

Из опыта изучения заикающихся детей (Онищенко Лидия)

Республиканский научно-практический центр «САТР» занимается вопросами социальной адаптации и реабилитации детей с особыми потребностями. Ежегодно дети с проблемами в развитии и их родители получают диагностико-консультативную и психолого-педагогическую помощь. Кроме того, научными сотрудниками и педагогами разработаны индивидуально-развивающие программы для каждой категории детей с опорой на опыт российских, зарубежных специалистов, а также на собственный опыт, накопленный за время функционирования Центра.

За период с 1995 года на коррекционное обучение обратились 64 ребенка с заиканием. Из них детей до трех лет – 11, до семи лет – 25, школьного возраста – 28. по половому признаку заикающиеся дети распределились следующим образом: мальчиков – 40, девочек – 24.

На основе двух приведенных выше примеров можно сделать вывод о том, что родители начинают обращать внимание на **речевую проблему детей** в преддошкольном и школьном возрасте, списывая проблемы ребенка до этих возрастов на его баловство, чем значительно усугубляют положение. Обращаются за помощью, как правило, только тогда, когда заикание уже имеет закрепившийся эффект (то есть более 3-5 месяцев). Кроме того, у мальчиков заикание встречается чаще, чем у девочек, примерно в 2 раза. Это можно объяснить тем, что у девочек в сжатые сроки формируются моторные функции, и, возможно, поэтому речедвигательные механизмы их более устойчивы к вредоносным экзогенным влияниям. Обращаемость детей за помощью следующая (по месту жительства): алматинские – 55, областные – 9.

Несмотря на то, что Центр имеет республиканское значение, проезд детей из областей Казахстана ограничен. О чем говорят приведенные цифры. Конечно, это связано с финансовыми трудностями семей, а не с благоприятной обстановкой в областях.

Со слов родителей, только у 6% детей с заиканием установлена наследственная отягощенность. Хотя, по утверждению Беляковой Л.И., генетическая наследственность той или иной патологии проявляется, как правило, только при наличии дополнительной вредности.

У 15% заикающихся детей отмечается наличие сопутствующего дефекта: заикание и ОНР – 2; заикание и ЗПР – 1; заикание и дизартрия – 4; заикание и умственная отсталость в степени дебильности – 1; заикание и дисграфия сложного генеза – 4; заикание и шизоидный компонент – 1.

Наличие психической травматизации и других факторов, способствующих **возникновению заикания**, отмечается: испуг – у 14 детей; возрастные переживания (у подростков), гипервосприимчивость – у 12; неизвестные причины – у 31.

По особенностям формирования функциональной асимметрии мозга из 64 детей: левши – 10, правши – 52, скрытые левши – 10, что не подтверждает данные многих авторов о том, что **заикание связано с левшеством** (И.В.Данилов, И.П.Черепанов, 1970).

По состоянию ЦНС заикающиеся дети распределяются следующим образом: с гипертензионным синдромом – 50; с органическим поражением головного мозга – 14.

Как для тех, так и для других, характерна недостаточность двигательной сферы, но у детей с органическим поражением головного мозга в большей степени. Кроме того, для них характерна церебрастения и повышенная метеозависимость.

По времени возникновения заикания, детей можно распределить таким образом: до 7 лет – 58; после 7 лет – 6.

Таким образом, случаи **возникновения заикания** после 7 лет единичны (на конкретном нашем примере), а в дошкольном возрасте координаторные механизмы речедвигательности находятся в стадии интенсивного формирования и подвержены всяким вредоносным воздействиям.

Из 64 детей проходят обучение более года – 30, до года – 34. длительность обучения зависит от степени фиксированности на дефекте и индивидуальных особенностей детей.

Кроме того, интересен тот факт, что большинство детей (90 % экспериментальной группы) родились в первой половине каждого из трех весенних месяцев. Объяснить данный факт не представляется возможным. Но исследования в этом направлении будут продолжены.

По результатам обучения получена следующая картина: речь без изменений (стационарное течение заикания) – 12 (18,8%); незначительные улучшения – 10 (15,6%); значительные улучшения – 27 (42,2%); чистая речь – 15 (23,4%).

Лучшие результаты достигались в работе с детьми трех - пятилетнего возраста и нескольких случаях со школьниками. Но все это стало возможным не только благодаря комплексной работе с ребенком, но и повышенной ответственности родителей. С родителями заикающихся проводились индивидуальные беседы, а также лекции – семинары по проблеме заикания совместно с психологом.

Кроме того, отметим, что для девочек характерно наличие средней и средне – **тяжелой степени заикания** в большем количестве, чем у мальчиков.

В заключении отметим, что положительные результаты логопедической работы с заикающимися закономерно находятся в прямой зависимости от фиксированности их на своем дефекте. Именно разная фиксированность на дефекте, а не стаж заикания, не его тяжесть, определяют разные результаты логопедической работы.