

ВВЕДЕНИЕ

Одним из путей решения проблемы повышения эффективности коррекционной работы с заикающимися является совершенствование организации, содержания, средств и методов коррекционного процесса.

В работах некоторых авторов особое внимание обращено на те свойства личности заикающихся, которые непосредственно влияют на успешность коррекционного процесса (Л.З. Арутюнян, Н.М. Асатиани, В.И. Селиверстов, А.Б. Хавин). Особое внимание в этой связи уделяется фактору мотивации к преодолению заикания (Б. Адамчук, Ж.М. Глозман, Н.Л. Карпова, Ю.Б. Некрасова). Ряд исследователей отмечает, что наличие негативного опыта предыдущих попыток устранения заикания может привести к усугублению личностно-коммуникативных свойств заикающихся, проявляющихся в ряде патологических изменений: когнитивных (искаженное представление о себе и своих возможностях), эмоциональных (наличие отрицательных психических состояний, в основе которых логофобический синдром) и поведенческих (наличие стереотипов пассивно-оборонительного поведения). Наряду с этим у заикающихся может существенно меняться так называемая потребностно-мотивационная сфера, проявляющаяся в неверии в возможность преодоления заикания (Ж.М. Глозман, Н.Л. Карпова, Ю.Б. Некрасова, Н.Н. Станишевская). В этой связи интересны данные польского исследователя Б. Адамчука [68], указывающего на наличие стойкой мотивации к излечению лишь у 10% заикающихся, что существенно усложняет достижение продуктивных результатов их реабилитации.

Поэтому вопрос о достижении наибольшей продуктивности в работе с заикающимися так или иначе связан с активностью самих пациентов. Так, с точки зрения Н.Л. Карповой (1997), необходимо обращать внимание на уровень мотивационной включенности, как самих пациентов, так и их ближайшего семейного окружения; по данным В.И. Селиверстова (1979, 1994), учитывать индивидуальные особенности заикающихся; а, по мнению Ю.Б. Некрасовой (1985, 1992), не только учитывать эти особенности, но и создавать, пролонгировать в процессе психолого-педагогического воздействия продуктивные психические состояния, влияющие на качество речи. В основе этих состояний лежит «мобилизационная готовность пациентов», связанная, по нашему мнению, с уровнем их мотивационного настроя на успешное преодоление

заикания. В данном исследовании нами предложено понятие «мотивационный настрой» на преодоление заикания, включающее в себя желание и веру в возможность его устранения, а также осознание необходимости собственных усилий в работе над речью.

Фактор мотивации более широко рассматривается в психолого-педагогической литературе, направленной на изучение вопросов эффективности учебной деятельности (А.К. Маркова, А.Б. Орлов, Л.М. Фридман и др.), где также доказывается необходимость исследования некоторых индивидуально-психологических свойств, влияющих на формирование так называемой «положительной мотивации» в процессе обучения.

Мотивация достижения успеха выступает в качестве позитивного фактора деятельности, определяющего стремление человека добиваться успехов в деятельности, что в значительной степени определяет ее продуктивность. Обращает на себя интерес исследователей к проблеме поиска путей формирования мотивации достижения успеха в ходе общепедагогической и коррекционной работы. В общепедагогической литературе описываются не только условия, способствующие формированию мотивации учебной деятельности, но и способы воздействия на мотивацию достижения путем формирования адекватных личностных свойств (Л.Е. Матузов и др.). В литературе, посвященной коррекционному обучению заикающихся, большее внимание уделяется созданию «психологической почвы», способствующей повышению их мотивационной включенности в процесс коррекционного обучения (Н.Л. Карпова и др.). В то же время свойства личности заикающихся подростков и взрослых, влияющие на формирование мотивации достижения успеха при коррекции заикания, недостаточно изучены, и, как следствие, их учет в процессе коррекционной работы является неполным.

В связи с этим изучение психолого-педагогических основ формирования мотивации достижения успеха при коррекции заикания подростков и взрослых является чрезвычайно важным с точки зрения выявления и учета в коррекционно-логопедической работе тех личностных свойств заикающихся, которые могут препятствовать либо способствовать результативности данной работы в целом.

В первой главе рассматриваются научные направления изучения заикания в историческом и современном аспектах, описываются психологические особенности заикающихся подростков и взрослых, специфика их мотивационной сферы, анализируются факторы, влияющие на продуктивность коррекционно-педагогической работы с заикающимися, рассматривается влияние мотивации достижения на продуктивность учебной деятельности, ее взаимосвязь с некоторыми свойствами личности, а также пути формирования в рамках общепедагогической и коррекционной работы.

Во второй главе описываются методы психолого-педагогической диагностики заикающихся подростков и взрослых, позволяющие составить индивидуальный психологический портрет каждого пациента, описываются индивидуально-психологические особенности заикающихся подростков и взрослых, влияющие на формирование мотивации достижения успеха при устраниении заикания.

В третьей главе описывается система работы по развитию мотивационной сферы заикающихся в процессе логопсихокоррекции с учетом их индивидуально-психологических особенностей.

В приложении приводятся методики психолого-педагогической диагностики заикающихся подростков и взрослых, направленные на изучение личностных особенностей, влияющих на формирование мотивации достижения успеха в процессе логопсихокоррекции.

ГЛАВА I

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ УСПЕХА КАК ФАКТОРА ПОВЫШЕНИЯ ПРОДУКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ В ОБЩЕЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКЕ

§1. Научные направления изучения заикания в историческом и современном аспектах.

Заикание представляет собой одно из наиболее распространенных и сложных речевых расстройств, трудно поддающееся коррекции. Расстройства речи у заикающихся имеют длительное течение, которое нарушает полноценный процесс коммуникации, приводит к определенным психологическим изменениям, вызывающим дезадаптацию этих лиц в обществе (Л.З. Арутюнян [4], Н.М. Асатиани [8], Л.И. Белякова [14-17], Н.А. Власова [29], Г.А. Волкова [33], Л.Я. Миссуловин [101], Ю.Б. Некрасова [108-118], В.И. Селиверстов [146], В.М. Шкловский [174] и др.).

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные проблеме заикания, до сих пор нет единого представления о данном виде речевого нарушения, как и законченной теории, которая могла бы объяснить его причины и центральные механизмы.

И.А. Сикорский в изданном им впервые в России труде по логопедии, трактовал заикание, как внезапное нарушение непрерывности артикуляции, вызванное судорогой, наступившей в одном из отделов речевого аппарата, как физиологического целого. В этом фундаментальном исследовании автором была предложена классификация речевой судорожности с учетом локализации (дыхательные, голосовые, артикуляционные) [147].

Э. Фрешельс внес существенные дополнения в понимание механизмов проявления заикания, рассматривая не только локализацию речевых судорог, но и их типы (клонические, тонические, смешанные), сопровождаемые наличием разнообразных физических и психических симптомов [160].

Г.Д. Неткачев, акцентируя внимание на психических проявлениях заикания, наряду с «судорожными движениями в аппарате речи» рассматривал заикание как психоневроз или «страдание чисто психическое», проявляющееся в навязчивых мыслях, фобиях и целом спек-

тре постоянных негативных эмоциональных переживаний, что отражается на появлении тревожно-мнительного характера и отрицательных личностных черт [120].

Учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности человека и, в частности, о механизме невроза также сыграло важную роль для понимания специфики нарушений при заикании. Заикание понимали как невроз, функциональное нарушение, захватывающее не только речевую функцию, но и многие другие стороны деятельности человека, тем самым актуализируя вопрос о роли психологического фактора при заикании, его травмирующем влиянии на личность человека. (И.С. Авербух, О.Г. Архипова, В.А. Гиляровский, Н.И. Жинкин, В.С. Кочергина, М.С. Лебединский, С.С. Ляпидевский, И.П. Тяпугин, М.Е. Хватцев, Ю.А. Флоренская и др.). В качестве механизма возникновения заикания ученые рассматривали возникающее вследствие разных причин перенапряжение процессов возбуждения и торможения и образование патологического условного рефлекса [43].

Попытки рассматривать заикание с клинических, физиологических, нейрофизиологических или психологических позиций приводят к развитию различных научных направлений к пониманию природы и механизмов данного речевого нарушения. Соответственно, предлагаются различные комплексные системы реабилитации заикающихся, в которых одно из направлений комплексного метода (логопедическое, психотерапевтическое или клиническое) является приоритетным. Наряду с этим всеми исследователями признается необходимость учитывать сложную структуру дефекта при заикании: наличие не только речевой судорожности, но и психологических особенностей, составляющих единство в общей картине заикания.

Заикание как преимущественное нарушение коммуникативной функции речи (при полной сохранности функции мышления) рассматривается представителями *психолого-педагогического направления* (Г.А. Волкова [33], Р.Е. Левина [81, 82], С.А. Миронова [100], В.И. Селиверстов [146], Н.А. Чевелева [169], А.В. Ястребова [179] и др.). Так, Р.Е. Левина (1963) отмечает, что возникновение заикания связано с переходом к самостоятельной развернутой речи и обусловлено трудностью применения языковых средств (поиска слов, грамматической формы, оборота речи) [81]. При заикании наиболее сложной оказывается для детей планирующая речь, когда необходимо строить свое сообщение без опоры на прошедшие действия, пережитые или наблюдаемые события. А.В. Ястребова объясняет это несоответствием между уровнем развития языковых средств и способностью адекватно пользоваться в процессе устного общения [179]. Таким образом, доказывается необходимость развития планирующей функции речи в процессе коррекционной работы.

Г.А. Волкова рассматривает заикание как сложное расстройство речи, обусловленное дизонтогенезом психических функций и дисгармоничным развитием личности. Речевые и психические нарушения накладывают отпечаток на процесс речевого общения, искажая и деформируя его [33].

Большое значение для понимания специфики психической деятельности заикающегося человека имеют исследования В.И. Селиверстова [146]. Основополагающим фактором, определяющим характер и сложность психологических особенностей заикающихся, по мнению В.И. Селиверстова является фиксированность на своем дефекте, представляющая собой «отражение объективно существующего речевого дефекта (речевых запинок) во всей психической деятельности заикающегося человека» и проявляющаяся в особенностях взаимодействия с социальной средой [146, с. 49]. Исследователь отмечает, что неблагоприятный опыт прошлого порождает у заикающихся не только определенные представления и понятия о своей дефектной речи, о себе и о своем положении в коллективе, но и формирует «предвидение своих речевых запинок, ожидание их в определенных ситуациях» [146, с. 42].

Представители *клинико-педагогического направления* (Н.М. Асатиани [6-8], Л.И. Белякова [13-17], Т.А. Болдырева [20-22], Н.А. Владова [29-30], В.Г. Казаков [59,60], А.И. Лубенская [17], Е.В. Оганесян [122], Ю.А. Флоренская [156] и др.) при оценке патогенетических механизмов и структуры дефекта такого сложного речевого расстройства опираются на принадлежность к той или иной клинической форме. Л.И. Белякова отмечает, что у заикающихся с невротической формой вследствие застойной активности в эмоциогенных структурах мозга и некой «уязвимости специфических речевых структур» формируется новая патологическая система речи на фоне уже развившейся, сохранной функциональной системы речи, что создает условия взаимовлияния и функционирования каждой из них [16, с. 103]. Этим объясняется ситуативность проявления заикания, наличие периодов плавной речи даже при тяжелой степени этой речевой патологии во время усиления защитных механизмов мозга. У заикающихся с неврозоподобной формой заикания патологическая речевая система формируется вследствие органического поражения стриопаллидарных структур мозга и декомпенсации регулирующих механизмов мозга и спонтанно не подавляется, что говорит об изначальном отсутствии (например, при ОНР) либо о разрушении (например, при афазии) нормальной функциональной системы.

Наряду с нарушением речевой функции исследователи данного направления отмечают в картине заболевания наличие различных аффективных нарушений (субдепрессивное настроение, содержащее сознание речевой неполноты), логофобического синдрома [59].

Так, у подростков 11-12 лет с невротической формой заикания развивается вторичная невротическая патологическая реакция в виде логофобии, которая во взрослом возрасте может играть роль доминанты в характере общей клинической картине заикания, трансформируясь в целую систему патологического психологического реагирования. Психическая реакция на речевой дефект при неврозоподобном заикании проявляется, как правило, в не резко выраженной логофобии и трудности адаптации к внешним условиям, связанной с аффективной неустойчивостью, ригидностью мышления, нарушениями памяти и внимания [16]. В связи с этим при лечении заикания признается необходимость дифференцированного применения комплекса медико-педагогических мероприятий (медикаментозные, психотерапевтические, логопедические, логоритмические) в зависимости от нозологической принадлежности заикающихся [8, 122].

Большой интерес для анализа представляют работы исследователей *клинико-психологического направления* (В.М. Шкловский [174-175]; А.Б. Хавин [161-164] и др.). Основополагающими для специалистов данного направления являются теоретические положения В.Н. Мясищева, в которых заикание рассматривается как дискоординационное судорожное нарушение речи, возникающее в процессе речевого общения по механизму системного речедвигательного невроза [174]. В.М. Шкловский отмечает клиническую представленность заикания первичными, собственно речевыми, и вторичными расстройствами, которые у взрослых часто становятся доминирующими, что еще раз подчеркивает вывод В.Н. Мясищева о неврозе как «болезни личности» [107, с. 200]. Основываясь на клинико-педагогической характеристике больных с заиканием, В.М. Шкловский предлагает разделение всех пациентов на три группы, с учетом степени дезорганизации отношений личности с окружающей средой и снижения показателей социальной активности.

А.Б. Хавин пишет, что особенности личности заикающихся (трудности социальной адаптации, степень нарушения системы отношений с окружающими, внутренняя картина болезни (по А.Р. Лурья), определенные варианты индивидуальной психологической структуры и неблагоприятный фон при речевом дефекте) в 80% случаев дают прогноз неблагоприятной субъективной оценки результатов лечения [163].

Исследователи нейропсихологического направления (И.В. Данилов, И.М. Черепанов [43], М.И. Лохов [88, 89], В.В. Суворова, М.А. Матова, З.Г. Туровская [151] и др.) рассматривают заикание с позиции деятельности и взаимоотношений правого и левого полушарий мозга.

С позиций данного подхода И.В. Данилов и И.М. Черепанов делают вывод о том, что у заикающихся при речевой деятельности

левое полушарие не может в полной мере осуществить свою ведущую (организационную) роль по отношению к процессам, имеющим место в правом полушарии [43]. М.И. Лохов (1994) также отмечает, что при заикании наблюдается нарушение межполушарных взаимоотношений, вызванных недостаточно эффективной работой правого полушария головного мозга [88]. В.В. Суворова, М.А. Матова, З.Г. Туровская указывают на недостаточность при заикании правополушарных функций, отклонения в межполушарных отношениях, а также нетипичную латерализацию речевой и зрительной функций [151].

На особенности формирования функциональной асимметрии мозга при заикании указывают также В.М. Шкловский, Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова, М.Е. Хватцев, Л.Я. Миссуловин и некоторые другие авторы.

Представители *психолингвофизиологического направления* в исследовании заикания (И.Ю. Абелева [1], Н.И. Жинкин [50] и др.) пытаются выяснить, на какой стадии порождения речевого высказывания возникают судороги в речи. По мнению И.Ю. Абелевой, заикание возникает в момент перехода от внутренней речи к внешней, в так называемый компонент «готовности к речи», когда нарушается именно операционально-техническое звено коммуникации при наличии у говорящего коммуникативного намерения, программы речи и принципиального умения говорить нормально [1].

Н.И. Жинкин отмечает, что при заикании возникает разлад произвольного и непроизвольного управления. Словоформы в предложении управляются непроизвольно, в результате сложившегося навыка, в то время как семантический отбор конкретных лексем регулируется произвольным, сознательным управлением. При наиболее значительном расхождении времени работы указанных двух механизмов возникает заикание. Произвольное смысловое управление на некоторый промежуток времени затормаживается, и вместо него вступает в силу непроизвольное, т.е. отбор артикулем [50].

Психолингвистический подход был реализован некоторыми исследователями в связи с клинической классификацией (Е.А. Дьякова [49], Э.Р. Сайтбаева [144]). Так, исследования Е.А. Дьяковой [49] показали, что при заикании искажается процесс внутриречевого планирования и перехода психической части речевого процесса на моторный уровень реализации. При невротической форме заикания большая часть речевых ошибок связана с эмоциональным состоянием заикающихся. Дезорганизация устного монологического высказывания при неврозоподобном заикании выражена в большей степени и проявляется в нарушении грамматического оформления высказывания, которое страдает значительно сильнее, чем семантическое.

Э.Р. Сайтбаева отмечает, что наличие затруднений актуализации слов при заикании при невротической форме заикания связано с неумением оперировать теми словами, которые есть в долговременной памяти, а при неврозоподобной — с недостатком лексических средств [144].

Понимание заикания как коммуникативное и ситуационное расстройство признается целым рядом исследователей (Г.И. Ангушев [3]; Р.Е. Левина [81]; Ю.Б. Некрасова [108]; Е.Ю. Рай [139]; А.Б. Хавин [161] и др.). Л.Я. Миссоловиным [101] выделяется ряд речевых ситуаций, различных по степени эмоциональной значимости и тяжести проявления заикания. Понимание заикания как ситуационного феномена связано с зависимостью его проявления от коммуникативных условий: ослабление или полное исчезновение симптоматики в условиях коммуникативно-комфортного общения, речи наедине с самим собой или мнимыми собеседниками наряду с усугублением симптоматики при личностно-значимом общении, в ответственной ситуации, разговоре с незнакомыми. Нарушение речевого общения, наблюдающегося при заикании, приводит к появлению некоторых компенсаторных механизмов, проявляющихся, как правило, в снижении речевой активности, нарастании пассивности, тревожности, робости или, наоборот, агрессивности.

Создание и использование К.М. Дубровским [48] метода одномоментного снятия заикания путем эмоционально-стрессовой терапии послужило толчком для развития *логопсихотерапевтического направления*. Ю.Б. Некрасовой [108-118] была разработана личностно-ориентированная психолого-педагогическая система логопсихотерапевтических воздействий для коррекции заикания у взрослых. В настоящее время это направление развивается ее последователями Н.Л. Карповой [68], Е.Ю. Рай [139], Е.Н. Садовниковой [142] и др. Е.Ю. Рай активно разрабатывает методику психотренинга во фрустрирующих речевых ситуациях; Н.Л. Карпова развивает логопсихокоррекционное направление в русле семейной психотерапии, анализирует мотивационную включенность заикающихся в процесс логопсихокоррекции; Е.Н. Садовникова рассматривает возможности применения методики логопсихокоррекции в работе с дошкольниками.

Ю.Б. Некрасова определяла заикание, прежде всего, как проблему личности: «Заикание — это страдание, которое суммирует в обратном приеме собственных сигналов три феномена: «феномен Эхо» (заикающийся в ходе продуцирования собственной речи слышит свою спотыкающуюся речь), «феномен Кинези» (заикающийся ощущает мышечно-спазматическое неудобство при речи) и «феномен Зеркало» (заикающийся видит себя глазами другого человека: случайного прохожего, собеседника и др.)» [115, с. 124]. Вследствие одновременного протекания трех феноменов происходит стойкое негативное условно-

рефлекторное закрепление страдания, зачастую с явлениями скоптофобии (стыда за свою речь и себя).

В работах исследователей этого направления в качестве основополагающей выдвигается концепция о нарушении речевого общения при заикании, объясняющая возникновение заикания в момент актуального речевого общения и исчезновение вне его [110]. В связи с этим в процессе коррекционной работы авторами признается необходимость учитывать и изменять сложившиеся патологические стереотипы общения и, в частности, негативные психические состояния, которые способствуют закреплению заикания. Кроме того, доказывается невозможность перевоспитания речи, без работы над личностью заикающихся.

Подводя итог, еще раз хотелось бы подчеркнуть, что «системный речедвигательный невроз» [173, с. 6] при заикании охватывает не только речь, но и психику. Наряду с разнообразными точками зрения на проблему заикания большинство исследователей отмечают помимо собственно речевой судорожности, наличие выраженной неречевой симптоматики, проявляющейся на психофизиологическом уровне, чем объясняется сложная структура дефекта при заикании.

Рассмотрим, какие психологические особенности возникают у подростков и взрослых в связи с наличием и хронификацией заикания.

§2. Психологические особенности заикающихся подростков и взрослых. Специфика мотивационной сферы заикающихся.

В настоящее время в литературе накоплено большое количество исследований, в которых подчеркивается связь самого дефекта речи и личности заикающегося, а также описывается целый ряд личностных расстройств данного контингента пациентов (И.Ю. Абелева [1], Н.М. Асатиани [8], Л.И. Белякова [14,16], Т.А. Болдырева [20-22], Ж.М. Глозман [39], Н.Л. Карпова [68], Ю.Б. Некрасова [115], И.А. Поварова [128], Е.Ю. Рай [137, 139], В.И. Селиверстов [146], Н.Н. Станишевская [150], А.Б. Хавин [161-163], В.М. Шкловский [174,175] и др.). Исследователи приходят к выводу о наличии невротической составляющей синдрома заикания или вторичного невроза заикания, представляющего собой надстройку над ядром основного заболевания [1]. Это формирует представление о заикании как особой форме невротического нарушения общения, где собственно расстройство речедвигательного механизма порой значительно меньше психологической надстройки.

Еще в 1931 г. Э. Фрешельс писал о сопровождении развивающегося заикания более или менее выраженными психическими расстройствами. К ним он относил страх перед произнесением некоторых слов и звуков, мысли о неполноценности всего «Я», психическое состояние, ведущее к

«сознанию расстройства речи» [160, с. 410]. Ф.Г. Штоккерт впоследствии писал о том, что, чем больше внимания заикающиеся уделяют своему страданию, тем хуже оно становится [177]. М.Е. Хватцевым отмечалось, что «когда происходит фиксация внимания на спотыкании, тогда начинается развитие действительного заикания» [165, с. 137]. Тем самым исследователи актуализировали мысль о пагубном влиянии фиксированного внимания заикающихся на своем дефекте, как на дальнейшее развитие заикания, так и на формирование негативных личностных характеристик. По мнению И.А. Сикорского [147] к ним относятся робость и смущение в присутствии людей, неуверенность в своих силах, неуважение и презрение к самому себе, подавленность воли. Вследствие этого появляются специфические особенности поведения, проявляющиеся в избегании ряда социальных контактов, нарушении процесса общения.

В работах В.И. Селиверстова, имеющих огромное значение для понимания феномена фиксированности на своем речевом дефекте лиц с заиканием, утверждается мысль об усложнении степени фиксированности на своем дефекте с увеличением возраста больных и необходимости мер для устранения патологических установок личности в связи с этим. В целях дифференцированного подхода к изучению психологических особенностей заикающихся автор выделяет 3 варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту (безразличное, умеренно-держанное и безнадежно-отчаянное) и соответственно 3 варианта волевых усилий в борьбе с ним (их отсутствие, наличие и перерастание в навязчивые действия и состояния). На основании психолого-педагогических характеристик им были выделены три группы заикающихся: с нулевой степенью фиксированности на дефекте, когда заикающиеся не испытывают ущемления от своей речи, не ограничивают речевые контакты; с умеренной степенью фиксированности на дефекте, проявляющейся в наличии компенсаторных речевых уловок, ограничении речевых контактов и неприятных переживаний; и с выраженной степенью фиксированности на дефекте, при которой характерна концентрация внимания на своих речевых неудачах, постоянные негативные переживания, уход в болезнь и выраженный страх перед речью и людьми [146, с. 49].

В качестве одной из важнейших причин усиления симптомов заикания, а также появления стойких негативных особенностей личности ряд исследователей называют состояние страха речи («логофобию»), проявляющегося в разной степени тревожности, боязливости, опасениях в связи с исполнением речи (М. Зеeman [53]; В.И. Селиверстов [146]; М.Е. Хватцев [165] и др.). Ожидание «коммуникативной неудачи», ее предчувствие при произнесении некоторых звуков, слов, фраз по мнению О. Bloodstain являются причиной появления судо-

рожных запинок в той или иной ситуации и усугубляют проявление заикания [182]. В эмоционально-значимой ситуации это приводит к появлению в процессе коммуникации заикающихся элементов речевой редакции, эмболофразий, что по мнению И.Ю. Абелевой изменяет «не только общий замысел речи, но и даже... коммуникативное намерение», так как в некоторых ситуациях заикающийся вынужден либо сказать не то, что хотел, либо промолчать [1, с. 146].

Предвосхищая столкновение с трудной речевой ситуацией, заикающиеся уже испытывают страх, что обнаружат свой речевой дефект, что не смогут говорить свободно и плавно и тем произведут неприятное впечатление на слушателей [46]. Чувства собственной и речевой неполноценности, снижение настроения вследствие постоянных речевых неудач приводят к попыткам заикающихся замаскировать свой дефект, что проявляется в изменении и общего поведения (ограничение круга социальных контактов, замена устной формы высказывания письменной, избегание речевого общения), и речевого поведения (использование более легких для произношения звуков и слов, сокращение объема речевого высказывания и т.п.).

В.М. Шкловский отмечает, что в подростковом возрасте с ростом связей личности с окружающим миром, особенно общественных связей, с развитием абстрактного мышления значительно расширяется и усложняется система отношений, которая приобретает осознанно мотивированный характер, и общение становится ведущей деятельностью. Поэтому именно в этом возрасте четко определяется отношение к себе и окружающим, которое во многих случаях приводит к концентрации внимания на имеющемся дефекте речи. В свою очередь неполноценность речи может нарушить нормальное развитие отношений личности и вызвать ряд специфических отклонений в ее поведении [175].

На общеневротические нарушения, болезненные реакции личности, вплоть до возникновения депрессивных реакций в *подростковом возрасте*, указывает ряд исследователей (А.У. Гайфуллин [37], Б.З. Драпкин [47], Е.Ю. Рай [137], В.И. Селиверстов [146], Ю.Л. Фрейдин [159] и др.). Ряд исследователей отмечает, что с этого времени начинается формирование своеобразных отношений заикающихся подростков к окружающим через свой речевой недостаток (несправедливое отношение к себе учителей из-за заикания, сужение круга друзей с появлением насмешек и подразнивания со стороны сверстников). Осознание речевого дефекта и опасение насмешек приводит к избеганию общения с лицами противоположного пола, усилиению замкнутости, отдаются предпочтение «неречевым поручениям» [46]. С этого возраста, как правило, начинают проявляться элементы логофобии, проявляющиеся порой только при воспоминаниях о неудачах.

Конец ознакомительного фрагмента.
Приобрести книгу можно
в интернет-магазине «Электронный универс»
(e-Univers.ru)