

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с речевыми нарушениями

Подготовила: педагог-психолог Твердовская Т.Ю.

Чувства — это переживание человеком своего отношения ко всему тому, что он познает и делает, к тому, что его окружает.

Эмоции — это непосредственная форма выражения чувств.

Как психические процессы чувства и эмоции имеют свои **особенности**, носят субъективный характер, вызывают удовольствие или неудовольствие, отражают характер взаимодействия организма со средой, имеют очень большое многообразие, вызывают успокоение или возбуждение.

Основные функции эмоций: коммуникативная, регулятивная, сигнальная, мотивационная, оценочная, стимулирующая, защитная.

Классификация и виды эмоций: эмоции в узком смысле этого слова, настроение, аффект, страсть и стресс.

Параметры, по которым оцениваются эмоциональные процессы и состояния: интенсивность, продолжительность, глубина осознанность, происхождение, условия возникновения и исчезновения, действие на организм, динамика развития, направленность, способ выражения и нейрофизиологическая основа.

Первичные волевые качества личности: сила воли, настойчивость, выдержка. Вторичные или производные волевые качества: решительность, смелость, самообладание, уверенность. Третичные волевые качества: ответственность, дисциплинированность, обязательность, принципиальность, деловитость, инициативность.

Физиологические основы эмоций и чувств. Физиологические процессы, лежащие в основе эмоций, отличаются большой сложностью. Как и все психические процессы, эмоции имеют рефлекторную природу и возникают под воздействием каких-либо раздражителей. Они могут появиться также и в результате внутренних раздражений, возникающих в организме.

Раздражение рецепторов внешнего или внутреннего порядка передается по центростремительным нервам в центральную нервную систему, в подкорковые и корковые отделы мозга. Оттуда по центробежным нервным проводникам импульсы возбуждения идут к различным органам тела. При эмоциях нервные процессы возбуждения или торможения распространяются на вегетативные центры, что вызывает многообразные

изменения в жизнедеятельности организма. Таковы явления рефлекторного учащения сокращений сердца при неожиданных раздражителях или рефлекторное торможение дыхания, побледнение при страхе, покраснение при смущении.

Большую роль в активизации эмоциональных реакций играет ретикулярная формация ствола мозга. По данным многих исследований, ретикулярная формация оказывает тонизирующее влияние на кору головного мозга, которое заключается в активизации или подавлении деятельности коры, регулирующей наше поведение.

В корковом механизме различных эмоций большое значение имеют процессы формирования и преобразования динамических стереотипов. Легкость формирования динамического стереотипа связывается с положительными эмоциями, переживаниями удовольствия, приятного состояния, непринужденности. Трудность образования динамического стереотипа — с его ломкой и переделкой, отрицательными эмоциями, чувством неприятности, тоски, безвыходности и т. п.

В возникновении и протекании эмоций у человека большую роль **играют** механизмы второй сигнальной системы. Они приобретают значение выше-1 го коркового регулятора эмоциональных переживаний и их проявлений. Благодаря второй сигнальной системе изменяются характер и сложность эмоциональных переживаний, а также появляется возможность осознать свои эмоциональные состояния, передать эмоциональный опыт и целенаправленно управлять своими эмоциями.

Детям с нарушением речи свойственна: пассивность, сензитивность, зависимость от окружающих, склонность к спонтанному поведению, выраженность стрессовых ситуаций, доминирование отрицательных эмоций. С возрастом эти проявления уменьшаются.

Дети с дислалией (по Р.И. Мартыновой «Медико-педагогическая характеристика дислалии и дизартрии»): у детей с дислалией удалось выявить незначительные изменения со стороны эмоционально-волевой сферы: раздражительность, плаксивость, расторможенность, в единичных случаях вспышки аффекта. **Дети с дизартрией**: неустойчивая эмоциональная сфера: учащение пульса при малейших волнениях или движениях, незначительная тревога или нагрузка вызывали сердцебиение. Это в т.ч. объясняется вегетативными расстройствами (потливость конечностей и т.п.). Наблюдается трудное поведение с неустойчивым настроением, сопровождающимся плачем, часто бывают аффективные вспышки, насильственный смех, плач.

Л.В. Мелехова «Дифференциация дислалий» отмечает: В дошкольном возрасте дети - дислалики отличаются повышенной возбудимостью или, наоборот, заторможенностью; часто у них имеется легкое отставание в общем развитии. Они менее активны в коллективе, стесняются своего недостатка), Их речь может вызвать насмешки у сверстников и критические замечания у взрослых — это еще более подавляет их и приводит к вторичным изменениям в характере. У таких детей рано

может развиваться раздражительность, плаксивость, обидчивость./Они сами не могут справиться с плохой речью и, страдая от этого, реагируют непослушанием, агрессивным поведением.

К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин «Дизартрии»: экстрапирамидная дизартрия: эмоциональный оттенок речи утрачивается, речь становится монотонной, однообразной, немодулированной.

О.В. Правдина «Дизартрия»: Тяжелое нарушение речи и нарушение общей моторики оказывают задерживающее влияние на общее развитие и характер детей: они делаются застенчивыми, малообщительными, нерешительными, пассивными, исключенными из детского коллектива и из школы, так как произношение, хотя и улучшается с возрастом, остается резко отстающим, причем страдает не только звукопроизношение, но и другие звуковые компоненты речи: голос, темп, ритм, интонация. Словом, речевое развитие при псевдобульбарной дизартрии идет все время дисгармонично, неравномерно — ее звуковая сторона находится в явном несоответствии с другими сторонами речи ...

Нарушения голоса Грин М.: в некоторых случаях дисфония существует как привычка и нарушение голоса отягощается эмоциональными наслоениями (ребенок видит, что он отличается от других).

М.Д. Дубов «Клиническая картина при расщелинах неба». Несомненно, что у больных с расщелинами неба, наряду с нарушением питания и дыхания, имеют место особенности душевных переживаний, связанные с положением таких детей в коллективе. Все это легко сглаживается в семье при достаточно разумном и любовном отношении окружающих, но такое отношение значительно сложнее обеспечить в детском коллективе школы или дошкольного учреждения. Трудности, возникающие в общении со сверстниками в большом детском коллективе, не могут, очевидно, не вызывать тяжелых переживаний.

М. Е. Хватцев приводит следующее наблюдение:

Ученик 4-го класса из-за насмешек товарищей в связи с его картавостью перестал ходить в школу и настолько был психически травмирован, что возник вопрос о наличии у него шизофрении. После устранения логопедом картавости и соответствующих оздоровительных бесед мальчик был переведен в другую школу и стал в ней хорошо учиться, лишь изредка вспоминая о своей «болезни»¹.

Селиверстов В.И. О психологии модели феномена фиксированности заикающихся на своём дефекте.

Речевые запинки — первичное явление, феномен фиксированности на своем речевом дефекте — вторичное явление.

Первые реакции на дефект у ребенка неосознанные, не носят эмоциональной окраски. Осознание своего речевого дефекта, , осознанное внимание к своим речевым запинкам порождает: эмоциональные переживания, но и побуждает к волевым действиям по преодолению этих

запинок. Задача самостоятельно справиться с этой задачей усугубляет эмоциональные переживания ребенка.

Эмоции. Чувства. Волевые усилия. Заикание (как никакое другое речевое нарушение) вызывает особенно острое эмоциональное реагирование индивидуума на свой дефект. Можно полагать, что это связано с отсутствием ясных, понятных и конкретных причин его возникновения. И действительно, помимо речевых трудностей, заикающийся человек не испытывает каких-то физических или интеллектуальных недостатков. Интересы, потребности и разнообразные способности заикающихся детей ничуть не ниже, чем у их сверстников. Среди заикающихся можно назвать и многих одаренных людей. И в то же время, самостоятельные попытки преодолеть свои речевые трудности приводят, как правило, не к облегчению, а к еще более видимым затруднениям и переживаниям.

Известно, что эмоции и чувства (как психический процесс) выражаются у человека переживаниями (внутри) и мимикой, пантомимикой, вокальной мимикой, рядом вегетативных явлений (внешне). Эмоции и чувства в форме переживаний отражают не сами предметы и явления, а отношения, в которых они находятся к человеку. Принято считать, что эмоции (как более простая структура, связанная с ощущениями) регулируют взаимоотношения человека как организма со средой, а чувства (как более сложная структура, связанная с мышлением и понятиями человека) определяют его взаимоотношения как личности с другими людьми, с обществом.

Переживания как форма выражения эмоций и чувств связываются у заикающихся с наличием речевого дефекта, с трудностями в речевом процессе, с неблагополучием в речевом общении с окружающими, с обидным отношением со стороны окружающих, с неудовлетворенностью собой, своей речью, своими поступками и пр. Более или менее выраженные неприятные переживания, связанные у заикающихся с нереализованной потребностью свободного речевого общения с окружающими, могут сопровождаться эмоциями, чувствами и состояниями неудовольствия, угнетенности, подавленности, апатии, тревожности, опасения, страха, напряженности, раздражительности, угрюмости, гнева, злобности, частой и сильной сменой настроения и др.

Эмоции и чувства — это непосредственное переживание действительности, для которых характерна сравнительно небольшая продолжительность и интенсивность. Но они же могут перерасти и в более длительно и сильно протекающие психические состояния. Эмоции (как психический процесс) очень близки первичному познавательному процессу — ощущению: ощущение сигнализирует о самом факте того или иного внешнего или внутреннего раздражителя, а неразрывно связанное с ощущением переживание (эмоция) дает оценку полезности или вредности, приятности или неприятности данного воздействия.

В то же время оценивающая функция эмоций неразрывно слита с функцией побуждения к действию, к волевому усилию. Как указывалось

выше, первые действия по преодолению появившихся речевых запинок у ребенка находятся на уровне бессознательных движений охранительного или корректирующего характера. С осознанием своего дефекта связываются впоследствии попытки силой (как естественное и простое реагирование) преодолеть возникшую трудность или помеху в речевом процессе, потом — поиски средств и приемов как-то облегчить свою трудную речь либо как-то скрыть, замаскировать ее от окружающих. Все это может порождать многообразные речевые эмболы и двигательные уловки (вспомогательные произвольные движения). При этом может создаваться парадоксальность положения заикающегося: пытаюсь при помощи вспомогательных движений и речевых эмболов скрыть, замаскировать свою неправильную речь от окружающих, он тем самым еще больше обращает на нее внимание окружающих, конфузится, переживает, отчего проявления заикания принимают более сложный характер.

Такое понимание модели развития у заикающихся феномена фиксированности на своем дефекте согласуется с постулатами философской теории отражения. И следовательно, **понятие феномена фиксированности** можно определить так: **это есть отражение объективно существующего речевого дефекта (речевых запинок) во всей психической деятельности заикающегося человека. Это результат процессов получения и переработки информации о речевых трудностях (или помехах) и связанных с ними неприятностях, трансформированных в психических процессах, состояниях и свойствах личности заикающегося и проявляющихся в его взаимодействии с окружающей социальной средой.**

В целях дифференцированного подхода к изучению психологических особенностей заикающихся важно найти критерии (и достаточно простые, чтобы их можно было бы использовать в практике), которые характеризовали бы нарастающую сложность разных уровней или степеней фиксированности на дефекте. В качестве такого критерия мы выбрали 3 варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту (безразличное, умеренно-сдержанное и безнадежно-отчаянное и соответственно 3 варианта волевых усилий в борьбе с ним (их отсутствие, наличие и перерастание в навязчивые действия и состояния).

Соответствующее сочетание названных вариантов (по схеме: I—I, II—II, III—III) оправдало введение рабочего термина «болезненной фиксации» для выделения 3-х групп заикающихся: с нулевой, умеренной и выраженной степенью болезненной фиксации.

В результате ряда исследований, проводимых непосредственно нами или под нашим научным руководством были сделаны выводы, конкретно относящиеся к характеристике феномена фиксированности заикающихся на своем дефекте:

1) С возрастом у заикающихся детей (или со стажем заикания) степень их фиксированности на своем дефекте имеет тенденцию к усложнению.

2) У заикающихся детей дошкольного возраста увеличение степени фиксированности на своем дефекте находится в определенной связи с наличием у них второго речевого дефекта. (В старшем возрасте подобная закономерность не обнаруживается).

3) Степень фиксированности на своем дефекте у заикающихся имеет определенную связь с усложняющимся характером моторных нарушений (ее нарастание от клонических к тоническим речевым судорогам).

4) Положительные результаты логопедической работы с заикающимися закономерно находятся в обратной зависимости от сложности их фиксированности на своем дефекте (чем больше фиксированность, тем ниже результат). Именно разная степень этой фиксированности (а не стаж заикания, не наличие второго речевого дефекта и не тяжесть моторных нарушений сами по себе) определяет прежде всего разные результаты логопедической работы.

5) Исходя из сделанных наблюдений, можно полагать, что **степень тяжести заикания у детей адекватна степени их фиксированности на своем дефекте.** Это имеет, с одной стороны, важное значение для прогностических суждений о результатах предстоящей коррекционной работы в каждом отдельном случае заикания. С другой стороны — предполагает необходимость использования в коррекционной работе с заикающимся ребенком специальных приемов, направленных на предупреждение или вытеснение у него фиксированности на своем дефекте.