Консультация на тему: «Психологические особенности детей с нарушениями речи»

Подготовила: учитель-логопед

МБДОУ «Детский сад №57 «Аленушка»

Коренева Марина Александровна

г. Рубцовск, 2020 г.

Дети с нарушениями речи - это дети, имеющие отклонения в развитии речи при нормальном слухе и сохранном интеллекте. Нарушения речи многообразны, они могут проявляться в нарушении произношения, грамматического строя речи, бедности словарного запаса, а также в нарушении темпа и плавности речи.

Знание психологических особенностей лиц с нарушениями речи позволяет оптимизировать логопедическую работу.

**Особенности ощущений и восприятия при речевых нарушениях .**

Изучением восприятия у детей с нарушениями речи занимались такие ученые, как Анна Ивановна Ахметзянова, Лидия Ивановна Белякова, Галина Анатольевна Волкова, Алла Петровна Воронова, Жанна Марковна Глозман, Юлия Федоровна Гаркуша, Елена Михайловна Мастюкова, Ольга Николаевна Усанова, Любовь Семеновна Цветкова, Эскобар Фигередо и другие.

Для детей с речевыми нарушениями характерно искажение фонематического восприятия. Согласно исследованиям Г.Ф. Сергеевой (1973), нарушение функции речедвигательного анализатора при дизартрии и ринолалии влияет на слуховое восприятие фонем. Однако не всегда наблюдается прямая зависимость между нарушением произношения звуков и нарушением их восприятия. Так, например, в ряде случаев наблюдается различение на слух тех фонем, которые не противопоставлены в произношении, в других же случаях не различаются и те фонемы, которые дифференцируются в произношении.

Зрительное восприятие у дошкольников, имеющих нарушения речи, отстает в своем развитии от нормы и характеризуется недостаточной сформированностью целостного образа предмета. Простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений развито в пределах возрастной нормы. Затруднения наблюдаются при усложнении заданий. Например, в процессе узнавания зашумленных предметов у детей с общим недоразвитием речи (ОНР) увеличивается время принятия решения, дети не уверены в правильности своих ответов, наблюдаются ошибки опознания. Важно отметить, что число ошибок опознания увеличивается при уменьшении количества информативных признаков предметов. В заданиях, направленных на осуществление перцептивного действия (приравнивание к эталону), дети с речевыми нарушениями чаще пользуются элементарными формами ориентировки, то есть примериванием к эталону, причем нередко они ориентировались не на форму фигуры, а на ее цвет (Л. И. Белякова, Ю. Ф. Гаркуша, О. Н. Усанова, Э. Л. Фигередо, 1991). А. П. Воронова (1993) при исследовании дошкольников с общим недоразвитием речи отмечает, что дети данной категории в большинстве случаев имеют низкий уровень развития буквенного гнозиса. Они с трудом дифференцируют нормальное и зеркальное написание букв, не узнают буквы, наложенные друг на друга, у них наблюдаются трудности в назывании и сравнении букв, сходных графически, и даже в назывании букв печатного шифра, данных в беспорядке. В связи с этим многие дети оказываются не готовыми к овладению письмом.

При изучении особенностей ориентировки детей с недоразвитием речи в пространстве оказалось, что дети в основном затрудняются в дифференциации понятий «справа» и «слева», обозначающих местонахождение объекта, а также наблюдаются трудности ориентировки в собственном теле, особенно при усложнении заданий (А. П. Воронова, 1993). По данным Е. М. Мастюковой, наиболее отчетливые пространственные нарушения отмечаются у учащихся подготовительных групп и первых классов речевых школ. Особенно стойко пространственные нарушения проявляются в рисовании человека у детей с алалией: изображение отличается бедностью, примитивностью и малым количеством деталей, а также наличием специфических оптико-пространственных нарушений. Однако пространственные нарушения у детей с речевыми нарушениями характеризуются определенной динамичностью, тенденцией к компенсации. Значительная роль пространственных нарушений усматривается в выраженности и стойкости расстройств письменной речи (дислексии и дисграфии), нарушениях счета, которые могут наблюдаться при речевых расстройствах. Исследования способности устанавливать пространственные отношения между явлениями действительности в предметнопрактической деятельности и понимать их в импрессивной речи говорят о сохранности данных способностей, но в экспрессивной речи дети с тяжелой речевой патологией часто не находят языковых средств для выражения этих отношений или используют неверные языковые средства. Это связано с нарушением у них процессов перекодирования сохранной семантической программы в языковую форму.

Исследования лицевого гнозиса показывают зависимость между выраженностью нарушений лицевого гнозиса (особенно в области оральной мускулатуры) и тяжестью нарушений звукопроизношения. Так, наиболее выраженные нарушения орального стереогноза отмечаются у детей с алалией и дизартрией, при выраженности у них нарушений фонетической стороны речи. Кроме того, у детей с нарушениями речи отмечаются нарушения лицевого гнозиса. Нарушений же пальцевого стереогноза у детей с речевыми нарушениями по данным Е. М. Мастюковой (1991) не отмечается. Т. М. Пирцхалайшвили и Л. С. Цветкова (1975) указывают на то, что у детей с различными формами дизартрий, с задержками речевого развития при отсутствии первичных интеллектуальных нарушений наблюдается отставание в развитии зрительного восприятия и зрительных предметных образов. В целом, нарушения зрительной сферы у детей с речевыми нарушениями проявляются в бедности и недифференцированности зрительных образов; инертности и непрочности зрительных следов; отсутствии прочной и адекватной связи слова со зрительным представлением предмета.

**Специфика развития памяти при речевых нарушениях.**

 Эту проблему исследовали Лидия Ивановна Белякова, Василики Бугиотопулу, Игорь Тихонович Власенко, Юлия Федоровна Гаркуша, Александр Романович Лурия, Наталья Николаевна Трауготт, Ольга Николаевна Усанова, Надежда Павловна Чурсина и другие.

Исследование мнестической функции у детей с общим недоразвитием речи обнаруживает, что объем их зрительной памяти практически не отличается от нормы. По данным Игоря Тихоновича Власенко (1990), у детей с дизартрией отмечается низкий уровень продуктивного запоминания серии геометрических фигур, который связан с выраженными нарушениями восприятия формы, слабостью пространственных представлений. Согласно исследованиям Виктора Александровича Калягина и Татьяны Сергеевны Овчинниковой у детей со стертой дизартрией наилучшим образом развита моторная память, а хуже всего – слуховая. У данной категории детей процесс опосредованного смыслового запоминания менее сформирован в сравнении с детьми, у которых речь не нарушена. Затруднительно для детей с нарушениями речи и длительное удержание слуховой информации, а также ее воспроизведение. Так, в задании выучить наизусть четверостишие и воспроизвести его через 30 минут полное воспроизведение текста было зафиксировано у детей с нарушениями речи в 5% случаев, в то время как у детей без нарушений речи – в 20%. Отличительные особенности памяти отмечаются и у детей, страдающих заиканием. Так, в пробе на запоминание 10 слов только половина детей с заиканием к пятому предъявлению воспроизводят все 10 слов. Причем у них наблюдается склонность на протяжении всего исследования начинать воспроизведение серии с первых слов. Можно отметить отчетливую зависимость скорости запоминания от качества внимания: чем лучше внимание, тем меньшее количество предъявлений требуется детям с заиканием для воспроизведения 10 слов. У лиц с заиканием также отмечается неравномерность способности запоминания, что согласуется с выявленной у них неустойчивостью внимания, вызванной особенностями эмоциональной сферы. Для данной категории лиц характерна и диффузная недостаточность краткосрочной памяти. Следует отметить, что вербальный материал, объединенный внутренними смысловыми связями (фразы, рассказы), запоминается лицами с речевыми нарушениями легче, чем серии слов, не связанных между собой. Но и внутри смысловой информации играет роль фактор ее объема: фразы воспроизводятся лучше, чем рассказы. Исследования памяти позволяют заключить, что у детей с заиканием заметно снижена слуховая память и продуктивность запоминания по сравнению с нормально говорящими детьми. Дети часто забывают сложные инструкции (трех-, четырехступенчатые), опускают некоторые их элементы и меняют последовательность предложенных заданий. Дети, как правило, не прибегают к речевому общению с целью уточнения инструкции ( Л. И. Белякова, Ю. Ф. Гаркуша, О. Н. Усанова, Э. Л. Фигередо, 1991). Нарушения структуры деятельности, неточное и фрагментарное восприятие инструкции связаны не только со снижением слуховой памяти, но и с особенностями внимания. Однако при имеющихся трудностях у детей с речевыми нарушениями остаются относительно сохранными возможности смыслового, логического запоминания.

**Особенности мышления при различных речевых нарушениях.**

 Изучением особенностей мышления у детей и взрослых с различными речевыми нарушениями занимались такие ученые, как Римма Алексеевна Белова-Давид, Михаил Валерьянович Богданов-Березовский, Игорь Тихонович Власенко, Татьяна Николаевна Волковская, Галина Владимировна Гуровец, Надежда Сергеевна Жукова, Александр Николаевич Корнев, Роза Евгеньевна Левина, Елена Михайловна Мастюкова, Татьяна Викторовна Нестерова, Татьяна Сергеевна Овчинникова, Вениамин Михайлович Тарновский, Наталья Николаевна Трауготт, Ольга Николаевна Усанова, Татьяна Анатольевна Фотекова, Михаил Евгеньевич Хватцев, Людмила Энверовна Царгуш и другие.

В целом многие ученые отмечали, что дети, имеющие нарушения речи, интеллектуально сохранны, а их трудности в выполнении когнитивных операций вторичны по отношению к недоразвитию устной речи. Несмотря на сохранность у таких детей познавательного интереса, достаточную развитость предметно-практической и трудовой деятельности, для них характерно своеобразие в развитии отдельных сторон мышления (несформированность некоторых понятий, замедленность мыслительных процессов, снижение самоорганизации и другое). Причем отмечается явная связь между видом речевого расстройства и характерными особенностями в протекании мыслительных процессов. Так, по данным Т. Н. Синяковой и О. Н. Усановой (1982), по состоянию невербального интеллекта детей с общим недоразвитием речи (ОНР) можно разделить на три группы:

1) дети, у которых развитие невербального интеллекта несколько отличается от нормы. При этом данное своеобразие развития интеллекта не связано с речевыми трудностями и никак не зависит от них. По данным авторов, эта группа составляет 9 % от популяции детей с ОНР;

2) дети, у которых развитие невербального интеллекта соответствует норме (27%);

3) дети, у которых развитие невербального интеллекта соответствует нижней границе нормы, но характеризуется нестабильностью: в определенные моменты дети могут показать состояние интеллекта ниже нормы. Самая многочисленная в процентном отношении группа – 63%.

Наиболее изученным является состояние мышления и мыслительных операций у дошкольников с алалией. Анализируя исследования различных авторов (Римма Алексеевна Белова-Давид, Галина Владимировна Гуровец, Валерий Анатольевич Ковшиков, Александр Николаевич Корнев, Раиса Ивановна Мартынова, Евгения Федоровна Соботович, Татьяна Анатольевна Фотекова и другие), можно выделить такие характерные особенности мышления и мыслительных операций у детей с алалией, как:

• отставание в развитии наглядно-образного мышления;

 • на фоне правильного определения пространственных отношений (вперед, назад, вверх, вниз) в предметно-практической деятельности отмечаются трудности в их словесном обозначении, наблюдается использование неверных языковых средств;

• наблюдаются разнообразные нарушения самоорганизации, проявляющиеся в психофизической расторможенности или заторможенности, отсутствии устойчивого интереса к заданиям;

 • при осуществлении операций невербального образного и понятийного мышления со знакомыми предметами детям требуется большее, по сравнению с нормой, число попыток при выполнении мыслительных операций;

• характерно нарушение функционально-операционной стороны мышления (анализа, синтеза, обобщения, сравнения, классификации, исключения лишнего понятия и другое): бедность логических операций, снижение способности к символизации, низкий уровень обобщения, замедленный темп усвоения причинноследственных связей и закономерностей;

• замедленность и ригидность (тугоподвижность) мыслительных процессов;

• трудности переключения с одного вида задания на другое;

• характерна достаточная зрелость образного и конструктивного мышления в процессе складывания разрезных картинок.

В работах Ивана Алексеевича Сикорского высказывается мнение об ускоренном характере мышления, об общей недостаточности психофизического развития заикающихся. По его мнению, происходит своеобразное рассогласование их артикуляторных возможностей и темпа мышления. Диффузный, неопределенный характер нарушений внимания, памяти и некоторых других процессов, заключающийся в снижении общего потенциала структурирования деятельности, также позволяет предполагать наличие у заикающихся недостаточность процесса мышления. Использование методики пиктограмм в обследовании детей, страдающих заиканием, позволило обнаружить склонность к чрезмерной детализации. Например, слово «развитие» изображается ими целой цепью тщательно прорисованных растений разного размера со множеством листочков, корнями и так далее, «тяжелая болезнь» – в виде человека, лежащего в кровати, со всеми деталями его одежды (карманы, пуговицы и прочее), изображается и термометр. Наряду с детализацией, достаточно типичны конкретные образы, такие как уже упомянутая кровать и термометр при изображении болезни, воздушных шариков – изображение праздника и тому подобное. Однако во время эксперимента дети с заиканием долго не могут перейти к следующему рисунку, часто стремятся вернуться к предыдущему, что-то дорисовать, добавить детали. В целом, для детей, страдающих заиканием, характерны достаточная сохранность логического мышления, способность структурировать воспринимаемый материал, хорошая организация долговременной памяти. Вместе с тем в мыслительном процессе заикающихся отчетливо прослеживается значительная эмоциональная окрашенность, склонность к сомнениям и перебору вариантов. Если при алалии анализу подлежит соотношение степени задержки речевого развития и развития мышления к определенным возрастным этапам, то в случае афазии мы имеем дело с нарушением уже сформировавшейся речи при наличии сформировавшегося мышления. Были установлены общие нарушения, характерные для большинства форм афазии. Например, больные с моторной и сенсорной афазией обнаруживают тенденцию к конкретизации и узкому пониманию значений признаков конкретных объектов. Кроме того, отмечается снижение темпа мыслительных процессов, нарушения отдельных мыслительных операций, проявляющиеся в дефектах анализа и синтеза наглядных признаков предметов и ситуаций, а также в расстройствах оперирования понятиями и в трудностях установления логических связей и отношений в наглядных и воображаемых ситуациях. При различных синдромах афазии нарушаются преимущественно разные компоненты мыслительного процесса. При моторной и сенсорной афазии в связи с расстройствами речевой системы нарушаются вербальные компоненты мышления. Это проявляется в ослаблении вербальных ассоциаций, нарушении актуализации конкретных предметных и абстрактных родовых и видовых значений слов, в сужении многозначности слова. При теменных поражениях и синдроме семантической афазии вместе с расстройствами речевой системы страдает и предметная (чувственно-наглядная) основа мышления, а кроме того, существенно нарушенным оказывается взаимодействие вербальных и образных компонентов мыслительных операций. Это проявляется в трудностях оживления соответствующих слову образных ассоциаций, в нарушениях способности детального анализа реальных и представляемых предметов и ситуаций. Нарушаются операции сравнения, установления как собственно пространственных, так и логических (пространственновременных, причинно-следственных) связей любых сопоставляемых объектов: деталей предметов, понятий, фрагментов ситуаций. Исключительные трудности для этой группы больных представляют абстрагирование от конкретных образов и обобщение на основе понятийных признаков. 49 Отдельные особенности мышления, хотя и в меньшей степени выраженные, отмечаются не только при системных нарушениях речи, но и при некоторых других. Так, Р. И. Мартынова (1963) отмечает, что у детей с дислалией и легкой степенью дизартрии в мышлении иногда наблюдается лишь некоторое ослабление мыслительной деятельности, проходящее по типу астенизации. Для многих детей с дизартрией характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптикопространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса в результате дефицита функций кинестетического анализатора, что вызывает некоторое снижение запаса знаний об окружающем мире по сравнению со сверстниками без нарушений речи. Большинство исследователей считают, что у детей с ринолалией в целом интеллектуальная деятельность не нарушена, высшие психические функции чаще всего сохранны. В случае нарушений темпа речи обращает на себя внимание то, что для детей, страдающих брадилалией, характерна замедленность процесса мышления. Сосредоточившись на одном предмете, дети с трудом переключаются на другой. Инструкцию воспринимают не сразу, а после нескольких повторений. У них наблюдается склонность к стереотипиям, персеверациям, нарушениям ориентировки. Для детей, имеющих тахилалию, наоборот, течение мысли быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления. Для лиц с баттаризмом и полтерном характерно сочетание патологически ускоренного темпа с нарушениями речи лексикограмматического и фонетического характера. У них снижена способность к слуховому восприятию информации. В силу этого они плохо улавливают и запоминают, что говорят окружающие. Мышление разбросано, недостаточно логично, чего они часто не замечают.

**Специфика развития внимания при речевых нарушениях.**

Изучением особенностей внимания у детей с различными нарушениями речи занимались такие ученые, как Юлия Федоровна Гаркуши, Виктор Александрович Калягин, Наталия Львовна Карпова, Роза Евгеньевна Левина, Татьяна Сергеевна Овчинникова, Ольга Николаевна Усанова, Елена Аркадьевна Шумилова. Т. С. Овчинникова (1996) выявила особенности, отличающие детей с нарушениями речи от здоровых детей, и охарактеризовала продуктивность их деятельности при длительных умственных нагрузках. Ею было установлено, что при выполнении корректурной пробы у детей с нарушениями речи проявляются специфические ошибки. Так, многие дети не могут проследить фигуры на одной строчке, «прыгают» по всему листу, отыскивая ту или иную фигуру, или начинают заполнять таблицу последовательно, фигура за фигурой, что говорит о недостаточности распределения внимания и низкой сформированности зрительно-пространственных представлений. Разнообразие ошибок можно связать с некоторыми личностными особенностями детей. Например, у детей с преобладанием холерических черт темперамента отмечается большая скорость выполнения при пропорциональном росте ошибок, у детей с флегматическими чертами – низкая включаемость в работу, малый объем просмотренных знаков в сочетании с достаточно высокой точностью работы.

Для детей с нарушениями речи характерна повышенная отвлекаемость. Сведения о характере внимания у заикающихся немногочисленны (В. А. Калягин, Э. М. Кулиев, М. И. Мерлис). В результате использования методики Мюнстерберга, которая заключалась в поиске и подчеркивании слов среди беспорядочного набора букв в максимальном темпе, В. А. Калягиным было выявлено снижение темпа выполнения задания заикающимися по сравнению с лицами без речевой патологии в 1,3 раза. Было отмечено, что лица со средней и высокой степенью заикания в среднем делали на одну ошибку больше. На основании проведенного исследования ученый делает вывод о достоверном ухудшении избирательности внимания у заикающихся. Применение методики Шульте в модификации К. К. Платонова, направленной на оценивание объема внимания, показало, что у лиц с заиканием скорость выполнения задания зависит от пространственного расположения цифр в таблице и от времени произнесения отыскиваемых цифр. Методика Шульте-Платонова позволила получить данные о недостаточной устойчивости внимания заикающихся по сравнению со здоровыми. Анализ динамики выполнения заданий по минутам выявил склонность заикающихся выполнять 64 задание более монотонно. Большинство ученых отмечает, что нарушение внимания у лиц с заиканием связано с восприятием речевого материала. В какой-то мере это можно объяснить различной степенью нарушения собственно речемоторного компонента, так как прослеживается связь между степенью нарушения внимания и тяжестью речевого расстройства. При этом существенно, что в наибольшей степени у заикающихся страдает именно произвольное внимание. В этом случае нарушение неречевого внимания у них может быть рассмотрено как проявление своеобразной генерализации процесса наподобие генерализации судорог. Таким образом, внимание детей с различными речевыми нарушениями характеризуется рядом особенностей: неустойчивостью, более низким уровнем показателей произвольного внимания, трудностями в планировании своих действий, трудностями в сосредоточении внимания на анализе условий, поиске различных способов и средств в решении задач на базе словесной инструкции, трудностями распределения внимания между речью и практическими действиями, ошибками внимания на протяжении всей работы, нарушениями упреждающего, связанного с анализом условий задания, и текущего (в процессе выполнения задания) видами контроля за деятельностью, проявлениями неспецифических отвлечений (например, «посмотрел в окно, по сторонам»), низким уровнем произвольного внимания, которое в свою очередь приводит к несформированности или значительному нарушению у них структуры деятельности.

**Особенности воображения при речевых нарушениях.**

 Особенности воображения при речевых нарушениях были изучены в работах Олеси Владимировны Арзыбовой, Вадима Петровича Глухова, Татьяны Сергеевны Овчинниковой, Натальи Владимировны Рыжовой и других.

Чем значительнее выражены речевые нарушения, тем больше ограничиваются возможности детей проявить творческое воображение. Они оказываются беспомощными в создании новых образов.

В игре дети с общим недоразвитием речи отдают предпочтения бытовой тематике. Нередко их игры носят стереотипный характер, сюжеты мало обогащаются. Замысел оказывается неустойчивым, и игра распадается. Возможности общения между собой в силу речевого дефекта ограничены. Можно сказать, что игровая деятельность в целом не достигает того уровня, который характерен для их сверстников с нормальным развитием речи. Детям оказываются недоступны творческие задания: воспроизвести рассказ педагога, рассказать о событиях из личного опыта. Они плохо понимают переносные значения слов, метафор. В. П. Глухов (1985) исследовал воображение у детей с общим недоразвитием речи при помощи рисуночных проб, используемых для оценки творческих способностей, и выявил их более низкую продуктивность по этому показателю по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Дети с общим недоразвитием речи чаще прибегают к копированию образцов и предметов ближайшего окружения, повторяют собственные рисунки или отклоняются от задания. Для них свойственны использование штампов, инертность, длительные перерывы в работе, утомляемость. Эти выводы подтверждаются и результатами выполнения такими детьми проективного теста Роршаха, в котором требуется описать свои впечатления от пятен различной формы и цвета. Их ответы беднее, чем у нормально развивающихся сверстников из-за меньшего словарного запаса, упрощения фраз, нарушений грамматического строя, они обнаруживают низкий уровень пространственного оперирования образами. В целом согласно проведенным ранее исследованиям (В. П. Глухов, О. М. Дьяченко, Т. С. Овчинникова и другие) можно выделить специфические особенности воображения, характерные для детей с речевыми нарушениями: снижение мотивации деятельности, снижение познавательных интересов, бедный запас общих сведений об окружающем мире, отсутствие целенаправленности в деятельности, несформированность операционных компонентов, сложность в создании воображаемой ситуации, недостаточную точность предметных образов – представлений, непрочность связей между зрительной и вербальной сферами, недостаточную сформированность произвольной регуляции образной сферы.

**Специфика развития личности при речевых нарушениях.**

 Наибольшее количество психологических исследований посвящено личности заикающихся и лиц, страдающих афазией (Александр Григорьевич Асмолов, Лидия Ивановна Белякова, Татьяна Александровна Болдырева, Татьяна Вячеславовна Виноградова, Галина Анатольевна Волкова, Жанна Марковна Глозман, Федор Николаевич Досужков, Людмила Афанасьевна Зайцева, Блюма Вольфовна Зейгарник, Владимир Михайлович Коган, Вера Сергеевна Кочергина, Варвара Васильевна Оппель, Мария Юлиановна Орешкина, Карина Евгеньевна Панасенко, Александр Юрьевич Панасюк, Елена Николаевна Садовникова, Владимир Ильич Селиверстов, Иван Алексеевич Сикорский, Вениамин Михайлович Тарновский, Николай Петрович Тяпугин, Гузель Хафизовна Юсупова, Любовь Семеновна Цветкова, Антонина Андреевна Цыганок, Виктор Маркович Шкловский и другие). Вера Сергеевна Кочергина разделила заикающихся детей на группы в соответствии с особенностями их личностей, соотнеся эти особенности с речевыми нарушениями по времени их возникновения. К первой группе были отнесены дети, у которых неуравновешенное поведение (повышенная возбудимость или тормозимость) возникло из-за развившегося заикания. У второй группы детей неуравновешенное поведение отмечалось с раннего детства и являлось особенностью их личности. Развитие заикания обычно сопровождалось усилением присущей им неуравновешенности и появлением черт общей детской нервности. Третью группу составили дети, у которых повышенная возбудимость (или тормозимость) была выражена наиболее значительно и наблюдалась также с раннего детского возраста. В четвертую группу были включены дети, у которых задолго до развития заикания наблюдались признаки тяжелого невроза – 81 склонность к истерическим реакциям, навязчивым страхам, представлениям и действиям. Заикающиеся связывают жизненный успех по преимуществу с возможностью преодоления своего дефекта, а в качестве средства преодоления на первое место ставят свойства личности. Полученные с помощью различных методик данные выявили, что с возрастом у детей уменьшаются ощущения степени «подавления» себя речевым дефектом, изменяются их отношения с «Заиканием» – от пассивного подчинения, «страдательной позиции» до активной борьбы. С возрастом у всех заикающихся нарастает признание ошибок, совершенных в прошлом, более выраженное у мужчин. Аналогичная тенденция наблюдается в отношении желания изменить свое прошлое. На основе ряда исследований было выявлено, что ценностные ориентации у заикающихся имеют некоторые общие тенденции: преобладание положительных устремлений и оптимизма, включение исправления речи в планы будущей жизни, недостаточная конкретизация планов, возрастание активности жизненной позиции с возрастом. Галина Анатольевна Волкова выявила у заикающихся детей дошкольного возраста дисгармоничное развитие личности. Оно выражалось в агрессивности, повышенном чувстве виновности, эмоциональной ранимости, социальной незрелости, в использовании защитных видов реагирования в трудных ситуациях. Аффективные состояния искажают самооценку личности заикающихся детей, препятствуют правильному реагированию на конфликт и его участников. В результате у заикающихся возникает внутреннее противоречие между желанием разрешить ситуацию и имеющимися возможностями. При неадекватно завышенной самооценке стремление к самоутверждению в конфликтных ситуациях выражается чрезмерно активно, агрессивно, самоуверенно. При неадекватно заниженной самооценке стремление к самоутверждению в конфликтных ситуациях выражается в форме пассивного протеста, скрытой агрессии, негативизма и является защитным механизмом против страха оказаться не на уровне предъявляемых требований. Согласно исследованиям Г. А. Волковой у детей, страдающих заиканием, чаще наблюдается тормозящий вариант развития личности. Он формируется в условиях гиперопеки, при которой в ребенке 82 подавляется самостоятельность, инициатива, активность. Ребенок становится робким, тормозным, обидчивым. В старшем дошкольном возрасте ярко проявляются пассивность, неуверенность в своих силах. У меньшего числа заикающихся Г. А. Волковой отмечено невротическое формирование личности. Оно возникает в тех случаях, когда психотравмирующая ситуация приводит к развитию у ребенка невротических реакций, а затем к формированию таких личностных черт, как боязливость, склонность к страхам. Также у детей с заиканием наблюдается негативное и аутистическое поведение. Исследуя игровую активность заикающихся детей дошкольного возраста, Г. А. Волкова выявила неоднозначное отношение их к коллективу играющих. Заикающиеся дети четырех-пяти лет предпочитают игры с двумя-тремя сверстниками, но каждый из них играет по-своему, забывая о товарищах. В коллективных играх заикающемуся ребенку этого возраста сверстники обычно предлагают роль, с которой он, по их мнению, может справиться. Заикающиеся дети редко вступают в конфликты из-за этого и сами нередко выбирают себе второстепенные роли с однотипными действиями: шофер ведет машину, няня кормит детей и так далее. Им свойственны черты поведения в играх, присущие хорошо говорящим детям младшего возраста. Дети с заиканием не всегда могут играть продолжительно и до конца. Таким образом, в результате исследования игровой активности детей Г. А. Волкова выделяет следующие группы. Группа А. Дети могут либо сами предложить игру, либо принять ее от сверстников; могут сами распределить роли и согласиться на роль, предложенную другими детьми; вносят предложения по сюжету, согласовывают свои замыслы с замыслами и действиями своих сверстников, выполняют правила и требуют их выполнения от участников игры. Группа Б. Дети умеют предлагать игру, распределять роли, в процессе деятельности могут навязывать свой сюжет, однако не умеют согласовывать свои действия с замыслами других детей, нарушают правила игры. Группа В. Дети принимают тему игры и роль от товарищей, активно со всеми готовят игровое место; свою деятельность согласовывают с замыслом товарищей. Правила игры дети выполняют, своих не устанавливают и не требуют исполнения правил от играющих товарищей. 83 Группа Г. Дети способны играть, только принимая тему и роль от товарищей или взрослого; готовят игровое место по подсказке; высказывают предложения по сюжету, согласовывают свои действия с замыслом играющих только по указке более активных детей; отмечается пассивность. Группа Д. Дети редко участвуют в игре сами, затрудняются входить в игру даже после предложения темы и роли другими детьми или взрослыми; по подсказке готовят игровое место и в ходе игры выполняют действия и правила, предложенные играющими; ярко выражена пассивность, полное подчинение решениям со стороны. Таким образом, можно говорить о взаимосвязанности и взаимовлиянии заикания как сложного расстройства, включающего в свою структуру не только речевые и психические расстройства, но и нарушения личностных качеств, процесса речевого общения, общественного поведения и ведущего вида деятельности детей дошкольного возраста – игры. В целом, для дошкольников с речевыми нарушениями характерна заниженная самооценка, проявляющаяся в повышенной тревожности и неуверенности в себе. Исследование самооценки показывает, что дети с нарушениями речи недостаточно критично оценивают свои возможности, чаще переоценивая их. В большинстве случаев объективная личностная характеристика не совпадает с самооценкой, многие из своих черт характера дети не отмечают и не оценивают. Чаще всего не фиксируется внимание на негативных чертах характера, а положительные качества несколько переоцениваются. Исследования уровня притязаний младших школьников с нарушениями речи выявили, что в большинстве случаев реакция этих детей на неуспех выражается в том, что после удачно выполненного задания часть детей переходит не к более трудному, а к более легкому заданию. Этот факт можно трактовать как формирование защитной реакции у детей с нарушениями речевого развития, стремление поддержать успех даже на заниженном уровне. Любовь Семеновна Цветкова выделила два типа изменений личности у лиц, страдающих афазией: устойчивый и динамический. При устойчивом типе личности, который входит в структуру афазии, обнаружено изменение иерархии мотивов поведения, эмоциональноволевой сферы и самооценки. Наблюдаются различия в характере и степени выраженности этих изменений при разных формах афазии. Так, изменения самооценки в большей степени выражены у больных 84 с моторной (как эфферентной, так и афферентной) афазией, чем у больных с сенсорной и акустико-мнестической афазией, у которых сохраняются возможности плавной (хотя и искаженной) речи. Если у этих больных нарушены контроль и осознание собственной речи, то они меньше, чем больные с моторной афазией, ощущают и переживают дефицит вербальной коммуникации. У больных с моторной афазией было выявлено, что уровень притязаний на речевые задания значительно ниже, чем на неречевые, а степень расхождения зависит от степени выраженности речевых дефектов. Функциональный аспект изменений личности при афазии обусловлен специфической (неврозоподобной) реакцией больных на свои дефекты и на отношение окружающих к этим дефектам. В ходе индивидуальной и групповой реабилитации по мере восстановления общей и вербальной коммуникации больных обнаруживаются положительные сдвиги в эмоционально-волевой сфере, наблюдается существенное уменьшение степени расхождения в самооценке больных до и после заболевания, повышение уровня притязаний на речевые задания, снижение реактивности на успех и неуспех, повышение уверенности в своих силах и возможностях. Что касается смысловых образований личности больных с афазией, то здесь имеется как позитивный эффект, так и негативный. Позитивный заключается в том, что у больного изменяется вся иерархия его смыслообразующих мотивов, формируется стойкая мотивированность к целенаправленной деятельности по реабилитации нарушенных речевых функций, без чего невозможно восстановление высших психических функций и проведение восстановительного обучения. Негативный эффект связан с тем, что в результате болезни возникают противоречия между операционными возможностями деятельности (и прежде всего речевыми средствами) и мотивами деятельности. Больной осознает эти противоречия, однако не способен самостоятельно продуктивно разрешить их в соответствии со своими общими целями жизни, ценностными ориентациями. В результате формируются механизмы психологической защиты, отрицательная личностная компенсация в виде неврозоподобных изменений личности и возникновения «страха речи». Таким образом, можно выделить ряд условий изменения личности у больных с афазией: 85 1. Сама болезнь, ее специфика, связанная с грубым нарушением речи, практической невозможностью (или сниженной возможностью) вербального общения, утратой трудоспособности. 2. Форма афазии. При разных формах афазии различия обнаруживаются в разном характере и степени выраженности изменения личности. Так, по данным Ж. М. Глозман, А. А. Цыганок и Л. С. Цветковой, изменения самооценки и уровня притязаний на речевые задания, повышение уровня тревожности (Ж. М. Глозман, Н. Г. Калита) в большей степени были выражены у больных с моторными формами афазии, чем у больных с сенсорной и акустикомнестической афазией. 3. Реакции на резкое изменение личностного и социального статуса больного и на отношение окружающих к его заболеванию. Измерение тревожности в острой стадии заболевания показывает, прежде всего, личностную реакцию больного на свое заболевание, но постепенно, по мере закрепления отрицательных личностных установок, болезнь приводит к структурным изменениям личности. Таким образом, расстройства в личностной сфере лиц с нарушениями речи не только снижают и ухудшают их работоспособность, но и могут приводить к нарушениям поведения и явлениям социальной дезадаптации.

**Особенности эмоционально-волевой сферы при речевых нарушениях.**

 Среди немногочисленных работ, посвященных исследованию особенностей эмоционально-волевой сферы при речевых нарушениях, можно назвать работы таких ученых, как Лидия Ивановна Белякова, Татьяна Вячеславовна Виноградова, Галина Анатольевна Волкова, Светлана Витальевна Леонова, Сергей Семенович Ляпидевский, Ольга Святославовна Орлова, Владимир Ильич Селиверстов, Ольга Николаевна Усанова, Виктор Маркович Шкловский и некоторых других. Людмила Михайловна Шипицына и Лариса Степановна Волкова в результате исследований, выполненных, в частности, с использованием методики «Цветовых выборов» М. Люшера, выявили некоторые особенности эмоционально-личностных качеств у младших школьников 1–2 классов с общим недоразвитием речи. В отличие от детей с нормой речевого развития многим детям с нарушениями речи свойственна пассивность, сензитивность, зависимость от окружающих, склонность к спонтанному поведению. У второклассников, как и у школьников с нормальной речью, отмечается отчетливое доминирование такого свойства, как эксцентричность, когда дети проявляют живой интерес к окружающему как источнику получения помощи, информации. Однако у значительной части (40 %) первоклассников как с нарушенной речью, так и с нормальным речевым развитием обнаруживается свойство концентричности, что свидетельствует об их сосредоточенности на собственных проблемах, склонности все переживания держать в себе, замкнутости. Авторы предполагают, что более высокий процент проявления свойств концентричности у учащихся первых классов по сравнению с второклассниками связан с их еще недостаточной адаптацией к условиям обучения в школе. У учеников первых классов речевых школ наблюдается более низкая работоспособность, которая у половины детей коррелирует с выраженностью стрессовых реакций и доминированием отрицательных эмоций. На втором году обучения в специальной школе у детей повышается работоспособность, преобладает оптимальный уровень эмоционального реагирования, снижается склонность к стрессовым состояниям. Такое улучшение эмоционального состояния детей с речевой патологией связано не только с адаптацией к школьному режиму и нормализацией взаимоотношений в коллективе сверстников, но и с развитием способности к саморегуляции вследствие правильно организованной коррекционно-педагогической работы. Исследования уровня притязаний младших школьников с нарушениями речи выявили, что в большинстве случаев реакция этих детей на неуспех отличается от той, которая наблюдается в норме. Это выражается в том, что после удачно выполненного задания часть детей переходит не к более трудному, а к более легкому заданию. Этот факт можно трактовать как формирование защитной реакции у детей с нарушениями речевого развития, стремление поддержать успех даже на заниженном уровне. Особенно ярко заниженный уровень притязаний, по результатам исследований (О. Н. Усанова, О. А. Слинько, 1987), проявляется у учащихся I класса, меньше – у учащихся II класса, а среди третьеклассников таких явлений практически не наблюдается. Это говорит о том, что у учащихся школ для детей с нарушениями речи с возрастом формируется реалистический уровень притязаний. С помощью шкалы Эриксона были обследованы больные с дефектом небно-глоточного затвора, перенесшие реконструктивные операции на гортани, страдающие дисфониями органического и функционального генеза. Удалось установить различия указанных групп больных по этому показателю. Наиболее выраженные и стойкие переживания по поводу своего дефекта выявлены у лиц, 101 лишенных гортани. Для функциональной дисфонии характерна более выраженная и вариативная тревога по сравнению с теми, у кого наблюдается органический дефект голосовых складок. Дефект речи и переживания по его поводу находятся в сложных взаимоотношениях. В одних случаях тревожность рассматривают как предрасполагающий к заболеванию фактор (Ф. Александер, Ф. Данбар), в других – речь идет только о реакции личности на самостоятельно возникающее заболевание (М. М. Орлова). У детей с экспрессивной алалией часто наблюдаются патологические черты невротического круга: замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обидчивость, слезливость. Иногда дети пользуются речью только в эмоционально окрашенных ситуациях. Повышенная самокритичность порождает ощущение беспомощности, даже отчаяние, что может вылиться в состояние депрессии. Для детей с моторной алалией характерны недостаточность мотивационной и эмоционально-волевой сферы, сниженная наблюдательность, психофизическая расторможенность или заторможенность. Осознание речевого дефекта, степень фиксированности на нем изучались в основном применительно к заикающимся детям и взрослым (С. С. Ляпидевский, С. И. Павлова, В. И. Селиверстов, Л. А. Зайцева) и лицам с нарушениями голоса (О. С. Орлова, Л. Е. Гончарук). Исследователи выделяют три варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту: безразличное, умеренносдержанное, безнадежно-отчаянное – и три варианта волевых усилий в борьбе с ним: их отсутствие, наличие, перерастание их в навязчивые действия и состояния. Владимир Ильич Селиверстов (1989) выделяет следующие степени фиксированности детей на речевом дефекте: 1) Нулевая степень фиксированности на своем дефекте. Дети не испытывают ущемления от сознания неполноценности своей речи или даже совсем не замечают ее недостатков. Они охотно вступают в контакт со сверстниками и взрослыми, знакомыми и незнакомыми людьми. У них отсутствуют элементы стеснения или обидчивости. 2) Умеренная степень. Дети испытывают в связи с дефектом неприятные переживания, скрывают его, компенсируя манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее осознание этими детьми своего недостатка не выливается в постоянное, тягостное 102 чувство собственной неполноценности, когда каждый шаг, каждый поступок оценивается через призму своего дефекта. 3) Выраженная степень. Дети постоянно фиксированы на своем речевом недостатке, глубоко переживают его, всю свою деятельность ставят в зависимость от своих речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь, самоуничижение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью. У мужчин и женщин, страдающих заиканием, отмечается своеобразное развитие эмоционально-личностной сферы. Так, для мужчин преобладают психастенические черты, то есть у них отмечаются тревожно-мнительные проявления характера, постоянное чувство тревоги, боязливость, крайняя нерешительность и склонность к сомнениям. Они чрезвычайно чувствительны и ранимы, постоянно опасаются возможных, воображаемых неприятностей, что порой заслоняет реальную действительность. Отличительная черта заикающихся женщин наряду с ригидностью и индивидуалистичностью – импульсивность, которая проявляется в склонности к социальной дезадаптации. Она может быть результатом повышенной чувствительности к речевому дефекту, как бы сенсибилизирующей их в этом отношении. Для женщин характерны неустойчивое настроение, обидчивость, возбудимость и чувствительность. В трудных ситуациях они быстро теряют контроль над своими эмоциями и поведением, легко раздражаются. Они склонны «искать виноватых» в возникающих проблемах. В исследованиях Т. В. Виноградовой было выявлено, что у больных при поражении задних отделов левого полушария наблюдались адекватные эмоциональные реакции, тогда как при поражении задних отделов правого полушария – неадекватные. Поражение лобных отделов левого полушария приводило к снижению побудительных мотивов, а правых – к двусторонним поражениям, ведущим к оскуднению мотивационной сферы. При поражении левого полушария также возникали депрессивные переживания, а поражение правого приводило в крайних случаях к эйфории. Первая реакция, повидимому, является результатом работы сохранного правого полушария и может рассматриваться как относительно адекватная, свидетельствующая об осознании своей болезни. Вторая свидетельствует о некритичном отношении больного к своему состоянию.

**Особенности различных видов деятельности при речевых нарушениях**.

 Изучением различных видов деятельности у детей с речевыми нарушениями занимались Лидия Ивановна Белякова, Светлана Михайловна Валявко, Юлия Федоровна Гаркуша, Людмила Афанасьевна Зайцева, Наталья Евгеньевна Новгородская, Екатерина Львовна Михайлова, Наталья Владимировна Рыжова, Ольга Николаевна Усанова, Эскобар Фигередо и другие. Игровая деятельность. Для детей-дошкольников, страдающих различными речевыми расстройствами, игровая деятельность сохраняет свое значение и роль как необходимое условие всестороннего развития их личности и интеллекта. Однако недостатки звукопроизношения, ограниченность словарного запаса, нарушения грамматического строя речи, а также изменения темпа речи, ее плавности – все это влияет на игровую деятельность детей, порождает определенные особенности поведения в игре. Так, например, дети со сложными формами функциональных дислалий, с ринолалиями и дизартриями нередко теряют возможность совместной деятельности со сверстниками в игре из-за неправильного звукопроизношения, неумения выразить свою мысль, боязни показаться смешным, хотя правила и содержание игры им доступны. Ослабленность условно-рефлекторной деятельности, медленное образование дифференцировок, нестойкость памяти затрудняют включение этих детей в коллективные игры. Нарушение общей и речевой моторики, особенно у дизартриков, вызывает быстрое утомление ребенка в игре. У детей с речевыми нарушениями нередко возникают трудности при необходимости быстрой переделки динамического стереотипа, поэтому в играх они не могут сразу переключаться с одного вида деятельности на другой. Дети с пониженной возбудимостью коры головного мозга, склонные к тормозным реакциям, проявляют в игре робость, вялость, их движения скованны, они быстро утомляются. Детям с повышенной возбудимостью не хватает сосредоточенности, внимания и настойчивости в доведении игры до конца. Неуравновешенность, двигательное беспокойство, суетливость в поведении, речевая утомляемость затрудняют включение в групповую игру. Для детей с алалией, у которых нередко наблюдается и значительная задержка интеллектуального развития, содержание игр и их правила долгое время остаются недоступными. Игры этих детей 112 носят однообразный, подражательный характер. Они чаще производят манипулятивные, а не игровые действия с игрушкой. Ребенок с алалией воспринимает окружающую действительность поверхностно, поэтому его игра не имеет замысла и целенаправленных действий. В коллективе говорящих сверстников дети, страдающие алалией, держатся в стороне или, играя вместе с другими детьми, выполняют только подчиненные роли, не вступают в словесные взаимоотношения. Даже в дальнейшем, когда ребенок приобретает на логопедических занятиях определенный запас слов и навыки фразообразования, в игре эти навыки он самостоятельно не использует. Слово в игре употребляется в основном для называния предметов, при этом отсутствует название действий с ними. Заикающиеся дети ведут себя в игре иначе. Эти дети робки, не верят в свои силы, не умеют поставить себе цель в игре. Они чаще выступают в играх зрителями или берут на себя подчиненные роли. С усилением заикания дети становятся более замкнутыми, просто отказываются от игр со сверстниками. Иногда наблюдаются случаи, когда заикающийся дошкольник в играх проявляет неуместное фантазерство, отличается резонерством, некритичен к своему поведению. Игровая деятельность детей с речевой патологией складывается только при непосредственном воздействии направляющего слова взрослого и обязательного повседневного руководства ею. На первых этапах игровые действия протекают при очень ограниченном речевом общении, что порождает сокращение объема игр и их сюжетную ограниченность. Без специально организованного обучения игра, направленная на расширение словаря и жизненного опыта детей с речевыми нарушениями, самостоятельно не возникает. Основные свои знания и впечатления дети получают только в процессе целенаправленной игровой деятельности. Изобразительная деятельность. У детей с речевой патологией часто наблюдаются нарушения моторики, что указывает на недостаточное развитие тактильно-моторных ощущений, являющихся организующим моментом любой деятельности. Эти нарушения влияют прежде всего на способность детей к изобразительному творчеству. У детей с алалией наблюдается узость тематики рисунков и многократные повторения темы, отсутствие способов изображения предметов и явлений, бедность приемов лепки и конструирования, неумение владеть ножницами и так далее. И даже дети, владеющие элементарными техническими приемами, не проявляют 113 достаточной усидчивости, воли и внимания на занятиях. Снижено и критическое отношение к чужой и своей работе. Для детей с речевой патологией характерно своеобразие учебной деятельности. Например, для заикающихся детей характерна зависимость качества учебной работы от условий, в которых она протекает. Изменение привычных условий приводит к неустойчивости деятельности, рассеиванию внимания. Затруднения вызывают задания, связанные с переключением с одного вида деятельности на другой. При выполнении заданий, требующих интеллектуального и волевого усилий, наблюдается переход с заданного вида работы на более привычный, освоенный ранее. У некоторых наблюдается неумение самостоятельно проконтролировать результаты как собственной, так и чужой работы. Дети с трудом анализируют образец, сопоставляя написанное с печатным текстом, с трудом находят ошибки. Эт и дети испытывают определенные трудности на занятиях, когда нужно, обдумывая собственный ответ и приготовив соответствующие примеры, следить за ответом своих товарищей, помогать им в случае затруднений исправлять неправильные ответы. В процессе чтения они не замечают собственных ошибок, ошибок своих товарищей, при чтении «по ролям» диалогов произносят «свои» слова несвоевременно, иногда читают слова других лиц. Характерные для заикающихся неустойчивость деятельности, слабость переключения, пониженный самоконтроль не могут не отразиться на их общей организованности: они с трудом «входят» в работу, не прилагают для этого достаточных эмоционально-волевых усилий. В ходе подготовки к урокам такие дети прибегают к механическим приемам выполнения заданий, предпочитая заучивать, а не осмысливать прочитанное. Рекомендуемая

**Особенности поведения лиц с речевыми нарушениями.**

 Изучением поведения лиц с нарушениями речи занимались такие ученые, как Галина Анатольевна Волкова, Виктор Александрович Калягин, Леонид Маркович Кроль, Екатерина Львовна Михайлова, Леон Яковлевич Миссуловин, Евгения Сергеевна Набойченко, Татьяна Сергеевна Овчинникова, Елена Юрьевна Рау, Ольга Константиновна Романенко, Ольга Олеговна Шацкая, Виктор Маркович Шкловский и другие.

Благодаря многостороннему исследованию двигательной сферы дошкольников с речевыми расстройствами Т. С. Овчинниковой, удалось установить, что дети логопедических групп детских садов отстают от здоровых по показателям ловкости и быстроты. Выявленное преобладание нарушений элементарных движений позволяет говорить о недостаточной сформированности у детей с речевыми расстройствами двигательного анализатора в целом. Галина Анатольевна Волкова, Иоланта Кумала, Наталья Александровна Рычкова, Бронислава Ильинична Шостак, изучая моторную сферу детей с заиканием, определили, что:

 1) моторные нарушения являются одним из главных симптомов, характеризующих заикание;

2) при заикании нарушены в основном статическая и динамическая координация, темп и ритм, координированность одновременных движений. Данные нарушения проявляются по-разному в общей, мимической, мелкой и артикуляторной моторике;

3) степень тяжести моторных нарушений при заикании зависит от наличия органического компонента расстройства.

Исследования межличностных отношений позволили установить, что дети с нарушениями речи чаще меняют партнеров. Их контакты осуществляются на более низком уровне организации по сравнению со здоровыми детьми. Преобладают невербальные формы общения, в основном бессюжетные подвижные игры. Ослабленность условно-рефлекторной деятельности, медленное образование дифференцировок, нестойкость памяти затрудняют включение этих детей в коллективные игры. Из-за нарушения общей и речевой моторики дети, страдающие дизартрией, быстро утомляются. У них нередко возникают трудности при необходимости быстрой переделки динамического стереотипа, поэтому в играх они не могут сразу переключаться с одного вида деятельности на другой.

Для детей с алалией, у которых нередко наблюдается и задержка интеллектуального развития, содержание игр и их правила долгое время остаются недоступными. Игры этих детей однообразны, подражательны. Чаще они производят манипулятивные, а не игровые действия с игрушкой. Они воспринимают окружающую действительность поверхностно, поэтому их игры не имеют замысла и целенаправленных действий. Заикающиеся дети в игре робки, не верят в свои силы, не умеют поставить себе цель в игре. Они чаще выступают зрителями или берут на себя в играх подчиненные роли. С усилением заикания дети становятся более замкнутыми, просто отказываются от игр со сверстниками. Иногда бывает, что заикающийся дошкольник в играх проявляет неуместное фантазерство, отличается резонерством, некритичен к своему поведению. Было установлено, что заикающимся детям свойственна определенная жестокость, стереотипность поведения, недостаточная его дифференцированность. Сопоставление социального статуса детей, выражающегося в том, как часто ребенка выбирают другие дети, в группах со стертой дизартрией показало отсутствие зависимости объема взаимодействий от степени речевого дефекта ребенка. Так, например, у детей с высоким социальным статусом и положительной оценкой собственной речи могут наблюдаться выраженные нарушения, и наоборот, при относительно легких формах нарушений – низкий социальный статус. Существует мнение, что недостатки звукопроизношения, ограниченность словарного запаса, нарушения грамматического строя речи, а также изменения темпа речи, ее плавности – все это влияет на игровую деятельность детей, порождает определенные особенности поведения в игре. Так, например, они не могут совместно действовать со сверстниками из-за неправильного звукопроизношения, неумения выразить свою мысль, боязни показаться смешным, хотя правила и содержание игры им доступны. Вместе с тем нельзя преувеличивать влияние речевого дефекта на возможности взаимодействия детей с коллективом сверстников. Решающее значение в этом имеют прежде всего индивидуальные (в том числе затронутые дефектом) особенности ребенка, и в меньшей степени – тяжесть речевого дефекта. При изучении детско-родительских отношений было установлено, что в семьях детей с нарушениями речи для матерей приоритетными оказываются эмоциональный контакт с ребенком, партнерские отношения и развитие двигательной активности ребенка. Отношения с ребенком характеризуются отсутствием дистанции с ним, что проявляется в повышенной терпимости и доброжелательности. Однако для матерей этих детей характерна выраженная тревожность по поводу их физического здоровья, что часто проявляется в форме гиперопеки. Дети с нарушениями речи обнаруживают отличие своих адаптивных реакций на конфликтные ситуации в межперсональном взаимодействии по сравнению со здоровыми детьми. В направлен126 ности реакций это, в частности, выражается в преобладании двух контрастных форм поведения – от перекладывания ответственности за случившееся на других, в том числе в агрессивной форме, до принятия ответственности на себя. Детям с нарушениями речи свойственна повышенная готовность брать на себя ответственность, а также проявлять самозащитный тип реакции. Таким образом, анализ поведения детей в группе дошкольников с речевыми нарушениями, так же как и среди здоровых детей, позволил выделить ученым четыре группы по стилю поведения. В первую группу вошли дети, обладающие сильным, уравновешенным и подвижным типом высшей нервной деятельности. Они быстро «схватывают» новый материал, хорошо ориентируются в незнакомой обстановке, легко вступают в контакт с окружающими, способны к целеустремленному поведению, вполне жизнерадостны. Их проблемы связаны с недостаточным восприятием партнера, а также с тем, что им трудна деятельность, к которой они потеряли интерес. У них недостаточно развита самокритика, способность увидеть и признать свою неудачу, недостатки. Дети второй группы отличаются устойчивостью поведения, повышенной склонностью к нормативности, выполнению повторяющихся действий. Поэтому они могут получать поощрение, но в некоторых случаях вызывать раздражение педагогов своей педантичностью и медлительностью. Третья группа – дети, ведущей чертой которых была застенчивость. Они чувствительны, легко ранимы, у них часто глаза «на мокром месте». Им трудно принять решение, задать вопрос, сделать выбор. Такие дети остро реагируют на критику, замечания в свой адрес, сопереживают другим детям и взрослым, им всегда «кого-то жалко». Количество дошкольников с речевыми нарушениями в данной группе заметно больше, чем среди здоровых детей. Четвертую группу детей характеризуют взрывчатость, импульсивность, повышенная реактивность, обидчивость. Они чрезмерно активны, подвижны, с трудом могут усидеть на одном месте, следовать твердым правилам, например в игре, их тяготит монотонная работа. Участие в деятельности для них зачастую важнее результата. В данной группе, как и в предыдущей, больше представлены дошкольники с речевыми нарушениями по сравнению со здоровыми. Таким образом, среди дошкольников с речевыми нарушениями чаще, чем среди здоровых, наблюдается неустойчивый тип поведения (3- й и 4- й групп). У детей с таким типом поведения повышенная предрасположенность к возникновению неврозов. Кроме того, неодинаковый стиль адаптивного поведения определяет своеобразие интерперсонального взаимодействия, познавательной деятельности, речевой активности и работоспособности дошкольников с речевыми нарушениями.

Литература:

1. Асмолов А. Г. Личность как предмет психологического исследования [Текст] / А. Г. Асмолов. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 104 с.
2. Белякова, Л. И., Дьякова, Е. А. Заикание [Текст] / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – М.: В. Секачев, 1998. – 304 с.
3. Болдырева, Т. А. Динамика формирования личности заикающихся [Текст] / Т. А. Болдырева // Заикание. Проблемы теории и практики / под ред. Л. И. Беляковой. – М., 1992. – С. 76–87.
4. Болдырева, Т. А., Быкова, И. С. Специальная психология [Текст] / Т. А. Болдырева, И. С. Быкова. – Оренбург, 2005. – 47 с.
5. Гаркуша, Ю. Ф. Опыт развития произвольного внимания у детей с моторной алалией [Текст] / Ю. Ф. Гаркуша // Дефектология. – 1983. – № 4. – С. 16–22. 2. Калягин, В. А. Психология лиц с нарушениями речи
6. Рыжова Н.В. ЛОГОПСИХОЛОГИЯ Редактор – А. Н. Верещагина Компьютерная верстка – И. В. Тимашев