

Презентация по курсу:
**Предшкольное образование
детей с отклонениями в развитии**
на тему:

**«Функциональные
тренировки»**

Л.Я.Миссуловин

Введение

Функциональные тренировки, **описанные** в работах А.И.Захарова (1977), Н.М. Асатиани (1979), А.С.Слуцкого (1979), являются составной частью поведенческой психотерапии (А.М. Свядоц, 1982; Б.Д.Карсаварский, 1985 и др.), основная **цель которой** – практическая адаптация больного к ситуации, вызывающей опасения.

В работе с заикающимися функциональные тренировки **начинают проводить на 3-м этапе** курса лечения и проводят их преимущественно в условиях кабинета. На 4-м (завершающем этапе) этот прием лого- и психотерапевтической коррекции проводится как в кабинете, так и в реальных жизненных условиях.

Применяя методику функциональных тренировок, **придерживаются принципа** постепенного усиления эмоциональной значимости ситуации речевого общения или «ступенчатого приближения к объекту страха» (по Н.М. Асатиани)



Виды функциональных тренировок

- 1. Имаготерапия***
- 2. Моделирование различных ситуаций речевого общения***
- 3. Участие в концертах художественной самодеятельности***
- 4. Лечебно-тренировочные конференции.***
- 5. Автоматизация навыков улучшенной речи в условиях телефонного разговора.***

Имаготерапия

Имаготерапия – метод психотерапевтической коррекции, основанной на создании больным в условиях функциональной тренировки образа человека, качествами и чертами которого хотел бы обладать пациент. Многократное воспроизведение в игровых ситуациях недостающих больному качеств постепенно дает ему возможность в определенной мере приблизиться к своему идеалу, стать на него похожим.

После того как большинство членов группы начинают говорить на занятиях без выраженного заикания, перед пациентами ставятся определенные **задачи**.

Задачи имаготерапии

1. В процессе короткого сеанса АТ нужно ярко представить себе **любимого преподавателя**, у которого когда-либо учился больной (условие – речь и движения этого человека не быстрые, плавные, уверенные, манера поведения очень авторитетная, весь его облик не допускает мысли о том, что он может быть неточным или не справедливым, каждое его слово воспринимается с чувством доверия, знает он намного больше окружающих)

2. Во время выступления постараться **быть похожим на этого человека** не только какими-то внешними особенностями поведения, но и «увидеть» окружающих его глазами, стараться так же, как и он, передать аудитории свои знания и опыт, т.е. пересказывая текст, из ученика превратиться в преподавателя, не отвечать урок, а учить

3. Для этого необходимо не только **следить за формой речи**, но и **сосредотачиваться** на содержании, смотреть на аудиторию, заставить ее себя слушать.

Трудности при обучении.

Не всем больным в равной мере удастся реализовать поставленные задачи. **Лучше получается** у заикающихся **«художественного типа»**. Пациенты с психастенической акцентуацией характера, с неврозоподобным и органическим заиканием обычно с таким заданием справляются хуже. **Но стремление** к выполнению указанных упражнений, размышления по поводу поставленных задач – это уже само по себе заставляет больного активнее работать над собой и над своей речью, отказаться от механического выполнения заданий. В зависимости от нервно-психических и личностных особенностей больного сложность задания может меняться, а в случаях неудач руководитель с помощью положительных лидеров из числа членов группы всячески подбадривает заикающегося, поддерживает в нем уверенность в том, что систематическая тренировка поможет ему успешно справляться с поставленными задачами.

Моделирование различных ситуаций речевого общения

Следующим по сложности этапом в системе функциональных тренировок является **моделирование различных ситуаций речевого общения**. Этот прием по своей сути напоминает психодраму, которая впервые была предложена в 30-х гг. нашего столетия австрийским психологом и психотерапевтом **J. Moreno** как диагностический и корригирующий метод групповой психотерапии. При моделировании тех или иных ситуаций наши пациенты также полнее себя раскрывают в личностном плане и получают от специалиста рекомендации, направленные на преодоление нежелательных характерологических и речевых особенностей и автоматизацию нужных для больного навыков речи и поведения.

(продолжение)

На занятиях разыгрываются **сцены на темы**: «покупатель – кассир – продавец; начальник – подчиненный, собрание, экзамены; конфликт с соседями и др.».

Применение приема моделирования так же, как и другие виды лого- и психотерапевтической работы, основаны на принципе постепенного усиления эмоциональной насыщенности упражнений, которые варьируются в диапазоне «приятная ситуация – эмоционально индифферентная ситуация – конфликтная ситуация.» К разыгрыванию более сложных в эмоциональном плане сцен допускаются больные, справившиеся с предыдущим заданием.

Непосредственно **перед занятием** руководитель проводит с участниками в присутствии всей группы установочную психотерапевтическую беседу. Больным напоминают о необходимости использовать те или иные логопедические приемы (моноритмизация, расстановка пауз и пр.), и в зависимости от нервно-психического фона, на котором протекает нарушение речи, даются рекомендации по поводу общей линии поведения в процессе «игры».



Участие в концертах художественной самодеятельности

Концерты художественной самодеятельности, организуются силами членов лечебного коллектива. **В качестве зрителей** приглашаются родственники и друзья больных, медицинский персонал диспансера, пациенты, лечившиеся ранее, в некоторых случаях – заикающиеся, ожидающие начала лечения в очередной группе.

Программа концерта составляется с **учетом нервно-психических и речевых** особенностей исполнителей. Так, например, легковозбудимому больному с ускоренным темпом речи поручается выступить с чтением художественного произведения, содержание и форма которого помогают ему говорить плавно, не быстро, слитно.

(продолжение)

Заранее подготовленная и доброжелательно настроенная аудитория, как правило, тепло принимает самодеятельных артистов, помогая им обрести чувство уверенности в своих силах и без излишнего волнения реализовать стоящие перед ним задачи. После концерта несколько зрителей высказывают свое мнение и речи выступающих. **Непрофессиональная оценка** выступлений, которая обычно сводится только к похвалам больных, в такие минуты также **оказывает большое активизирующее влияние** на лечебную группу, создает эмоциональный стимул для дальнейшей работы над речью.

Лечебно-тренировочные конференции.

Детальный разбор речи пациентов, основанный на приобретенных ими знаниях методики самостоятельной логопедической работы, **проводится** в условиях так называемых лечебно-тренировочных конференций.

Конференции также **проводят** в актовом зале в торжественной обстановке, максимально приближенной к условиям проведения подобного рода мероприятий. **Заблаговременно 3-4 больных** готовят доклады, рассчитанные на **15-20 минут**. Темы выбираются пациентами и утверждаются руководителями. Вопросы докладчикам задаются в устной форме. При этом используются навыки, полученные на групповых занятиях в процессе тренировки диалогической речи.

(продолжение)

Каждому докладчику заранее назначается рецензент, который должен проанализировать речь выступающего товарища. Помимо рецензентов в обсуждении принимают участие все желающие. **Задача руководителя** – направлять обсуждение в нужное психотерапевтическое русло. **Хорошая речь докладчика**, спокойная манера поведения на трибуне, умение четко ответить на поставленный вопрос – все это дает возможность выступающему хорошо подготовиться в речевом и психологическом отношении к участию в подобных мероприятиях и является положительным примером для остальных пациентов. Затруднения, иногда возникающие во время доклада, подробно анализируются больным и руководителем. **В процессе обсуждения** вскрываются причины затруднений и намечаются меры по их преодолению.

Автоматизация навыков улучшенной речи в условиях телефонного разговора.

В таких занятиях нуждаются **больные, отличающиеся** тревожно-мнительными чертами характера, у которых обычно выражен страх речи перед началом разговора по телефону, когда им нужно позвонить.

Примерно **за неделю** до начала активных тренировок в кабинете с отобранной группой пациентов **проводится установочная** психотерапевтическая беседа. В процессе беседы специалист разъясняет больным, что в основе боязни телефона лежат механизмы патологической условно-рефлекторной связи, закрепляемые каждой неудачной попыткой речи в данной ситуации. **Для угашения** патологически условного рефлекса и воспитания качественно новых эмоциональных и речевых реакций можно **прибегнуть к следующему приему**: создать модель телефонного разговора, в котором будет отсутствовать основной отрицательный условно-рефлекторный раздражитель – голос живого собеседника. С этой целью больному рекомендуется звонить в службу точного времени, где на вызов отвечает автомат.

(продолжение)

Таким образом, несмотря на совершение ряда движений, ранее всегда совпадающих по времени с возникновением эмоционального напряжения (снятие трубки, прослушивание гудка, вращение диска), **больной понимает**, что будет говорить наедине с собой, т.е., как правило, без заикания. Пока в телефонной трубке слышатся гудки, он четко, ритмично, без привычного волнения, задает вопрос: «Скажите, пожалуйста, сколько сейчас времени?». Услышав ответ, спокойно благодарит. **При многократном повторении** этого упражнения у больных на фоне чувства эмоционального покоя вырабатывается навык четких, свободных движений, связанных с осуществлением телефонного разговора. Теперь эти движения, регулярно подкрепляемые хорошей речью, начинают постепенно входить в положительную двигательную условно-рефлекторную цепочку и являются отправной точкой для спокойного начала разговора с реальным собеседником.

(продолжение)

Больных делят на две подгруппы. Каждый выбирает себе по желанию партнера для предстоящей тренировки речи. Больные намечают примерный круг вопросов, который будут обсуждать во время беседы. Затем подгруппы во главе со специалистами расходятся по разным кабинетам, оснащенным телефонами.

Партнеры во время занятия **беседуют** друг с другом 2 раза. Это необходимо для того, чтобы каждый из них мог вызвать другого к телефону (наиболее сложная для многих ситуация) и ответить на вызов.

Больные находящиеся в разных кабинетах, **звонят друг другу** по очереди. На первых занятиях очередность разговоров заранее не намечается, ее устанавливает руководитель. Это помогает несколько снизить уровень эмоций ожидания начала беседы по телефону. В дальнейшем, когда больные к предстоящей работе начинают относиться спокойно, очередность бесед намечается заранее. Ожидая очереди, больной по своему желанию может провести короткий сеанс АТ, подготавливая себя к предстоящему разговору, либо отвлекает свое внимание от телефона, читая книгу или просматривая журнал.

(продолжение)

В процессе тренировок специалисты, находящиеся рядом с собеседниками, контролируют их речь, не дают им торопиться, в случаях необходимости берут их за руку и отбивают пальцами четкий ритм.

В подавляющем большинстве случаев при условии активного участия больных в занятиях и организации самостоятельной работы описанный выше вид функциональной тренировки приводит к успеху. Для многих проблема общения по телефону постепенно утрачивает актуальность.



Закрепление результатов

Ближе к **окончанию курса** лечения проводятся ряд занятий **по закреплению** достигнутых результатов в реальной обстановке – на улице, в магазинах, на транспорте. К этому виду работы привлекаются больные, у которых речь в общественных местах вызывала значительные затруднения.

Учащимся и студентам **необходимо перешагнуть психологический барьер** и начать пользоваться хорошей речью в наиболее сложных для многих условиях – во время уроков и групповых занятий, т.е., из больного, страдающего заиканием, в том же самом учебном коллективе «превратиться» в человека с хорошей речью. Сразу начать говорить без заикания, отвечая преподавателю на оценку пройденный материал, трудно. Тут пришлось бы сразу следить за многими вещами: правильно излагать учебный материал, отвечать на вопросы, применять приемы, улучшающие речь. Практически это редко кому удается.

Закрепление результатов.

Поэтому **рекомендуется** учащимся заранее попросить преподавателя, объяснив ему суть просьбы, **дать возможность выступить** в классе или аудитории с маленьким хорошо подготовленным, почти выученным наизусть материалом. **Преподаватель должен стать** союзником пациента и позаботиться о том, чтобы его выступление естественно вошло бы в канву занятия, не вызывая ни у кого из присутствующих каких-либо подозрений. **Преподаватель закрепляет успех** своего ученика. Улучшенная речь в аудитории, ненамеренная моральная поддержка педагога, дружеская заинтересованность товарищей создают условия для дальнейшей автоматизации навыка улучшенной речи в учебном заведении.

Для успешного результата рекомендуется использовать любой повод для тренировки речи в ситуациях, бывших ранее трудными.

Список литературы

1. Клиника и терапия заикания / Под ред. Г.В. Морозова. – М., 1984. – С. 126 - 166





Спасибо за внимание!!!