4 и 8. Темп - 60-72 вдоха в минуту. Вдохи громче выдохов.

Правило 4.

Подряд делайте столько вдохов, сколько в данный момент можете сделать легко.

В процессе выполнения упражнений использовалось музыкальное сопровождение.

Ежедневно, 2 раза в день (утром и вечером) выполнялись следующие упражнения:

"Насос".

Исходное положение: стоять слегка ссутулившись; голова без напряжения слегка опущена вниз (смотреть себе под ноги); руки находятся перед собой кистями к коленям, слегка согнуты в локтях и абсолютно расслаблены.

На счет: "раз!" - слегка наклоняемся вниз - руки, выпрямляясь, легким движением тянутся к полу, плечи расслаблены, голова опущена - вдох (в конечной точке поклона). Помнить, что опускается вниз верхняя половина туловища, т.е. наклон осуществляется за счет округленной спины. Ноги прямые, толчок ягодицами назад исключен. Чтобы прочувствовать положение тела при наклоне, предлагается встать спиной близко к стене, и тогда стена будет ограничивать ненужное движение.

Выпрямились, но не полностью, т.е. спина неровная и прямая, а слегка наклонена, как бы ссутулилась - выдох ушел абсолютно, без нашей помощи.

На счет "два!" - снова слегка наклонились вниз, - голова опущена (шею не тянуть и не напрягать), плечи расслаблены, руками слегка тянемся к полу - вдох!

Слегка, (но не полностью) выпрямились - выдох ушел через нос или через рот.

Подряд (без остановки) на 4 счета нужно сделать 4 поклона одновременно с короткими и шумными выдохами в нижней конечной точке. Затем полностью выпрямиться и отдохнуть от 3 до 10 секунд. И снова на 4 счета сделать 4 вдоха-поклона без остановки.

И так 4 раза по 4 вдоха-поклона. Всего будет: 16 вдохов-движений.

"Обними плечи".

И. п.: стоять ровно и прямо, ноги чуть уже, чем на ширине плеч; руки согнуты в локтях, подняты на уровень груди и разведены в стороны. При этом одна рука должна размещаться чуть ниже.

На счет: "раз!" - бросаем согнутые в локтях руки (одна рука поверх другой) навстречу друг другу до отказа так, чтобы локти сблизились друг над другом в одном месте - вдох!

Кисть той руки, которая сверху, идет к плечу, а та, что снизу, - в подмышку. Руки идут четко параллельно друг другу на уровне груди. Резкий короткий вдох носом делается одновременно с движением.

Во время шумного короткого вдоха согнутые в локтях руки, параллельно друг другу, сойдясь локтями на уровне груди, образуют треугольник. А на пассивном выдохе, расходясь локтями в стороны, образуют почти квадрат. Ладони расслаблены, "летят" свободно и не обхватывают плечи, а только близко приближаются к ним.

Сделав 4 вдоха-движения подряд, отдохнуть несколько секунд и снова продолжить это упражнение 4 раза. И так 4 раза по 4 движения-вдоха.

Кроме дыхательной гимнастики использовались и специальные звуковые упражнения для постановки голоса. Они выполнялись при активно работающей диафрагме - "на опоре".

Встать прямо, ноги чуть уже, чем на ширине плеч, положить ладони обеих рук на брюшной пресс и, слегка кланяясь на каждом звуке, мгновенно напрягать живот во время поклона, надавливая на него ладонями сверху вниз. При этом создается "опора", без которой невозможна постановка голоса. Все звуковые упражнения делаются только на опоре.

Выполнялись следующие звуковые упражнения:

*Алфавит для заикающихся.*

Ребенку предлагалось говорить на легком поклоне вперед 8 раз каждый звук: Р, Л, М, Н, В, Ф, З, С, Ц, Ж, Ш, Ч, Щ, Б, П, Д, Т, Г, К, Х.

В процессе выполнения этого упражнения следили за одновременностью движения и звука. О дыхании не думаем, оно происходит автоматически. Дышим только через рот. Голова опущена, спина круглая. Говорить всем телом, освобождая его от чрезмерных напряжений, чтобы каждая буква "дошла" до спины, восстановив порванные болезнью связи звуковедения.

*Актерские упражнения.*

Говорить предлагалось также на легком поклоне вперед, напрягая брюшной пресс в то мгновение, когда кланяемся:

РИ, РУ, РЭ, РО;

ЛИ, ЛУ, ЛЭ, ЛО;

МИ, МУ, МЭ, МО;

НИ, НУ, НЭ, НО;

ВИ, ВУ, ВЭ, ВО;

ФИ, ФУ, ФЭ, ФО;

ЗИ, ЗУ, ЗЭ, ЗО;

СИ, СУ, СЭ, СО;

ЦИ, ЦУ, ЦЭ, ЦО;

ЖИ, ЖУ, ЖЭ, ЖО;

ШИ, ШУ, ШЭ, ШО;

ЧИ, ЧУ, ЧЭ, ЧО;

ЩИ, ЩУ, ЩЭ, ЩО;

БИ, БУ, БЭ, БО;

ПИ, ПУ, ПЭ, ПО;

ПРИ, ПРУ, ПРЭ, ПРО;

ДИ, ДУ, ДЭ, ДО;

ТИ, ТУ, ТЭ, ТО;

ТРИ, ТРУ, ТРЭ, ТРО;

ГИ, ГУ, ГЭ, ГО;

КИ, КУ, КЭ, КО;

КРИ, КРУ, КРЭ, КРО;

ХИ, ХУ, ХЭ, ХО.

*"Восьмерки". (упражнение на задержку дыхания)*

Детям предлагается сделать короткий вдох на поклоне (носом или ртом), не выпрямляясь, крепко задержать его "в спине" и считать вслух до 8. если воздуха не хватает, снова вдохнуть и прекратить счет. Через несколько секунд повторить упражнение. На одном крепко задержанном вдохе нужно постараться насчитать не менее 10-15 "восьмерок".

При выполнении стрельниковской гимнастики, учитывалось самочувствие и состояние каждого ребенка: при необходимости делались паузы, менялся темп выполнения на более медленный. Особенно следили за тем, чтобы во время выполнения упражнений тело ребенка было максимально расслаблено. Чтобы улучшалось качество выполнения упражнений, во время занятий обязательно считали вслух, хлопали в ладоши, задавая ритм и темп, а также делали упражнения вместе с детьми.

Таким образом, в преодолении заикания мне помогал специалист-логопед.

На основании проведенной коррекционной работы с экспериментальной группой были получены следующие результаты.

В процессе обучения были отмечены показатели роста мотивации детей к логопедическим занятиям. Прежде всего, эти позитивные изменения в настроении детей, возникли благодаря включению парадоксальной дыхательной гимнастики, которая проводилась в игровой форме и обязательно с музыкальным сопровождением. Кроме того, у детей появились любимые упражнения, которые они с удовольствием выполняли.

У детей повысилась работоспособность, что проявилось в стремлении к преодолению возникающих трудностей в процессе выполнения заданий, а также в попытках постановки более сложной задачи и ее решения.

Для изучения динамики состояния дыхательной сферы детей с заиканием был осуществлен контрольный срез. Сравнивались результаты, полученные в экспериментальной группе, прошедшей традиционное коррекционно-педагогическое обучение с применением парадоксальной дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой (2 человека), и в контрольной группе, обучавшихся в этот период времени только по традиционным методикам преодоления заикания (2 человека). Содержание контрольного среза в обеих группах было идентичным.

Выводы контрольного среза.

У детей экспериментальной группы дыхание стало предельно глубоким, они научились заполнять воздухом легкие до самых нижних, широких оснований - 100% (2 ребенка); научились заставлять диафрагму участвовать в голосообразовании, создавать так называемую опору - 100% (2 ребенка); голосовые связки у детей стали более подвижными и выносливыми - 100% (2 ребенка).

Кроме того, результаты контрольного эксперимента показали, что у детей экспериментальной группы ответы на вопросы звучали, в основном, плавно, у детей контрольной группы наблюдались иногда судороги различной локализации, повторы звуков, необоснованные паузы.

Значительные изменения прослеживаются и в результатах работы по развитию темпа и ритма речи. Дети экспериментальной группы (100%) научились говорить неторопливо, ритмично, выразительно. У 50% детей контрольной группы наблюдаются колебания в высказываниях, иногда резкое ускорение темпа речи, недостаточная выразительность речи.

Включение стрельниковской дыхательной гимнастики в традиционный коррекционный процесс по преодолению заикания способствует повышению мотивации дошкольников к занятиям, приближает такие параметры устной речи, как речевое дыхание, темп, ритм, выразительность речи к возрастной норме, формирует навыки самоконтроля, а также способствует развитию произвольности.

**Заключение**

Посколькупричина заикания - ослабленная нервная система, то в ходе работы по коррекции заикания мы столкнулись с нарастанием сложности речевых ситуаций, что является одним из ситуативных факторов, оказывающих определенное влияние на проявлении дефекта, не менее значимый фактор – условия, в которых осуществляется общение.

По данной работе можно сделать вывод, что заикающимся дошкольникам присущи все те особенности, которые свойственны их нормально говорящим сверстникам, то есть высказывания заикающихся детей содержит весь набор ошибок (трудности удержания замысла высказывания, его недостаточная связность).

В основу моей работы легли формы совместной работы с родителями.

В первую очередь я установила контакт с родителями. Затем постаралась привлечь их к взаимной работе, внедряя семинар-практикум, различные беседы-консультации, а так же предлагала посещать уроки, чтобы в дальнейшем можно было продолжать заниматься с ребенком дома.

Благодаря активности и заинтересованности родителей, мы общими усилиями достигли положительных результатов.

Ведь если родители не будут заинтересованы в работе, то логопед не сможет один добиться положительных результатов.