**Особенности работы педагога-психолога**

**с детьми и подростками, страдающими заиканием**

 *Иващенко Оксана Сергеевна, педагог-психолог Муниципального бюджетного образовательного учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи*

*«Центр диагностики и консультирования»*

*г. Армавира.*

Заикание как нарушение коммуникативной функции накладывает отпечаток на поведение и характер ребенка, формируя чувство неполноценности и неуверенности в своей речи, поэтому наряду с логопедической коррекцией необходимы занятия психологического характера. Исследователи отмечают ряд особенностей личности детей и подростков страдающих заиканием, которые необходимо корректировать педагогу-психологу непосредственно на индивидуальных и фронтальных занятиях. Так, В. С. Кочергина [8] условно разделила заикающихся детей на три группы соответственно особенностям их личности. К первой группе были отнесены дети с повышенной тормозимостью или возбудимостью. По словам автора, до возникновения заикания дети этой группы были практически здоровы и уравновешенны. Во вторую группу были включены дети, у которых неуравновешенное поведение отмечалось с раннего детства и являлось индивидуальной особенностью их личности. Развитие заикания сопровождалось появлением общей детской нервности. Третью группу составили дети, у которых задолго до развития заикания наблюдались признаки тяжелого невроза. Такие дети были склонны к истерическим реакциям, к образованию навязчивых страхов, представлений и действий.

Белякова Л. И. [1] указывает, что в дошкольном возрасте наличие заикания, как правило, не оказывает заметного влияния на социальное поведение детей. Их контакты с ровесниками и взрослыми лицами остаются практически обычными. Резко меняется поведение заикающихся к 10-12-ти годам жизни. В этот период появляетсяосознавание своего дефекта речи, боязнь произвести на собеседника неблагоприятное впечатление, обратить внимание посторонних на речевой дефект, не суметь выразить мысль вследствие судорожных запинок и т.д. Именно в этом возрасте у заикающихся с невротической формой патологии речи начинает ярко проявляться патологическая личностная реакция на речевое нарушение. Формируется стойкаялогофобия - боязнь речевого общения с навязчивым ожиданием речевых неудач. В таких случаях образуется своеобразный порочный круг, когда судорожные запинки в речи обусловливают сильные эмоциональные реакции отрицательного знака, способствующие, в свою очередь, усилению речевых нарушений.

Подростки начинают испытывать затруднения во время ответов в классе, волнуются при разговоре с незнакомыми лицами. Постепенно увеличивающиеся потребность и необходимость в речевом общении, усложнение взаимоотношений со сверстниками, нарастание требований, предъявляемых к речевой коммуникации в подростковом возрасте, приводят к тому, что для подавляющего большинства заикающихся речь становится источником постоянной психической травматизации. Это в свою очередь вызывает повышенную истощаемость, утомляемость и способствует развитию патологических черт характера [10].

Постепенно одни подростки с невротической формой заикания начинают избегать речевых нагрузок, резко ограничивают речевые контакты, другие, напротив, становятся агрессивными, навязчивыми в общении (явление гиперкомпенсации). Как отмечает Хватцев М.Е., с возрастом логофобия в ряде случаев приобретает особо значимое место в общей клинической картине невротической формы заикания, носит навязчивый характер и возникает при одной мысли о необходимости речевого общения или при воспоминаниях о речевых неудачах в прошлом. В этом состоянии заикающиеся часто произносят не то, что им хотелось бы сказать, а лишь то, что легче произнести [12].

При особо неблагоприятном течении невротической формы заикания у подростков нередко формируется сложная клиническая картина, характеризующаяся дисгармоническим развитием личности. Это проявляется в чувстве социальной неполноценности со своеобразной системой суждений, постоянно сниженном фоне настроения, ситуационном страхе перед речью, который нередко генерализуется, сочетаясь с отказом от речевого общения вообще. Отличительной особенностью данной группы заикающихся является то, что в спокойном состоянии, при отвлечении внимания от процесса артикуляции (например, при большой заинтересованности темой разговора), а также наедине с собой речь у них осуществляется свободнее, часто совершенно лишена судорожных запинок.

Г. Д. Неткачев [13] в своих трудах называет заикание болезнью боязливой личности и выделяет такие проявления заикающегося как страх, робость, неуверенность, тревога, подозрительность, недоверие, боязнь чужого мнения. Ф. Штоккерт, Ю. А. Флоренская, М. И. Пайкин, М. Е. Хватцев, А. М. Смирнова, Н. А. Власова, Н. И. Жинкин и другие авторы также отмечали усугубляющую роль зафиксированного внимания заикающихся на своем дефекте.

Одним из основных явлений, из которых развивается невротическое расстройство, является чувство собственной неполноценности. И чем больше фиксируется больным внимание на своем болезненном симптоме, тем более упорным он становится. Так образуется порочный круг, из которого ребенок никак не в состоянии выбраться: болезненный симптом заставляет его фиксировать на нем свое внимание, а вследствие этого симптом еще усиливается и еще более приковывает к себе внимание больного. Н. И Жинкин, рассматривая заикание как расстройство речевой саморегулировки, отмечает, что чем больше возрастает опасение за исход речи и чем в большей мере произнесение оценивается как дефектное, тем сильнее нарушается речевая саморегуляция [4]. Это состояние через несколько повторений превращается в патологический условный рефлекс и возникает все чаще, теперь уже перед началом речи. Процесс становится циркулярным, так как дефект на приеме усиливает дефект на выходе.

Исследователи заикания в понятие фиксированности на дефекте вкладывают разное содержание: особое свойство внимания (устойчивое, застревающее, навязчивое, концентрированное), осознание дефекта, представление о нем, разное эмоциональное отношение к нему (переживание, тревожность, боязливость, страх).

Л. С. Волкова [12] выделила три степени фиксации на своем дефекте заикающихся:

1. Нулевая степень болезненной фиксации: дети не испытывают ущемления от сознания дефекта либо вовсе не замечают его. Отсутствуют элементы стеснения, обидчивости за свою неправильную речь, какие-либо попытки к преодолению дефекта.

2. Умеренная степень болезненной фиксации: старшие школьники и подростки переживают свой дефект, стесняются его, скрывают, прибегают к различным уловкам, стараются меньше общаться. Они знают о своем заикании, испытывают от этого ряд неудобств, стараются замаскировать свой недостаток.

З. Выраженная степень болезненной фиксации: у заикающихся переживания по поводу дефекта выливаются в постоянно тягостное чувство неполноценности, когда каждый поступок осмысливается через призму речевой неполноценности. Это чаще подростки. Они концентрируют внимание на речевых неудачах, глубоко переживают их, для них характерен уход в болезнь, болезненная мнительность, страх перед речью, людьми, ситуациями и пр.

В зависимости от благоприятных социальных условий, в которых растет и воспитывается ребенок, а также от его особенностей психические явления могут в разной степени и кратковременно проявляться или закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя в целом психологические особенности заикающихся. Попытки замаскировать речевые трудности порождают у заикающихся различные неречевые и речевые уловки, которые наблюдаются в общей моторике (движения руками, ногами, корпусом, головой и др.); реже - в речевой моторике (покусывания кончика языка, нижней губы, облизывание губ, причмокивавие, беззвучное артикулирование звуков и т. д.) в виде вспомогательных звуков их сочетаний или слов (эмболы).

В. И. Селеверстов отмечает у заикающихся слабость переключения с одного вида деятельности на другой, пониженный самоконтроль, низкий уровень подуктивности, неустойчивость внимания, повышенную истощаемость психической деятельности [15].

Таким образом, дети, страдающие заиканием, имеют ряд психолого-педагогических особенностей, зависящих от формы заикания, степени тяжести и возраста заикающегося, а также социальных условий, в которых он находится. Эти особенности затрагивают развитие личности ребенка, страдающего заиканием, его психическую и познавательную сферы, а также поведение. Именно эти особенности необходимо учитывать педагогу-психологу при работе с детьми и подростками, страдающими данной речевой патологией.

С появлением взглядов на заикание как на невротическое расстройство многие авторы стали придавать первостепенное значение в его преодолении психотерапевтическому воздействию (Бертран, Либманн, Лагузен, Меркель, Неткачев, Фрешельс, Шультесс и др.). Сторонники психологического направления видели в заикании прежде всего психическое страдание, поэтому при выборе средств воздействия на заикающегося учитывали влияние этих средств на его психику.

Для заикающегося ребенка педагогу-психологу на занятиях необходимо создать спокойное и в то же время бодрое, жизнерадостное настроение; отвлечь его внимание от тревожных мыслей о своем дефекте.

 Психотерапия в комплексе лечения заикания занимает существенное место. Основная задача психотерапии – оздоровление психики ребенка, страдающего заиканием – осуществляется через:

1. воспитание полноценной личности;
2. воспитание здоровой установки на свой недостаток и социальную среду;
3. воздействие на микросоциальную среду.

Рациональная психотерапия состоит из индивидуальных и коллективных специальных бесед, которые представляют собой логически обоснованную систему разъяснений, убеждений и обучения заикающегося. Цель ее в том, чтобы объяснить ребенку в доступной, образной и убедительной форме сущность заикания, его обратимость, роль самого ребенка в преодолении заикания, критически разобрать особенности его поведения. Силой логического убеждения и примером педагог-психолог стремится помочь заикающемуся в перестройке неправильных форм поведения, внушая уверенность в свои силы, в возможность преодоления заикания.

Для маленьких детей рациональная психотерапия выражается в использовании разнообразных игровых приемов, красочного дидактического материала, труда, музыки, ритмики и пр. Многие педагоги-психологи, работая с заикающимися детьми, преимущественно используют игры и упражнения на релаксацию, которые помогают расслабить мышцы рук, предплечья, шеи, ног, лица, что способствует снятию нервного напряжения, уменьшению тиков и, соответственно, тяжести заикания. Релаксация способствует выработке спокойного, ровного дыхания, что необходимо в работе по преодолению заикания. Помимо релаксационных упражнений некоторыми специалистами применяется для снятия мышечного напряжения такие альтернативные методы как расслабляющий самомассаж, элементы аромотерапии, также в последниие годы применяется приемы арт-терапии, сказкотерапии, песочной терапии, музыкотерапии (особенно на занятиях по логоритмике). В настоящее время пользуется популярностью не только лечение естественными, природными звуками (плеск волны, шум дождя, пение птиц и др.), но и искусственно созданными. Спокойная музыка нормализует дыхание, помогает привести в баланс процессы возбуждения и торможения коры головного мозга, что необходимо при устранении заикания [12]. Положительное эмоциональное возбуждение успокаивает ребенка, страдающего заиканием, снимает напряжение, расслабляет различные группы мышц. Наиболее часто лицам, страдающим заиканием, рекомендуется слушать мелодии, исполняющиеся в медленном ритме. Нервную систему успокаивает прослушивание звуков скрипки и фортепиано, а флейта оказывает расслабляющий эффект.

 Помимо музыкальной терапии некоторые психологи применяют в своей практике и хромотерапию. Так, яркие цвета (красный, оранжевый) действуют возбуждающе, успокаивающее свойство имеет синий цвет.

Все виды психологической помощи направляются на устранение психогенных нарушений (страха речи и ситуаций, чувства ущемленности и подавленности, навязчивой фиксации на своем речевом расстройстве, многообразных переживаний в связи с этим и пр.) и на перестройку у заикающегося измененного под влиянием дефектной речи социального контакта с окружающими; на формирование умений владеть собой и своей речью, на перестройку своих личностных качеств. Эти занятия предусматривают развитие общей и речевой моторики, нормализация темпа и ритма дыхания и речи, активизацию речевого общения, в случае необходимости развитие слухового внимания и фонематического восприятия.

 Задачи социальной адаптации заикающихся осуществляются путем комплекса педагогических и психологических воздействий. Значительную и решающую роль в этом играет семья. Особая степень эмоциональной привязанности ребенка к семье и родителям является серьезным психологическим фактором, который учитывает специалист, проводя консультативно-методическую работу с родителями. Семья с ее естественными психолого-педагогическими реабилитационными воздействиями является первичной и прочной основой перевоспитания личности заикающегося и закрепления его правильной речи. Педагог-психолог разъясняет родителям, что важное значение для детей имеет разнообразие видов деятельности. Для детей подбираются занятия, игры спокойные, нешумные (мозаика, конструктор, домино и др.). В режиме дня заикающегося ребенка-дошкольника на сон должно быть отведено не менее 10-11 часов ночью и 2 часа днем, школьников 8-9 часов ночью и 1,5-2 часа днем. Прием пищи предусматривается не позже, чем за 1,5-2 часа до сна, или в противном случае восстановление силы нервных клеток коры головного мозга во время сна протекает менее интенсивно. В распорядке дня важно предусматривать достаточное время для отдыха. С этой целью для школьников необходимо облегчить учебный процесс, чаще делать перерывы при выполнении домашних заданий. Педагогам рекомендуется принимать ответы школьников в основном в письменном виде, устно спрашивать лишь тогда, когда ребенок сам проявляет инициативу, не требовать от него быстрого произнесения, не перегружать их внеклассной и домашней работой.

Таким образом, при работе с ребенком, страдающим заиканием, педагогом-психологом используются преимущественно такие виды работы как психотерапия, релаксация, консультативно-педагогическая работа с педагогами и родителями, которая направлена на обеспечение благоприятных условий воздействия на заикающегося ребенка; создание правильного отношения к нему дома и в детском учреждении; организацию необходимой самостоятельной работы ребенка вне психолого-педагогических занятий.

**Список литературы:**

1. 1. Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. Заикание. Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности “Логопедия” — М.: В. Секачев, 1998. — 304 с.: ил.;
2. 2. Волкова Г. А. Заикание и дизонтогенез // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.;
3. 3. Власова Н. А, Герцштейн Э. Н. Опыт работы с логоневротиками дошкольного возраста// Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.;
4. 4. Жинкин Н. И. Заикание// Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.;
5. 5. Зееман М. Заикающиеся дети// Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.;
6. 6. Кен Р. Заикание // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.;
7. 7. Комплексный анализ патогенетических механизмов и этиологии синдрома заикания. И.П. Лукашевич, Р.И. Мачинская, Т.В. Фридман, В.М. Шкловский // Дефектология № 5,2000.;
8. 8. Кочергина В. С. Некоторые клинические особенности заикающихся детей дошкольного возраста// Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.;
9. 9. Лагузен Хр. Способ излечения заикания// Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.;
10. 10. Левина Р. Е. К проблеме заикания у детей// Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.;
11. 11. Либманн А. Патология и терапия заикания и косноязычия// Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.;
12. 12. Логопедия. Учебник для ВУЗов/Под ред. Л.С.Волковой, С.Н.Шаховской. – М.: Владос. 1999.;
13. 13. Неткачев Г. Д. Заикание// Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.;
14. 14. Поваляева М. А. Справочник логопеда. – Изд. 5-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 445, [1] с.: ил. – (Справочник);
15. 15. В.И.Селиверстов. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия: Учеб. Пособие для студ. высш. и средн. пед. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 208 с.