

**Медовская Дарья Руслановна**

студентка

ФГБОУ ВО «Тульский государственный  
педагогический университет им. Л.Н. Толстого»

г. Тула, Тульская область

## **ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КЛИМАТА В СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ЗАИКАНИЕМ**

***Аннотация:** в статье рассматриваются особенности общения и эмоционального климата в семьях, воспитывающих детей с заиканием. На основе анализа современных отечественных и зарубежных исследований раскрывается влияние семейной системы на развитие и закрепление речевого расстройства. Особое внимание уделяется роли родительских установок и типов семейного воспитания в формировании коммуникативной среды. Показано, что такие дисфункциональные паттерны, как гиперопека, эмоциональное отвержение, завышенные требования или отрицание проблемы, способствуют росту тревожности у ребенка, фиксации на дефекте и развитию логоневроза. В статье также описываются типы семейных реакций на заикание и обосновывается необходимость комплексного семейно-ориентированного подхода в коррекции заикания, в частности, метода семейной групповой логопсихотерапии. Делается вывод о том, что создание поддерживающего, принимающего эмоционального климата и гармонизация внутрисемейного общения являются ключевыми условиями успешной реабилитации ребенка с заиканием.*

***Ключевые слова:** заикание, семья, детско-родительские отношения, эмоциональный климат, семейное воспитание.*

Заикание представляет собой комплексное нарушение речи, затрагивающее не только темп, ритм и плавность устной речи, но и всю систему коммуникации, эмоционально-личностное развитие и социальное функционирование человека. Современная логопедия и неврология выделяют две основные клинические формы заикания – невротическую (логоневроз) и неврозоподобную, а также

смешанную, сочетающую черты обеих. Это разделение имеет принципиальное значение для понимания причин нарушения и выбора стратегии помощи, включая работу с семьей.

Невротическая форма заикания (логоневроз) чаще возникает у детей с изначально сохранной речью и нормальным двигательным развитием после воздействия острого или хронического психотравмирующего фактора. В ее основе лежит не органическое поражение мозга, а слабость нервной системы, ее повышенная реактивность и склонность к невротическим реакциям. Речевые судороги носят функциональный характер, а само заикание отличается волнообразным, ситуационно-зависимым течением: в спокойной домашней обстановке речь может быть почти плавной, а в состоянии волнения, при ответе у доски или общении с незнакомцами – резко ухудшаться. Часто наблюдаются выраженный страх речи и избегающее поведение. У таких детей в семьях нередко выявляется наследственная отягощенность по неврозам, тревожным расстройствам.

Неврозоподобная форма заикания связана с органическим поражением центральной нервной системы в результате патологии беременности, родов, травм или заболеваний раннего возраста. Речевое нарушение развивается постепенно, на фоне общего запаздывания моторного и речевого развития. Судороги в речевой и часто в мимической мускулатуре носят более стойкий, мало зависящий от ситуации характер. Страх речи и выраженная эмоциональная реакция на дефект могут отсутствовать на начальных этапах, так как ребенок не сразу осознает свою непохожесть. Течение этого вида заикания, как правило, более постоянное и менее зависящее от психологического состояния.

Смешанная форма сочетает в себе черты обеих – к исходной органической недостаточности ЦНС со временем присоединяется невротическая реакция личности на свой дефект, формируется вторичная логофобия.

Как отмечают исследователи, заикание имеет не только генетическую и нейропсихологическую природу, но и тесно связано с социальными факторами, среди которых ключевую роль играет семья [1, с. 138]. Семья является первым и наиболее значимым социальным окружением ребенка, и от характера

внутрисемейных отношений, стиля воспитания и эмоционального климата во многом зависит как течение самого речевого расстройства, так и формирование личности заикающегося. При этом влияние семьи и рекомендуемые ей стратегии поведения во многом определяются именно формой заикания.

Заикание традиционно рассматривается как нарушение, возникающее на стыке биологических и социальных факторов. Генетическая предрасположенность, подтвержденная рядом исследований, взаимодействует с условиями социальной среды, в которой развивается ребенок. Семья становится тем микросоциумом, где формируются первые коммуникативные навыки, самооценка и отношение к своему дефекту. Как подчеркивают Н.Л. Карпова и Е.И. Николаева, семейные факторы могут как повышать риск возникновения и закрепления заикания, так и способствовать его преодолению [3, с. 45].

Одной из основных проблем в таких семьях является формирующаяся система отношений, ориентированная как на сам речевой дефект, так и на личность ребенка в целом. Современные исследования подтверждают, что родители детей с заиканием сталкиваются с высоким уровнем психоэмоционального напряжения, что находит отражение и в динамике внутрисемейных отношений. Так, в работе Н.Л. Карповой и М.М. Даниной подчеркивается, что реакция родителей на заикание ребенка тесно связана с их стилем совладания со стрессом, что в значительной степени определяет общий эмоциональный фон в семье. Более того, было выявлено, что многие родители испытывают трудности с выбором эффективной коммуникативной стратегии, что нередко приводит к неосознанному усилению тревоги у ребенка и формированию у него логофобии [2, с. 72].

Установки родителей по отношению к заиканию ребенка играют решающую роль в создании семейной атмосферы. Согласно классификации А.Ю. Кругликовой, можно выделить несколько типов таких родительских установок. Во-первых, это катастрофизирующие установки, когда заикание воспринимается как тяжелая болезнь, наказание или неизлечимый дефект. Такое понимание вызывает у родителей сильные чувства вины или стыда, что приводит к формированию неадаптивных моделей поведения таких, как гиперопека или же

эмоциональное отдаление от ребенка. Во-вторых, существуют установки преодоления, при которых заикание рассматривается как внешнее препятствие, требующее активных действий по его исправлению. Такая позиция часто выливается в излишний контроль, стремление к совершенству и постоянную оценку речи ребенка, что повышает его тревожность и скованность в общении. В-третьих, выделяются негативно-оценочные установки, когда речевые трудности объясняются личностными особенностями ребенка – упрямством, демонстративностью или недостатком старания. Такое приписывание причин естественным образом ведет к конфликтным взаимодействиям, словесным наказаниям и подрыву доверия между родителем и ребенком. Наконец, существуют установки отрицания или преуменьшения проблемы, которые проявляются в игнорировании симптомов и отказе от своевременной помощи специалистов [6, с. 162]. Каждый из этих когнитивных и эмоциональных паттернов становится основой для определенного стиля воспитания и общения в семье, непосредственно влияя как на эмоциональное состояние ребенка, так и на течение речевого расстройства – либо способствуя его преодолению в атмосфере принятия, либо закрепляя и усиливая симптомы в условиях постоянного стресса. При невротической форме катастрофизация и гиперконтроль особенно пагубны, так как напрямую подпитывают тревогу. При невротоподобной форме установки отрицания ведут к упущению времени для начала комплексной медико-педагогической коррекции. Как справедливо отмечает В.Н. Кондратьева, под влиянием родительской реакции формируется и личное отношение ребенка к своему дефекту, что может вести либо к фиксации на проблеме, либо к ее принятию и активному преодолению [5, с. 256].

Анализ семейных отношений в рамках семейной групповой логопсихотерапии позволил выявить несколько типичных дисгармоничных паттернов отношения к заикающемуся ребенку в семье [1, с. 129]. Во-первых, это отношение к ребенку как к «неполноценному», что чаще исходит от отцов и старших братьев. Во-вторых, гиперопека и преувеличение значимости дефекта, создающие «культ болезни» и закрепляющие роль «больного». В-третьих, преуменьшение

значимости дефекта и попытки «заставить» ребенка говорить лучше путем повышенных требований, что создает напряженную, контролирующую атмосферу и повышает тревожность. В-четвертых, «требовательная» форма отношений с акцентом на достижениях, ведущая к хроническому стрессу и «уходу в заикание» как форме психологической защиты. Эти дисфункциональные стили общения не только усугубляют речевой симптом, но и негативно влияют на психологическое состояние ребенка, способствуя развитию логоневроза и логофобии. При неврозоподобной форме гиперопека и отношение как к «больному» тормозят развитие самостоятельности и адаптационных механизмов, а требования «собраться и говорить нормально» оказываются неэффективными и травмирующими, так как ребенок физиологически не может выполнить это требование.

Важнейшим аспектом, определяющим специфику общения и эмоционального климата, является тип семейного воспитания. В.Н. Кондратьева выделяет два основных типа: гармоничный и деструктивный. При гармоничном типе воспитания в семье царит атмосфера взаимного доверия, понимания и уважения. Родители адекватно воспринимают особенности ребенка, не фиксируются на его запинках, но последовательны в требованиях и дисциплине. Они открыты к сотрудничеству со специалистами и активно участвуют в коррекционном процессе. Такой эмоционально поддерживающий климат способствует снижению тревожности у ребенка, формированию позитивной самооценки и может выступать мощным фактором преодоления речевых трудностей или предотвращения их усугубления. В противоположность этому, деструктивный тип воспитания характеризуется отсутствием взаимопонимания между родителями, противоречивостью их требований и методов воздействия, низким уровнем сплоченности и эмоциональным отвержением особенностей ребенка. Родители часто имеют завышенные ожидания, воспринимают заикание как следствие плохого характера или непослушания, что приводит к постоянной критике и напряжению в общении [5, с. 255].

Эмоциональный климат в семье напрямую связан с коммуникативными практиками. В дисгармоничных семьях часто наблюдается снижение речевой

активности в общении, рост конфликтности, а в современных условиях – дополнительное осложнение в виде напряженности вокруг использования детьми гаджетов. Ребенок, чувствуя напряжение, непонимание или гиперконтроль, замыкается, что приводит к дальнейшему ограничению речевой практики и усилению страха перед общением. Формируется порочный круг – тревога усиливает речевые судороги, а неудачи в коммуникации подкрепляют тревогу и низкую самооценку.

Особую роль в генезе и поддержании неблагоприятного эмоционального климата играет так называемое «патологизирующее семейное наследование». Речь идет не только о генетической передаче предрасположенности к заиканию, но и о трансляции неадаптивных моделей поведения, коммуникативных стереотипов и эмоциональных реакций от родителей к детям.

На основе реакции семьи на проблему заикания исследователи выделяют несколько типов семейных систем. Первый тип – семьи с реакцией сплочения. Заикание воспринимается как общая семейная задача, что мобилизует ресурсы, способствует сотрудничеству и поддержке. Второй тип – семьи с реакцией разобщения. Данный тип характеризуется эмоциональной отчужденностью родителей, конфликтами по поводу методов воспитания и лечения, где разобщающим фактором часто выступают отцы. Третий тип – семьи с реакцией неприятия. Родители в таких семьях минимизируют значимость дефекта, не обращаются к специалистам, надеясь, что проблема «пройдет сама». Каждый из этих типов формирует уникальную коммуникативную среду и эмоциональный фон, которые по-разному воздействуют на ребенка.

Рассматривая влияние семьи на развитие ребенка с заиканием, важно подчеркнуть, что дезадаптивные коммуникативные паттерны часто формируются по механизму циклической причинности. Родительская тревога, вызванная речевыми затруднениями ребенка, непроизвольно транслируется через невербальные каналы общения, что усиливает сенсомоторное напряжение у самого ребенка и провоцирует учащение речевых судорог. Этот феномен создает устойчивую

систему обратной связи, где поведение каждого члена семьи постоянно поддерживает и усугубляет проблему.

Важно также отметить, что дисгармоничные типы воспитания, такие как гиперопека или эмоциональное отвержение, не только влияют на речь, но и искажают процесс формирования базовых психологических потребностей ребенка. Как следствие, у подростков с заиканием, выросших в условиях деструктивной семейной системы, часто наблюдается не только логофобия, но и более широкий спектр психологических трудностей таких, как социальная тревожность, избегающее поведение, дефицит навыков разрешения конфликтов.

Особого внимания заслуживает современный вызов, связанный с цифровизацией. В семьях, где живое общение и так редуцировано из-за страха перед заиканием, гаджеты могут становиться псевдокомпенсаторным механизмом, создавая иллюзию коммуникации и еще больше снижая мотивацию к речевой практике. Исследования показывают, что в таких условиях у детей формируется «клиповое» мышление и поверхностное внимание, что дополнительно затрудняет логопедическую работу, требующую длительной концентрации и последовательных усилий [4, с. 67]. Это делает необходимым включение в коррекционные программы модулей по формированию здоровых цифровых привычек и стимулированию реального, а не виртуального, общения.

Наконец, стоит отметить, что положительные изменения в семейной системе возможны только при условии работы с мотивацией всех ее членов. Даже самая эффективная методика логопсихотерапии не принесет устойчивого результата, если родители воспринимают свою роль лишь как пассивных исполнителей указаний специалиста, а не как активных агентов изменений.

Исходя из формы заикания, рекомендации для семьи могут быть конкретизированы. Во-первых, существуют общие рекомендации, актуальные для всех семей. К ним относится создание спокойной речевой среды, при которой родители сами говорят чуть медленнее и с четкими паузами, задавая комфортный ритм общения без прямых указаний ребенку. Крайне важно слушать содержание детской речи, а не ее форму, поддерживать зрительный контакт, терпеливо

дослушивать мысль до конца, не перебивая и не договаривая слова, демонстрируя ценность мыслей ребенка. Необходимо снижать общую тревожность и нагрузку, пересмотрев режим дня, обеспечив достаточный сон, прогулки и уменьшив количество дополнительных занятий. Также важно соблюдать единство требований и последовательность, например, договориться всем членам семьи о единых правилах общения и реакции на запинки, избегая противоречивых команд, которые лишь усиливают напряжение. Во-вторых, существуют специфические рекомендации, зависящие от клинической формы заикания. При невротической форме приоритетом является психологическая помощь, то есть комплексная работа с детским психологом для снижения тревоги и страхов, а также консультация невролога для возможной поддерживающей терапии. Родителям следует делать акцент на эмоциях ребенка, а не на его речи, помогая называть чувства и обучая простым техникам релаксации. Необходимо полностью исключить фиксацию на дефекте, не комментировать плавность речи и не просить «повторить лучше», а хвалить за смелость высказаться. Сотрудничество с логопедом должно быть направлено на методы логоритмики и снятия судорожной готовности.

При неврозоподобной форме основным является комплексное медико-педагогическое воздействие. Обязательно регулярное наблюдение и лечение у детского невролога, включая медикаментозную терапию, физиолечение и массаж, так как без этого логопедическая работа может быть малоэффективна. Занятия с логопедом должны быть систематическими и длительными, с упором на развитие общей и речевой моторики, чувства ритма, речевого дыхания и просодики, активизируя координацию мозговых процессов. Родителям требуется терпение и поддержка, а не требования, с пониманием того, что улучшения будут медленными. Полезно создавать развивающую среду через занятия, улучшающие нейродинамику, включая плавание, лепку, конструирование, игру на музыкальных инструментах, логоритмику.

При смешанной форме необходим гибкий подход, сочетающий медицинскую поддержку у невролога для коррекции органического фона и психолого-



логопедическую работу для снятия невротических наслоений, страха речи и развития коммуникативных навыков. Такой дифференцированный подход позволяет семье стать активным и компетентным участником коррекционного процесса, создавая условия для максимально эффективной помощи ребенку.

Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение семьи с заикающимся ребенком должно быть нацелено на трансформацию дезадаптивных когнитивных схем и коммуникативных паттернов, а также на создание нового, поддерживающего семейного нарратива. Только такой системный подход, учитывающий многомерность семейных отношений и современные социокультурные вызовы, может обеспечить не только речевую нормализацию, но и гармоничное личностное развитие ребенка, а также восстановление психологического благополучия всей семейной системы.

### ***Список литературы***

1. Карпова Н.Л. Основы личностно-направленной логопсихотерапии / Н.Л. Карпова. – М.: Флинта, 1997. – 160 с.
2. Карпова Н.Л. Комплексный подход к восстановлению нарушенного речевого общения в системе логопсихотерапии / Н.Л. Карпова, М.М. Данина // Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Ф.Е. Василюка: сборник материалов. – М.: Психологический институт РАО, 2018. – С. 70–73. EDN YNFIXZ
3. Карпова Н.Л. Семейные факторы, повышающие вероятность возникновения заикания у ребенка (обзор зарубежных исследований) / Н.Л. Карпова, Е.И. Николаева // Дефектология. – 2020. – №3. – С. 41–50. EDN CAJVCN
4. Карпова Н.Л. Роль родителей в коррекции речевых нарушений у детей / Н.Л. Карпова, Е.Н. Кузнецова, Ю.Б. Поприк // Комплексные исследования детства. – 2019. – Т. 1. №1. – С. 65–73. DOI 10.33910/2687-0223-2019-1-1-65-72. EDN UFIZQM
5. Кондратьева В.Н. Значение семьи в воспитании детей старшего дошкольного возраста с заиканием / В.Н. Кондратьева // Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса: проблемы, перспективы, технологии:

материалы X Международной научно-практической конференции (г. Орёл, 30–31 марта 2023 г.). – Орёл: Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева, 2023. – С. 254–258. EDN JQHRHZ

6. Кругликова А.Ю. Типы реагирования семьи на заикание ребенка / А.Ю. Кругликова // Вестник Таганрогского государственного педагогического института. Гуманитарные науки. – 2011. – №2. – С. 158–163. EDN OYLOJR

7. Селиверстов В.И. Заикание у детей: психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия: учеб. пособие для студ. высш. и средн. пед. учеб. заведений / В.И. Селиверстов. – 4-е изд., доп. – М.: Владос, 2001. – 208 с.