

Л. И. БЕЛЯКОВА, Е. А. ДЬЯКОВА

ЛОГОПЕДИЯ
ЗАИКАНИЕ

*Допущено
Министерством образования Российской Федерации
в качестве учебника для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по специальности 031800 «Логопедия»*

УДК 376.1-056.264(075.8)

ББК 74.3я73

Б448

Рецензенты:

доктор педагогических наук, профессор *Л. Р. Муминова*;
кандидат педагогических наук, профессор *Е. В. Оганесян*;
доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО *Т. Н. Ушаков*

Белякова Л. И., Дьякова Е. А.

Б448 Логопедия: Заикание: Учебник для студ. высш. пед. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 208 с.

ISBN 5-7695-1438-8

В учебнике рассматриваются вопросы этиологии и патогенеза заикания с позиций современных достижений психофизиологии, психологии и коррекционной педагогики, подробно проанализированы клиническая и психолого-педагогическая характеристики невротической и неврозоподобной форм заикания, изложены современные подходы к реабилитации заикающихся, впервые интегративно представлены логопедические технологии формирования плавной речи у заикающихся, даны методические разработки организации учебного процесса для студентов и практических работников, осваивающих данный раздел логопедии. В книге представлена авторская позиция по проблеме заикания.

Может быть интересно логопедам, психологам, врачам, лицам, страдающим заиканием, и их родителям.

УДК 376.1-056.264(075.8)

ББК 74.3я73

ISBN 5-7695-1438-8

© Белякова Л. И., Дьякова Е. А., 2003
© Издательский центр «Академия», 2003

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга адресована студентам дефектологических факультетов, а также практикующим логопедам. Материал учебника направлен на совершенствование подготовки педагогических кадров и логопедической помощи заикающимся, он соответствует программе и учебным планам отделений логопедии педагогических вузов.

Заикание — одна из сложнейших проблем логопедии как в теоретическом, так и в практическом аспектах. Она интенсивно изучалась и освещалась в литературе на протяжении всего XX в. Научная разработка проблемы заикания в отечественной логопедии связана с именами известных психиатров И. А. Сикорского, Н. Г. Неткачева, В. А. Гиляровского.

Начиная с 1994 г. регулярно проходят международные симпозиумы, посвященные только проблеме заикания. Эти научные конгрессы собирают специалистов всего мира. Издается международный журнал «Fluency Disorders» («Нарушение плавности»), также посвященный проблеме заикания. Активный интерес ученых разных стран свидетельствует о ее актуальности.

В отечественной логопедии разработан оригинальный подход к оценке клинической картины заикания. Выделение двух форм заикания — невротической и неврозоподобной — позволяет наиболее полно охарактеризовать не только судорожные проявления в речи заикающихся, но и особенности личности как в начальный период развития заикания, так и при его хронификации. Помимо судорожных запинок заикание включает в себя нарушения высшей нервной деятельности, связанные в одних случаях с органическим поражением ЦНС, в других — с невротической реакцией. Хронификация заикания вызывает, как правило, вторичную невротизацию, которая является реакцией личности на это речевое нарушение и делает данное заболевание сложнейшим патологическим процессом, иногда сопровождающим человека всю жизнь.

От логопеда требуется не только знание практических приемов коррекции речи при заикании, но и понимание целостной клинической и психолого-педагогической картины этого сложного патологического состояния, а также знание клинических проявлений невротических и неврозоподобных состояний. Только при этом условии могут быть правильно интерпретированы психофизиологические, психологические, психолого-педагогические данные о

заикающихся и определено направление реабилитационных и профилактических мероприятий.

В книге освещаются актуальные для логопедической практики проблемы изучения заикания. Авторы опираются при этом не только на данные литературы, но и на результаты многолетних исследований, проведенных ими в Лаборатории патологии речи ВНИИ им. В. П. Сербского и на кафедре логопедии МПГУ.

Структура и расположение глав в книге соответствуют основной ее задаче — способствовать усвоению студентами учебной программы по курсу «Заикание».

В первой главе даны представления об анатомо-физиологических механизмах устной речи; описаны дыхательный, фонаторный и артикуляционный отделы периферического речевого аппарата; рассматриваются основные структуры ЦНС и их функции, обеспечивающие речевую деятельность, а также акустические характеристики устной речи, которые, как правило, нарушаются при заикании.

Описание функциональной системы речедвигательного акта дает представление о системной организации речи. Анализ нарушения устной речи через призму представлений о функциональной системе позволяет выделить то звено патогенеза, которое ведет к заиканию.

Далее рассматриваются возрастные особенности устной речи, обоснована неустойчивость речедвигательных стереотипов в дошкольном возрасте, объясняются причины избирательной непрочности речевой системы под воздействием различных вредоносных факторов.

Вторая глава посвящена собственно заиканию: его феноменологии, этиологии, клинической и психолого-педагогической характеристикам заикающихся с невротической и неврозоподобной формами заикания.

Многие специалисты считают, что успешная практическая работа по реабилитации заикания едва ли возможна без тщательной клинической и психолого-педагогической дифференциации заикающихся. В главе выделены наиболее актуальные для логопедической практики вопросы дифференциальной диагностики. Анализ заикания сделан с психолингвистических позиций, поскольку это позволяет рассмотреть в едином комплексе нарушение речевого процесса при заикании от замысла до моторной реализации высказывания. В конце главы изложены современные представления о некоторых патогенетических механизмах заикания, обоснованы основные направления коррекционного воздействия при разных формах заикания.

Третья глава посвящена основным направлениям комплексной психолого-педагогической реабилитации заикающихся. Раскрыто содержание логопедической работы; подробно освещены

ряд логопедических технологий: организация охранительного речевого режима; регуляция эмоционального состояния; развитие моторных систем организма; формирование речевого дыхания, навыков рациональной голосоподачи и голосоведения; развитие просодической стороны речи, а также планирующей функции речи. Рассматриваются конкретные приемы и упражнения.

Здесь же подробно освещаются вопросы психолого-педагогического обследования заикающихся людей разного возраста, представлены авторские системы комплексных психолого-педагогических воздействий (Н.А. Власова, Е.Ф. Рау, В.И. Селиверстов, Н.А. Чевелева, С.А. Миронова, Л.З. Андропова, Ю.Б. Некрасова, В.М. Шкловский и др.). Описаны методы профилактики заикания.

В четвертой главе раскрывается организация учебного процесса по курсу «Заикание».

Практический материал отражает разнообразные подходы к исправлению данного нарушения речи.

Одновременно с учебником выходит в свет хрестоматия «Логопедия. Заикание», включившая в себя работы ведущих исследователей этой проблемы.

* * *

Настоящая книга является дополненным и частично переработанным учебником, который был издан ранее. Несмотря на внесенные изменения общий план книги и характер изложения научных и практических материалов в ней остаются прежними.

Главное внимание уделено современным методам диагностики, применяемым в логопедии, а также логотехнологиям, что позволит студентам и молодым специалистам самостоятельно овладевать методиками работы с заикающимися. Учебник не только знакомит с техникой изучения лиц, страдающих заиканием, но и помогает на основе изложенных в нем знаний понять выявляемые симптомы, а также соответствующим образом направляет мышление как логопеда, так и будущего специалиста.

Для нас очень важно мнение тех, кто обращается к нашей книге в повседневной работе. Мы будем благодарны всем, кто пришлет свои отзывы, замечания и предложения по улучшению ее содержания, которые будут учтены при переиздании. Адрес e-mail: diakova@yandex.ru.

Л. Белякова, Е. Дьякова

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ УСТНОЙ РЕЧИ

1.1. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕЧИ

Речь — это продукт психической деятельности человека и результат сложного взаимодействия разных мозговых структур. Реализация устной речи происходит благодаря работе периферического двигательного аппарата, координация которого обеспечивается центральной нервной системой.

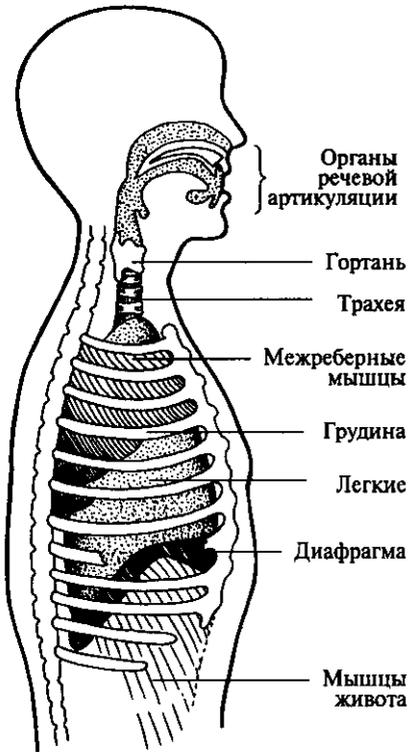


Рис. 1. Строение периферического речевого аппарата

В речепроизводстве участвуют дыхательный, фонаторный и артикуляционный отделы периферического речевого аппарата.

Дыхательный отдел периферического речевого аппарата составляет энергетическую основу речи, обеспечивая так называемое речевое дыхание. Анатомически этот отдел представлен грудной клеткой, легкими, межреберными мышцами и мышцами диафрагмы. Легкие обеспечивают определенное подвязочное давление воздуха. Оно необходимо для работы голосовых складок, модуляций голоса и изменений его тональности (рис. 1).

При физиологическом дыхании (т.е. вне речи) вдох происходит активно за счет сокращения дыхательных мышц (главным образом диафрагмы), а выдох — относительно пассивно за счет расслабления дыхательных мышц и связанных с этим опускания стенок грудной клетки и подъема диафрагмы. Фазы вдоха

и выдоха в покое мало отличаются по длительности. По способу преимущественного расширения грудной полости физиологическое дыхание подразделяется на: 1) реберное (грудное); 2) брюшное; 3) смешанное (грудобрюшное). В свою очередь реберное дыхание бывает: а) ключичным; б) верхнереберным; в) нижнереберным. Ключичное и верхнереберное дыхание относят к нерациональным способам дыхания, так как расширение грудной клетки ограничено вследствие малой подвижности реберных стенок. При брюшном и нижнереберном дыхании дыхательный объем воздуха существенно не различается, однако дыхательные движения во втором случае пластичнее. Более рациональным является грудобрюшное дыхание, которое нередко называют диафрагмальным. При этом типе дыхания обеспечивается не только достаточный объем воздуха, но и оптимальная пластичность дыхательных движений. Этот тип дыхания наиболее адекватен и для фонации.

В процессе речи существенно увеличивается функциональное значение фазы выдоха. Перед началом речи обычно делается быстрый и более глубокий, чем в покое, вдох. Речевой вдох осуществляется через нос и рот, а в процессе речевого выдоха поток воздуха идет только через рот. Речевой вдох характеризуется наличием определенного объема воздуха, способного обеспечить поддержание подсвязочного давления. Большое значение для озвучивания высказывания имеет рациональный способ расходования воздушной струи. Время выдоха удлиняется настолько, насколько необходимо звучание голоса при непрерывном произнесении интонационно-логически завершенного отрезка высказывания (т. е. синтагмы).

Фонаторный отдел периферического речевого аппарата анатомически представлен гортанью и ее голосовыми складками. Вне речи складки раздвинуты. При фонации голосовые складки напрягаются, смыкаются и производят колебательные движения. Именно колебательные движения голосовых складок и порождают звуковые волны. Частотная и силовая характеристики человеческого голоса являются отражением амплитуды и частоты колебания голосовых складок.

Основной и дополнительный тоны голоса модулируются системой резонаторов. Основные резонаторы человеческого голоса — глотка, ротовая полость и полость носа с его придаточными пазухами, а также лобная полость. Кроме того, определенный тембр голосу придают полости трахеи и бронхов, грудной клетки в целом, полости гортани. Резонаторы отличаются у разных людей по форме, объемам, особенностям их использования во время речи, что придает голосу индивидуальную тембровую окраску.

В эффекте резонанса принимает особое участие мягкое небо и те мышцы, которые перекрывают пространство между носоглоткой и ротоглоткой.

Резонаторы, образуемые костями черепа — носовая полость и лобная полость — не меняют своего объема, поэтому генерируют звуки на очень узкий диапазон.

Частотный диапазон голоса человека измеряется в герцах. Частотный диапазон разговорного голоса составляет лишь 1/10 от общего диапазона голоса. У мужчин частотный диапазон голоса составляет 80—150 Гц, у женщин — 120—400 Гц, у детей он значительно выше. Так как человеческий слух неодинаково чувствителен к звукам разной частоты, то воспринимаемая громкость голоса зависит не только от абсолютной силы, но и от его частотных характеристик. Высокие голоса ощущаются как более громкие. Окраска голоса отражает эмоциональное состояние говорящего и даже психическое состояние индивидуума в самом широком смысле слова.

В голосовом диапазоне существуют тембровые различия, которые по аналогии с музыкальными инструментами носят названия голосовых регистров. В человеческом голосе различают три регистра: грудной, головной и средний (смешанный).

Артикуляционный отдел периферического речевого аппарата представлен полостью рта, нижней челюстью, языком, губами, глоткой и мягким нёбом.

Мягкое нёбо при спокойном дыхании расслаблено, частично закрывает вход в ротовую полость из глотки. Во время глубокого дыхания, зевания и речи нёбная занавеска поднимается вверх, открывая проход в полость рта и, наоборот, закрывая проход в носоглотку. Носовой оттенок голоса называется *открытой назализацией*. Если носовой оттенок голоса отсутствует при произнесении носовых звуков (*н, м*), говорят о *закрытой назализации*.

Основную роль в произнесении речевых звуков играют мышцы языка. Кроме него в артикуляторном акте принимают участие мышцы губ и щек, мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, и мышцы шеи.

Язык представляет собой массивную мышцу, которая не имеет сухожилий. В нем можно выделить большое количество мышечных групп, анатомически не обособленных, но выполняющих в процессе речи разные функции. Например, кончик языка, боковые мышцы, мышцы спинки языка, мышцы корня и т. д. Можно выделить функционально отдельные волокна, которые выполняют особую роль в произнесении звука. При произнесении отдельного речевого звука одна часть мышечного волокна может быть напряжена, а другая часть расслаблена. Напряжение артикуляторной мышцы в процессе устной речи связано не только с конкретной работой по произнесению отдельного звука. Оно несет на себе влияние остаточного напряжения от произнесения предыдущего звука, а также подготовительное напряжение, связанное с произнесением последующего звука, входящего в состав слова (коартикуляция).

Кроме этого, эмоциональное состояние, в котором находится говорящий, также влияет на степень напряжения мышц как языка, так и всего речевого аппарата. Таким образом, мышцы языка испытывают комплекс различных влияний. Каждый речевой звук — результат сложных мышечных синергий, т. е. одновременных сокращений разных мышечных волокон, относящихся к разным функциональным группам. Наиболее сложные мышечные синергии необходимы для артикуляции переднеязычных звуков — смычных, щелевых, дрожащего *p*. Необходимые для этого тонкие движения мышц кончика языка осуществляются при условии фиксации корня языка его внешними мышцами, а также мышцами подъязычной кости и шеи.

Артикуляцией называется работа периферического речевого аппарата по воспроизведению речевых звуков. *Речевая артикуляция* — это высокоорганизованные произвольные движения, которым ребенок обучается в первые годы жизни в определенной языковой среде. Речевая артикуляция является базисом устной речи. Она представляет собой психомоторный акт, и ее формирование подчиняется тем же законам, что и формирование любого произвольного движения.

Артикуляция согласных происходит при расслабленных мышечных стенках резонаторных полостей, в то время как в ротовой полости имеется локальный фокус произвольно сокращенных мышц.

Гласные звуки — это своего рода «озвученный выдох». При их артикуляции происходит тоническое напряжение мышечных стенок резонаторных полостей и отсутствует преграда на пути струи выдыхаемого воздуха.

Координированная работа всех трех отделов периферического речевого аппарата осуществляется под управлением центральной нервной системы. ЦНС состоит из центральной и периферической частей. Периферическая часть — это периферические нервы, которые иннервируют мышцы речевого аппарата.

Нервная система, обеспечивающая работу речевого аппарата, состоит из центральной и периферической частей. Периферические нервы иннервируют мышцы речевого аппарата.

Ядра, от которых отходят периферические нервы, иннервирующие речевой аппарат, расположены в *стволе мозга* (варолиев мост, продолговатый мозг), в шейном и грудном отделе спинного мозга (рис. 2).

Центральная часть нервной системы состоит из нескольких отделов, тесно взаимодействующих между собой.

Продолговатый мозг включает ядра черепно-мозговых нервов (подъязычного, языкоглоточного и частично тройничного), а также нисходящих и восходящих проводниковых систем.

В продолговатом мозге располагаются центры, регулирующие сердечную деятельность, дыхание и другие вегетативные функции.

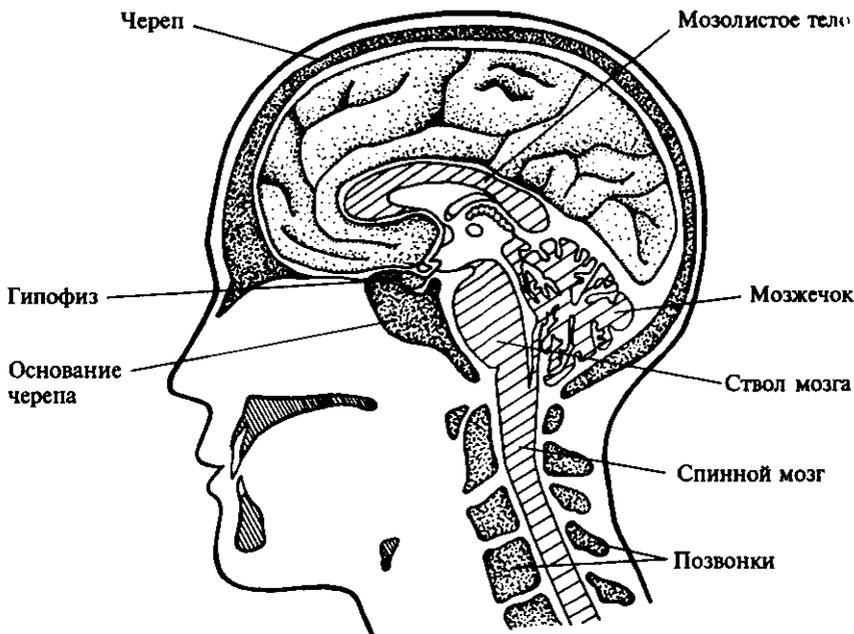


Рис. 2. Среднесагиттальный разрез головы человека (по Шаде и др.)

Продолговатый мозг обеспечивает также непроизвольные функции — сосание, глотание, чихание, моргание и некоторые другие.

Проводящие пути продолговатого мозга связывают его со стриопаллидарной системой, корой больших полушарий, лимбической системой, ретикулярной формацией. Все проводящие пути продолговатого мозга являются продолжением путей спинного мозга.

Через *варолиев мост* проходит пирамидный (двигательный) путь, пути от коры к мозжечку, общечувствительный путь, путь от ядер слухового нерва. В варолиевом мосту находятся несколько ядер, в том числе ядра слухового, лицевого и тройничного нервов. В стволе мозга расположена ретикулярная (сетевидная) формация. Ее волокна переплетаются со всеми проходящими через ствол мозга чувствительными и двигательными путями. Ретикулярная формация оказывает энергорегулирующее воздействие на кору больших полушарий. Более сложно организованными частями центральной нервной системы являются *стволовые и подкорковые ядра*, благодаря которым осуществляются элементарные безусловно-рефлекторные голосовые реакции типа вскрикивания, стона, плача, смеха.

Подкорковые (базальные) ядра располагаются в толще белого вещества полушарий мозга. Главные из них — *полосатое тело*

(striatum) и *бледный шар* (pallidum). Они имеют сложную внутри-мозговую архитектуру и объединяются под общим названием «стриопаллидарная система».

Стриопаллидарная система — важное в функциональном отношении образование. Стриопаллидарная система является, в свою очередь, составной частью экстрапирамидной системы, которая участвует в реализации двигательных актов. Стриопаллидарная система осуществляет перераспределение тонуса мышц в процессе выполнения движений, подготавливает их к двигательной активности (фоновый тонус). Благодаря этой системе в онтогенезе вырабатывается плавность движений, постепенно они становятся более экономными и автоматизированными.

Считается, что данная система обеспечивает ритм движений, в том числе и речевых, а также принимает непосредственное участие в автоматизации двигательного акта.

Стриопаллидарная система связана с корой головного мозга, пирамидной системой и некоторыми другими образованиями.

Часть подкорковых ядер входит в другую функциональную систему — *лимбическую*. Под этим термином понимают комплекс тесно взаимосвязанных структур мозга, которые играют важную роль в регуляции памяти эмоций и вегетативно-соматических реакций организма. Данный комплекс обеспечивает эмоционально-адаптивные поведенческие реакции, мотивационные формы поведения.

В лимбической системе важное значение имеет *таламус*. Он принимает участие в активизации процесса внимания и в организации эмоций (рис. 3).

Именно на уровне таламуса формируются вегетативные и некоторые психические компоненты эмоций. Таламус принимает участие и в контроле за спонтанной речью.

Тесная связь таламуса со стрипаллидарной системой проявляется в обеспечении им сенсорного компонента автоматизированных движений.

Область, находящаяся непосредственно под таламусом, — *гипоталамус* — является сложным рефлекторным аппаратом, благодаря которому поддерживается постоянство внутренней среды организма (гомеостаз). Гипоталамус контролирует деятельность всех эндокринных желез. Эта часть мозга является центром, регулирующим состояния: сон — бодрствование. Гипоталамус обеспечивает вегетативные реакции, сопровождающие эмоции (частоту сердечных сокращений, дыхание, потоотделение и т. д.).

Таламус выполняет функцию коллектора и коммутатора всех возбуждений, поступающих от рецепторов в головной мозг (кроме обоняния), т. е. производит предварительный анализ и синтез импульсов от всех органов чувств и направляет их в соответствующие зоны мозга.

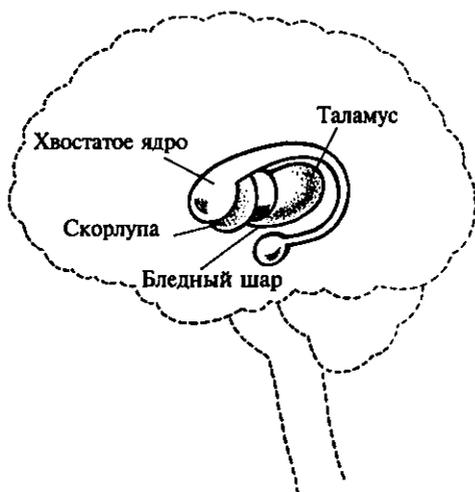


Рис. 3. Схематическое изображение стриопаллидарной системы

Особенность лимбической системы состоит в том, что между ее анатомическими структурами есть простые двухсторонние и сложные связи, образующие множество замкнутых кругов. Такая организация создает условия для длительного циркулирования одного и того же возбуждения, сохранения в данной системе единого функционального состояния, а также распространения его на другие системы мозга.

Мозжечок выполняет очень важную функцию — координацию движений, регуляцию мышечного тонуса и равновесие. Благодаря его деятельности обеспечивается точность, целенаправленность движений. Мозжечок имеет тесные связи со многими отделами нервной системы.

У человека под влиянием социальной среды в процессе онтогенеза формируются особые *структуры коры больших полушарий мозга*, функция которых обеспечивает речевой праксис (рис. 4).

Кора головного мозга — наиболее дифференцированный отдел центральной нервной системы. Для коры больших полушарий характерно обилие межнейронных связей, которые развиваются наиболее интенсивно до 18 лет.

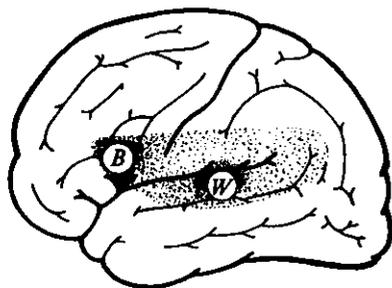


Рис. 4. Схематическое представление расположения зон Брока и Вернике в коре больших полушарий

Собственно речевые движения являются одним из видов произвольных движений. Возбуждение, возникая в двигательных областях коры, передается мышцами речевых органов. Пирамидный путь (кортико-нуклеарный) проводит импульсы от коры мозга в первую очередь к ядрам черепно-мозговых нервов, располагающихся в продолговатом и спинном мозге, и к другим структурам нижележащих функциональных уровней.

В самой нижней части премоторной извилины левого полушария (главным образом, у правой) расположена височная область, в центре которой находится зона Брока, которая реализует двигательную сторону речи. На заднем участке височной извилины, на стыке первичной слуховой и двигательной коры головного мозга находится зона Вернике, отвечающая за восприятие речи.

Центры речи (в том числе письма, счета) как ограниченные участки мозга, где «заложена» конкретная функция, выделяются условно. Они расположены на стыках тех зон мозга, где заканчиваются нервные пути от различных органов чувств. Считается, что именно там осуществляется высший корковый анализ, необходимый для реализации таких функций, как зрение, слух, осязание и т. п. Для развития такого мощнейшего психического и психомоторного акта, как речь, необходимо формирование функциональных связей между определенными корковыми зонами. Стыки этих зон и создают как бы центры речи.

Еще в XIX в. установлена асимметрия локализации речевых зон. Многочисленные современные нейрохирургические данные свидетельствуют о том, что организация речи осуществляется при взаимодополняющем постоянном взаимодействии двух полушарий. К настоящему времени накоплены данные о том, что у человека имеются биологически различия в организации и функционировании полушарий мозга, которые создают предпосылки к детерминации когнитивных процессов. Целый ряд структур левого полушария мозга характеризуется большими различиями по сравнению с симметричными отделами правой гемисферы. Особенно это выражено во вторичных отделах слуховой коры, так же как и в задней части постцентральной извилины, обеспечивающей кинестетическую афферентацию артикуляционного аппарата.

Большой объем левой височной доли, по сравнению с правой, по-видимому, определяет не только локализацию речевой функции, но и дальнейшее развитие праворукости (т. е. доминантность полушария по речи определяет асимметрию двигательных реакций, а не наоборот).

Нейроанатомические различия имеются не только в речевых зонах, но и в других структурах, в первую очередь — затылочных и верхнетеменных. Три основные модальности (т. е. ощущение звука, света, осязания) наиболее представлены в левой гемисфере (у правой). Величина правой лобной коры больше левой, что

позволяет исследователям связывать обеспечение наиболее сложных уровней регуляции психической активности с правым полушарием.

С разными полушариями связан и характер эмоционального реагирования. Асимметрия эмоциональной сферы выражается в преимущественной ответственности левого полушария за формирование положительных эмоций, а правого полушария — отрицательных.

Известно, что повреждение левого полушария на ранних этапах онтогенеза не приводит к алалии, так как в правом полушарии имеются нейроанатомические предпосылки для развития «речевых» зон. В то же время при поражении правого полушария нарушаются невербальные психические функции, что не компенсируется левым полушарием.

С деятельностью правого полушария связывают регулирование активности речевых центров левого полушария, обеспечение помехоустойчивости речевого слуха, интонационные характеристики речи, конкретность и предметность высказываний.

С деятельностью левого полушария связаны, главным образом, языковые уровни: фонологическая система, морфологический механизм словообразования, синтаксическое структурирование высказывания, кратковременная и долговременная словесная память.

Установлено, что только 15 % леворуких имеют центры речи в правом полушарии. У 70 % леворуких эти центры представлены в левом полушарии, у 15 % — билатерально.

Преимущественная роль отдельного полушария проявляется лишь в определенной фазе формирования или реализации речи.

Экспериментальные данные последних лет показывают, что в решении любой задачи участвуют оба полушария независимо от вербального или невербального способа обработки информации. В процессе реализации любой задачи, требующей сенсорного или моторного решения, на разных стадиях вовлекаются в деятельность структуры обоих полушарий. Следует четко представлять то, что в действительности межполушарная асимметрия имеет более сложный характер, чем это известно к настоящему времени.

А. Р. Лурия выделяет три функциональных блока в деятельности мозга. Первый блок — это подкорковые структуры и структуры лимбической системы, которые обеспечивают тонус коры мозга, регулируют состояния бодрствования — сна.

Второй блок включает в себя кору задних отделов больших полушарий. Его считают основным в обеспечении познавательных процессов. В структуре второго блока выделяют три зоны. В первичных зонах осуществляется анализ раздражений от органов чувств.

Участки коры первичной зоны строго соответствуют раздражениям, идущим от определенных органов чувств (слух, зрение и

пр.). Анализ возбуждений, приходящих в первичные зоны, осуществляется во вторичных зонах. Они имеют так же, как и первичные зоны, специфическую модальность. Первичные и вторичные зоны — это корковые отделы анализаторов (зрительного, слухового и др.). К третичным зонам относят зоны перекрытия корковых отделов анализаторов, где происходит интеграция полученной чувственной информации различных модальностей.

Третий блок мозга включает в себя передний отдел больших полушарий, куда входят моторные, премоторные и префронтальные области. Этот блок обеспечивает регуляцию и контроль социального поведения.

Моторная организация речевого акта обеспечивается вторичными отделами постцентральной области и нижними отделами левой премоторной области. В постцентральной области происходит анализ ощущений движения речевых органов. Эти ощущения поступают от мышц речевых органов (кинестезии). В премоторной области синтезируются программы речедвигательного акта (кинемы). В третичных отделах коры больших полушарий осуществляется сложнейшая аналитико-синтетическая деятельность, вследствие которой акустико-моторная информация, поступающая из вторичных зон, перекодируется в смысловые схемы.

Результатом деятельности речевых областей мозга является импульсация, которая проводится сначала к ядрам периферических нервов, а затем с их помощью к мышцам речевого аппарата.

Таким образом, речь представляющая собой сложнейший феномен человеческой психики, формируется в результате взаимодействия различных уровней и областей мозга. Наличие и качественные характеристики речи зависят от совместной синхронной работы многих зон коры правого и левого полушарий при условии функционирования нижележащих структур мозга.

1.2. АКУСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УСТНОЙ РЕЧИ

Устная речь характеризуется многими физическими параметрами. Наряду с ее содержательной стороной большое значение для восприятия слушателем имеет *просодическая сторона* речи.

Просодия, по мнению Н. И. Жинкина, является высшим уровнем развития языка. Просодическое оформление текста подчинено семантико-синтаксической задаче речевого высказывания. Оно включает совокупность психофизиологических, ситуационных, потребностно-мотивационных и экстралингвистических показателей. Этот комплекс в конечном счете и определяет акустико-артикуляционные характеристики просодии в целом.

Основной составляющей просодии является *интонация*. Через интонацию выявляется смысл речи и ее подтекст. Поскольку ин-

тонация определяет иерархию элементов языка в высказывании, речевая интонация и эмоциональное состояние человека тесно связаны. Речь без интонации невнятна и непонятна. Интонация представляет собой одну из важнейших сторон устной речи. Прежде всего она отражает коммуникационные намерения говорящего, его эмоциональное состояние, отношение к предмету речи или собеседнику. С помощью интонации говорящий эмоционально воздействует на слушателя.

Интонация — сложное явление, включающее в себя несколько акустических компонентов. Это тон голоса, его тембр, интенсивность или сила звучания голоса, пауза и логическое ударение, темп речи. Все эти компоненты участвуют в членении и организации речевого потока в соответствии со смыслом передаваемого сообщения.

Акустическими коррелятами интонационных характеристик являются изменения интенсивности и частоты основного тона голоса, а также длительности отдельных фонетических элементов. Тон голоса формируется при прохождении воздуха через глотку, голосовые складки, полости рта и носа.

Дополнительной артикуляционно-акустической окраской голоса является тембр («цвет голоса»). Если тон голоса может быть общим для многих людей, то тембр голоса так же индивидуален, как отпечатки пальцев.

Все интонации можно разделить на две основные группы: логико-смысловые и эмоциональные. Логико-смысловые интонации передают повествование, вопрос, противопоставление, перечисление, уточнение и т. д. Эмоциональные интонации передают все оттенки эмоционального отношения человека к предмету разговора.

Отдельные характеристики просодии объединяются и координируются между собой темпо-ритмической организацией речевого потока.

Темп речи принято определять как скорость ее протекания во времени или как число звуковых единиц, произносимых в единицу времени. Звуковой единицей могут быть звук, слог и слово. Темп речи может определяться как скорость артикуляции и измеряться числом звуковых единиц, произносимых в единицу времени. У взрослого темп речи в спокойном состоянии варьирует от 90 до 175 слогов в минуту.

В практике выделяют три основных темпа: нормальный, быстрый и медленный. Темп у одного и того же человека может быть как стабильным, так и изменяющимся. Стабильный темп речи может реализовываться только на коротких отрезках сообщения.

Темп играет значительную роль в передаче эмоционально-модальной информации. Резкие отклонения темпа речи от средних величин — как ускорение, так и замедление — мешают восприятию смысловой стороны высказывания.

Темп речи во многом определяет своеобразие другого параметра речи — ритма. *Ритм речи* представляет собой звуковую организацию речи при помощи чередования ударных и безударных слогов. Темп и ритм находятся в сложной взаимосвязи и взаимозависимости.

Различают ряд компонентов ритма. Основным свойством речевого ритма является регулярность. Метрические признаки ритма составляют его «скелет», что отражено в метрических схемах (количество и порядок ударных и безударных слогов). Различают еще и неметрические признаки ритма, которые входят в понятие мелодики речи.

Темпо-ритмическая организация устной речи объединяет и координирует все составляющие устной речи, включая лексико-грамматическое структурирование, артикуляторно-дыхательную программу и весь комплекс просодических характеристик.

В настоящее время можно говорить о таких понятиях, как темпо-ритмо-интонационное членение речи, которое возникает не в результате звуковой аранжировки, готовой лексико-синтаксической структуры высказывания, а в процессе текущего формирования мысли и ее вербализации. Темпо-ритмо-интонационное членение пронизывает все фазы построения высказывания, начиная от намерения говорящего (интенция), включает лексико-синтаксическое структурирование, а также моторно-дыхательную ритмизацию речевого потока (артикуляция и дыхание).

В роли элементарной единицы просодии выступает *синтагма*, т. е. отрезок высказывания, объединенный интонационным и смысловым значением. Она имеет физиологическую целостность и ограниченность и выступает как ритмический период устной речи. Синтагма связана со смыслом, а значит, с синтаксисом и интонацией. В прозе синтагма в среднем включает 2—4 слова, а в стихе — 2—3 слова. Она произносится на одном речевом выдохе и представляет собой единый артикуляционный комплекс.

Синтагму, произносимую на одном речевом выдохе, без пауз в процессе непрерывной артикуляции, можно связывать с понятием плавности речи. *Плавная речь характеризуется единым артикуляционным комплексом произнесения синтагмы на одном речевом выдохе.*

В нормальной речи плавность органически сочетается с паузами, которые являются необходимым компонентом речевого высказывания. Их длительность и характер распределения в речевом потоке во многом определяют ритмико-мелодическую сторону интонации.

Паузу принято определять как перерыв в звучании голоса на определенное время. Акустическим коррелятом паузы является падение интенсивности голоса до нуля, а физиологическим — перерыв в работе артикуляционных органов. Самые короткие паузы связаны с особенностями произношения смычных согласных.

918 195

Они характеризуются отсутствием голоса на тот период, пока органы артикуляции находятся в сомкнутом состоянии перед «взрывом». В среднем они длятся около 0,1 с.

В процессе устной речи периодически появляется необходимость сделать вдох для удовлетворения биологических потребностей и для поддержания оптимального подсвязочного давления. Это происходит в момент так называемых дыхательных пауз. Их частота и длительность зависят от общего темпа речи и границ синтагм. Эти паузы несут на себе и смысловую нагрузку, так как членят текст на смысловые отрезки. Продолжительность пауз составляет в среднем 0,5—1,5 с.

В контекстной устной речи, в отличие от чтения, паузы встречаются не только на границах синтагм, но и внутри них. Их продолжительность очень переменчива. Эти паузы получили название *паузы хезитации*. Существует несколько гипотез относительно пауз хезитации. Считается, что эти паузы характеризуют период напряженной умственной деятельности, связанной с решением мыслительной задачи («Что сказать?»), а также с осуществлением планирования высказывания на лексико-грамматическом уровне, т. е. длительность пауз отражает мыслительную активность говорящего в процессе внутрениречевого планирования высказывания.

Все акустические характеристики устной речи постепенно оформляются в процессе речевого онтогенеза и становятся достаточно стабильными и индивидуальными у взрослого человека.

1.3. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ УСТНОЙ РЕЧИ

Устная речь — результат функционирования очень сложной системы, состоящей из ряда подсистем.

Согласно концепции П. К. Анохина (1975) функциональная система включает в себя афферентный синтез, который программирует действие (программу действия) на основе фило- и онтогенетической памяти, эмоций, ориентировочного рефлекса, обстановочных афферентаций, доминирующей мотивации и обратных афферентаций.

По П. К. Анохину, любая функциональная система формируется для получения полезного организму результата.

1.3.1. Функциональная система поведенческого акта

Функциональные системы — это динамические, саморегулирующиеся организации, деятельность которых способствует получению жизненно важных для организма приспособительных результатов.

В живом организме можно выделить три группы приспособительных результатов:

1) ведущие показатели внутренней среды, определяющие нормальный метаболизм тканей; сюда относятся давление крови, уровень сахара и пр.;

2) результаты поведенческой деятельности, удовлетворяющие основные биологические потребности организма;

3) результаты деятельности человека, удовлетворяющие его социальные потребности, обусловленные его положением в определенной общественно-экономической формации.

Любая функциональная система включает следующие универсальные для разных систем узловые механизмы:

1) полезный приспособительный результат (например, формирование акта ходьбы как одного из видов произвольных движений человека);

2) рецепторы результата (например, весь комплекс ощущений, получаемых организмом в процессе ходьбы: кожная, мышечная, суставная и прочая чувствительность и т. п.);

3) обратная афферентация от рецептора результата к центральным образованиям функциональной системы (т. е. получение информации центральными образованиями ЦНС о том, как совершается данный двигательный акт);

4) центральная архитектура, представляющая собой избирательное объединение нервных элементов различных уровней (т. е. все образования ЦНС, которые имеют отношение, например, к двигательному акту);

5) исполнительные соматические, вегетативные и эндокринные компоненты, включая организованное целенаправленное поведение.

Как целостное образование любая функциональная система имеет вполне специфические для нее свойства, придающие ей пластичность, подвижность и какую-то степень независимости от готовых сложившихся конструкций различных связей как в пределах ЦНС, так и в масштабе всего организма. Функциональная система может вовлекать любые структуры организма, расположенные в разных его местах. Единственным критерием полноценности этих объединений является конечный приспособительный эффект для целого организма.

Приспособительный эффект служит основным задачам выживания организма или в той или иной степени жизненно необходим человеку. Очевидно, что функциональная система представляет собой разветвленную физиологическую организацию, составляющую конкретный физиологический аппарат, служащий поддержанию жизненно важных функций организма.

Наряду с функциональными системами, которые располагают врожденными механизмами с постоянным конечным результатом

и поддерживают гомеостаз, имеются функциональные системы, которые формируются на основе выработки условного рефлекса или на основе использования прошлого опыта из аппарата памяти мозга.

Несмотря на определенные качественные различия этих функциональных систем, принципиальные архитектурные особенности у них общие: их деятельность служит получению конечного приспособительного эффекта.

Каждая функциональная система представляет собой до некоторой степени замкнутую систему благодаря постоянной связи с периферическими органами и особенно за счет постоянной афферентации от этих органов. Состояние каждой функциональной системы находится в тесной зависимости от качества и количества афферентных импульсов. Эти импульсы могут быть как прямыми, т.е. являющимися стимулами к совершению действия, так и обратными афферентациями, сигнализирующими о качестве полученного результата действия.

Всякая функциональная система обладает регуляторными свойствами, присущими ей как целому и отсутствующими у ее частей.

Чрезвычайно важное регулятивное свойство функциональной системы заключается в том, что при любом дефекте в одной из ее частей, приводящем к нарушению полезного эффекта, происходит перестройка составляющих ее процессов.

Наиболее отчетливой закономерностью системной деятельности является прогрессивное снижение значимости неведущих афферентных влияний из общей суммы афферентации данной системы (например, снижение зрительного контроля при автоматизации движений). Итогом сужения афферентации всегда является сохранение какой-то остаточной, иногда очень ограниченной, «ведущей афферентации» (например, слуховой оценки устной речи).

Интегративный характер функциональной системы проявляется в том, что при любом нарушении ведущих афферентных импульсаций или при отклонении в конечном результате мгновенно вступают в действие «резервные афферентации», т.е. «незначимые» ранее импульсы, вследствие чего функциональная система как целое сохраняет свою полезную для организма архитектуру.

Афферентный синтез как специфический механизм функциональной системы

Всякому результату действия обязательно предшествует стадия синтеза разнородных по качеству возбуждений.

Физиологический смысл любого из внешних и внутренних раздражений состоит в том, что оно может иметь пусковой характер (например, сигнал к началу выполнения какого-либо действия) или может быть своеобразным фактором, который подготавливает интегрированную реакцию.

Вопрос о том, какой результат должен быть получен, решается мозгом на стадии *афферентного синтеза*, который представляет собой отбор избирательных возбуждений к речевым мышцам, совершающим нужные действия.

Школой П. К. Анохина были выделены основные формы афферентации, из которых складывается стадия афферентного синтеза.

Афферентный синтез не может совершаться без взаимодействия всех тех возбуждений, которые рождаются в рецепторных аппаратах, возникают на подкорковом уровне и затем в различных комбинациях поднимаются до клеток коры больших полушарий. Именно на уровне коры головного мозга происходит наиболее полное взаимодействие восходящих возбуждений, в результате которого формируется цель действия.

На стадии афферентного синтеза происходит тесное взаимодействие мотивационных возбуждений с возбуждениями, обусловленными действием на организм внешних обстановочных афферентаций и специальных пусковых раздражителей. Это взаимодействие строится на основе доминантных взаимоотношений. В каждом конкретном случае может доминировать возбуждение, либо сформированное на основе внутренней потребности организма, либо обусловленное воздействием на организм внешних раздражителей. Каждое из этих возбуждений в построении целенаправленной деятельности использует механизм генетической и индивидуальной памяти.

Афферентный синтез чрезвычайно многогранен в тех случаях, когда формируется поведенческий акт. Ни один поступок и ни одна цель поведения не могут быть сформированы без предварительного сопоставления многочисленных внутренних и внешних сигнализаций организма, т. е. без афферентного синтеза.

Доминирующая мотивация. Любой поведенческий акт направлен на удовлетворение потребности организма. Если потребности нет, то нет и избирательной системы возбуждений (например, пищевых и других жизнеобеспечивающих потребностей). Трудно представить себе поведенческий акт без соответствующего побуждения. Любая внешняя информация, попадающая в ЦНС, сопоставляется и оценивается «на весах» мотивации, доминирующей в данный момент.

Доминирующая мотивация играет роль фильтра, который отбирает нужное для удовлетворения потребности и отбрасывает «лишние» раздражители, неадекватные для исходной мотивационной установки. Другими словами — в данный момент определяется значимость афферентной информации для господствующих мотивационных возбуждений. Она, т. е. доминирующая мотивация, подбирает информацию, необходимую для выработки решения к действию с целью получения соответствующего приспособительного эффекта.

Обстановочная афферентация. Этот вид раздражений относится не только к стационарной обстановке, в которой осуществляется тот или иной поведенческий акт, но и включает большое число последовательных и одновременных раздражителей, которые в конечном счете создают общую ситуацию для реализации действия. Эти раздражители обуславливают предпусковую интеграцию возбуждения, которая позволяет организму быть готовым к осуществлению определенного действия.

Пусковая афферентация — это стимул, или условный раздражитель, по И. П. Павлову.

Память. Большую роль в афферентном синтезе играют механизмы памяти, аккумулирующей прошлый опыт живого организма, как генетический, так и онтогенетический. Совокупность обстановочных и пусковых афферентаций тесно связана с мобилизацией из аппаратов памяти необходимых компонентов, способных сделать поведенческий акт максимально точным.

Ориентировочный рефлекс впервые был описан И. П. Павловым и назван рефлексом на новизну, или рефлексом «Что такое?». Этот рефлекс имеет два нейрофизиологических компонента: корковый и подкорковый. Появление ориентировочного рефлекса связано с активацией гипоталамуса и ретикулярной формации, которые тонизируют кору больших полушарий мозга снизу вверх, а угашение его связано с активным корковым тормозным процессом, который идет сверху вниз.

Принятие решения. На этой стадии происходит выбор ведущей для данного момента «линии поведения».

Процесс «принятия решения» неизбежно является выбором одной определенной формы поведения. Этот выбор может протекать быстро, автоматически, т.е. автоматизированным путем. Он может включать и сознание, тогда выбор совершается значительно медленнее.

Проследить затруднение выбора можно на многих примерах. Чаще всего оно возникает при наличии сильной ориентировочной реакции, т.е. при получении новой информации, которую организм не связывал до этого с ожидаемым результатом действия. Рефлекс «Что такое?» часто тормозит действие, не дает ему проявиться вовсе. Например, человеческий мозг способен улавливать тончайшие нюансы в процессе коммуникативной функции, и здесь принятие решения протекает, как правило, с участием сознания. Импульсивные поступки могут возникать в тех случаях, когда кора избыточно возбуждена или заторможена.

Второй существенный объективный признак «принятия решения» — соотношение между большим объемом исходной афферентации, использованной в стадии афферентного синтеза, и строго определенным ограниченным количеством афферентных возбуждений, которые используются после «принятия решения» для формирования поведенческого акта.

Нейрофизиологические данные последних лет отчетливо показали, что к одному и тому же нейрону могут конвергировать самые разнообразные формы возбуждений. Таким образом, «принятие решения» — это критический пункт, в котором происходит быстрое освобождение «избыточных степеней свободы» и организация комплекса афферентных возбуждений, способных обеспечить вполне определенное действие.

Результат действия как самостоятельная физиологическая категория. Центральные афферентные возбуждения в комплексе формируют *программу действия*. Непосредственно после «принятия решения» реализуется поток афферентных возбуждений, который обеспечивает периферическое действие в соответствии с программой действия.

Очевидно, что действие совершается не ради самого действия. Организм интересуется *конечный результат*: соответствует ли достигнутое желаемому.

Целенаправленное поведение постоянно находится под контролем поступающих от проприорецепторов потоков *обратной афферентации* в процессе осуществляемого действия. Кроме того, динамически происходит оценка этапных результатов совершаемого действия.

За счет процессов постоянного сравнения этапов действия и его результатов во внешней среде, благодаря обратным афферентациям и коррекции афферентного синтеза, достигается *конечный приспособительный результат*. Таким образом, целенаправленный поведенческий акт заканчивается последней «санкционирующей» стадией («санкционирующая» обратная афферентация).

Обратная афферентация. Впервые большую роль мышечных афферентных импульсов отметил И. М. Сеченов (1863), однако подчеркивая при этом лишь всеобъемлющее значение кинестезии, т. е. участия мышечных импульсов во всех проявлениях организма животного и человека.

Представления об обратной афферентации связаны с информацией организма о результатах совершенного действия, которая дает возможность организму оценить, насколько оно успешно выполнено. Это не только проприорецепция. Эта оценка шире, она позволяет организму получить информацию о том, удовлетворяет ли его совершенное действие или его надо повторить, изменить и т. д.

Всю категорию обратных афферентации (по П. К. Анохину) можно разделить на две формы: поэтапную обратную афферентацию, которая соответствует осуществлению определенного этапа данного поведенческого акта, и «санкционирующую» обратную афферентацию, которая закрепляет наиболее успешную интеграцию афферентных возбуждений и завершает логическую функциональную единицу поведения.

Количество этапов выполнения действия зависит от широты задачи и от характера действия. В простейших случаях этапная афферентация может стать и «санкционирующей», т. е. конечной.

Корректирующее вмешательство обратной афферентации происходит только тогда, когда нарушаются стандартные функциональные взаимоотношения в пределах целой функциональной системы.

Санкционирующая стадия. На этой стадии происходит оценка организмом результата своего целенаправленного действия. Иными словами, параметры достигнутого результата (через возбуждение соответствующих рецепторов) вызывают потоки обратной афферентации. Если характер обратной афферентации соответствует ранее запрограммированной модели (как бы «сличение» того, что надо получить, с тем, что вышло на самом деле), то происходит удовлетворение ведущей потребности, и поведенческий акт заканчивается.

В состав афферентного контрольного аппарата входят все параметры вероятных результатов будущего действия. По П. К. Анохину, это акцептор результата действия, по Е. Н. Соколову — модель результата действия.

Аппарат акцептора результата действия. П. К. Анохин (1968) и Е. Н. Соколов (1972) разработали представления о том, что внешнему действию всегда предшествует стадия формирования модели результата данного действия. Всякий раз создаются условия для сравнения реально достигнутых результатов с результатами, запрограммированными на основе предшествующего опыта. Это позволяет животному или человеку исправлять ошибки своей поведенческой деятельности.

Целенаправленный поведенческий акт заканчивается не просто действием, а полезным приспособительным результатом, удовлетворяющим доминирующую потребность.

Согласно П. К. Анохину именно полезный результат является подлинным системообразующим фактором.

Таким образом, *функциональная система — это результат интегративной деятельности целого организма, который складывается динамически для достижения любого его приспособительного акта на основе определенных взаимоотношений, объединяющих специальные центральные и периферические образования.*

1.3.2. Функциональная система устной речи

Реализация речи обусловлена работой многих мозговых механизмов. Каждое звено этих механизмов выполняет относительно самостоятельную нагрузку. Целостный акт устной речи (поведенческий акт) подразумевает организацию сложной функциональной системы (рис. 5).



Одно из важнейших свойств функциональной системы — САМОРЕГУЛЯЦИЯ. При заикании этот механизм нарушается.

Рис. 5. Функциональная система речи¹

Речевая артикуляция, как известно, осуществляется в результате деятельности сложной сенсомоторной системы, итогом которой является приведение в готовность оральной, фонаторной и дыхательной мускулатуры к выполнению артикуляторной задачи согласно программе, интегрированной в мозге.

В функциональной системе экспрессивной речи роль организующего фактора играют кинестетические и слуховые афферентации, полученные от результата действия, т.е. устной речи. Это подтверждает известное высказывание И. П. Павлова о том, что особое значение для развития речи имеют кинестетические раздраже-

¹ В основу положены представления, развитые П. К. Анохиным. См.: Узловые вопросы функциональной системы. — М., 1980.

ния речевых органов. Именно поэтому И. П. Павлов считал кинестезию базисом, или «базальным компонентом речи»¹.

Одной из составляющих афферентного синтеза в функциональной системе является *филогенетическая и онтогенетическая речевая память*. Первая представлена в речевой системе врожденной программой артикуляторных движений. В период гуления и первых стадий лепета (примерно до 6 месяцев жизни) эта программа реализуется независимо от состояния слуха детей. Для ее осуществления необходима целостность и достаточная зрелость анатомо-физиологических связей. Внешние раздражители (слуховые, зрительные) не влияют на ее выполнение. В этот период происходит самовозбуждение системы и циркуляции возбуждения без стимуляции извне (слепые и глухие дети также имеют период гуления и лепета). На этом этапе развития ребенок способен произносить разнообразнейшие звуки, которые не входят в систему родного языка.

На ранней стадии онтогенеза речи идет диффузная обработка фонаторно-дыхательных механизмов, лежащих в основе устной речевой. *Филогенетически заложенная большая «степень свободы» произносимых в этом возрасте звуков является предпосылкой к овладению в дальнейшем фонетической системой любого языка.*

Собственно онтогенез речевой функции (формирование онтогенетической речевой памяти) начинается с *поздних этапов лепета, когда для дальнейшего развития речи становятся необходимыми слуховые афферентации, связанные с фонемами родного языка.* Для овладения речью ребенку нужен слуховой (в особенности) и зрительный контакт с человеком. Присущее раннему этапу лепетного «языка» большое разнообразие генетически обусловленных звуков уменьшается. Часть голосовых рефлексов угасает, другая часть — подкрепляется и упрочивается при подражании окружающим людям, появляются новые артикуляторные комплексы, образуя со временем систему речедвигательных рефлексов.

Известно, что восприятие речевых сигналов идет через фонемы — элементарные структуры слова. Усвоение фонемного состава слова связано с образованием в речедвигательной памяти устойчивой «фонемной решетки» (Н. И. Жинкин, 1952).

В последующем возрастном периоде, от 1,5 до 6 лет, идет интенсивное накопление словаря и овладение грамматически оформленной речью в процессе общения.

Овладение языком предполагает точную дифференциацию всех элементов слышимой, произносимой или читаемой речи (фонем, артикулем, графем), и этот анализ неизбежно связан с речедвигательным произнесением слов вслух, шепотом или про себя. Правомерно считать, что именно в дошкольном возрасте у детей, благодаря постоянной кинестетической и слуховой оценке (обратная

¹ Павлов И. П. Труды. — М., 1951. — Т. 3. — Ч. 2. — С. 135.

афферентация) результата действия перебираются все степени свободы и оставляются только те, которые содействуют получению данного результата (П. К. Анохин, 1968), т.е. фонетическому эталону родного языка.

У здоровых детей в 6 лет, несмотря на хорошее развитие экспрессивной речи, сформированы лишь основные параметры речеобразовательных механизмов: речедвигательные программы действия остаются непрочными, легко нарушаются при усложнении задачи, координаторные взаимоотношения артикуляторно-дыхательных компонентов речи неустойчивы, т.е. речевой моторный акт является недостаточно автоматизированным. К 10 годам артикуляторно-дыхательные компоненты речевой функциональной системы становятся более координированными, избирательными и экономичными.

Функциональная система речевой деятельности — наиболее сложная и важная в системе поведенческой деятельности человека.

Представление о функциональной системе речи, знание о том, как формируется программа речевых движений, какое значение имеют специфические и неспецифические афферентации, позволяют более глубоко рассмотреть патогенез речевых нарушений и, в частности, заикания.

Рассмотрение патогенетических механизмов заикания через призму представлений о функциональной системе также дает возможность проанализировать нарушение программы действия на стадии афферентного синтеза и выделить то его звено, которое ведет к патологическому результату действия.

Знание о том, как на стадии афферентного синтеза с введением новых афферентаций можно изменить программу действия, а следовательно, и качество устной речи как результата действия, позволяет по-новому проанализировать механизм коррекционных воздействий при заикании.

Для того чтобы наиболее полно представить себе функциональную систему речи и ее нарушение при заикании, необходимо обратиться к речевому онтогенезу.

1.4. РЕЧЕВОЙ ОНТОГЕНЕЗ

Анатомические и функциональные особенности ЦНС и периферического речевого аппарата продолжают свое становление после рождения ребенка и достигают зрелого уровня только в процессе общесоматического, полового и нервно-психического развития.

Первый год жизни, несмотря на то что ребенок еще не говорит, очень важен для развития тех систем мозга и психической

деятельности, которые связаны с формированием речи. Устная речь предполагает наличие голоса, крик ребенка в первые недели и месяцы жизни характеризует состояние тех врожденных нервных механизмов, которые будут использованы при становлении речи. Крик здорового ребенка — звонкий и продолжительный, сопровождается коротким вдохом и удлинённым выдохом.

Вскоре после рождения крик приобретает различную обертоновую окраску в зависимости от состояния ребенка. Так, крик «голода» отличается от крика, связанного с охлаждением или другими состояниями дискомфорта (протопатическими, т. е. врожденными чувствами). Крик является первой интонацией, значимой по своему коммуникативному содержанию, которая в дальнейшем оформляется как сигнал недовольства.

К 2—3-му месяцам жизни крик ребенка значительно обогащается интонационно. При крике отмечается усиление некоординированных движений рук и ног. С этого возраста ребенок начинает реагировать криком на прекращение общения с ним, удаление ярких предметов из поля зрения и т. п. Нередко дети реагируют криком на перевозбуждение, особенно перед засыпанием.

Интонационное обогащение крика свидетельствует о том, что у ребенка начала формироваться функция общения. Период интенсивного интонационного обогащения крика совпадает с определенным этапом развития моторики. Ребенок начинает держать голову вертикально, разжимать и сжимать кисть, удерживать вложенный в руку предмет. В это же время ребенок начинает прислушиваться к звукам речи, отыскивать взглядом источник звучания, поворачивать голову к говорящему, сосредотачивая свое внимание на лице, губах взрослого.

К 2—3-му месяцам жизни появляются специфические голосовые реакции — гуление. К ним относятся звуки кряхтения, радостного повизгивания. Их с трудом можно идентифицировать со звуками родного языка. Однако можно выделить звуки, которые напоминают гласные (*а, о, у, э*), наиболее легкие для артикулирования; губные согласные (*п, м, б*), обусловленные физиологическим актом сосания, и заднеязычные (*г, к, х*), связанные с физиологическим актом глотания.

В период гуления, помимо сигналов недовольства, выраженных криком, появляется интонация, свидетельствующая о состоянии благополучия ребенка, которая время от времени начинает носить выражение радости.

Периоды гуления бывают особенно длительными в моменты эмоционального общения со взрослыми. Дети пристально смотрят в лицо говорящего человека. Если в эти моменты мимика и интонация взрослого радостны, то дети отчетливо повторяют мимические движения (эхопраксия) и подражают голосовым реакциям (эхолалия).

Между 4-м и 5-м месяцами жизни начинается следующий этап предречевого развития — лепет. Этот период совпадает с формированием у ребенка функции сидения. Первоначально ребенок пытается присаживаться. Постепенно у него возрастает способность удерживать туловище в положении сидя, что обычно окончательно формируется к 6 месяцам жизни.

В этот период лепетных звуков появляется признак локализованности и структурированности слога. Голосовой поток, характерный для гуления, начинает распадаться на слоги, постепенно формируется психофизиологический механизм слогообразования.

Гуление и первый этап лепета осуществляются благодаря врожденным программам центральной нервной системы, не зависят от состояния физического слуха детей и не отражают фонетический строй родного языка, т.е. они являются филогенетической речевой памятью в функциональной системе речи — ее генетической биопрограммой.

В первом полугодии жизни идет диффузная отработка координации фонаторно-дыхательных механизмов, лежащих в основе формирования устной речи.

Лепетная речь, являясь ритмически организованной, тесно связана с ритмическими движениями ребенка, потребность в которых появляется к 5—6 месяцам жизни. Взмахивая руками или прыгая на руках у взрослых, он по несколько минут подряд ритмически повторяет слоги *та-та-та*, *га-га-га* и т.д. Этот ритм представляет собой архаическую фазу языка, что и объясняет его раннее появление в речевом онтогенезе. Поэтому очень важно давать ребенку свободу движения, которая влияет не только на развитие его психомоторики, но и на формирование речевых артикуляций.

Дальнейшее развитие речи связано с обязательным речевым (слуховым) и зрительным контактом со взрослым человеком, т.е. необходима сохранность слуха (в первую очередь) и зрения. После 6 месяцев жизни появляются звуки, сходные с фонетической системой родного языка. На этом этапе онтогенеза лепетного языка у ребенка с сохранным слухом прослеживаются явления аутоэхолалии. Ребенок подолгу повторяет один и тот же открытый слог (*ва-ва-ва*, *га-га-га*). Можно заметить, как он сосредоточенно слушает себя (второй этап в развитии лепета).

После 8 месяцев постепенно звуки, не соответствующие фонетической системе родного языка, начинают угасать. Появляются новые речевые звуки, сходные с фонемами речевого окружения.

В этот период развития ребенка начинает формироваться собственная онтогенетическая память. Благодаря слуховым обратным афферентациям постепенно формируется фонетическая система родного языка.

Выделяют третий этап в развитии лепета, во время которого ребенок начинает произносить «слова», образованные повторени-

ем одного и того же слога по типу «ба-ба», «ма-ма». В попытках вербальной коммуникации дети в 10—12 месяцев жизни уже воспроизводят наиболее типичные характеристики ритма и мелодики родного языка. В целях коммуникации ими используются интонационные средства. Временная организация таких доречевых вокализаций содержит элементы, аналогичные ритмическому структурированию речи взрослых. Такие «слова», как правило, не соотносятся с реальным предметом, хотя ребенок произносит их достаточно четко. Этот этап лепета обычно бывает коротким, и ребенок вскоре начинает произносить первые слова.

Сроки и темп развития понимания речи окружающих расходятся со сроками и темпом формирования устной речи. Уже в 7—8 месяцев дети начинают адекватно реагировать на слова и фразы, которые сопровождаются соответствующими жестами и мимикой. Например, ребенок поворачивает голову и глаза в ответ на вопрос: «Где баба?», «Где мама?» и т. п., т. е. в это время начинает развиваться соотношение звукового образа слова с предметом в конкретной ситуации. При многократном повторении взрослым слов в сочетании с показом предмета у ребенка постепенно образуется связь между зрительным представлением предметов и звучащим словом. Таким образом, понимание слышимого слова устанавливается задолго до того, как ребенок может его произнести. Закономерность, проявляющаяся в значительном преобладании импрессивного словаря над экспрессивным, остается у человека на всю жизнь.

Первые слова появляются к концу первого года жизни. Этот период совпадает с новым этапом развития психомоторики. Ребенок начинает делать первые шаги, в короткое время обучается ходить. Развивается активная манипулятивная деятельность рук. В захватывании кистью предметов начинает участвовать большой палец и конечные фаланги остальных пальцев.

Наблюдаются некоторые различия в темпах развития речи у мальчиков и девочек. Есть указания на то, что у девочек слова появляются на 8—9-м, у мальчиков — на 11—12-м месяцах жизни.

Произнося первые слова, ребенок воспроизводит их общий звуковой облик, обычно в ущерб отдельным звукам. Все исследователи детской речи единодушны в том, что фонетический строй речи и словарь дети усваивают не параллельно, а последовательными скачками. Освоение и развитие фонетической системы языка идет вслед за появлением слов как семантических единиц.

Первые слова, употребляемые ребенком в речи, характеризуются рядом особенностей. Одним и тем же словом ребенок может выразить чувства, желания и обозначать предмет (*Мама* — обращение, указание, просьба, жалоба). Слова могут выражать законченное целостное сообщение и в этом отношении равняться предложению. Первые слова обычно представляют собой сочетание от-

крытых повторяющихся слогов (*ма-ма, па-па, дя-дя* и т.д.). Более сложные слова могут быть фонетически искажены при сохранении части слова: корня, начального или ударного слога. По мере роста словаря фонетические искажения проступают более заметно. Это свидетельствует о более быстром развитии лексико-семантической стороны речи по сравнению с фонетической, формирование которой требует созревания фонематического восприятия и речевой моторики.

Речевая активность ребенка в этом возрасте ситуативна, тесно связана с предметно-практической деятельностью ребенка и *существенно зависит от эмоционального участия взрослого в общении*. Произнесение ребенком слов сопровождается, как правило, жестом и мимикой.

Скорость овладения активным словарем в дошкольном возрасте протекает с большой индивидуальной разницей. Особенно быстро пополняется словарь в последние месяцы 2-го года жизни. Исследователи приводят разные данные по количеству слов, употребляемых ребенком в этот период, что указывает на большую индивидуальность в темпе развития речи.

К концу 2-го года жизни формируется элементарная фразовая речь. Существуют большие индивидуальные различия в сроках ее появления. Эти различия зависят от многих причин: генетической программы развития, интеллекта, состояния слуха, условий воспитания и т.д.

Элементарная фразовая речь включает в себя, как правило, 2—3 слова, выражающие требования (*мама, дай, папа, иди, Лиле пить дать*). Если к 2,5 года у ребенка не формируется элементарной фразовой речи, считается, что темп его речевого развития начинает отставать от нормы.

Для фраз конца 2-го года жизни характерно то, что они большей частью произносятся в утвердительной форме и имеют особый порядок слов, при котором «главное» слово стоит на первом месте. В этом же возрасте дети начинают говорить с игрушками, картинками, домашними животными. К двум годам речь становится основным средством общения со взрослыми. Язык жестов и мимики начинает постепенно угасать.

Речевое развитие ребенка формируется оптимально при индивидуальном общении его со взрослыми. Ребенок должен ощущать не только эмоциональное участие в его жизни, но и постоянно на близком расстоянии видеть лицо говорящего. Недостаток речевого общения с ребенком существенно сказывается на его развитии — не только речевом, но и общем психическом.

На 3-м году жизни резко усиливается потребность ребенка в общении. В этом возрасте стремительно увеличивается объем общеупотребительных слов, а также возрастает возникшая в конце 2-го года жизни способность к словотворчеству.

Первоначально это явление выглядит как рифмование (*Аньюшка — подюшка*), затем изобретаются новые слова, имеющие определенный смысл (*копатка* вместо «лопатка»; *отключить дверь* вместо «отпереть дверь» и т. д.).

В речи трехлетнего ребенка постепенно формируется умение правильно связывать разные слова в предложения. От простой двухсловной фразы ребенок переходит к употреблению сложной фразы с использованием союзов, падежных форм существительных, единственного и множественного числа. Со второго полугодия 3-го года жизни значительно увеличивается число прилагательных. На 3-м году интенсивно развивается фонематическое восприятие и овладение звукопроизношением. Считается, что звуковая сторона языка при нормальном речевом развитии ребенка полностью формируется к 4—5 годам жизни.

Звуки русского языка появляются в речи ребенка в следующей последовательности: взрывные, шелевые, аффрикаты. Позднее всего дети обычно начинают произносить дрожащий *р*. Формирующиеся нормативные речевые звуки поначалу крайне неустойчивы, легко искажаются при возбуждении или утомлении ребенка.

Артикуляторная программа в онтогенезе формируется таким образом, что безударные слоги в процессе устной речи подвергаются компрессии, т. е. длительность произнесения безударных гласных значительно редуцируется. Ритмической структурой слова ребенок овладевает постепенно. В дошкольном возрасте ребенок плохо управляет своим голосом, с трудом меняет его громкость, высоту. Только к концу 4-го года жизни появляется шепотная речь.

Начиная с 4 лет жизни фразовая речь ребенка усложняется. В среднем предложение состоит из пяти-шести слов. В речи используются предлоги и союзы, сложноподчиненные и сложносочиненные предложения. В это время дети легко запоминают и рассказывают стихи, сказки, передают содержание картинок. Ребенок начинает оречевлять свои игровые действия, что свидетельствует о формировании регуляторной функции речи.

К 5 годам полностью усваивается обиходный словарь. В 5—6 лет ребенок овладевает типами склонений и спряжений. В его речи появляются собирательные существительные и новые слова, образованные с помощью суффиксов.

К концу 5-го года жизни начинается овладение контекстной речью, т. е. ребенок самостоятельно создает текстовое сообщение. Его высказывания напоминают по форме короткий рассказ. В активном словаре появляется большое количество слов, сложных по лексикологической и фонетической характеристикам. Высказывания включают фразы, требующие согласования большой группы слов.

Наряду с количественным и качественным обогащением речи, возрастанием ее объема в речи ребенка 5—6 лет наблюдается увели-

чение грамматических ошибок, неправильные изменения слов, наблюдаются нарушения в структуре предложений, затруднения в планировании высказывания.

В период становления монологической речи идет поиск адекватного лексико-грамматического оформления высказывания, что выражается в появлении пауз хезитации. *Пауза хезитации* отражает мыслительную активность говорящего, связанную с поиском адекватной лексемы или грамматической конструкции. По мнению Р. Е. Левиной, в этом возрасте аффективное напряжение ребенка относится не только к содержанию контекстной речи, но и к ее лексико-грамматическому оформлению.

Примерно к 6 годам формирование речи ребенка в лексико-грамматическом плане можно считать законченным (Р. Е. Левина, 1969).

К 7-му году жизни ребенок употребляет слова, обозначающие отвлеченные понятия, использует слова с переносным значением. К этому возрасту дети полностью овладевают разговорно-бытовым стилем речи.

Наряду с постепенным овладением лексико-грамматическим строем и фонетической системой родного языка, в дошкольном возрасте развиваются *механизмы координации между дыханием, фонойцией и артикуляцией*, что обеспечивает формирование речевого дыхания и плавности речи. В возрасте 3 лет эти механизмы находятся в фазе начального становления. В этом возрасте ребенок может произносить отдельные слова или фразы в любую фазу дыхания, как во время вдоха, так и во время выдоха, а также в период паузы между ними. Это может внешне выражаться в «захлебывании» речью, речью на вдохе и пр. (рис. 6).

В возрасте 6 лет соотношение артикуляторного и дыхательного компонентов в процессе устной речи продолжает оставаться постоянным. Однако произнесение одного слова вслух у большинства детей уже происходит в фазе начала выдоха. При этом длительность выдоха соответствует выполняемой речевой задаче, т. е. длине произносимого слова или фразы, состоящей из двух-трех слов. В то же время в процессе произнесения сложной фразы дыха-

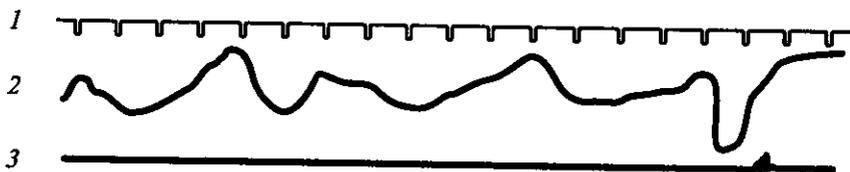


Рис. 6. Характеристика дыхания в процессе устной речи у ребенка 3 лет. (Регистрируется речь на вдохе.)

1 — время, с; 2 — пневмограмма (регистрация дыхания); 3 — фонограмма (регистрация голоса)

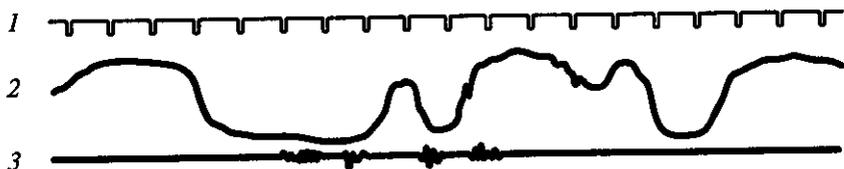


Рис. 7. Характеристика дыхания в процессе устной речи у ребенка 6 лет. (Регистрируется нарушение дыхания в процессе произнесения фразы.)
1 — время, с; 2 — пневмограмма (регистрация дыхания); 3 — фонограмма (регистрация голоса)

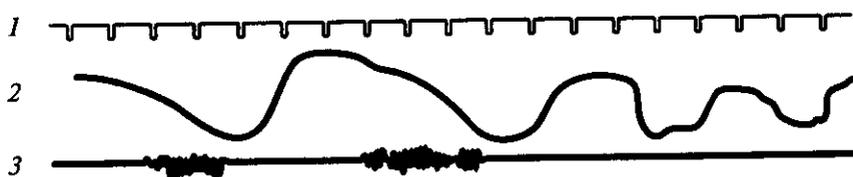


Рис. 8. Характеристика дыхания в процессе устной речи у ребенка 10 лет.
1 — время, с; 2 — пневмограмма (регистрация дыхания); 3 — фонограмма (регистрация голоса)

ние нарушается. Дети этого возраста еще не могут произнести всю фразу в процессе одного выдоха. Часть фразы может произноситься ими на вдохе, или они делают дополнительный поверхностный вдох для полного завершения фразы (рис. 7). Как видно на рис. 7, взаимосвязь дыхания и артикуляции у детей легко нарушается при усложнении речевой задачи, т.е. речедвигательный акт в целом остается недостаточно автоматизированным.

У детей 10 лет так же, как и у взрослых, произнесение как отдельных слов, так и фразы, всегда происходит в фазе выдоха (рис. 8). К этому возрасту происходит формирование циклов речевого дыхания, которые начинают соответствовать синтагматическому делению текста.

Формирование координаторных механизмов в деятельности периферического речевого аппарата проходит сложный процесс. Становление речевого дыхания завершается лишь к 10 годам.

Таким образом, в дошкольном возрасте интенсивно формируются две основные стороны речевого процесса: психическая и речедвигательная.

Нормальное развитие речи позволяет ребенку перейти к новому этапу — овладению письмом и письменной речью.

Сензитивный период и гиперсензитивные фазы речевого развития. Весь период речевого развития от года до 6 лет считается *сензитивным*, т.е. особо чувствительным как к восприятию речи окружающих, так и к влиянию разных факторов внешней и внутрен-

ней среды. Именно в этот период дети могут особенно продуктивно освоить устную речь.

Хорошее здоровье ребенка и благоприятная речевая среда способствуют формированию высокоуровневой речи.

Если в сензитивный период развития речи организм ребенка претерпевает влияние каких-либо вредоносных воздействий (факторы риска), то нормальный процесс речевого развития нарушается. Это происходит либо вследствие устранения ряда необходимых условий для формирования речи (нарушение речевого общения со взрослыми, потеря слуха и т. п.), либо вследствие появления новых негативных факторов (резкое увеличение сенсорной информации, постоянное шумовое окружение, обилие новых людей в окружении ребенка, смена языковой среды и т. п.). Соматические и особенно нервно-психические заболевания, а также эмоциональная депривация, ограничение речевого общения могут вести к задержке, искажению и патологии речевого развития.

Помимо того, что весь период от года до 6 лет считается сензитивным для развития речи, на этом фоне отмечаются ограниченные по времени *гиперсензитивные* фазы.

Первая из них относится к периоду накопления первых слов. Условно это период от года до 1,5 лет. Гиперсензитивность этой фазы сводится, с одной стороны, к тому, что адекватное речевое общение взрослого с ребенком позволяет ребенку достаточно быстро накапливать слова, являющиеся основой для дальнейшего нормального развития фразовой речи, с другой стороны, недостаточное речевое общение со взрослым, соматические и психические стрессы легко разрушают формирующуюся речь. Это может выражаться в задержке появления первых слов, в «забывании» тех слов, которыми ребенок уже владел, и даже в остановке речевого развития.

Вторая гиперсензитивная фаза в развитии речи относится к периоду 2,5—3,5 года, когда ребенок активно овладевает развернутой фразовой речью. В это время он делает переход от несимволической к символической вербализации (от конкретных к отвлеченно-обобщенным формам общения), от односложных фраз к комплексным и иерархически организованным синтаксическим и семантическим структурам. Именно в этот период резко усложняется внутреннеречевое программирование.

Реализация ребенком речевого замысла на этом этапе сопровождается не только психическим, но и эмоциональным напряжением. Все это отражается на характере устной речи и выражается в различных показателях *неплавности*. В речи ребенка появляются паузы, которые могут возникать не только между отдельными фразами, но и в середине фраз и даже слов (дизритмия речевого высказывания). Появление пауз внутри слов, как между слогами,

так и внутри слогов, т. е. *онтогенетические паузы хезитации*, характерны только для детей в период формирования фразовой речи. Эти паузы свидетельствуют об интенсивном формировании внутрениречевого программирования.

Помимо пауз появляются повторения слогов, слов или словосочетаний — *физиологические итерации*.

Этот период сопровождается определенными особенностями речевого дыхания. Ребенок может начинать речевое высказывание в любую из фаз дыхательного акта: на вдохе, выдохе, в паузу между выдохом и вдохом.

Нередко перед началом высказывания или в паузах хезитации наблюдаются многократные поверхностные вдохи, которые можно расценивать как *дыхательные итерации*.

Иногда речевые высказывания детей этого возраста сопровождаются выраженными вегетативными реакциями: покраснение, учащение дыхания, общее мышечное напряжение.

Речь ребенка становится средством его интеллектуального и речевого развития. У трехлетнего ребенка появляется повышенная потребность в речевой активности. Он говорит постоянно, обращается к взрослому с вопросами, инициативно подключая взрослого к общению с собой.

Любые, главным образом, психические стрессы в этот период, а также любые виды сенсорных деприваций могут не только изменить темп речевого развития (задержка речевого развития), но и привести к патологии речи (заикание).

Третья гиперсензитивная фаза наблюдается в 5—6 лет, когда в норме формируется контекстная речь, т. е. самостоятельное порождение текста. В этот период у ребенка интенсивно развивается и существенно усложняется механизм перехода внутреннего замысла во внешнюю речь. Как и в возрасте 3 лет, центральная нервная система детей 5—6 лет испытывает особое напряжение в процессе речи.

В это время можно наблюдать «сбои» речевого дыхания в момент произнесения сложных фраз, увеличение количества и длительности пауз, связанных с затруднениями лексико-грамматического оформления высказывания.

Более частыми показателями неплавности речи в этом возрасте являются паузы хезитации и так называемые ложные начала (пересмотры), т. е. изменение лексико-грамматической структуры фразы либо ее замысла.

Ребенок в этом возрасте, с одной стороны, крайне чувствителен к качеству речевых образцов, контекстной речи взрослых, с другой стороны, психические стрессы могут привести к возникновению речевой патологии (заиканию), а ограничение речевого общения, низкий уровень речевого окружения приводят к недостаточной сформированности монологической речи. В дальнейшем

эта недостаточность плохо компенсируется и требует специальной помощи.

Таким образом, возрастные особенности устной речи, свидетельствующие о неустойчивости речевой функциональной системы в дошкольном возрасте, делают понятной причину ее избирательной «непрочности» при воздействии различных вредоносных факторов.

Знание закономерностей речевого онтогенеза в дошкольном возрасте и особенностей протекания гиперсензитивных периодов позволяет глубже понять причину появления заикания в дошкольном возрасте.

Глава 2

ЗАИКАНИЕ

Заикание — это нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, обусловленное судорогами мышц речевого аппарата. Начало данного расстройства речи совпадает обычно с периодом интенсивного формирования речевой функции у детей в возрасте от 2 до 6 лет. Его называют *эволюционным заиканием* (Ю. А. Флоренская, 1949 и др.) или *заиканием развития* (К. П. Беккер, М. Совак, 1983 и др.). Заикание, начавшееся у детей в дошкольном возрасте, рассматривается в литературе как самостоятельная речевая патология и отличается от так называемого симптоматического, или «вторичного», заикания, которое наблюдается при различных заболеваниях головного мозга органического генеза или ряда нервно-психических расстройств.

2.1. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ЗАИКАНИЯ

Речевые судороги

Судороги мышц речевого аппарата в процессе устной речи (речевые судороги) являются основным симптомом заикания. Речевые судороги возникают только в момент речи или при попытке начать речь и выражаются в непроизвольном сокращении мышц речевого аппарата.

Судороги мышц речевого аппарата имеют различные *тип, локализацию и силу* выраженности.

Принято выделять два основных типа речевых судорог: *тонические* и *клонические*.

Тонические речевые судороги проявляются в виде насильственного резкого повышения тонуса мышц, захватывающего обычно несколько мышечных групп (например, мышцы языка, губ, щек и т. п.). Заикающийся в эти мгновения как бы скован. Рот может быть полуоткрыт либо, напротив, губы плотно сомкнуты. Мышцы лица напряжены, и на нем отражается большое усилие, которое прилагает заикающийся, пытаясь начать или продолжить

речь. Акустически тоническая судорога проявляется в виде длительной паузы в речи либо в виде напряженной и протяженной вокализации.

Клонические речевые судороги характеризуются насильственным многократным ритмичным сокращением мышц речевого аппарата. При этом заикающийся обычно повторяет отдельные звуки либо слоги.

Обычно клонические и тонические речевые судороги наблюдаются у одного и того же заикающегося.

Локализация судорог

Судороги мышц речевого аппарата могут проявляться во всех отделах речевого аппарата: артикуляционном, голосовом и дыхательном. В соответствии с этим принято говорить об артикуляционных, голосовых и дыхательных судорогах. В клинической картине заикания, особенно при хронификации речевого дефекта, чаще встречаются смешанные судороги: дыхательно-артикуляционные, дыхательно-голосовые, артикуляционно-голосовые и т. д.

Классическое описание речевых судорог при заикании представлено в монографии И. А. Сикорского «О заикании» (1889). Им выделено 16 форм различных речевых судорог в зависимости от их локализации.

Судороги дыхательного аппарата

Инспираторная судорога характеризуется внезапным резким вдохом, возникающим на разных этапах речевого высказывания, что приводит к необоснованной паузе. Инспираторные клонические судороги могут следовать друг за другом, не прерываясь выдохом. Эти судороги нарушают как фонацию, так и речевую артикуляцию. Сила инспираторных судорог бывает различной. Чаще всего они выражены слабо и акустически малозаметны, лишь в очень редких случаях бывают сильными и длительными. Инспираторные судороги обычно сопровождаются субъективными ощущениями заикающихся в виде чувства напряжения в груди.

Экспираторная судорога характеризуется внезапным резким выдохом в процессе речевого высказывания. Для нее характерны сильные сокращения мускулатуры брюшного пресса. Во время приступа экспираторной судороги заикающийся может резко наклоняться вперед, а воздух быстро и шумно проходит через раскрытую голосовую щель. Во время экспираторной судороги как артикуляция, так и вокализация приостанавливаются. Субъективно у заикающихся возникает тягостное ощущение необычного сжатия грудной клетки, нехватки воздуха.

В случае значительной длительности и выраженности тонического напряжения мышц в структуру экспираторной судороги вклю-

чается раскрытие голосовой щели, опускание нижней челюсти, поднятие нёбной занавески и раздувание крыльев носа.

Судороги голосового аппарата

Судороги голосового аппарата возникают, как правило, в момент попытки произнесения гласного звука. Различают три основных вида судорог голосового аппарата.

Смыкательная голосовая судорога возникает при попытке начать речь или в середине речевого высказывания, что внезапно прекращает голосоподачу. Голосовые складки в момент судороги резко смыкаются, препятствуя прохождению воздуха. Основным признаком этого вида судорог является полное отсутствие звука, которое может быть различным по длительности. В этот период наступает как бы «мимолетная немота». В связи с тем что голосовая щель сомкнута, перекрывается прохождение воздушной струи, брюшная мускулатура напряжена. Заикающийся как будто «застывает», лицо его становится неподвижным, мышцы всего туловища приходят в оцепенение.

При длительной смыкательной голосовой судороге лицо заикающегося выглядит напряженным. Субъективно заикающиеся чувствуют напряжение в области гортани, груди и брюшных мышц, ощущают препятствие в области гортани.

Вокальная судорога возникает в виде повышения тонуса голосовых мышц. Судорога возникает в процессе речи, как правило, на гласных звуках. Акустически вокальная судорога воспринимается как необычная продолжительность вокализации гласного звука. По мнению И. А. Сикорского, наиболее часто эта форма встречается в инициальной стадии заикания у детей и может быть первым признаком начинающегося заикания, а также является предвестником будущих дыхательных и артикуляционных судорог.

Иногда длительность вокальной судороги исчерпывает все резервное количество воздуха, и слово не может быть произнесено без нового вдоха. При вокальных судорогах тембр голоса и его частотные характеристики могут быть не нарушенными, однако иногда у заикающихся наблюдается вокальная судорога, при которой может меняться тембр голоса и его высота. Голос приобретает неприятное, фальцетообразное, то понижающееся, то повышающееся звучание.

Вокальная судорога, локализуясь в области гортани, может захватывать шейные мышцы и нарушать деятельность всех мышц голосового аппарата. Иногда наблюдается полная приостановка артикуляторных движений до тех пор, пока не закончится вокальная судорога.

Дрожащий или толчкообразный гортанный спазм возникает при произнесении или попытке произнесения гласных звуков. При этом

речь прерывается, возникает дрожащий или прерывистый звук, полностью отсутствует артикуляция. Иногда звуки слышны в виде отдельных медленных «ударов».

Во время дрожащего гортанного спазма голосовые складки то смыкаются, то размыкаются, в результате возникают нефонологические звуки. Для этой судороги характерна открытая ротовая полость, что может сопровождаться ритмическим отбрасыванием назад или опусканием головы вперед.

Судороги артикуляционного аппарата

Артикуляционные судороги разделяют на лицевые (губы, нижняя челюсть), язычные и судороги мягкого нёба.

Лицевые судороги

Смыкательная судорога губ чаще других наблюдается при заикании. Характерна уже для ранних этапов развития этого речевого нарушения.

Смыкательная судорога губ проявляется в виде спазма круговой мышцы рта, в результате губы сильно сжимаются, другие лицевые мышцы могут не принимать участия в судороге. При попытке произнести звук щеки могут надуваться под напором воздуха, наполняющего полость рта.

При смыкательной судороге губ нарушается произнесение губных звуков (*п, б, м, в, ф*). В тяжелых случаях судорога нарушает и произнесение звуков, которые по локализации относятся к язычным (*т, д, к*).

Верхнегубная судорога наблюдается редко. Проявляется спазмом мышц, поднимающих верхнюю губу, а иногда и крылья носа. Возникает чаще с одной стороны лица, при этом ротовая щель принимает косое направление. Верхнегубная судорога чаще бывает тонической по типу. При этой судороге произнесение всех губных звуков практически невозможно. Лицо становится асимметричным, искаженным.

Нижнегубная судорога аналогична верхнегубной. Поражает одну или обе мышцы, опускающие угол рта. В том случае если поражаются обе мышцы, наблюдается резкий отворот нижней губы. Изолированно наблюдается редко.

Угловая судорога рта характеризуется резким оттягиванием угла рта справа или слева вместе с приподнятием его. Ротовая щель перекашивается в сторону судорожно сокращенных мышц. Судорога может распространяться на мышцы носа, век, лба. Угловая судорога нарушает работу круговой мышцы рта. Заикающийся во время судороги не в состоянии сомкнуть губы, в результате расстраивается произнесение соответствующих согласных. Угловая

судорога рта может возникать с обеих сторон рта. Она бывает как тонической, так и клонической.

Судорожное раскрытие ротовой полости может протекать в двух вариантах: а) рот раскрывается широко с одновременным опусканием нижней челюсти; б) при сомкнутых челюстях резко обнажаются зубы. Очертания рта приобретают квадратную форму. Все мышцы артикуляционного аппарата крайне напряжены. Судорога носит обычно тонический характер и нередко иррадирует и может захватывать мышцы лба, век и всю мускулатуру лица.

Сложная судорога лица выделена И. А. Сикорским в отдельную судорогу, однако, по его мнению, она не имеет самостоятельного значения, а представляет собой одно из проявлений выраженных в тяжелой степени различных лицевых судорог, включающих судороги лобных мышц, круговой мышцы век, ушных мышц. Сложная лицевая судорога, как правило, сопровождается судорогой круговой мышцы рта. По мнению ряда исследователей, она характерна для тяжелого заикания у взрослых.

Язычные судороги

Язычные судороги составляют вторую группу судорог артикуляционного аппарата и наблюдаются, как правило, при произнесении звуков, в артикуляции которых принимает участие язык. Различают несколько видов судорог языка.

Судорога кончика языка встречается чаще других артикуляторных судорог. Кончик языка упирается с напряжением в твердое нёбо, артикуляция приостанавливается, выдох (а значит, и фонация) в этот момент прекращается, возникает необоснованная пауза.

Судорога корня языка выражается в насильственном подъеме корня языка вверх и оттягивании назад. Во время судороги происходит смыкание корня языка с нёбом, полностью блокируется прохождение воздушной струи через ротовое отверстие. Эта судорога возникает при произнесении заднеязычных звуков (*г, к, х*).

Изгоняющая судорога языка характеризуется выталкиванием языка наружу в пространство между зубами. Она может быть тонической и клонической. При тонической судороге язык может выдвинуться из полости рта, а при клонической — периодически выдвигается вперед и затем с силой втягивается внутрь. Во время судороги произнесение звуков становится невозможным, дыхание нарушается, могут возникнуть даже болевые ощущения. Если судорога носит не резко выраженный характер, язык может оставаться в полости рта, лишь упираясь в зубы.

Подъязычная судорога характеризуется опусканием нижней челюсти и открытием полости рта. Эта судорога охватывает мышцы, связанные с подъязычной костью. При этой судороге часто наблю-

дается повторение слогов и придыхания. Очень редко она носит самостоятельный характер, в основном сочетается с судорогами другой локализации.

Судорога мягкого нёба

Данная судорога, как правило, наблюдается в составе сложной общей генерализованной судороги артикуляционного аппарата. Во время судороги мягкое нёбо то поднимается, то опускается, в результате чего вход в носовую полость то открывается, то закрывается, что придает звукам назализованный оттенок. Внешне судорога выражается внезапной остановкой речи и повторением звуков, похожих на *пм-пм*, *тн-тн*, *кн-кн* в зависимости от положения языка и губ. Субъективные ощущения заикающихся выражаются в чувстве неприятного напряжения, саднения и сухости в носу.

Тяжесть проявления речевых судорог

Различают тяжелую, среднюю и легкую степени проявления судорог. Оценка тяжести судорожной активности мышц речевого аппарата может не совпадать с оценкой тяжести заикания, так как это понятие включает в себя множество факторов.

Объективных показателей и единой методики для оценки степени тяжести заикания не существует, имеются лишь разные мнения специалистов по этому поводу. Многие практики определяют степень тяжести заикания возможностью владения плавной речью в тех или иных видах речевой нагрузки. Так, легкая степень заикания квалифицируется в том случае, если судорожные запинки наблюдаются лишь в спонтанной связной речи. Средняя степень речевого дефекта определяется в тех случаях, когда запинки отмечаются как в монологической, так и в диалогической формах речи. Тяжелая степень фиксируется, если судорожные запинки встречаются во всех формах речи, в том числе и сопряженной, и отраженной (Г. А. Волкова, 1993 и др.).

Некоторые ученые считают, что степень тяжести заикания определяется в целом степенью фиксации заикающихся на своем дефекте (В. И. Селиверстов, 1994).

Существуют и другие, более формализованные оценки степени тяжести заикания количественные показатели темпа речи, количество и длительность пауз, количество повторов, вставок лишних звуков и других искажений речи заикающихся (Ю. А. Кузьмин, 1990 и др.).

Степень тяжести заикания у одного и того же человека непостоянна и зависит от ряда условий: эмоционального состояния в данный момент, эмоциональной значимости ситуации общения

для конкретного заикающегося; от степени затруднений, связанных с формулированием высказывания; от наличия так называемых трудных звуков в словах, составляющих высказывание, и т. д.

Лингвистические факторы, способствующие появлению судорожных запинок

Судорожные запинки обычно связаны с фонетическими характеристиками звуков. К звукам, которые чаще других сопровождаются судорогами, относятся глухие и звонкие смычные согласные, в особенности *п, т, к*, судороги возникают и на сочетаниях этих звуков с другими согласными, например *тр, ст, кр* и т. п.

Судорожные запинки чаще происходят при произнесении предложений, длинных и сложных по своей грамматической структуре.

Запинки в большей степени вероятны в словах, не характерных для индивидуального словаря говорящего (малочастотные), а также в словах или словосочетаниях, которые несут основную информационную нагрузку (информационную значимость) в высказывании.

На появление запинок влияет и ритмическая структура слова. Запинки главным образом возникают на предударных и ударных слогах и практически не появляются на заударных слогах. Наиболее часто запинки возникают на первом слоге слова или фразы.

Речевое дыхание

В клинической картине заикания неизменно присутствуют расстройства дыхания. Неречевое дыхание заикающихся имеет свои особенности. Оно, как правило, поверхностное, ритм его недостаточно устойчив, легко нарушается при эмоциональном напряжении.

Речевое дыхание представляет собой высококоординированный акт, во время которого дыхание и артикуляция строго соотносятся в процессе речевого высказывания. У заикающихся эта координация нередко нарушается даже в процессе речи, не сопровождающейся судорогами. Перед вступлением в речь заикающиеся делают недостаточный по объему вдох, что не обеспечивает целостного произнесения интонационно-смыслового отрезка сообщения. Нередко заикающиеся (не только дети, но и взрослые) говорят на вдохе, либо в фазе полного выдоха.

Нарушение речевого дыхания у заикающихся настолько сильно выражено, что многие исследователи склонны относить причину заикания к нарушению регуляции дыхательной функции.

При коррекции заикания в практике, как правило, используется регуляция речевого дыхания в качестве одного из ведущих приемов установления плавности речи.

Движения, сопутствующие речи

Речь заикающихся, как правило, сопровождается сопутствующими движениями, которые проявляются у разных людей по-разному: от раздуваний крыльев носа и зажмуривания глаз до сложных движений всем туловищем. Так, в процессе речи могут наблюдаться кивательные движения головой, раскачивание туловищем, притоптывание, сжимание пальцев в кулаки и т. п. Эти сопутствующие движения обычно не носят характера эмоционально-выразительной жестикуляции, сопровождающей речь у незаикающихся людей. Часто эти движения насильственные, но могут носить и маскировочный (уловочный) характер.

В некоторых случаях уловочные движения бывают настолько сложны, что начинают напоминать двигательные ритуалы. Например, перед тем как начать речь заикающийся закрывает глаза на несколько секунд, одновременно почесывая нос правой рукой, затем переступает с ноги на ногу и только после этого начинает говорить.

Речевые уловки

При хронически текущем заикании практически все заикающиеся используют в речи однообразные, многократно повторяющиеся на протяжении высказывания, семантически опустошенные лексемы типа: *да; вот; это самое* и т. п. Иногда произносимые звукосочетания могут быть бессмысленными («куцо»). Такие явления в специальной литературе принято называть эмболофразией, а сами слова — эмболами. Эмболы нередко употребляются заикающимися перед так называемыми трудными звуками. Например: *«Я хочу... это вот, я хочу... то вот, я хочу... посмотреть...»*. Эмболы могут появляться в конце судороги как «вступление» в плавную речь. Довольно часто эмболы заполняют паузы, когда заикающийся затрудняется подобрать адекватные слова, соответствующие замыслу высказывания. Использование эмболов, как правило, не осознается.

Нередко в речи заикающихся наблюдается подмена труднопроизносимых слов на слова, которые произнести легче. Часто речевые уловки такого рода меняют смысл высказывания, и говорящий обычно осознает это.

Марина Г., 27 лет, аспирантка. Страдает заиканием с 3 лет. «Я всегда знаю, что я хочу сказать, но так, как я думаю, я сказать не могу. У меня появляются слова-паразиты, я начинаю менять слова. Когда я начинаю говорить, люди уже понимают, какое слово я собираюсь сказать, они подсказывают мне это слово. Я чувствую жалость людей ко мне. Это меня угнетает, и появляется скомканность в речи. Я тогда вообще теряюсь и не знаю, как сказать...»

Вегетативные реакции

Устная речь у заикающихся подростков и взрослых обычно сопровождается вегетативными реакциями. Это может выражаться покраснением или побледнением лица, резким учащением сердцебиения. В процессе речи усиливается потоотделение, ладони становятся влажными, могут появиться капли пота на лбу, иногда становится влажным не только лицо, но и тело. Аналогичные вегетативные реакции могут наблюдаться и у здоровых людей, но только в ситуациях сильного эмоционального напряжения.

Костя Г., 21 год. При обследовании логопедом общение затруднено из-за сильного волнения. Длительное время не может начать говорить. Сидит на краешке стула, опустив голову и плечи. При попытке начать речь застывает в одной позе, напряженный взгляд устремлен в одну точку.

Во время речи появляется много судорожных сокращений мышц лица. В момент заикания застывает в одной позе, сжимает зубы; появляется тремор губ, век, сопутствующие движения рукой.

В процессе речи сильно устаёт, заменяет «трудные» слова на «легкие», включает эмболы «ну», «это». Дыхание в процессе речи аритмичное, напряженное, нередко отмечается речь в процессе вдоха. При общении с логопедом лицо краснеет, лоб покрывается испариной, ладони становятся влажными.

Логофобия

У большого числа заикающихся, начиная с подросткового возраста, наблюдается патологическая личностная реакция на речевой дефект в виде боязни речевого общения — логофобия. Логофобия включает в себя навязчивые переживания и страх возникновения речевых судорог. Этот страх усиливается в определенных ситуациях, у заикающихся появляется реакция избегания «речевых» ситуаций, наблюдается ограничение общения.

Логофобия всегда связана с осознанием речевого дефекта и ожиданием судорожных запинок. Навязчивые переживания страха, ожидание речевых неудач, как правило, связываются заикающимися не с содержанием самого высказывания, а с тем, что могут возникнуть судорожные запинки. Эти переживания носят яркий, образный характер. Только представление ситуации или воспоминание об определенных ситуациях общения может вызывать у заикающихся переживание страха. В это время возникают выраженные вегетативные реакции. Нередко заикающиеся понимают необоснованность чувства страха, но преодолеть или подавить его не могут.

Рита С., 18 лет. «Моя речь зависит от настроения, самочувствия и обстановки... Есть определенные люди, с которыми я вообще не могу разго-

варивать. Страх речи останавливает меня. При одной мысли, что мне нужно с ними говорить, я покрываюсь холодным потом, чувствую, как сердце стучит, в горле — спазм...»

Логофобия может быть ситуационной, т.е. проявляется только в определенных ситуациях (например, при обращении к продавцу в магазине или во время разговора по телефону). В тяжелых случаях она может быть генерализованной, когда страх речи возникает во всех ситуациях общения. Довольно часто логофобия сочетается с общим снижением настроения.

Логофобия как клиническая симптоматика появляется, как правило, в подростковом возрасте, что указывает на значительное усложнение клинической картины заикания.

Логофобия у подростков, помимо ограничения общения (прежде всего со сверстниками), нередко приводит к отказу заикающихся отвечать устно перед классом. Они переходят на письменные ответы. Все эти факторы отрицательно влияют на речевое состояние заикающихся (подробнее см. раздел 2.3).

Лена Г., 21 год, студентка. Заикание с 3 лет. В начальных классах на заикание не обращала внимания. Страх речи появился с 10 лет. Стало трудно говорить с незнакомыми людьми и в незнакомом обществе. С 5-го класса устные уроки старалась отвечать письменно. Никогда не выступала на собраниях и вечерах в школе.

В настоящее время в трудных ситуациях старается избегать речевого общения. При мысли о предстоящем разговоре очень волнуется; появляется сильное сердцебиение. На занятиях в техникуме при необходимости ответить устно часто не может преодолеть волнение и отказывается говорить, хотя хорошо знает ответ на вопрос педагога. Неудачи общения всегда резко снижают настроение.

Течение заикания

Заикание, возникающее у детей дошкольного возраста, может наблюдаться в течение нескольких часов либо нескольких месяцев, а затем исчезает либо спонтанно, либо в результате коррекционного воздействия.

В большом числе случаев заикание приобретает хроническое течение. Различают несколько типов течения данного речевого расстройства.

Регрессиентный тип — постепенно исчезает вся симптоматика заикания. Ослабляется его тяжесть, убывает или исчезает страх речи, уменьшаются сопутствующие и содружественные движения, т.е. это благоприятный тип течения речевого нарушения.

Уменьшение и исчезновение симптоматики заикания может происходить спонтанно, в детском возрасте — под влиянием адекватных лого-коррекционных воздействий. В том случае если заика-

ние не проходит спонтанно в течение 6 месяцев от момента возникновения, то можно считать, что оно приобретает хроническое течение. При хроническом течении заикания выделяют следующие типы.

Стационарный тип — речевой дефект протекает стабильно и монотонно, т.е. выраженность заикания логофобии, сопутствующие психопатологические и моторные нарушения на протяжении определенного периода времени не претерпевают изменений. Заикание не меняется ни по тяжести проявления, ни по клинической картине.

Рецидивирующий тип — чередование периодов плавной речи и заикания.

Волнообразный тип — периодические колебания различной длительности в сторону то улучшения, то ухудшения речи, однако полного исчезновения заикания не происходит. Иногда эти колебания могут быть связаны с какими-либо причинами: например, ухудшение речи в осенне-весенний период года, с поступлением в школу, пубертатным возрастом, службой в армии и т.п. В ряде случаев волнообразные изменения в речи и состоянии заикающегося могут проходить и без видимой причины.

Прогрессирующий тип — существует тенденция к усилению заикания. Вся симптоматика речевого дефекта усложняется, а состояние заикающегося постепенно ухудшается.

Проиллюстрируем основную симптоматику заикания примером результатов логопедического обследования и заключения о речевом состоянии молодого человека, страдающего этим дефектом речи.

Гена С., 25 лет. При логопедическом обследовании установлено: органы артикуляции без патологии, подвижность и переключаемость достаточные. Звукопроизношение не нарушено. Голос средней силы, достаточно модулирован. Темп речи ускорен. Дыхание в процессе речи напряженное, аритмичное, поверхностное.

Заикание появляется в спонтанной вопросно-ответной речи и при чтении в виде дыхательных экспираторных, смыкательных голосовых, артикуляционных губных и язычных судорог. Судороги носят тоно-клонический характер. Речь сопровождается сложной лицевой судорогой, тремором губ и век. Периодически резко напрягаются мышцы шеи, иногда скрипит зубами. Субъективно испытывает напряжение в горле. В речи активно пользуется перестановками, заменами слов, эмболами, иногда отмалчивается. Речевая нагрузка утомляет. Переключение внимания улучшает речь. Самоконтроль и волнение значительно ухудшают речь. Выделяет трудные звуки: *а, к, л, т*. Крайне фиксирован на заикании. Страх речи носит генерализованный характер, течение заикания прогрессирующее.

Заключение: заикание тоно-клонического типа, дыхательно-вокально-артикуляторной формы, выраженное в средней степени тяжести, осложненное речевыми уловками и генерализованным страхом речи.

2.2. ЭТИОЛОГИЯ ЗАИКАНИЯ

Единого взгляда на этиологию заикания не существует. Однако исследователи сходятся во мнении, что для появления заикания важен ряд факторов: определенный возраст ребенка; состояние его центральной нервной системы; индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза; особенности формирования функциональной асимметрии мозга; наличие психической травматизации; генетический фактор; половой диморфизм.

Появлению заикания могут предшествовать также соматическая ослабленность, неправильные формы воспитания, аномальные черты характера, неблагоприятная социальная среда и другие негативные факторы, каждый из которых, независимо от того, является ли он ведущим в возникновении заикания, в первую очередь снижает адаптивные свойства центральной нервной системы ребенка.

К возникновению данной речевой патологии, как правило, приводит не специфическая одиночная причина, а сочетание ряда этиологических факторов.

Рассмотрим каждый из них отдельно.

Определенный возраст ребенка

По данным многочисленных наблюдений, в подавляющем числе случаев первые признаки появляются в возрасте 2—6 лет (лишь в единичных случаях — 7 лет). Наиболее часто заикание возникает в период формирования развернутой фразовой речи.

В речевом развитии детей отмечаются периоды, когда их нервная система испытывает большое напряжение. Для начала заикания особое значение имеет период интенсивного формирования речи, в это время для многих детей характерно появление физиологических итераций. Выявляется значительное несоответствие между пока еще недостаточно оформленным речевым дыханием и психической возможностью произнесения сложных фраз.

Психическая сторона речи опережает возможности ее моторной реализации. В свою очередь, в психической стороне речи наряду с наличием высокой степени речевой мотивации имеется выраженная несформированность процесса внутреннеречевого программирования. С этим несоответствием связано появление в речи детей физиологических итераций в виде повторения слогов, слов, словосочетаний. Кроме этого, отмечаются необоснованные паузы и ошибки в лексико-грамматическом структурировании контекстного высказывания.

Эти явления свидетельствуют о том, что в дошкольном возрасте координаторные механизмы речевой деятельности находятся в

стадии интенсивного формирования. Физиологические исследования показывают, что любая функциональная система, находящаяся в стадии интенсивного развития, является избирательно ранимой при воздействии вредоносных факторов.

Состояние центральной нервной системы

Нередко у заикающихся отмечается органическое поражение мозга резидуального характера, возникающее во внутриутробном, пренатальном или постнатальном периодах развития. Это поражение, как правило, бывает диффузным, в то же время обычно выявляются те или иные отклонения в состоянии моторных структур мозга. В целом для лиц с заиканием характерна недостаточность двигательной сферы, выраженная в разной степени. В процессе устной речи необходима тонко дифференцированная моторная деятельность, совершенство которой зависит от целостности и степени зрелости центральной нервной системы.

У части заикающихся исследования не обнаруживают органического поражения мозга. В то же время для них характерны такие черты поведения, как повышенная впечатлительность, тревожность, низкий уровень адаптации к новым условиям, что свидетельствует о функциональных отклонениях в состоянии центральной нервной системы.

Индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза

Большое влияние на возникновение заикания может оказать темп речевого развития. Появление развернутой фразовой речи после полутора лет жизни делает формирующуюся функциональную систему речи особенно неустойчивой. Аналогичная ситуация складывается при некоторой задержке речевого развития.

Если эта задержка связана главным образом с отклонениями в состоянии моторных систем мозга, период интенсивного развития фразовой речи может быть сдвинут к 3,5—4,5 годам жизни ребенка. Однако формирующиеся с опозданием координаторные механизмы речи могут не справиться с такой психомоторной нагрузкой, как развернутая фраза.

В этот период речевого развития большое значение имеет поведение взрослых. Фиксация внимания ребенка на итерациях может провоцировать появление заикания, вредно и психологическое травмирование детей частыми указаниями на ошибки в их речи.

Особенности формирования функциональной асимметрии мозга

Наблюдения свидетельствуют о тесной связи заикания с левшеством. На это указывает большой процент левшей среди заика-

ющихся (значительно превышающий процент левшества в популяции).

Нередко заикание возникает при перевоспитании леворукости на праворукость, когда переучивание происходит грубо, а также в неадекватно сжатые сроки. Следует учесть, что при левшестве у детей наблюдаются высокая общая эмоциональность, боязливость, тревожность, зачастую приводящие к невротическому реагированию под воздействием различных патогенных раздражителей.

Электрофизиологические исследования свидетельствуют о том, что у заикающихся нарушается ведущая роль левого полушария в организации устной речи (И. В. Данилов, И. П. Черепанов, 1970).

Ослабление гармоничного взаимодействия между симметричными структурами мозга у заикающихся делает такую центральную нервную систему особо ранимой, что в первую очередь отражается на их речевой функции.

Наличие психической травматизации

Многочисленные авторы связывают появление заикания с перенесенной психической травмой.

Психические травмы разделяют на острые и хронические, причем объективная сила воздействия психического фактора травмы не имеет решающего значения. По своему конкретному содержанию психические травмы отличаются большим разнообразием. Реакция на психическую травму в виде заикания характерна для психомоторного уровня реагирования центральной нервной системы, что свойственно детям дошкольного возраста.

В большинстве случаев психическая травма является пусковым моментом в возникновении заикания. Именно вскоре после перенесения острой психической травмы или на фоне хронических конфликтных ситуаций у многих детей появляются запинки судорожного характера.

Генетический фактор

Данные мировой литературы свидетельствуют, что отягощенная наследственность по заиканию может проследиваться на уровне нескольких поколений. Частота возникновения заикания у родных братьев и сестер составляет 18 %. Причем заикание бывает у 32 % dizygотных (разнойцевых) близнецов и у 77 % monozygotных (однойцевых). Заикающиеся мужчины и женщины могут иметь заикающихся детей с большей вероятностью, чем незаикающиеся родители. При этом у заикающихся мужчин процент появления заикающихся сыновей равен 22, а дочерей — 9. Для женщины риск появления заикающихся детей выше: 36 % заикающихся мальчиков и 17 % заикающихся девочек.

Известно также, что если среди близких родственников есть хотя бы один заикающийся, то риск появления заикания в последующих поколениях резко возрастает, в особенности если заикаются родители. По-видимому, по наследству передается определенная слабость центральных речевых механизмов, которые повышено подвержены воздействию факторов риска. Комплексное исследование патогенетических механизмов и этиологии синдрома заикания, проведенное под руководством В. М. Шкловского, показало, что предпосылками возникновения этой речевой патологии является наследственная дефицитарность вегетативной нервной системы и дисфункция гипоталамо-стволовых отделов мозга, которая развивается вследствие осложнений при родах. Известно, что генетическая наследственность той или иной патологии проявляется, как правило, только при наличии дополнительного негативного фактора.

Половой диморфизм

У мальчиков заикание встречается в среднем в 4 раза чаще, чем у девочек. Механизм этого явления до конца не ясен. Предполагается, что у девочек в более сжатые сроки формируются моторные функции: они начинают раньше мальчиков ходить, говорить, тонкая моторика пальцев рук и речевые артикуляции у них также формируются быстрее. Возможно, в связи с этим речедвигательные механизмы у девочек более устойчивы к экзогенным вредоносным влияниям.

Разумеется, перечисленные этиологические факторы не исчерпывают всех причин, с которыми может быть связано появление заикания. Однако здесь выделены те из них, которые играют прямую или косвенную роль в возникновении заикания по данным современных многочисленных исследований.

2.3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАИКАЮЩИХСЯ

Начиная с 1970-х гг. в отечественной научной литературе выходит значительное число публикаций, свидетельствующих о новых трактовках клинической картины, наблюдаемой при заикании. На основе наблюдений и экспериментальных исследований разрабатывается представление об объективной дифференциации клинических форм заикания.

Исследования выделяют две клинические формы заикания — невротическую и неврозоподобную, которые обусловлены разными патогенетическими механизмами (В. В. Ковалев, 1970; Н. М. Аса-

тиани с сотр., 1973—1985; Б.З.Драпкин, 1973; Л.И.Белякова, 1973—2000 и др.).

Неврозы в клинике пограничных психических состояний рассматриваются как *психогенно-реактивные функциональные заболевания, возникающие под влиянием стрессовых факторов различной силы и длительности.*

Различают острую и хроническую психические травмы. Под острой психической травмой понимают внезапный, как правило, однократный психический шок, вызывающий сильную эмоциональную реакцию.

Чаще всего такая травма вызывает испуг, чувство страха. Причины острой психической травмы многообразны. В качестве психогении может быть резкая смена привычной обстановки (например, при определении в детский сад ребенка без достаточной подготовки).

Под хронической психической травмой понимают длительные отрицательные эмоции, появляющиеся вследствие неразрешенных, постоянно закрепляемых конфликтных ситуаций. Такие состояния у детей могут развиваться в семье с напряженным *психологическим климатом.*

Неврозоподобные состояния по своей симптоматике напоминают неврозы. Они возникают вследствие органических, сосудистых и других поражений центральной нервной системы. *По своей природе эти состояния — органо-функциональные: наличие органического поражения мозга сочетается с рядом расстройств функционального характера.* К ним можно отнести обратимость симптоматики, наличие невротических наслоений, нестабильность патологических проявлений, возможность развития речевой функции и пр.

2.3.1. Клиническая и психолого-педагогическая характеристики заикающихся с невротической формой речевой патологии

Возникновению заикания невротической формы у детей обычно предшествует психогения в виде испуга либо хронической психической травматизации. Заикание возникает остро в возрасте 2—6 лет.

Анамнестические сведения показывают, что у детей с этой формой заикания обычно отсутствуют указания на патологию внутриутробного развития и родов. Раннее психофизическое развитие, как правило, проходит в соответствии с возрастной нормой. Моторные навыки (сидение, стояние, ходьба) формируются своевременно.

Речевой онтогенез имеет определенные особенности. Нередко наблюдается раннее развитие речи: первые слова появляются к 10

месяцам, фразовая речь формируется к 16—18 месяцам жизни. В короткий промежуток времени (за 2—3 месяца) дети начинают говорить развернутыми фразами, словарный запас бурно пополняется, рано формируется грамматический строй речи с употреблением сложных речевых конструкций.

Темп речи часто ускорен, дети как бы «захлебываются» речью, недоговаривают окончания слов и предложений, пропускают отдельные слова и предлоги, делают грамматические ошибки. Нередко отмечается «смазанность» произнесения звуков в речевом потоке. Состояние звуко-произносительной стороны речи норму не опережает.

У таких детей часто наблюдается большое количество итераций, что нередко привлекает внимание окружающих. Если в норме наибольшее количество итераций совпадает с интенсивным периодом формирования развернутой фразовой речи и ограничено во времени 2—3 месяцами, то у детей данной группы количество итераций может оставаться значительным на протяжении более длительного времени. Таким образом, *артикуляторные механизмы устной речи остаются у них функционально незрелыми на более длительный срок, чем в норме, в то время как лексико-грамматическая сторона существенно опережает норму.*

До появления заикания у таких детей отмечаются *характерологические особенности* — повышенная впечатлительность, тревожность, робость, обидчивость, колебания настроения, чаще в сторону сниженного, раздражительность, плаксивость, нетерпеливость. У некоторых из них в возрасте 2—5 лет наблюдаются страхи (боязнь темноты, страх при отсутствии в комнате взрослых, невротический энурез и т. д.). Эти дети с трудом привыкают к новой обстановке, становятся в ней раздражительнее, плаксивее, обычно плохо переносят условия детского сада.

Заикание возникает чаще всего остро на фоне развитой фразовой речи после пережитой психической травмы.

Помимо острой и хронической психической травматизации невротическая форма заикания у некоторых детей развивается в результате активного введения в общение второго языка в возрасте 1,5—2,5 лет жизни. Это бывает у детей, которые в силу возрастных особенностей не овладели в достаточной степени родным языком. В этот период развития речевой функции овладение вторым языком связано с большим психическим напряжением, которое для ряда детей является патогенным фактором.

Рая Ф., 3,5 года.

Жалобы на заикание, которое появилось 2 месяца назад. Анамнестически не выявляется патология внутриутробного развития и родов. Физическое и психомоторное развитие ребенка протекало в пределах нормы.

Первые слова появились до года. Развернутыми фразами стала говорить к двум годам. До настоящего времени предпочитает пользоваться ле-

вой рукой во время еды. Мать девочки по национальности татарка, отец — русский. Дома общаются на русском языке. Два месяца назад в семью приехал дедушка, который настоял на том, чтобы с девочкой начали говорить на татарском языке. Ребенок быстро запоминал новые слова и охотно использовал их в речевом общении с родственниками.

Примерно через 1,5 месяца общения с использованием слов татарского языка мать заметила вначале редкие, а затем более частые судорожные запинки в речи ребенка. После обращения к специалисту мать получила рекомендации использовать в общении с девочкой только русский язык.

Наблюдения в течение года показали, что в последующие 2 месяца после перехода на единую языковую систему у ребенка постепенно исчезли судорожные запинки и плавность речи полностью восстановилась.

Иногда до появления заикания, вслед за перенесенной ребенком острой психической травмой некоторое время (от нескольких минут до суток) наблюдается мутизм. Ребенок внезапно перестает говорить, на его лице нередко «застывает» выражение страха.

Одновременно с возникновением заикания дети становятся еще более раздражительными, двигательно беспокойными, хуже спят. В ряде случаев появляется болезненное упрямство, капризы, негрубо выраженные нарушения дисциплинарных требований.

У некоторых детей при появлении заикания отмечается кратковременный период, когда они в процессе речи прикрывают рот рукой, как бы опасаясь появления запинок, или ограничивают речевое общение.

У Динамика речевого нарушения при невротической форме заикания характеризуется *рецидивирующим течением*, временами речь становится совершенно плавной, судорожные запинки полностью отсутствуют, но при малейшем эмоциональном напряжении, соматическом заболевании или утомлении заикание появляется вновь.

Невротическая форма заикания может иметь как благоприятное, так и неблагоприятное (прогредиентное и рецидивирующее) течение. При благоприятном течении выраженность заикания не бывает тяжелой. Изменение окружающей обстановки в лучшую сторону, общее оздоровление организма ребенка, адекватные лечебно-педагогические мероприятия способствуют достаточно быстрой обратной динамике речевого нарушения.

Нередко заикание постепенно приобретает хроническое течение, когда в дальнейшем полных и длительных ремиссий уже не наблюдается, и речевое нарушение становится все более тяжелым.

Случаи неблагоприятного течения заикания часто связаны с наследственной отягощенностью заиканием и патологическими чертами характера. В семьях детей, у которых отмечено неблагоприятное течение заикания, нередко используют неправильные формы воспитания, приводящие к хронификации речевой патологии.

У детей с неблагоприятным течением заикания в 6—7 лет может наблюдаться ситуационная зависимость в проявлении частоты

и тяжести судорожных запинок, снижение речевой активности в новой обстановке или при общении с незнакомыми лицами.

При обследовании детей дошкольного возраста с невротической формой заикания чаще всего обнаруживается *нормальное развитие общей моторики*. Общие движения как у детей, так и у взрослых грациозны и пластичны. Они хорошо переключаются с одного движения на другое, чувство ритма развито достаточно высоко. Они легко вступают в ритм музыки и переключаются с одного ритма на другой. Двигательные ошибки могут исправлять самостоятельно. Для правильного выполнения большинства двигательных заданий бывает достаточно словесной инструкции. Движения рук и ног хорошо координированы. Тонкая моторика рук развивается в соответствии с возрастом. Жесты, мимика и пантомимика эмоционально окрашены. В то же время по сравнению с нормой для всех заикающихся этой группы характерно недоведение элементов движения до конца, некоторая их вялость, повышенная двигательная утомляемость, у части заикающихся отмечается незначительный тремор пальцев рук.

В процессе логоритмических занятий заикающиеся этой группы легко сочетают движения под музыку с речью вслух, что благотворно воздействует на качество их речи.

Звукопроизношение у детей с невротической формой заикания либо не имеет нарушений, либо в соответствии с возрастными особенностями носит черты функциональной дислалии. Темп речи обычно быстрый, голос модулирован.

У таких детей отмечается тесная ситуационная зависимость тяжести заикания. Следует подчеркнуть, что в состоянии эмоционального комфорта, в процессе игры наедине с собой речь у них обычно свободна от судорожных запинок.

Маша Г., 3 года 2 мес. Жалобы матери при обращении: заикание, повышенная впечатлительность, снижение аппетита, ухудшение сна и усиление раздражительности после начала заикания.

Анамнестические сведения: наследственность речевой патологией не отягощена. Беременность и роды протекали нормально. Период новорожденности — без патологии. До года девочка росла спокойно, ничем не болела. Отмечалось раннее моторное и речевое развитие: сидит с 4,5 мес., ходит с 9 мес., отдельные слова стала говорить к 11 мес., фразовая речь с 18 мес. Словарный запас пополнялся быстро, за короткий период времени стала употреблять в активной речи много слов, развернутые, грамматически оформленные фразы. В 2 года 3 мес. заболела бронхитом в тяжелой форме и была стационарирована в больницу, где много плакала, звала мать, отказывалась от пищи. Через 9 дней она была выписана из больницы домой, родители сразу заметили в речи появление судорожных запинок.

Девочка стала капризной, не засыпала одна, требовала ночью включить свет, плохо ела. Родители обратились за помощью к психоневрологу,

который рекомендовал лекарства, снижающие возбудимость центральной нервной системы. Общее состояние улучшилось: девочка стала спокойнее, запинок в речи наблюдалось меньше. Заикание проявлялось главным образом в обстановке эмоциональной напряженности: при посещении поликлиники, разговоре с новыми лицами, ссорах между родителями и т. п. Логопедические занятия начала посещать в 2 года 10 мес.

Психическое состояние: девочка активна, легко вступает в контакт, с интересом относится к обследованию, подробно отвечает на вопросы и задает их сама. Речевое состояние: строение органов артикуляции правильное, движения в полном объеме. Все звуки, кроме *p*, произносит правильно. Голос громкий. Темп речи ускоренный. Речевое дыхание напряженное, прерывистое. Заикание проявляется в виде легких запинок клонического типа главным образом в вопросно-ответной и спонтанной речи. Затруднено вступление в речь, по 2—3 раза повторяет начальный звук в слове. При эмоциональном возбуждении заикание значительно усиливается. В игре наедине с собой речь плавная, запинок не наблюдается.

Интеллектуальное развитие соответствует возрастной норме. Во время занятий активна, внимательна, усидчива. Комплексное медико-педагогическое воздействие оказывалось на протяжении 4 мес. Отмечалось улучшение общего психосоматического состояния и речи. Проявился сон, улучшился аппетит, девочка стала спокойнее. Заикание проявлялось иногда в виде легких запинок в спонтанной речи. Звук *p* на стадии автоматизации.

При осмотре через год (девочке 4 года 2 мес.): девочка спокойная, легко вступает в контакт. Темп речи слегка ускорен. Все звуки произносит правильно. Заикание наблюдается редко и только в периоды сильного эмоционального напряжения. Рекомендован повторный курс медико-педагогических мероприятий.

В дошкольном возрасте наличие заикания, как правило, не оказывает заметного влияния на социальное поведение детей. Их контакты с ровесниками и взрослыми лицами остаются практически обычными.

У многих детей с невротической формой заикания, несмотря на благоприятное его течение и глубокую ремиссию, в 7 лет наблюдается *рецидив заикания* при поступлении в школу. Рецидив заикания в это время возникает в связи с увеличением эмоциональной и физической нагрузки, а также в результате повышения психической и речевой напряженности.

Резко меняется поведение заикающихся к 10—12 годам жизни. В этот период появляется *осознавание* своего дефекта речи, боязнь произвести на собеседника неблагоприятное впечатление, обратить внимание посторонних на речевой дефект, не суметь выразить мысль вследствие судорожных запинок и т. д.

Именно в этом возрасте у заикающихся с невротической формой патологии речи начинает ярко проявляться патологическая личностная реакция на речевое нарушение. Формируется стойкая логофобия — боязнь речевого общения с навязчивым ожиданием речевых неудач. В таких случаях образуется своеобразный пороч-

ный круг, когда судорожные запинки в речи обуславливают сильные эмоциональные реакции отрицательного знака, приводящие в свою очередь к усилению речевых нарушений.

Подростки начинают испытывать затруднения во время ответов в классе, волнуются при разговоре с незнакомыми лицами. Постепенно увеличивающиеся потребность и необходимость в речевом общении, усложнение взаимоотношений со сверстниками, нарастание требований, предъявляемых к речевой коммуникации, в подростковом возрасте приводят к тому, что для подавляющего большинства заикающихся речь становится источником постоянной психической травматизации. Это, в свою очередь, вызывает повышенную истощаемость (как психическую, так и собственно речевую), утомляемость, развитие патологических черт характера.

Постепенно одни подростки с невротической формой заикания начинают избегать речевых нагрузок, резко ограничивают речевые контакты (пассивная форма компенсации), другие, напротив, становятся агрессивными, навязчивыми в общении (явление гиперкомпенсации). В школе ситуация осложняется недостаточной степенью знания учебного материала, чувством неуверенности в своих силах, ожиданием неудачи или неприятности, неприятием со стороны соучеников. Все это часто приводит к тому, что подростки просят учителей опрашивать их либо письменно, либо после уроков.

Регина С., 16 лет.

Жалобы: заикание, усиливающееся при волнении, страх речи, раздражительность. Анамнестические сведения со слов матери: родилась от первой беременности. У матери эпилепсия, отчим страдал алкоголизмом. Роды в срок, нормальные. Раннее развитие в соответствии с нормой. Ночной сон нередко прерывался скандалами родителей, часто были сны со страшными сновидениями. Энурез до 8 лет. Отличалась впечатлительностью, пугливостью, была капризна, плаксива.

Речь развивалась до 6 лет нормально. В 6 лет перенесла сильный испуг. Была сброшена козлом в реку. Вслед за психической травмой в течение нескольких дней отмечался мутизм, появившаяся затем речь сопровождалась выраженным заиканием. В школу пошла с 7 лет. Страх речи появился в 11 лет. Были поддразнивания со стороны сверстников, из-за чего плакала, замыкалась в себе. В связи с этим дважды меняла школу, каждая смена школьного коллектива давалась с трудом. Во время ответов на уроках сильно волновалась, краснела, ощущала общее напряжение. При этом прибегала к речевым уловкам, переставляла слова, стремилась отвечать письменно. От неудач ухудшалось настроение. Много плакала. Отказывалась от встреч со сверстниками, не участвовала в общественной работе. Стремилась к уединению. Много думала о своей «несчастной судьбе».

С возрастом логофобия в части случаев приобретает особо значимое место в общей клинической картине невротической формы

заикания, носит навязчивый характер и возникает при одной мысли о необходимости речевого общения или при воспоминаниях о речевых неудачах в прошлом. В этом состоянии заикающиеся часто говорят не то, что им хотелось бы сказать, а лишь то, что легче произнести.

Выраженность логофобии может быть непропорциональна тяжести речевых судорог. Нередко при слабом, а иногда едва заметном для окружающих речевом дефекте страх речи может быть ярко выражен. Эмоциональная жизнь заикающихся заполняется этими переживаниями.

При особо неблагоприятном течении невротической формы заикания у взрослых нередко формируется сложная клиническая картина, характеризующаяся дисгармоническим развитием личности. У взрослых заикающихся это проявляется в чувстве социальной неполноценности со своеобразной системой суждений, постоянно сниженном фоне настроения, ситуационном страхе перед речью, который нередко генерализуется, сочетаясь с отказом от речевого общения. Комплексное медико-педагогическое воздействие на таких лиц незначительное.

Речевое поведение в разных условиях общения при невротической форме заикания характеризуется тем, что в спокойном состоянии, при отвлечении внимания от процесса артикуляции (например, при большой заинтересованности темой разговора), а также наедине с собой речь часто совершенно лишена судорожных запинок. Существенное улучшение экспрессивной речи наблюдается у таких лиц в процессе логоритмических занятий, аутогенной тренировки, под влиянием психотерапии, гипноза.

Комплексное медико-педагогическое обследование Г. Д., 22 года.

Жалобы на заикание, сильный страх речи. Анамнестические сведения со слов родителей: в первые месяцы жизни была здоровой, спокойной. В возрасте 6 мес. перенесла дизентерию. В развитии от сверстников не отставала. Сидеть, стоять, ходить начала своевременно. Говорить стала до года. Речь была чистая, но в несколько ускоренном темпе. С раннего возраста была впечатлительной, боялась темноты, испытывала чувство страха при виде жуков, пауков, лягушек. С 5-летнего возраста после рассказа старших детей о «домовых» стала пугливой, не оставалась в комнате одна, не выходила вечером на улицу.

В возрасте 6 лет однажды ночью ей показалось, что к ней в комнату через окно лезет человек в черном. В тот момент была «скована» ужасом, закричала тогда, когда поняла, что никого нет. С этого времени стала плохо спать ночью. Вскоре испугалась своего деда, входящего ночью в комнату. Закрылась одеялом с головой, долго лежала, затаив дыхание. На следующий день после этих переживаний появилось заикание. Начала испытывать ночные страхи, часто просыпалась в слезах.

В школу пошла в 7 лет. Училась средне, трудно давалась математика. К школьному коллективу привыкла не сразу, всегда держалась застенчиво. К подругам была очень привязана, переживала их размолвки между

собой, стремилась уладить споры. В первых классах школы заиканием не тяготилась. В 5 классе стала стесняться своей речи, с волнением ждала вызова к доске, хотя знала урок. Иногда страх речи был так силен, что отказывалась отвечать устно и прибегала к письменным ответам. Стало трудно обращаться к кому-нибудь первой и отвечать на вопросы старших. С малознакомыми людьми говорила лучше, чем со знакомыми, которые знали о ее «недостатке».

С подросткового возраста (12—13 лет) стала, по ее словам, «мнительной», иногда казалось, что улыбки окружающих являются насмешками над ней, безобидные слова могла принять как обидный намек на ее дефект речи. Стала постоянно анализировать отношение к ней окружающих людей. В то же время старалась убедить себя, что ее обиды напрасны.

Из-за трудностей речевого общения после 8 класса перешла в вечернюю школу, затем окончила училище по специальности «мастер дамского платья». Работала портнихой, затем закройщицей. С возрастом стала несколько смелее, свободнее держалась с незнакомыми людьми, легче заводила знакомства. С 19 лет жила в общежитии, с соседками по комнате дружила, вместе с ними занималась спортом.

Несмотря на то что имела близких подруг, хорошие отношения на работе и удовлетворение своим трудом, заикание все же оставалось для нее «бедствием». Постоянно испытывала чувство стыда за свою речь. Если в процессе разговора речь была с судорожными запинками, надолго портилось настроение, мучительно потом вспоминала неприятные минуты, подробно анализировала реакцию собеседника. В такие моменты появлялось чувство собственной неполноценности и безвыходности положения.

Обращалась за помощью к логопеду в течение жизни несколько раз, начиная с 8-летнего возраста. Вскоре после начала занятий речь становилась плавной, однако эффективность была непродолжительной, и через некоторое время после окончания занятий заикание проявлялось вновь.

Обследование: в физическом и неврологическом состояниях никаких отклонений от нормы не выявлено. Движения несколько замедленны, но хорошо координированны, плавные и достаточно точные. Чувства ритма и темпа развиты хорошо. Установленный ритм и темп может удерживать длительно, легко переходит из одних ритмических и темповых установок на другие, хотя индивидуально упражнения в присутствии других заикающихся вызывают чувство стеснения и неловкости. Двигательные упражнения выполняет правильно, свободно включается в коллективные занятия в процессе ритмики. Музыкальный слух и память — хорошие, охотно поет в хоре. При музыкальном сопровождении речь становится плавной, судорожные запинки отсутствуют.

Психическое состояние: на приеме у врача держится приветливо, с готовностью рассказывает о себе, не теряя при этом чувства дистанции. О заикании говорит как о тяжелом страдании. Высказывает опасение, что окружающие также расценивают ее как неполноценную. Себя считает обидчивой, склонной к постоянному самоанализу и пониженной самооценке. По ее словам, ей иногда кажется, что улыбки, жесты и слова окружающих касаются ее речи, переживает возможную насмешку, хотя всякий

раз потом себя успокаивает, убеждаясь, что к ней эти высказывания отношения не имели. Жалуетса на сильный страх речи и резкое утяжеление заикания при малейшем волнении. Это мешает ей обращаться первой, вести ответственный разговор. Перед речевым общением всякий раз заранее переживает, боится, что будет заикаться и не сможет высказать все, что хочет сообщить. В процессе беседы стоит только вспомнить о своей речи или кому-нибудь обратить внимание на нее, как речь начинает изоливать запинками.

Сон поверхностный. Утром часто встает, не ощущая ночного отдыха. Отмечает быструю утомляемость при любой деятельности. Психотерапевтическая беседа всегда действует на нее благотворно: речь становится без запинок, волнение в процессе речевого общения исчезает.

Речевое состояние: органы артикуляции без видимой патологии. Артикуляция звуков правильная. Словарный запас достаточный, аграмматизмов в речи не отмечается. Темп речи неровный, склонный к убыстрению. Голос тихий, но модулированный. Интонация несколько бедна.

Речевое дыхание характеризуется резко выраженной экспираторной судорогой. В процессе речи ощущает общее мышечное напряжение, спазмы за грудиной и в области диафрагмы. Отмечаются также судороги артикуляционного аппарата. Шепотная речь и автоматизированные ряды — без заикания. Сопряженный и отраженный виды речи характеризуются непостоянным заиканием. При чтении текста вслух количество пароксизмов заикания увеличивается. Спонтанная речь сопровождается использованием большого числа эмболов («ну», «это самое», «в общем» и т. п.). Наибольшие затруднения вызывает речевое общение в присутствии незнакомых лиц, при большом стечении людей, при обращении к продавцам и кассирам в магазине, при телефонных разговорах. Необходимость длительного речевого общения сопровождается эмоциональным напряжением и утяжелением дефекта речи. В процессе речевой деятельности наблюдаются обильные сопутствующие движения в виде раскачивания туловища, притоптывания ногами, прищелкивания пальцами. Речь сопровождается ярко выраженными вегетативными реакциями: покраснением лица, усиленной потливостью ладоней рук и лица, ускоренным сердцебиением (до 140 в мин).

Курс интенсивного медико-педагогического воздействия, проведенный в стационаре в течение 45 дней, имел отчетливый, но непродолжительный эффект.

Таким образом, для невротической формы заикания характерны следующие особенности.

1. Тенденция к раннему речевому развитию до появления заикания.
2. Наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения.
3. Характерологические свойства (впечатлительность, тревожность и т. п.).
4. Преимущественно психогенное начало речевой патологии (психическая острая или хроническая травматизация).
5. Заикание может появиться в возрасте от 2 до 6 лет.

6. Большая зависимость степени судорожных запинок от эмоционального состояния заикающегося и условий речевого общения.

7. Возможность плавной речи при определенных условиях (речь наедине с собой, в условиях эмоционального комфорта, при отвлечении активного внимания от процесса говорения и пр.).

2.3.2. Клиническая и психолого-педагогическая характеристики заикающихся с неврозоподобной формой речевой патологии

Неврозоподобная форма заикания чаще всего начинается у детей в возрасте 3—4 лет постепенно, без видимых внешних причин.

При неврозоподобной форме заикания в анамнезе зачастую отмечаются тяжелые токсикозы беременности с явлениями угрозы выкидыша, асфиксия в родах и пр. В грудном возрасте такие дети беспокойны, крикливы, плохо спят. Их физическое развитие проходит в пределах низкой возрастной нормы либо с небольшой задержкой. Они отличаются от здоровых детей плохой координацией движений, моторной неловкостью, поведение характеризуется расторможенностью, возбудимостью. Они плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте.

У детей этой группы отмечается повышенная истощаемость и утомляемость при интеллектуальной и физической нагрузке. Их внимание неустойчиво, они быстро отвлекаются. Нередко такие дети чрезмерно суетливы, непоседливы, с трудом подчиняются дисциплинарным требованиям, могут быть раздражительными и вспыльчивыми. Психоневрологическое состояние таких детей расценивается клиницистами как *церебрастенический синдром*.

Особенно ярко отличие от нормы проявляется в речевом развитии. Так, первые слова нередко появляются лишь к 1,5 годам, элементарная фразовая речь формируется к 3 годам, развернутые фразы отмечаются лишь к 3,5 годам жизни. Наряду с задержкой развития речи имеются нарушения произношения многих звуков, отмечается медленное накопление словарного запаса, позднее и неполное освоение грамматического строя речи. Начало заикания совпадает с периодом формирования фразовой речи, т.е. с возрастом 3—4 года.

В начальном периоде заикания, который продолжается от одного до шести месяцев, заикание протекает как бы волнообразно, то несколько смягчаясь, то утяжеляясь, однако периодов, свободных от судорожных запинок речи, обычно не наблюдается. При отсутствии логопедической помощи речевое нарушение постепенно утяжеляется. Заикание быстро «обрастает» обильными сопутствующими движениями и эмболофразией.

Для данной формы заикания типичны *относительная монотонность* и *стабильность* проявлений речевого дефекта. Судорожные запинки усиливаются при физическом и психическом утомлении детей, в период соматических заболеваний, но обычно мало зависят от внешних ситуационных факторов.

При обследовании моторики у детей с неврозоподобной формой заикания обращает на себя внимание *патология моторных функций*, выраженная в разной степени: от недостаточности координации и подвижности органов речевой артикуляции до нарушения статической и динамической координации рук и ног.

Мышечный тонус при этой форме заикания неустойчив, движения напряженные и несоразмерные. Имеются нарушения координации движений рук и ног, тонкой моторики рук, артикуляционной моторики.

Наиболее выраженные нарушения отмечаются в мимической, артикуляционной и тонкой моторике рук. При неврозоподобной форме заикания особенно страдает динамический праксис. Заикающиеся с трудом запоминают последовательность движений, с трудом переключаются с одной серии движений на другую. Большая часть заикающихся этой группы с трудом воспроизводит и удерживает в памяти заданный темп и ритм. Как правило, у них плохо развивается музыкальный слух.

Большинство заикающихся этой группы двигательные ошибки не исправляют самостоятельно. Словесной инструкции по двигательным задачам для них недостаточно, при обучении необходимы наглядные образцы.

Клиническое обследование таких детей свидетельствует, как правило, о нерезко выраженном органическом поражении мозга резидуального характера, причем помимо общемозговых синдромов (церебрастенический, гипердинамический и пр.), у них обнаруживаются остаточные явления поражения моторных систем мозга. При логопедическом обследовании обнаруживается обычно нормальное строение речевого аппарата. Все движения органов артикуляции несколько ограничены, нередко наблюдаются малоподвижность нижней челюсти, недостаточная подвижность языка и губ, плохая координация артикуляторных движений, затрудненный поиск артикуляторных поз. Нередко отмечается нарушение тонуса мышц языка, его «беспокойство», недифференцированность кончика. Довольно часто у детей с неврозоподобной формой заикания регистрируется повышенная саливация не только в процессе речи, но и в покое.

Отличается от нормы и организация просодической стороны речи: темп речи либо ускорен, либо резко замедлен, голос мало модулирован.

Как правило, резко нарушено речевое дыхание: слова произносятся во время вдоха или в момент полного выдоха.

У всех детей с неврозоподобной формой заикания обнаруживается корреляция отклонений от нормы в психомоторном и речевом развитии.

Для детей с легкой степенью отклонений в психомоторном и речевом развитии характерны некоторые затруднения в динамической координации всех движений (от общих до тонких артикуляционных). Лексико-грамматическая сторона речи не имеет существенных отклонений от нормы. Нарушение звукопроизношения носит, главным образом, фонетический характер (межзубной сигматизм, губно-зубное произношение и т. п.).

У детей со средней степенью отклонений в психомоторике и речи имеются нарушения статической и динамической координации движений (общих, тонких и артикуляционных). У них отмечается некоторое отставание в формировании лексико-грамматического строя речи. Нарушение звукопроизношения носит фонетико-фонематический характер (велярное или увулярное произношение звука «р», смешение шипящих и свистящих и т. п.).

У детей с тяжелой степенью отклонений в психомоторике и речи, наряду с расстройством статической и динамической координации движений, имеются различные нарушения двигательной сферы в целом. Отмечается недоразвитие речи, выраженное в разной степени (от фонетико-фонематического до общего недоразвития речи III уровня).

Психическое состояние детей с неврозоподобной формой заикания характеризуется повышенной возбудимостью, взрывчатостью в одних случаях и вялостью, пассивностью — в других. Внимание таких детей обычно неустойчиво, они не обнаруживают стойкого интереса к творческой игровой деятельности, нередко у них снижена познавательная активность.

А. Ф., 5 лет 6 мес.

Со слов родителей, мальчик страдает заиканием, нарушением звукопроизношения, раздражительностью, упрямством, неусидчивостью. Наследственность психическими заболеваниями и речевыми расстройствами не отягощена. Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Роды в срок со стимуляцией. Родился в асфиксии небольшой степени. К груди был приложен на третьи сутки, сосал активно. До одного года рос беспокойным. Ранее физическое развитие в пределах возрастной нормы: голову держит с 2 мес., сидит с 6 мес. Ходить стал после года. Отдельные слова появились вскоре после года, короткие фразы — после 2,5 лет, развернутая фраза лишь к 4 годам. Речь всегда была невнятной.

До года ничем не болел. С 13 мес. стал посещать ясли, затем детский сад. С этого времени часто болел простудными заболеваниями. Почти все время воспитывался на пятидневном режиме детских воспитательных учреждений. С детьми легко вступал в контакты. Однако детский сад посещал неохотно, тяготился пребыванием там, много плакал, по понедельникам не хотел уходить из дома.

Заикание родители заметили в 3 года. Начало заикания было постепенным. С течением времени судорожная активность речевых мышц усилилась, стала проявляться постоянно.

Речевое состояние: строение артикуляторного аппарата без особенностей. Движения артикуляторных органов скованные, переход от одного артикуляторного движения к другому затруднен. Голос громкий, мало модулированный. Темп речи несколько ускорен. Артикуляция нечеткая. Звукопроизношение резко нарушено: *ш* → *с*, *р* → *в*, *ч* → *ть*, *ц* → *т*, *л* — нет. Отсутствуют йотированные звуки и звук *ы*.

Заикание проявляется в вопросно-ответной и спонтанной формах речи в виде артикуляционных тонических и клонических судорог, смыкательной судороги губ, вокальных тонических судорог, которые чаще возникают в начале речевого потока на гласные звуки.

Комплексное медико-педагогическое воздействие оказывалось на протяжении 6 мес. Поставлены и введены в речь звуки *с*, *ч*, *щ*, но их произношение недостаточно автоматизировано. Темп речи остается неустойчивым с тенденцией к ускорению.

Увеличился словарный запас, уменьшились явления аграмматизма. Заикание стало менее выраженным, однако судорожные сокращения артикуляторных и дыхательных мышц остаются, особенно ярко проявляясь в вопросно-ответной и спонтанной формах речи.

При осмотре через 4 мес. после окончания логопедических занятий (возраст мальчика 6 лет 4 мес.). В речи остается заикание, выраженное в легкой степени, проявляется в вопросно-ответной и спонтанной речи. В игре наедине с собой в речи наблюдаются легкие судорожные запинки. Рекомендован повторный курс медико-педагогического воздействия. После повторного курса коррекционного воздействия наблюдалась положительная динамика: введены в речь и автоматизированы все звуки. Единичные судорожные запинки появляются только в спонтанной речи. Остаются нерезко выраженные явления аграмматизма. Устная спонтанная речь характеризуется короткими фразами, сложные союзы употребляются редко. Отмечается низкий уровень развития монологической речи.

Несмотря на указанные особенности онтогенеза, психическое развитие большинства заикающихся с неврозоподобной формой происходит в пределах нормы. Они своевременно поступают в школу. В школе успевают средне, но, как правило, успешно ее заканчивают. Многие поступают в техникумы, институты.

В тех случаях когда дети с неврозоподобной формой заикания получают своевременную (т.е. приближенную ко времени появления заикания) и достаточно длительную (т.е. в течение, как минимум, целого года) регулярную логопедическую помощь, они, как правило, не нуждаются в повторных курсах коррекционного воздействия. Их речь стабильно остается плавной. Катамнестические исследования свидетельствуют о том, что в этих случаях заикание не рецидиврует.

Если своевременно и в полном объеме логопедическая помощь не оказывается, неврозоподобная форма заикания имеет склон-

ность к *прогредиентному течению*. Для этих случаев характерно постепенное утяжеление заикания. Дети, не получившие своевременной логопедической помощи, с трудом обучаются в общеобразовательной школе. Именно эти заикающиеся нередко становятся учащимися школ для детей с тяжелыми нарушениями речи. Они выбирают профессию, как правило, не связанную с речевой нагрузкой и редко заканчивают высшие учебные заведения.

У лиц с неврозоподобной формой заикания в возрасте 14—17 лет порой появляются личностные переживания в связи с дефектом речи. Они носят редуцированный характер и не имеют черт глубокого, эмоционально окрашенного переживания своей речевой малоценности, как это бывает у подростков и взрослых, страдающих невротической формой заикания.

Для подростков и взрослых с неврозоподобной формой заикания наиболее характерно пассивное отношение к своему речевому дефекту. Они обращаются за помощью, как правило, по настоянию родных или близких знакомых. В процессе коррекционного воздействия заикающиеся этой группы недостаточно активны и инициативны.

При хроническом течении неврозоподобной формы заикания речь взрослых характеризуется тяжелыми тоноклоническими судорогами во всех отделах речевого аппарата. Как правило, отмечается резкое нарушение дыхания в процессе речи: длительная задержка, прерывистость, судорожность и т. д. Речь обычно сопровождается разнообразными движениями пальцев рук, притоптыванием, кивательными движениями головы, раскачиванием туловища и другими движениями, напоминающими гиперкинезы, т. е. насильственные сокращения мышц, не носящие маскирующего или эмоционально-выразительного характера.

При тяжелой форме заикания речевое общение утомляет взрослых заикающихся. Вскоре после начала беседы они переходят на односложные ответы, жалуются на чувство физической «усталости до изнеможения». Для психического состояния взрослых характерны трудность адаптации к новым условиям, снижение памяти и внимания, истощаемость. Большинству из них занятия с логопедом приносят облегчение в речи в тех случаях, если коррекционная педагогическая работа носит регулярный и длительный характер.

Речевое поведение в разных условиях общения при неврозоподобной форме заикания характеризуется тем, что речевые запинки проявляются в любой обстановке как наедине с самим собой, так и в обществе. Активное внимание заикающихся к процессу говорения облегчает речь, запинки становятся меньше. В то же время наблюдения показывают, что физическое утомление, продолжительное психическое напряжение, соматические заболевания ухудшают качество речи.

З. И., 19 лет.

Поступил в клиническое отделение с жалобами на сильное заикание, раздражительность, вспыльчивость, плохой сон. В анамнезе: патологический характерологических особенностей у родителей не отмечалось. Дядя по линии отца обладал быстрой речью, «как из пулемета». Старший брат в возрасте 3—5 лет заикался, в настоящее время заикание у него выражено слабо.

Больной родился от второй беременности, протекавшей нормально. Роды затяжные, родился в асфиксии. В раннем детстве отмечалось отставание в развитии двигательных навыков: ходить стал в 14 мес., всегда был неловким, плохо бегал, не мог лазать по деревьям (рос в сельской местности). Речь развивалась также с задержкой: первые слова появились к 1,5 годам, фразовая речь после 3 лет. Речь была малопонятной для окружающих, так как многих звуков он не выговаривал, произносил все очень быстро. Заикание стало заметным с 3 лет, после развития фразовой речи. Какого-либо непосредственного предшествующего травмирующего заболевания или переживания не отмечалось. Рос подвижным ребенком. С детьми не дружил, конфликтовал с братом. По характеру был вспыльчивый, «взрывчатый», раздражительный. До школы знал буквы, умел считать. В школу пошел с 7 лет, с трудом мог высидеть урок, убежал из класса. В начальных классах учился без особого затруднения, но с 4 класса стал успевать хуже.

До 10 лет отмечался ночной энурез, снохождения. С 10 лет возросла «внутренняя взрывчатость», раздражительность.

Школу закончил в 17 лет, пытался поступить в Казанский университет на факультет журналистики, но не прошел по конкурсу. Стал работать на заводе электриком. Работа нравилась, справлялся с ней. По настоянию родителей поступил через год в филиал МАИ на вечернее отделение. Учился без интереса. Друзей не имел. Мечтал «наперекор всему» вновь держать экзамены на факультет журналистики.

Физическое состояние: больной высокого роста, астенического телосложения. Выглядит соответственно возрасту. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Неврологическое обследование: имеется незначительная асимметрия лицевой иннервации — слаженность правой носогубной складки, правая глазная щель несколько шире левой. Зрачки равномерны. Конвергенция глазных яблок недостаточная, отмечаются нистагмические подергивания при крайних отведениях. Реакция на свет вялая. Глоточный рефлекс слегка снижен. Координаторные пробы выполняет нечетко. В позе Ромберга слегка пошатывается. При выполнении координаторных проб дрожат пальцы рук, патологические рефлексы не выявляются. Сухожильные рефлексы слева несколько выше, чем справа. Нарушений чувствительности нет. Сила мышц рук и ног достаточная. Тонус нормальный. Отмечается яркочерный стойкий рефлекторный дермографизм, потливость кистей рук. С трудом сохраняет заданный ритм движений, перемена ритма и темпа затруднены. Ходьба «неуклюжая», неритмичная. Координация движений средняя. Моторная память плохая. Музыкальный слух и музыкальная память неразвиты. Речь во время занятий по логоритмике затрудненная, с запинками, монотонная. Дыхание судорожное.

Психическое состояние: сознание ясное, ориентирован полностью. О себе рассказывает неохотно. Во время беседы краснеет, покрывается испариной, отмечается сердцебиение. Жалуется на тяжелое заикание, «внутреннюю взрывчатость», несильные головные боли, плохой сон. Мимика адекватна, но недостаточно выразительна. Настроение неровное, раздражителен, несдержан. Считает, что нарушение речи мешает ему иметь товарищей и стать журналистом. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Внимание неустойчиво, память несколько снижена, на вопросы, касающиеся круга интересов, отвечает формально, в письменной речи отмечается много ошибок. К помощи врачей и логопедов по поводу расстройства речи обращается впервые, в связи с неудачей на конкурсных экзаменах в университет. К логопедическим занятиям относится непоследовательно, много времени уделяет работе над речью, пунктуален, аккуратен в работе, в то же время не критичен, переоценивает свои успехи, раздражается в ответ на замечания.

Речевое состояние, строение речевого аппарата: твердое нёбо высокое, куполообразное. Язык толстый, малоподвижный. Уздечка языка короткая. Нижняя челюсть малоподвижна. Прикус нормальный.

Темп речи ускорен. Речь «сбивчивая», смазанная. Артикуляция крайне нечеткая. Нечетко произносит звуки *с, з, ц, ч, щ, ш, ж, х*, т.е. нарушено звукопроизношение всей группы шипящих и свистящих. Сам больной не ощущает затруднений при произнесении этих звуков. Заикание проявляется во всех видах речи. Судорожные запинки возникают в момент экспирации при произнесении гласных и щелевых согласных звуков. При этом артикуляционная мускулатура больного застывает в положении ближайшего согласного звука. В момент тонуса живот подтянут. Больной отмечает сжатие грудной клетки. Вдох короткий, резкий, напряженный. Выдох прерывистый, толчкообразный. Иногда в момент тонической судороги прорываются отдельные хриплые звуки. Очень часто экспираторные судороги сопровождаются ритмическими движениями мышцы артикуляционного аппарата. При прорыве тонической судороги часто наблюдается картина артикуляционного клонуса. Клоническая судорога возникает и самостоятельно. Наблюдаются клонические судороги дыхательно-артикуляционной локализации. Тонические судороги проявляются в виде угловой судороги губ, языка и нижней челюсти. Отмечается также затруднение при произнесении звука *н*, независимо от его места в слове, что указывает на распространение спазма на нёбно-глоточную занавеску.

Речевое общение быстро утомляет больного, он начинает умолкать, производить перестановки, замены слов. Речь сопровождается движениями пальцев рук, притоптыванием ногой, кивательными движениями головы, раскачиванием туловища. Во время речи скован, бледен.

В процессе логопедических занятий поставлены и введены в речь звуки *с, з, ц, ч, щ*, но их произношение недостаточно автоматизировано. Темп речи остается нестабильным, сохраняется ускоренная речь. Однако при активном внимании больного к речи темп нормализуется. Несколько уменьшилась «смазанность» речи. При активном внимании пациента к процессу артикуляции речь становится более четкой и выразительной.

Судорожные сокращения артикуляторной мускулатуры остаются. На фоне ускоренного темпа речи проявляется артикуляционный клонус. По-

сещение занятий аутогенной тренировки в течение двух месяцев дало возможность больному овладеть способностью к активному вниманию в процессе речевой артикуляции. Приемами релаксации больной не владеет, но в процессе занятий на короткое время ощущает мышечное расслабление и эмоциональное успокоение. Тем не менее существенного влияния на речь эти состояния не оказывают. Несколько уменьшились гиперкинезы, особенно кивательные движения головой. В процессе лечения в клинике у пациента улучшился сон, настроение стало устойчивее. Научился активно следить за процессом произнесения, что облегчало речь, позволяло правильно произносить звуки, делало ее более плавной.

Анализируя данное наблюдение, можно отметить наследственную отягощенность речевой патологией, а также наличие перинатальных вредностей. Видимо, последнее явилось причиной задержки раннего физического развития и становления речевых функций. Наряду с поздним появлением речи, она характеризовалась обилием неправильно произносимых звуков, а также запинками, которые появились в период формирования фразы. С началом фразовой речи у пациента уже были заметны судорожные нарушения артикуляции. Заикание появилось без какой-либо предшествующей психической или физической травмы. Ярко выраженной психической переработки своего дефекта не выявлялось, логофобии, по существу, не отмечалось, тем не менее пациент, считая себя неполноценным из-за заикания, тяготился речевым нарушением, так как, по его мнению, он из-за этого не стал журналистом.

В психическом состоянии на момент обследования основным было наличие дисфорий, неустойчивости внимания. Неврологическое обследование выявляло нерезко выраженные симптомы диффузного поражения мозга в виде асимметрии лицевой иннервации, горизонтального нистагмоида, нарушения координации, плохой переносимости транспорта и духоты.

Речь характеризовалась смазанной артикуляцией и быстрым темпом. Во время речевого общения отмечалось большое количество сопутствующих движений. Включение сознательного контроля за речью делало ее более плавной. На основании изложенного выше можно считать, что у пациента имелись симптомы раннего диффузного органического поражения мозга с явлениями редуцированного психоорганического синдрома, речевое нарушение относилось к неврозоподобной форме заикания.

Таким образом, для неврозоподобной формы заикания характерны следующие особенности.

1. До появления заикания отмечается тенденция к некоторой задержке речевого развития, нарушение звукопроизношения.
2. Отмечается патология моторных функций разной степени выраженности.
3. Судорожные запинки появляются у детей в возрасте 3—4 лет.
4. Появление судорожных запинок совпадает с фазой развития фразовой речи.
5. Начало заикания постепенное, вне связи с психотравмирующей ситуацией.

6. Отсутствуют периоды плавной речи, качество речи мало зависит от речевой ситуации.

7. Привлечение активного внимания заикающихся к процессу говорения облегчает речь; физическое или психическое утомление ухудшают качество речи.

Довольно часто на практике у заикающихся отмечается смешанная клиническая картина речевой патологии.

Так, реактивное психогенное начало заикания может наблюдаться и у детей с органической неполноценностью мозга. В таких случаях на фоне задержки психомоторного и речевого развития, несовершенства звукопроизводительной стороны речи бывает достаточно «незначительного» психогенного воздействия, чтобы нарушилась хрупкая координация речедвигательного акта и появились судорожные запинки. Такое невротическое по своему происхождению заикание имеет сложную клиническую картину, в которой сочетаются симптомы разных уровней поражения деятельности центральной нервной системы: функционального и органического.

Дима В., 5 лет 2 мес.

Жалобы со слов родителей: заикание, протекающее волнообразно, нарушение звукопроизношения, нередко наблюдаются расстройства настроения, упрямство, трудности засыпания, пробуждения ночью.

Наследственность не отягощена психическими заболеваниями и речевыми расстройствами. Ребенок родился от первой беременности, протекавшей на фоне повышенного давления, отеков, появившихся во второй половине беременности. Роды в срок, быстрые. Закричал сразу. К груди приложен на вторые сутки после рождения. Сосал активно. До 6 мес. срыгивал, плохо спал. Раннее физическое развитие несколько отставало от нормы: голову держит с 3 мес., ходить стал после 1 года 2 мес. Первые слова появились после года. Элементарная фраза к 2 годам, развернутая фразовая речь появилась к 3 годам. До 3 лет воспитывался дома, затем в детском саду. С детьми легко контактировал, умел играть самостоятельно. В первую неделю пребывания в детском саду отказывался идти туда. Примерно в это время родители стали замечать в речи ребенка растягивание первых звуков и слогов в начале фразы, повторение начального звука, слога и слова. Через некоторое время речь опять стала плавной. Однако при малейшем утомлении, возбуждении в речи появлялись запинки. Родители отмечают резкое усиление запинок с 4 лет, когда ребенок стал использовать сложные фразы. При этом запинки сопровождались судорожным сокращением мышц речевого аппарата. Речь с судорожными запинками сменилась периодами плавной речи.

На момент обследования ребенку 5 лет 2 мес. Физическое развитие соответствует норме. Интеллект соответствует возрасту. Черепно-мозговые нервы без патологии. Отмечается моторная неловкость, преобладание тонуса в мышцах правых конечностей. На ЭЭГ — умеренные изменения дизэнцефального генеза.

Речевое состояние: строение артикуляционного аппарата без особенностей, движения артикуляторных органов свободные, однако переключение движений затруднено. Голос громкий, недостаточно модулированный, темп речи ускорен, звукопроизношение нарушено: звуки *л* и *р* отсутствуют, свистящие заменяются шипящими, отмечается некоторая недостаточность фонематического восприятия. Хорошо развита фразовая речь. Фраза полная, распространенная, с подчинительной и сочинительной связью. Грамматический строй речи сформирован. Словарный запас достаточный.

Заикание проявляется в вопросно-ответной, спонтанной речи и при пересказе. Речевое дыхание не сформировано. Речевой выдох укорочен. Судороги мышц речевого аппарата локализуются как в артикуляционном, так и в дыхательных отделах.

Комплексное медико-педагогическое воздействие оказывалось на протяжении 3 мес. Отмечалась быстрая динамика. В самостоятельной речи появлялись лишь единичные запинки. Удлинился речевой выдох. В целом речь стала более организованной.

Нарушенные звуки поставлены и находятся на стадии автоматизации. Улучшился аппетит. Сон стал более глубоким.

В других случаях неврозоподобная форма заикания может осложняться комплексом вторичных невротических реакций, связанных с особенностями личностного реагирования на речевой дефект, что «маскирует» истинную природу речевой патологии. Такие формы речевой патологии являются смешанными и труднее поддаются коррекционным воздействиям.

2.4. ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЧИ ЗАИКАЮЩИХСЯ

Психолингвистические исследования заикающихся касаются главным образом устной контекстной речи. Это объясняется тем, что судорожные речевые запинки в монологическом высказывании выражены сильнее, чем в других видах устной речи.

Монологическая речь занимает большое место в общении. Характерной ее особенностью является последовательное, связное, целенаправленное изложение мысли одним лицом. Адекватный набор лексических значений, синтаксических конструкций помогает говорящему точно выразить свой замысел. Процесс внутреннего программирования высказывания непосредственно вплетен в процесс производства речи и носит опережающий характер.

Исследования последних лет показывают, что замысел говорящего отражается не только на выборе соответствующих лексико-грамматических и синтаксических конструкций, он является также основополагающим фактором интонационного членения. В силу этого интонационное членение нельзя считать результатом только голосовых модуляций, которые отражают смысловую структуру

высказывания. Оно возникает в процессе текущего формирования замысла и его вербализации. Интонационное членение тесно связано с ритмом моторной реализации высказывания.

Монологическая речь формируется постепенно в процессе речевого онтогенеза. При переходе к усложненным формам речевого общения возникают трудности планирования схемы высказывания, выбором словесных средств и их самостоятельным конструированием.

В этом периоде развития речи формулирование высказывания может сопровождаться эмоциональным напряжением, которое у ребенка выражается в учащенном дыхании, прерывистости речи, длительных паузах перед тем, как употребить новый оборот речи.

Психолого-педагогическая характеристика заикающихся детей показывает, что они имеют разный уровень речевого развития — и высокий, и низкий. Но и у тех, и у других отмечаются затруднения в подыскивании нужного слова, речевом оформлении мысли, им свойственно многословие, склонность к пространным рассуждениям.

При невротической форме заикания дети дошкольного возраста обладают полноценным набором лексических средств, могут адекватно грамматически конструировать свое высказывание и его составные части. Последовательность передачи смысловой структуры сообщения у них не нарушена. В то же время такие дети употребляют значительное количество неадекватных контексту слов, т. е. у детей с невротической формой заикания обнаруживается определенное несоответствие между уровнем развития языковых средств и способностью использовать их в разных ситуациях общения.

Предполагается, что механизм затруднений в использовании адекватной лексики детьми с невротической формой заикания связан с тем, что их речевая активность всегда протекает на фоне особого эмоционального состояния.

Сравнение с нормой показывает, что уровень развития монологической речи по показателю «выбора лексем» у заикающихся детей 6—7 лет в большинстве случаев соответствует уровню развития монологической речи детей 4—5 лет без речевых нарушений.

При неврозоподобной форме заикания одинаковую трудность представляют программирование связного сообщения и оформление смысловой программы средствами языка. Дети этой группы не могут полно и последовательно передать смысл текста. У них ограничен объем словарного запаса, причем дети затрудняются активно им пользоваться в самостоятельных связных высказываниях; предложения строят структурно неполные, а способ связи предложений между собой однотипен. Отмечаются также нарушения фонематического восприятия и звукопроизносительной стороны речи по дизартрическому типу. Эти характеристики позволяют считать,

что при неврозоподобной форме заикания имеется недоразвитие речи или его элементы.

Предполагается, что у детей с неврозоподобной формой заикания механизм затруднений актуализации слов связан с недостатком лексических средств, а нарушение монологической речи является следствием, в первую очередь, дефицита языковой способности.

Как при невротической, так и при неврозоподобной форме заикания дети не замечают и не корректируют свои ошибки, что свидетельствует о снижении контроля за смысловой стороной высказывания.

В школьном возрасте среди заикающихся выделяются дети с высоким и низким уровнями развития речи. Тем не менее в целом у заикающихся школьников как с невротической, так и с неврозоподобной формами речевой патологии лексика устных высказываний характеризуется бедностью, неточностью лексических значений, повторением одних и тех же слов и выражений. В монологической речи в основном используются простые предложения, в которых перечисляются предметы, отмечается большое количество персевераций и эмболов. Нередко высказывания состоят из одних существительных, среди других частей речи преимущество отдается местоимениям и наречиям. Отмечаются отсутствие логических ударений, интонационная невыразительность речи.

Если в норме репертуар лексических средств с возрастом существенно расширяется, то при невротической форме заикания он сужается, и это отражается на качестве монологической речи.

При невротической форме заикания смысловая организация контекстной речи не страдает. Дети достаточно хорошо усваивают школьную программу и успевают по всем предметам.

При неврозоподобной форме заикания отмечается недоразвитие речи, выраженное в разной степени. Монологическую речь характеризуют бедность лексических средств, некоторые затруднения грамматического оформления, неполная смысловая программа передачи текста. Учащиеся, как правило, с трудом усваивают программу общеобразовательной школы.

Определенные тенденции в организации монологического высказывания заикающихся детей с возрастом становятся более ярко выраженными. Так, если у заикающихся детей имеется лишь своеобразие планирования монологического высказывания, то у взрослых заикающихся выявляется его дезорганизация.

Монологическая речь при невротической и неврозоподобной формах заикания имеет много общего. Так, взрослые предпочитают использовать наиболее часто употребляемые слова, употребляют большое количество шаблонных слов и фраз, наиболее привычных для них. В высказываниях многократно повторяют одни и те же слова, что делает их речь многословной, но обедненной по содержанию и лексике.

М. К. «Наш участок делает заказы по заказам населения. Я работаю на участке сметчиком, составляю сметы по заказам населения».

К. Т. *Значит*, это самое, эээ... *значит*, делали на нашем заводе... *значит*, многие платы... *значит*... ну... я, *значит*, раньше тоже делал, *так сказать*... *значит*, там подчистку... вот, *значит*... доработку плат».

В речи заикающихся присутствует большое количество грамматически и логически незавершенных фраз и ложных начал, т.е. процесс поиска адекватной лексемы или грамматической конструкции выносится во внешнюю речь.

«Цех, который, ну... в цехе, котором я работаю».

«Я, я должен... я обслуживаю машины».

В некоторых случаях при тяжелом заикании грамматические отношения в тексте высказывания разрушаются, а смысл передается с помощью экстралингвистических средств. Нередко в отдельных фразах контекстной речи пропускается семантически значимое слово или, наоборот, имеются семантические «излишества».

Высказывание в целом характеризуется аморфностью структуры и расплывчатостью, частыми отклонениями от основной темы. При этом у всех заикающихся смысл высказывания в целом сохраняется.

У взрослых речь в целом интонационно обеднена, при произнесении фраз интонации завершения часто отсутствуют, нарушается и синтагматическое ударение внутрифразового единства.

Все эти явления при неврозоподобной форме заикания выражены более грубо. Особенно страдает грамматическое структурирование и интонационное оформление высказывания.

В речи взрослых с невротической формой заикания выделяются «реплики», которые, в отличие от основной неплавной речи, не прерываются судорогами. Эти «реплики», как правило, касаются самооценки говорящим качества собственной речи или своего состояния. Манера произнесения «реплик» обычно отличается от остальной речи. Они произносятся более тихим, приглушенным, как бы интимным голосом, в более быстром темпе, а порой и со смущенной улыбкой, что характеризует их как комментарии к собственному высказыванию. В этих случаях судорожная речь, обращенная к собеседнику, прерывается речью, обращенной «к себе», которая протекает плавно.

«Ну... после этого... института... со своей специальностью я не могу работать в... я не могу сказать, где я могу работать... в любом институте».

«...то меня направили в ателье высшего... не могу, прямо воздуха не хватает... высшего... разряда». (Курсивом выделена речь с выраженными судорожными запинками.)

Кроме особенностей содержательной стороны высказывания, в речи заикающихся отмечается своеобразие пауз. Во-первых, как

дети, так и взрослые делают значительно меньше пауз hesitation, чем в норме. Во-вторых, локализация пауз у заикающихся иная, чем в норме. Большая часть пауз у них располагается внутри слов, а между словами и даже на границах законченных в смысловом отношении фраз паузы часто отсутствуют, т. е. у заикающихся отмечается выраженная дефицитность пауз, необходимых для нормального внутреннеречевого планирования и протекания речевого процесса.

Их речи свойственно большое количество пауз, которые характеризуются отсутствием акустического сигнала и «заполненностью» патологической судорожной активностью мышц речевого аппарата. Именно эти паузы часто прерываются эмболами, нефонологическими вокальными образованиями, ложными началами и повторами.

Анализ психолингвистических параметров речи заикающихся позволяет считать, что наличие судорожной активности в мышцах исполнительного аппарата, нарушающей результат действия функциональной системы речи у заикающихся, искажает процесс внутриречевого планирования и переход психической части речевого процесса на моторный уровень реализации.

2.5. НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЗАИКАНИЯ

Сопоставление клинических, психологических, психолингвистических и физиологических данных исследования заикающихся позволяет глубже представить себе патогенетические механизмы этого сложного речевого расстройства. Эволюционное заикание, или заикание развития, возникает обычно в том возрасте, когда у ребенка интенсивно формируется фразовая или монологическая речь.

Закономерность появления заикания у детей в периоды интенсивного развития фразовой и монологической речи свидетельствует о том, что речь ребенка в такие периоды является наиболее «ранимой», т. е. легко нарушается при воздействии различных патогенных факторов.

При различных клинических формах начало заикания связано с разными условиями.

Невротическая форма заикания появляется чаще всего при воздействии патогенных эмоциогенных воздействий внешней среды. Острая или хроническая психическая травма, переживаемая ребенком, находится в непосредственной связи с появлением «речевых» судорог. Это свидетельствует о первенствующем значении *гиперактивации эмоциогенных структур мозга* при этой форме заикания.

Заметим, что едва ли найдется человек, который в детстве не пережил состояние испуга или же не бывал в ситуации психологически напряженных семейных отношений и т. п. Практически каждый ребенок в своем опыте имеет психический стресс, т. е. эмоциогенные структуры его мозга испытывают периоды сильного возбуждения. Однако на практике гиперактивация эмоциогенных структур далеко не всегда заканчивается последующим развитием у ребенка патологических реакций, и тем более заикания.

При нормальном созревании мозга уже в детском возрасте в центральной нервной системе развиваются регулирующие тормозные процессы, достаточно сильные для того, чтобы подавить излишнее возбуждение эмоциогенных структур мозга, блокировать распространение этого возбуждения и не дать сформироваться очагу застойной патологической активности.

Нередко психический стресс у детей дошкольного возраста вызывает лишь невротические реакции общего характера (нарушение сна, снижение аппетита, раздражительность, плаксивость и т. п.), не задевая речевую функцию.

Сам феномен судорожных запинок не является строго специфичным для лиц, страдающих заиканием. Нередко и в норме наблюдаются единичные речевые запинки судорожного характера в моменты высокого эмоционального напряжения. В этих случаях нарушение плавности речи связано с дестабилизацией регулирующих механизмов центральной нервной системы.

Состояние нервной системы ребенка, у которого впоследствии может развиваться невротическая форма заикания, характеризуется *особой эмоциональной реактивностью*. Таким детям присущи повышенная впечатлительность, робость, тревожность, нарушения сна, аппетита, эмоциональная ранимость и т. п. Это свидетельствует о врожденных или рано приобретенных отклонениях от нормы в состоянии нервной системы, особом состоянии эмоциогенных структур мозга, что обуславливает низкий уровень адаптивных возможностей организма. В силу этих характеристик центральной нервной системы у таких детей под влиянием психического стресса может формироваться очаг застойной патологической активности в эмоциогенных структурах мозга.

Речевое нарушение, начавшись после психической травмы, соответствует *психомоторному уровню патологического реагирования*, свойственному детям младшего возраста (В. В. Ковалев, 1979, Г. К. Ушаков, 1973).

Психомоторный уровень реагирования, свойственный детям дошкольного возраста, проявляется чаще всего в тиках, подергивании отдельных мышечных групп и других более сложных двигательных нарушениях (двигательные навязчивости: шмыганье носом, подергивание плечами и т. п.) В системе этих понятий заикание является нарушением протекания речедвигательного акта.

Для появления заикания необходима *«предрасположенность»* (уязвимость) *специфических речевых структур к появлению патологических реакций*. Такая «предрасположенность» связана главным образом с врожденными особенностями речевых структур мозга. (То, что в заикании большую роль играют генетические факторы, известно давно.)

Так, характер развития речи до появления речевой патологии у детей с невротической формой заикания указывает на то, что речевая функция у них может быть особо ранимой: речь таких детей развивается рано, уже к 1,5—2 годам лавинообразно накапливается значительный словарный запас, появляются сложные речевые конструкции. Для таких детей характерно обилие физиологических итераций, которые в отличие от нормы не имеют возрастной динамики. Артикуляторные механизмы, обеспечивающие базовый уровень экспрессивной речи, а следовательно, и внутреннюю согласованность всех подсистем речедвигательного анализатора, остаются функционально незрелыми.

Резкое опережение развития речи на лексико-грамматическом уровне и несоответствие этому уровню моторного (артикуляторно-дыхательного) обеспечения указывают на дизонтогенез речевых механизмов у детей с невротической формой заикания.

Заикание у таких детей появляется в гиперсензитивные фазы речевого развития, главным образом в период интенсивного формирования фразовой или монологической речи.

Нарушение речедвигательного акта, раз возникнув, имеет тенденцию к фиксации патологических взаимосвязей. Важным механизмом поддержания и усугубления патологических двигательных реакций (судорожных речевых запинок), помимо очага повышенного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга, является поток пропреоцептивных импульсаций с речевых мышц, вовлеченных в аномальную деятельность (т.е. обратная афферентация в функциональной системе речедвигательного акта) (И. В. Данилов, И. М. Черпанов, 1970).

Патогенетические механизмы, способствующие появлению невротической формы заикания, сложны и не сводятся к пережитой ребенком психической травме.

Сам факт появления судорожных речевых запинок у детей свидетельствует о возникновении *патологической функциональной системы речи*.

У части детей, перенесших психический стресс с последующим появлением судорожных речевых запинок, защитные (компенсаторные) механизмы центральной нервной системы бывают достаточно сильны и развиты.

Патологические усиленное возбуждение эмоциогенных структур мозга таких детей и формирующаяся патологическая система речи подавляются регулирующими тормозящими влияниями центрально-

ной нервной системы, т. е. у таких детей имеются достаточные компенсаторные возможности мозга. В этих случаях заикание наблюдается *как эпизод* или отмечается спонтанное регрессивное течение заикания. В других случаях своевременные адекватные коррекционные воздействия способствуют нормализации речи.

Часть детей имеет низкий уровень компенсаторных возможностей мозга. В этих случаях быстро формируется патологическая функциональная система речи.

Патологическая функциональная система, т. е. заикание, начинает подавлять нормальную функциональную речевую систему, которая до этого развивалась у ребенка, казалось бы, успешно.

Патологически сильное возбуждение в эмоциогенных структурах мозга и патологическая система речи нарушают нормальное функционирование нервной системы. Это ведет к дальнейшему развитию и углублению патологического процесса и хронификации заикания.

В первое время формирования патологической речевой функциональной системы при невротической форме заикания судорожные запинки могут быть относительно редкими. Это объясняется тем, что патологическое возбуждение эмоциогенных структур мозга на ранних стадиях нервного расстройства усиливается только при действии специфических раздражителей, какими являются повторный испуг и ситуации, вызывающие состояние эмоционального напряжения.

Любое усиление эмоционального возбуждения (неправильное поведение родителей, перегруженность ребенка впечатлениями и т. п.) ухудшает состояние центральной нервной системы, способствует «закреплению» патологической функциональной системы речи, ребенок все чаще заикается.

Формирование у заикающихся детей новой патологической системы речи на фоне уже развившейся нормальной функциональной системы речи создает особые условия взаимовлияния и функционирования каждой из них.

Так, нормальная функциональная речевая система не останавливается в своем развитии: продолжают формироваться звукопроизношение и фонематическое восприятие, обогащается словарь, уточняются и усложняются грамматические категории, речевое общение у заикающихся детей дошкольного возраста практически мало отличается по интенсивности от нормы в близком кругу сверстников и взрослых. Однако заикание отрицательно влияет на формирование монологической речи в старшем дошкольном возрасте. Дети с невротической формой заикания хуже используют в устной монологической речи имеющийся в их распоряжении лексический и грамматический материал; начинает искаженно развиваться планирование монологической речи, с возрастом эта тенденция становится ярко выраженной.

Электрофизиологические исследования речевых мышц, дыхания и других показателей функциональной системы речи указывают на то, что речедвигательная активность мышц и координаторные взаимоотношения между речевым дыханием и артикуляцией при невротической форме заикания у дошкольников имеют принципиальное сходство с нормой. Эти данные, а также плавная речь в ситуациях эмоционального комфорта свидетельствуют о том, что у заикающихся детей этой клинической группы в функциональной системе речи, помимо патологической, имеется нормальная программа действия.

Однако эти физиологические показатели менее устойчивы, чем в норме, легко нарушаются при усложнении речевой задачи. Такие явления свидетельствуют об отрицательном влиянии патологической речевой системы на нормальную речевую систему.

Патологическая функциональная речевая система с конечным результатом — заиканием — также испытывает тормозящее влияние со стороны нормальной функциональной речевой системы. В периоды усиления защитных механизмов мозга и уменьшения в силу этого патологической активности эмоциогенных структур мозга речь заикающихся становится плавной.

Сосуществование двух речевых систем — патологической и нормальной — при невротической форме заикания отчетливо прослеживается даже при тяжелой степени этой речевой патологии. На фоне речи, искаженной речевыми судорогами и патологическим выбором лексических средств, наблюдаются короткие периоды плавной речи в любом возрасте и при любой длительности течения заикания.

У подростков с невротической формой заикания (11—12 лет) развивается логофобия, т. е. вторичная невротическая патологическая реакция. Подростки снижают количество и качество общения. Наличие речевого дефекта становится для заикающихся психотравмирующим обстоятельством. Это приводит к дальнейшему утяжелению патологического процесса, усложнению характера общей клинической картины заикания.

Логофобия начинает доминировать, а судорожные речевые запинки отходят как бы на второй план. Даже мысленное представление ситуации речевого общения вызывает у таких лиц резко выраженные вегетативные реакции.

Исследования показывают, что произнесение в такие моменты (т. е. при отсутствии реальной речевой ситуации) индифферентных по значению слов характеризуется патологическими отклонениями во многих физиологических показателях (пульс, дыхание, кожно-гальваническая реакция, фоновая и сократительная активность речевых мышц). У взрослых, страдающих невротической формой заикания, характеристики физиологических показателей еще более изменчивы. Даже в состоянии покоя повышен тонус артику-

лляторных мышц (фоновая активность), постоянно несколько учащены пульс и дыхание. Особенно резко меняются физиологические реакции в процессе устной речи (пульс может достигать 140 ударов в мин), т. е. обнаруживается нарушение устойчивости регуляторных систем мозга и снижение корковых тормозящих влияний.

Под влиянием патологической программы речевой функциональной системы возникают устойчивые изменения во взаимоотношениях коры больших полушарий и эмоциогенных структур, что является одним из механизмов генерализации патологического процесса.

У взрослых заикающихся нередко вторичные очаги патологического возбуждения, связанные со страхом речи, могут играть роль доминанты¹, что клинически выражается сильным страхом речи при относительно легкой степени заикания.

Эти особенности взаимоотношений собственно речевой патологической системы, нормальной речевой системы и системы патологического психологического реагирования во многом объясняют значительные трудности реабилитации взрослых заикающихся. Коррекционные педагогические воздействия, направленные лишь на снятие судорожных речевых запинок, у взрослых оказываются недейственными или эффективны лишь на короткое время. Аналогичным образом малоэффективны и «одномоментные» снятия заикания с помощью суггестивных воздействий.

Неврозоподобная клиническая форма заикания при схожести судорожных речевых запинок имеет иную клиническую картину. Заикание этой формы появляется у детей в возрастном диапазоне 3—4 года. Оно возникает как бы исподволь, без видимой причины и обнаруживается родителями не сразу.

У носителей этой речевой патологии в анамнезе есть признаки аномального протекания пре- или перинатального периода жизни. И в детском, и в зрелом возрасте неврологически и электрофизиологически диагностируются нерезко выраженные резидуальные явления раннего диффузного органического поражения мозга. Отмечается задержка развития моторных функций организма, а также их качественные отличия от возрастной нормы: координаторные расстройства, низкий уровень развития чувства ритма и темпа, гиперкинезы различного типа. Для поведения заикающихся этой группы характерна двигательная расторможенность, у них обнаруживается недостаточность активного внимания, некоторое снижение памяти и т. п.

Речевой онтогенез до появления заикания у детей с неврозоподобной формой существенно отличается от речевого онтогенеза

¹ *Доминанта* — здесь: рабочий принцип деятельности нервной системы, заключающийся в том, что активная в данный момент функциональная структура ЦНС обуславливает сопряженное торможение других структур и таким образом доминирует над ними в межсистемных отношениях (Н. А. Ухтомский, 1950).

детей с невротической формой заикания. Это относится как к темпу развития речи, так и к ее качественным характеристикам. Голосовые реакции — гуление, лепетные слова — мало интонированы, голос имеет силловатый оттенок.

Слова появляются после 1,5 лет, фразовая речь — после 3—3,5 лет. Звукопроизношение имеет множественные нарушения. Судорожные запинки впервые отмечаются окружающими в непосредственной связи с развитием фразовой речи. Выраженные поначалу слабо, они по мере формирования фразовой речи и при отсутствии логопедической помощи приобретают устойчивый характер, сопровождаясь насильственными движениями.

Электрофизиологические исследования разных показателей состояния нервной системы выявляют у этой группы заикающихся, помимо диффузных, зональные изменения корковых биоритмов и нарушения в организации мышечной биоэлектрической активности.

Эти данные, а также особенности моторики свидетельствуют о наличии патологической активности подкорковых моторных (стриопаллидарных) структур мозга и ослаблении регулирующих влияний со стороны его высших (корковых) отделов. Есть основания полагать, что генератор патологического возбуждения при неврозоподобной форме заикания формируется вследствие органического поражения главным образом подкорковых моторных структур и нарушения корковых регулирующих влияний.

Понятно, что в популяции имеется большое число детей с клинически установленным диагнозом органического поражения центральной нервной системы, в том числе и моторных систем мозга (например, при дизартрии), и не страдающих при этом заиканием. Прежде всего далеко не у всех детей формируется очаг патологически сильного возбуждения в структурах мозга, имеющих отношение к регуляции фоновой и сократительной активности речевых мышц. Кроме того, известно, что компенсаторные механизмы мозга могут длительно (иногда всю жизнь) подавлять патологическую очаговую активность.

Важно отметить, что неврозоподобная форма заикания появляется в процессе формирования фразовой речи. На этом этапе развития речи необходимы новые, значительно более сложные координаторные регуляции для осуществления развернутого высказывания.

До появления фразы, при пословной речи у детей с неврозоподобной формой заикания речь бывает недостаточно внятной, со «смазанным» звукопроизношением, однако окружающие не отмечают судорожных запинок. Это свидетельствует о том, что пословная речь и элементарная фраза даже при наличии низкого уровня развития речевых артикуляций обеспечивается достаточно эффективными регуляторными механизмами, которые создают внутрен-

ную согласованность всех систем речедвигательного анализатора на этом этапе речевого онтогенеза.

Значение регуляторных механизмов мозга в протекании речедвигательного акта отчетливо проявляется при повышении требований к их функциональным возможностям в процессе логопедической работы. Об этом свидетельствуют многочисленные наблюдения за речью взрослых и детей на выходе из афазии и алалии. В тех случаях, когда темп введения в речь новых слов высок и опережает автоматизацию речевых движений, могут появиться судорожные запинки. Аналогичные явления бывают и при коррекции дизартрии: быстрый темп ввода в речь звуков, нормализованных в изоли-

нном звучании, также может спровоцировать появление дисординированных судорожных сокращений мышц артикуляционных органов. Но в этих случаях, как правило, не формируется патологическая функциональная система речи с конечным результатом в виде заикания. Появившиеся в ходе интенсивного коррекционного воздействия и, следовательно, имеющие в большой степени «искусственный» характер судорожные запинки в этих случаях в дальнейшем компенсируются нервной системой. Это происходит тем быстрее, чем лучше состояние регуляторных механизмов нервной системы и чем эффективнее коррекционно-педагогическая помощь.

В отличие от «преходящих» судорожных запинок во время «выхода» из алалии, афазии, дизартрии, при возникновении эволюционного заикания быстро формируется патологическая функциональная система речи.

Электрофизиологические исследования свидетельствуют о наличии патологической активности главным образом в стриопаллидарных структурах мозга и об ослаблении регулирующих влияний со стороны больших полушарий. Речь развивается с некоторой задержкой, нарушением звукопроизношения и т.п., что свидетельствует о недостаточности в собственно речевых зонах больших полушарий. Судорожные запинки впервые отмечаются окружающими в непосредственной связи с развитием фразовой речи, т.е. при усложнении речевой (психомоторной) задачи. Это свидетельствует о декомпенсации регулирующих механизмов мозга в момент перехода от пословной речи к фразовой.

Таким образом, сочетание повышенной активности в стриопаллидарных структурах мозга, особое состояние речевых зон коры больших полушарий и декомпенсация регулирующих механизмов мозга являются основными блоками патогенетических механизмов при неврозоподобной форме заикания.

Известно, что от всех составляющих функциональной системы речи идут обратные афферентации. В норме они содействуют формированию обычной речи. В патологической системе речи они не эффективны вследствие недостаточности контролирующих влияний мозга.

Благодаря пластическим свойствам центральной нервной системы, закрепляющим в «памяти» только действующие связи, а также вследствие постоянной активности патологических связей внутри самой речевой системы, последние становятся с возрастом все более упроченными, а речь все чаще нарушается судорожными запинками.

Так как у детей с неврозоподобной формой заикания интегративный тормозной контроль мозга также оказывается недостаточным, то патологическая программа речевой функциональной системы спонтанно не подавляется. В связи с этим неврозоподобная форма заикания обычно не имеет спонтанного регрессионного течения, а нарушение речи углубляется если ребенок не получает логопедической помощи.

С возрастом при отсутствии своевременных адекватных лечебно-педагогических воздействий заикание становится все более резистентным. *Речь в целом развивается патологически.* В старшем дошкольном возрасте у детей с неврозоподобной формой заикания обнаруживается несформированность базовых уровней речи, монологическая речь характеризуется нарушением операций как по смысловой организации высказывания, так и по его структурно-языковому оформлению.

У взрослых заикающихся эти явления резко выражены. Речь дезорганизуется не только на психомоторном уровне, но и на высших психических уровнях внутреннеречевого программирования.

Патологическая речевая система при неврозоподобной форме заикания становится со временем ядром патологического устойчивого состояния.

В 16—18-летнем возрасте формируется психическая реакция на речевой дефект и связанная с ней гиперактивность эмоциогенных структур мозга. Вслед за этим возможно появление логофобии, как правило, выраженной нерезко. Заикающиеся этой группы с трудом адаптируются к внешним условиям, что связано с аффективной неустойчивостью, склонностью к дисфориям, ригидности мышления, нарушениям памяти, внимания.

2.5.1. Патогенетическое обоснование основных направлений комплексной психолого-педагогической реабилитации заикающихся

Рассмотрение заикания с разных позиций свидетельствует о том, что эта речевая патология является сложным комплексным расстройством.

Накоплен клинический, физиологический, психолого-педагогический и психолингвистический опыт изучения заикающихся, который свидетельствует о наличии, как минимум, *двух разных*

патогенетических механизмов заикания. Однако сходство нейропатологических синдромов, развивающихся у лиц с невротической и неврозоподобной формами заикания в виде судорожных сокращений мышц речевого аппарата в процессе речевого общения, означает принципиальное единообразие структурно-функциональной организации патологической речевой системы при поражениях мозга разной локализации.

Первичное поражение нервной системы (при невротической форме заикания — эмоциогенных структур мозга, при неврозоподобной — моторных) и слабость ее регулирующих механизмов создают условия для возникновения заикания только при наличии эндогенных изменений в собственно речевых отделах центральной нервной системы.

Чем более разветвлена и сильна патологическая система речи, тем больше нарушена интегративная функция мозга и дезорганизована ее деятельность в целом.

Наличие общих закономерностей в развитии патологического процесса в нервной системе, приводящих к заиканию, сказывается на клинической, физиологической и психолого-педагогической характеристике лиц — носителей этой речевой патологии. Существенные различия диагностических показателей невротической и неврозоподобной форм заикания, имеющиеся у детей, к зрелому возрасту при хроническом течении заикания во многом стираются. А некоторые тенденции, едва заметные в детском возрасте, например, нарушение развития контекстной речи, у взрослых приобретают ярко выраженный характер вплоть до нарушения смысловой стороны и лексико-грамматического оформления высказывания, нарушения общения на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.

При разработке реабилитационных мер следует учитывать характер первичного поражения нервной системы при невротической и неврозоподобной формах заикания.

При невротической форме заикания терапевтические воздействия должны быть направлены на снижение возбудимости эмоциогенных структур мозга с помощью сочетания медикаментов и различных психотерапевтических приемов, от стресс-терапии, гипноза до аутогенной тренировки. Это необходимо для редукции патологической системы психологического реагирования, что требует создания новых сильных очагов в эмоциогенных структурах мозга, это возможно при сильном эмоциональном возбуждении, связанном, главным образом, с неречевыми видами деятельности (эффективно используется в методиках В. М. Шкловского, Л. З. Арутюнян, Ю. Б. Некрасовой). В дальнейшем необходима продолжительная коррекционно-педагогическая и психотерапевтическая работа, направленная на воспитание личности и характер ее эмоционального реагирования.

Успешной реабилитации взрослых заикающихся способствуют: применение специализированной аутогенной тренировки, проведение на ее фоне восстановительной логопедической работы с целью регуляции речедвигательных механизмов (логопедические занятия, логоритмика, пение и т.п.), а также активизация процессов, связанных с зарождением речи.

Отсутствие психологического реагирования на речевой дефект у заикающихся дошкольного возраста позволяет сосредоточиться главным образом на логопедической работе. Ее следует направлять на развитие речедвигательной стереотипии, координаторных взаимоотношений между артикуляцией и дыханием, речевого дыхания, а также на формирование процесса внутреннеречевого планирования речевого высказывания.

Различные виды психотерапии, период молчания, адекватно применяемый в начале коррекционного воздействия, позволяют снизить силу детерминанты в эмоциогенных структурах мозга.

Заикающиеся с неврозоподобной формой речевого дефекта нуждаются в коррекционных педагогических приемах, способствующих развитию регулирующих функций мозга (стимуляция внимания, памяти, мышления и других психических процессов), в специальном медикаментозном лечении, направленном на редукцию последствий раннего органического поражения мозга.

Формирование нормальных речевых кинестезии и языковой способности ребенка в целом в инициальный период заикания высокоэффективно. Логопедические занятия направляются в первую очередь на *позднее развитие базовых механизмов речи: звукопроизношения, словаря, грамматики, а также темпо-ритмическую организацию речевого потока*. Привлечение активного внимания заикающегося к процессу артикуляции и слуховой оценке устной речи стимулирует формирование контроля со стороны высших отделов мозга. Это обеспечивает закрепление нормализованных речевых кинестезий в долговременной памяти. В ряде случаев у детей с неврозоподобной формой заикания *адекватно организованное введение в речь звуков, соответствующих языковой норме, влечет за собой распад патологической системы и постепенное формирование новой*.

С учетом вышепредставленных патогенетических механизмов неврозоподобного заикания становится ясно, что психотерапевтические воздействия, такие как гипноз и аутогенная тренировка, обычно малоэффективны.

Поскольку конечным результатом патологической системы является нарушение ритма протекания речевого психомоторного акта, в комплекс лечебных и психолого-педагогических воздействий обязательно включаются методы, направленные на ритмизацию движений и речи.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАИКАЮЩИХСЯ

Реабилитация заикающихся требует комплексного подхода, поскольку нарушение плавности речи обусловлено причинами как биологического, так и психологического характера. Комплексный подход к преодолению заикания включает в себя два аспекта.

Во-первых, это сочетание коррекционно-педагогической и лечебно-оздоровительной работы, которая направляется на нормализацию всех сторон речи, моторики, психических процессов, на воспитание личности заикающегося и оздоровление организма в целом.

Во-вторых, это система четко разграниченных, но согласованных между собой средств воздействия разных специалистов — врача, логопеда, психолога, воспитателя, логоритмиста, музыкального работника, специалиста по физическому воспитанию. Круг специалистов, участвующих в реабилитационном процессе, может быть и более широким.

В педагогической литературе представлены как отдельные приемы логопедической работы с заикающимися, так и ряд комплексных реабилитационных систем. Их использование зависит от типа учреждения, оказывающего соответствующую помощь, от количества специалистов, принимающих участие в реабилитационном процессе, от уровня их профессиональной подготовки и пр.

Комплексный подход предполагает одновременное решение трех задач:

- 1) формирование навыка плавной речи;
- 2) воздействие на личность заикающегося;
- 3) профилактика рецидивов и хронификации заикания.

Решение первой задачи связано с применением целого ряда *логопедических техник*.

1. Торможение патологических речедвигательных стереотипов.
2. Регуляция эмоционального состояния.
3. Развитие координации и ритмизации движений.
4. Формирование речевого дыхания.
5. Формирование навыков рациональной голосоподачи и голосо-сведения.
6. Развитие просодической стороны речи.

7. Развитие планирующей функции речи.

Эту работу в основном выполняет логопед на логопедических и логоритмических занятиях.

Вторая задача предполагает *психолого-педагогическое воздействие* с целью воспитания и перевоспитания отношения себе, к своему речевому дефекту, а также формирование социальной активности. Используются психотерапия, психологические тренинги, функциональные тренировки и логопедические занятия.

Третья задача требует *лечебно-оздоровительной работы* и поддержки устойчивой плавной речи повторными курсами реабилитации.

Решение этих задач входит в той или иной степени в каждую из известных комплексных систем реабилитации заикающихся любой возрастной группы. Последовательность применения специальных техник может быть разной. В большинстве случаев они используются одновременно, постепенно усложняясь.

Комплексный метод реабилитации заикающихся реализуется поэтапно. Это значит, что все виды коррекционной работы выполняются по принципу от простого к сложному, что обязательно должно быть учтено при проведении логопедических, логоритмических, психотерапевтических и других мероприятий. Любому реабилитационному воздействию должно предшествовать обследование заикающихся и логопедическое заключение.

Возможность сделать заключение предполагает проведение логопедической диагностики. Логопедическая диагностика представляет собой совокупность специальных методов исследования: педагогических, психологических, психолингвистических и др. Это позволяет выявить признаки отклонений от нормы в речевом состоянии заикающихся.

Проведение логопедической диагностики возможно только при наличии знаний о сущности и значении выявляемых признаков. Диагностика на начальных этапах развития речевой патологии позволяет рано приступить к коррекционной работе, предупредить дальнейшее развитие патологического процесса.

3.1. КЛИНИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗАИКАЮЩИХСЯ

Для адекватного планирования программы логопедической и лечебной работы и определения ее эффективности необходимо правильное обследование заикающегося с учетом всей симптоматики этого сложного речевого нарушения.

Обследование должно быть комплексным. Оно включает психолого-педагогическое и логопедическое изучение заикающегося ребенка, а также анализ результатов медицинского обследования.

Врач определяет соматическое, неврологическое и психическое состояние заикающегося. Логопед обследует состояние его речи, особенности личности, моторику. Прежде чем логопед приступит к обследованию, он должен тщательно изучить медицинскую и психолого-педагогическую документацию. Эта документация может содержать данные о состоянии интеллекта, слуха, зрения (заключения специалистов: психоневролога, отоларинголога, офтальмолога и др.). Кроме этого, документация может включать характеристики, составленные воспитателем, учителем, психологом и другими специалистами. Обследование обычно состоит из трех этапов: 1) сбор анамнестических данных; 2) обследование состояния общей моторики и тонких движений пальцев рук, мимической и артикуляционной моторики; 3) изучение личностных особенностей заикающегося.

Анамнестические сведения об индивидуальных особенностях развития речи и моторики дают возможность логопеду правильно оценить состояние каждого заикающегося.

Основным компонентом логопедического обследования является составление логопедом характеристики речевого состояния — так называемого речевого статуса. Логопед составляет эту характеристику перед началом коррекционной работы с заикающимися. Изучение личностных особенностей может проводиться как логопедом, так и психологом. Понятно, что любая схема не может отразить всей сложности индивидуального логопедического обследования заикающегося. Рубрикация отдельных аспектов обследования в определенной мере условна.

Основы методики логопедического обследования заикающихся и способы регистрации его результатов можно представить по следующей схеме:

1. Фамилия, имя, отчество обследуемого.
2. Дата рождения (год, месяц, число).
3. Домашний адрес, телефон.
4. Где воспитывается или обучается ребенок: дома, в детском саду, школе (общеобразовательной или специальной), сроки пребывания в них. Место учебы или работы подростка и взрослого.
5. Фамилия, имя, отчество родителей, их возраст, профессия, место работы.
6. Состав семьи.
7. Жалобы, предъявляемые родителями (воспитателями, учителями или самими заикающимися).

Первый этап — сбор анамнестических данных

Обязательно указывается, с чьих слов ведется сбор анамнеза: родителей или самого заикающегося.

Наследственность:

- наличие алкоголизма у родителей;
- нервно-психические заболевания родителей;
- ускоренный темп речи у родителей или близких родственников;
- задержка речевого развития у родителей или близких родственников;
- заикание у родителей;
- заикание у сестер и братьев;
- заикание у деда или бабушки по линии отца и матери;
- характерологические особенности отца и матери;
- обстановка в семье;
- жилищно-бытовые условия.

Беременность и роды у матери:

- от какой беременности родился обследуемый(ая);
- чем закончились предыдущие и последующие беременности матери;
- особенности внутриутробного развития;
- токсикоз в 1-й, 2-й половине беременности; физические травмы в 1-й, 2-й половине беременности; другие заболевания и вредоносные факторы;
- особенности течения родов (срочные, преждевременные, со стимуляцией и пр.);
- особенности течения послеродового периода (закричал сразу— не сразу, асфиксия синяя— белая, родовые травмы);
- приложен к груди (сразу; на ... сутки);
- на грудном (искусственном) вскармливании до ...

Период до года:

- условия воспитания;
- сон, аппетит;
- инфекционные заболевания;
- соматические заболевания;
- мозговые заболевания;
- мозговые травмы;
- спокойный, беспокойный;
- формирование навыка опрятности;
- время формирования моторных навыков: сидение, стояние, ходьба.

Период дошкольного возраста:

- условия воспитания;
- инфекционные заболевания;
- соматические заболевания;
- мозговые заболевания;
- мозговые травмы;
- моторное развитие: отставание, норма, опережение;
- время выделения ведущей руки, наличие переучивания;
- адаптация в детских яслях, детском саду;

– основные черты характера (спокойный — возбужденный, подвижный — замедленный, уравновешенный — капризный и т. д.);

– основные черты поведения (капризность, слезливость, тревожность, негативизм, истощаемость, расторможенность, трудность переключения).

Речевой анамнез:

время появления гуления и лепета. Особенности гуления и лепета (активность, многообразие звуковых комплексов, характеристика голосовых реакций);

– время появления первых слов;

– время появления простой фразы;

– время появления развернутой фразовой речи;

– какие наблюдались затруднения при переходе к фразовой речи;

– наличие и выраженность итераций;

– дефекты речи (дислалия, дизартрия, ринофония и пр.).

Условия воспитания ребенка:

– социальная среда (где ребенок воспитывался — в Доме ребенка, детских яслях или детском саду с дневным или круглосуточным пребыванием, дома с матерью, бабушкой);

– особенности речевой среды: контакты с заикающимися или лицами с другой речевой патологией; при наличии двуязычия — какой язык преобладает в общении;

– особенности речевого общения с ребенком, недостаточность речевого общения, стимуляция речевого развития ребенка (в каком объеме читалась детская литература, соответствовала ли она возрасту; с какого возраста разучивались стихи, песни; насколько быстро запоминал, в каком объеме);

– культурно-бытовые условия в семье.

Развитие заикания:

– возраст, в котором появилось заикание;

– предполагаемые причины и характер возникновения (остро, психогенно, без видимой причины и пр.);

– наличие периода мутизма;

– как протекает заикание: постоянно присутствует в речи или нет;

– в каких условиях облегчается/ухудшается речь;

– изменилось ли поведение ребенка с момента появления заикания, и в чем это выразилось (состояние аппетита, сна, настроения, появление капризов, негативизма, страхов, энуреза и пр.);

– отношение ребенка к своему речевому дефекту;

– какие меры принимались для устранения речевого дефекта (лечение у врача, посещение логопедических занятий, пребывание в специальных учреждениях системы здравоохранения или системы народного образования — детский сад, школа);

– продолжительность и результативность лечения и обучения.

Психологический климат в семье, особенности взаимоотношений:

– случаются ли конфликты в семье и как часто; каков стиль общения с ребенком: чрезмерное заласкивание, излишняя строгость, неровность в обращении с ним; перегрузки ребенка впечатлениями (посещение кино, театра, цирка, разрешается ли подолгу смотреть телевизионные передачи и пр.);

– отношение членов семьи к речевому дефекту заикающегося (безразличие, сопереживание, постоянная фиксация внимания окружающих на заикании, предъявление повышенных требований к его речи и др.).

Дополнительные сведения для детей дошкольного возраста:

– имеются ли черты тревожности в характере заикающегося ребенка;

– отмечаются ли в поведении ребенка плаксивость, раздражительность, капризность (т.е. эмоциональная неустойчивость);

– есть ли у ребенка черты боязливости, пугливости;

– уровень развития игровой деятельности ребенка;

– склонность ребенка к определенным играм;

– комментирует ли ребенок свои действия в играх или играет молча;

– предпочитает играть в одиночестве или в коллективе детей;

– проявляется ли заикание в игре наедине с собой, со сверстниками;

– как протекает заикание (утяжеляется ли с возрастом или проявляется реже, чем раньше).

Для детей школьного возраста:

– было ли утяжеление или рецидив заикания при поступлении в школу;

– адаптация в школе;

– как проявляется заикание в учебных ситуациях (ответ с места и у доски, переход на письменный ответ и т.п.). Какой из способов ответа на уроке предпочитает ребенок. Наличие «трудных» звуков и страха перед речью;

– успеваемость;

– характер контактов со сверстниками;

– характер взаимоотношений с родителями.

Для взрослых:

– наличие логофобии и возраст, в котором она появилась;

– какие меры принимались для коррекции заикания;

– какие приемы использовались в целях уменьшения речевых судорог и страха речи.

Анализ заключения специалистов:

– анализируются состояние интеллекта, слуха и зрения (заключение специалистов: психоневролога, отоларинголога, офтальмолога);

– анализируются данные, представленные воспитателем, психологом, музыкальным руководителем детского сада.

Второй этап —

обследование состояния общей моторики и тонких движений пальцев рук, мимической и артикуляционной моторики

Процедура обследования общих произвольных движений у детей дошкольного возраста

Статическая координация

Определяется возможность удержания заданной позы:

– стоять попеременно то на правой, то на левой ноге. Отмечается: удержание позы; недержание при резком балансировании, подогнутая нога касается пола; не удается сохранить позу, схождение с места;

– стоять на «цыпочках». Отмечается: удержание позы, схождение с места; балансирование резко выражено; опускание на стопу, частое схождение.

Динамическая координация

Определяется возможность прыгать попеременно то на правой, то на левой ноге (руки на бедрах). Отмечается: свободно ли прыгает на одной ноге или касается пола другой ногой; общее мышечное напряжение; сильные взмахи руками; не удается прыгать на одной ноге.

Определяется возможность прыгать с места через веревку, которая находится на расстоянии 20 см от пола. Отмечается: прыжок производится легко и свободно; прыжок неловкий, не удается оттолкнуться двумя ногами; прыжок не удается.

Одновременность движений

Определяется возможность выполнения движений двумя руками одновременно. Справа и слева по бокам спичечной коробки располагают по 10 спичек с каждой стороны (на расстоянии, равном длине спички), ребенку предлагают уложить спички в коробку, взяв одновременно обеими руками с каждой стороны по спичке и одновременно положить их в коробку. Отмечается: одновременные движения обеими руками удаются, спички берутся и кладутся одновременно; движения не всегда одновременные; одновременные движения не удаются.

Определяется возможность одновременных движений рук и ног. Ребенку предлагают катушку ниток: маршируя, он должен сматывать с катушки нитку и наматывать ее на указательный палец. Отмечается: марширует и наматывает нитку одновременно; движения не всегда одновременные; одновременные движения не удаются. Отмечается также общий характер движений: ловкий, неловкий, пластичный, неуклюжий.

Процедура обследования тонких движений пальцев рук

Ребенку предлагают выполнить следующие упражнения:

1) соединить большой палец руки со всеми остальными поочередно сначала на правой, затем на левой руке;

- 2) загнуть каждый палец поочередно на правой и левой руке;
 - 3) соединить пальцы одной руки с пальцами другой, «пальчики здороваются»;
 - 4) застегнуть и расстегнуть пуговицы, завязать шнурки.
- Отмечается: ведущая рука — точное и четкое выполнение; недостаточно четкое; плохая координация, неловкость.

Процедура обследования произвольных мимических движений

Определяется выразительность мимики при выполнении следующих проб: а) поднять брови («удивиться»); б) прищурить глаза («яркое солнце»); в) сморщить нос («кислый лимон»); г) улыбнуться («веселый клоун»); д) надуть щеки («толстый помидор»); е) выпятить губы («имитация свиста»).

Отмечается: мимика живая, выразительная, адекватная; недостаточно выразительная; мимика вялая; амимичность.

Процедура обследования артикуляционной моторики

Определяется точность, объем, подвижность, переключаемость движений при выполнении следующих артикуляционных поз под счет логопеда до 10:

- 1) удержание губ в позе «улыбка» (как при звуке «и»);
- 2) удержание губ в позе «овал» (как при звуке «о»);
- 3) удержание губ в позе «трубочка» (как при звуке «у»);
- 4) удержание языка в позе «лопаточка»;
- 5) удержание языка в позе «иголочка»;
- 6) удержание языка в позе «парус»;
- 7) переключение движений губ («улыбка» — «трубочка»);
- 8) касание кончиком языка поочередно правого и левого углов рта («часы»);
- 9) касание кончиком языка у верхних и нижних зубов («качели»);
- 10) пощелкать языком («лошадки»).

Отмечается: удерживает заданную позу, хорошо переключается с одного движения на другое, движения точные, в полном объеме; движения недостаточно точные, не в полном объеме, переключаемость нарушена незначительно; отсутствие удержания позы, выраженные изменения объема, точности и переключаемости артикуляционных движений.

Обследование речевой функции

1. Анатомическое строение органов артикуляции (норма или патология; если патология — указать какая).

2. Характеристика движений органов артикуляции. Характеристика пишется на основе исследования артикуляционной моторики.

3. Характеристика звукопроизношения (искажение, отсутствие, замены, смешение звуков) и фонематического восприятия, состояние слоговой структуры слова, анализа и синтеза звукового состава слова.

4. Лексический строй речи — количественная и качественная характеристики словаря.

5. Грамматическое оформление речи (типы употребляемых предложений, наличие аграмматизма; сформированность связной речи).

6. Особенности речевого поведения. Анализируются контактность, речевая активность, включаемость в общение, сдержанность, импульсивность, характер реакции на изменение обстановки (динамичность и своевременность речевых процессов, переключаемость при изменении тематики общения), организованность речи.

7. Темп речи (ускорен значительно, ускорен незначительно; умеренный; замедлен незначительно (или уловочно); замедлен значительно; неровный).

8. Голос (громкий, тихий; модулированный, немодулированный; с носовым оттенком; хриплый и пр.).

9. Дыхание (грудобрюшное, верхнегрудное; ритмичное, аритмичное; достаточное по глубине, поверхностное; напряженное и пр.; характер дыхания в процессе устной речи).

10. Выраженность заикания в различных видах речи:

- 1) в сопряженной речи;
- 2) в отраженной речи;
- 3) в шепотной речи;
- 4) в автоматизированных рядах;
- 5) при чтении стихов;
- 6) при чтении прозы;
- 7) в вопросно-ответной речи;
- 8) в рассказе по заданной теме;
- 9) при пересказе прочитанного;
- 10) в спонтанной речи.

11. Тип речевых судорог: тонические, клонические, смешанные.

12. Локализация судорог:

- дыхательные — инспираторные, экспираторные;
- голосовые — вокальные; смыкательные голосовые; дрожащий гортанный спазм;
- артикуляционные — губные, язычные; судороги нёбной занавески;
- сложные лицевые судороги.

13. Наличие трудных звуков (звукофобия).

14. Наличие эмоционально значимых речевых ситуаций (подробно перечислить ситуации).

15. Наличие речевых уловок (замены слов; перестановки слов; эмболофразии; произвольное ограничение речевого общения).

16. Наличие насильственных содружественных движений и их характер.

17. Субъективные ощущения, испытываемые заикающимся в момент речевых затруднений: напряжение в губах; напряжение в языке; напряжение в подбородке; напряжение в горле; напряжение в груди; напряжение в области диафрагмы; общее мышечное напряжение; скованность; трудности дыхания и т. п. (Эти данные выясняются только у подростков и взрослых).

18. Факторы, усиливающие заикание: волнение; утомление; беседы с незнакомыми; шум; самоконтроль и пр. (для взрослых — алкоголизация).

19. Факторы, улучшающие речь: шум; самоконтроль; переключение внимания; сочетание речи с движением.

20. Реакция на помощь собеседника: положительная; отрицательная, безразличная.

21. Отношение к речевому дефекту: адекватное, неадекватное, сверхценное.

22. Наличие страха речи: избирательно ситуационный; генерализованный и пр.

23. Наличие периодов речи без заикания: регулярность, продолжительность.

24. Влияние эмоционального состояния на проявление заикания.

25. Течение заикания: прогрессивное, регрессивное, стационарное, волнообразное.

26. Сопутствующие заиканию другие дефекты речи.

27. Определение степени выраженности речевых судорог: легкая степень; среднелегкая; заикание средней степени тяжести; среднетяжелая степень заикания; тяжелая степень заикания; речь практически невозможна из-за заикания.

Третий этап — изучение личностных особенностей заикающихся

Анализируются общее развитие ребенка, его сведения о себе, понимание им родственных связей, круг представлений об окружающем, их точность.

Изучается характеристика работоспособности и особенностей усвоения знаний (усидчивость, отношение к занятиям); добросовестно или нет выполняет задания логопеда и воспитателя, занимается с интересом, без интереса, не желает заниматься; справляется ли с программным материалом для данной возрастной группы по всем разделам «Программы воспитания в детском саду» (отмечаются ли трудности на музыкально-ритмических занятиях, на занятиях по развитию речи, развитию элементарных математиче-

ских представлений, изобразительной деятельности и конструированию, в чем они проявляются).

Учитывается характер трудовой и игровой деятельности (дружит в группе, добросовестно выполняет свои обязанности, дежурит неохотно, ленив, забывает об обязанностях дежурного); любимые игры (творчески организует игру, стереотипно манипулирует предметом), любимые игрушки (адекватность использования игрушек, долго играет одной игрушкой, бережно относится к игрушкам, игрушки быстро надоедают, часто ломает их, проявляет интерес только к новым игрушкам); сопровождает игры речью (проявляется ли при этом заикание), играет молча.

Отмечаются также:

- повышенная возбудимость или, наоборот, вялость, заторможенность, утомляемость, истощаемость;

- особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы (настроение ребенка: устойчивое, неустойчивое, легко меняется от незначительных причин; преобладает подавленное или хорошее, радостное настроение; волевые особенности: целеустремленность, самостоятельность, инициативность, решительность, настойчивость, слабость волевого напряжения и др.);

- реакция на замечания и одобрение; факторы, способствующие изменению эмоционального состояния;

- характерологические особенности ребенка (спокойный, беспоконный; легко вступает в контакт со всеми, в незнакомой обстановке смущается; конфликтный: задирист, нападает на товарищей, отнимает игрушки; добрый, ласковый; аккуратный, неяршливый и др.).

Анализируется состояние психических функций:

- особенности восприятия (восприятия цвета, формы, пространственных отношений; наблюдательность ребенка);

- характеристика внимания (устойчивость, переключаемость, распределяемость, рассеянность и др.);

- особенности памяти: скорость и объем запоминания, точность воспроизведения;

- особенности мышления (уровень развития логического мышления; умение выделять существенное в сюжетной картине, тексте, при определении понятий, при сравнении, при классификации предметов; понимание смысла загадок, пословиц; осмысленные причинно-следственных отношений и др.).

Сведения об учащихся младших классов обязательно включают в себя успеваемость, предпочтение тех или иных предметов, взаимоотношения с педагогами, характер ответов на уроках.

Психолого-педагогическая характеристика подростка и взрослого составляется с участием психолога и/или психиатра. Это связано с тем, что хроническое течение заикания существенно меняет условия формирования личности.

Заключение

Результаты обследования заикающегося обобщаются логопедом в виде психолого-педагогического заключения. В заключении необходимо отразить обобщенные данные всех аспектов изучения заикающегося, которые позволили выявить те или иные отклонения от нормы.

В заключении логопед отражает:

- наличие признаков органического поражения ЦНС (на основании медицинского заключения);
- особенности речевого и моторного онтогенеза;
- наличие психогении при возникновении заикания;
- возраст появления заикания;
- тяжесть заикания;
- тип и локализацию судорог;
- зависимость проявления судорог от эмоционального состояния;
- наличие страха речи;
- течение заикания;
- наличие других дефектов речи.

Таким образом, логопед имеет возможность определить характер и тяжесть заикания, сопутствующие заиканию нарушения, клиническую форму заикания и, главное, наметить индивидуальную программу логопедических занятий.

Петя К., 2 года 8 мес.

Заикание началось остро, после испуга в 2 года 5 мес., на фоне нормального психомоторного развития ребенка. Развитие звукопроизводительной и лексико-грамматической сторон речи соответствует возрасту. Заикание тоно-клонического типа, артикуляторно-дыхательной формы, выраженное в средней степени тяжести. Невротическая форма заикания.

Катя Н., 4 года 1 мес.

В соответствии с медицинской документацией у ребенка отмечаются резидуальные явления органического поражения ЦНС. Заикание появилось в 3 года 10 мес постепенно на фоне некоторой задержки психомоторного и речевого развития. Заикание тоно-клонического типа, дыхательно-артикуляторно-голосовой формы в легкой степени, неврозоподобная форма заикания. Стертая дизартрия.

3.2. ЛОГОПЕДИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАВНОЙ РЕЧИ У ЗАИКАЮЩИХСЯ

Согласно современным педагогическим теориям представление о педагогических технологиях связывается с определенным набором базисных техник, использование которых позволяет прогнозировать и достигать желаемого результата учебно-воспитательного процесса (В. П. Беспалько, 1989).

Все логопедические техники, представленные ниже, направлены на выработку плавной речи. Обучение этим техникам происходит практически одновременно, т. е. предусматривается не расчленение в процессе логопедического воздействия психофизиологических параметров, составляющих устную речь, а их объединение и координацию. Логопед должен учитывать, что динамика обучения навыкам плавной речи состоит не в последовательности применения той или иной техники, а в последовательном усложнении речевых задач: от произнесения изолированных звуков до контекстной монологической речи.

3.2.1. Охранительный речевой режим

Необходимость проведения коррекционной работы в этом направлении можно обосновать физиологическими данными, свидетельствующими о том, что важным механизмом поддержания и углубления патологических двигательных реакций является поток аномальных кинестетических импульсаций с мышц, вовлеченных в судорожную активность (И. В. Данилов и др., 1970). В результате этого при заикании образуется «замкнутый круг» патологических мышечных возбуждений. Другими словами, судороги мышц речевого аппарата сами становятся генератором последующих судорог. Наличие данного механизма диктует необходимость проведения специальных речевых режимов с целью исключения из общения тех видов речи, в которых наиболее часто проявляются судорожные запинки. К ним относятся: режим молчания, режим ограничения речи, щадящий речевой режим, специальный охранительный режим и т. д.

Организация и длительность этих режимов существенно зависят от возраста заикающихся, типа учреждения, в котором проводится коррекционная работа, и опыта логопеда. Специальный охранительный режим, как правило, организуется в начале коррекционной работы с заикающимися.

Специальный охранительный режим понимается как оздоровительный щадящий режим, на его фоне проводятся *режим ограничения речи* или *режим молчания*.

Специальный охранительный режим как у взрослых, так и у детей включает в себя четкий распорядок дня, что в целом ритмизирует деятельность всех функций организма и способствует их нормализации. Заикающимся предлагают большее количество часов для отдыха, дополнительные часы сна, рекомендуется употреблять с пищей достаточное количество витаминов. Данные мероприятия направлены на общее оздоровление организма. В соответствии с медицинскими показаниями начинается медикаментозная терапия.

В этот период нецелесообразны мероприятия, вызывающие нервное перевозбуждение. Проведение такого режима благотворно

действует на организм в целом и состояние центральной нервной системы заикающихся, в связи с чем повышаются ее адаптивные качества.

Организация специального охранительного режима для заикающихся. Распорядок дня заикающихся детей должен быть четким, но не жестким. Это предполагает плавный переход от одного вида деятельности к другому, а также мягкое преодоление негативных установок ребенка. Ребенку нужна медицинская помощь в случае нарушения сна, наличия у него страхов, повышенной тревожности, возбудимости, слезливости, при стойком снижении аппетита, двигательной расторможенности, повышении внутричерепного давления.

Необходимо исключить яркие новые впечатления и те жизненные ситуации, которые могут волновать его и побуждать к речевой активности (зрелищные мероприятия, гости, телевизионные передачи и т. д.). Не допускаются шумные игры, во время которых ребенок может чрезмерно возбуждаться, а также любые психические и физические перегрузки. Желательно в это время максимально сузить круг общения ребенка. Не рекомендуется посещение детского сада, если это не специализированная группа для заикающихся.

Речевое общение с родителями, персоналом и другими детьми должно быть ограничено. Необходимо стремиться к тому, чтобы вербальное общение ребенка было элементарным по форме (в виде односложных ответов). Для этого вопрос, поставленный ребенку, должен иметь ключевое слово для ответа (например: «Ты хочешь суп или кашу?» — «Кашу») или предполагать короткий ответ в виде утверждения или отрицания («Да», «Нет»).

Родители при общении с ребенком и между собой в его присутствии должны придерживаться тех правил техники речи, которые рекомендуются логопедом.

Общим правилом является спокойный, доброжелательный тон, негромкий голос, интонированная и ритмичная (размеренная) речь.

Предпочтительно занимать ребенка такими видами деятельности, как рисование, лепка, конструирование и пр.

Дети с невротической формой заикания, как правило, «оречевляют» свою игру. Заикание у них в эти моменты обычно не проявляется, и потому запрещать такую речь не следует.

При неврозоподобной форме заикания дети обычно не «оречевляют» игру. Они с трудом сосредоточивают внимание на игре, поэтому важно организовать смену их деятельности.

Режим ограничения речи заикающихся дошкольников требует организации специальных игр-«молчанок». Этот режим может планироваться на разные сроки. Оптимально проводить его в течение 10—14 дней. *Щадящий речевой режим* плавно сменяет режим ограничения речи. Речевая активность ребенка постепенно увеличивается. Продолжительность этого режима может быть индивидуаль-

ной. (Организация режима ограничения речи и щадящего речевого режима наиболее полно представлена в работах В. И. Селиверстова, 1979, 1994 и И. Г. Выгодской и др., 1993.)

У подростков и взрослых заикающихся режим ограничения речи может протекать в виде полного молчания, поскольку они могут сознательно контролировать свою речевую активность.

Режим молчания в различных реабилитационных системах может проводиться на разных этапах коррекционного воздействия. Длительность режима молчания у взрослых заикающихся может быть разной: от одного до 10—12 дней. В этой возрастной группе очень важно сочетать режим молчания с *интенсивным психотерапевтическим воздействием*, направленным на эмоциональную стабилизацию и перестройку личностных установок.

В результате в период молчания у взрослых возникает новое психологическое состояние, связанное с эмоциональным подъемом. По дневниковым записям можно проследить, что в этот период идет переосмысление своих речевых возможностей, а также взаимоотношений с окружающими людьми.

Марина А., 28 лет.

О молчание! Спасительное и освободительное! Только ты сможешь осознать в полной мере, как велико значение общения и как бережно надо относиться к речи. Молчание, ты освободило меня от многих трудностей. Теперь я не заикаюсь и, думаю, освобожусь от этого навсегда... Молчание, ты делаешь меня сильнее. Победить себя, все ленивое, косное, что жило во мне столько времени! Молчание, ты делаешь меня внимательнее к себе, помогаешь осилить заикание. Теперь у меня есть время подумать о многом и принять серьезное решение, как жить дальше, чтобы речь не мешала мне делать то, что я хочу.

Таня С., 36 лет.

Что золото ты, молчание, это — «семечки». Это подороже! Смотрю на ребят нашей группы: до молчания — не лица, а маски, застывшие в долговременной судороге, искаженные мукой, и только в себе, только с собой. Ведь я — такая же! Выразить свое доброе отношение к окружающим, по-моему, мешает наш уродливый способ общения. Не то и не так. Замолчи — и порядок. Лица засветились. Морщинки на лбах ребят из нашей группы пропали. Подобрели друг к другу. Понятнее стали, ближе...

Виктор П., 32 года.

Главным событием прошедшей недели для меня было состояние молчания. В результате во мне что-то изменилось. Мне кажется, я стал другой. Все-таки, чем больше мы говорим, тем меньше мы думаем, размышляем, менее ответственны за то, что говорим. И теряем в этом потоке слов себя, не успеваем пропускать этот поток слов, фраз через душу, сердце. Можно говорить несколько часов и ничего не сказать, а можно взглядом убить человека или сделать его счастливым.

Игорь Г., 42 года.

...В нашем случае — молчание — цементный раствор, который склеил блоки нашего строящегося речевого дома. Молчание не вызывает про-

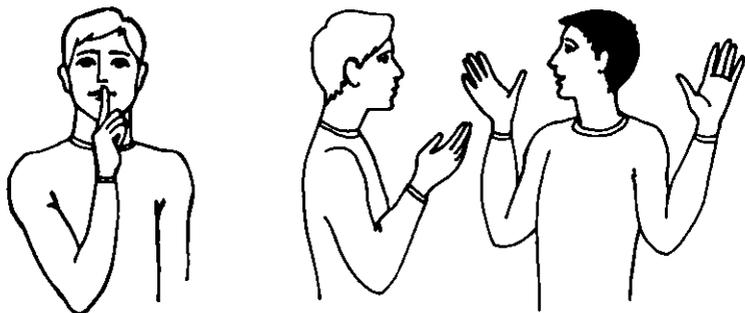


Рис. 9. Особый речевой режим: однословные вопросы и ответы

блем, похоже на подводное плавание, любимое мною с детства. Затяжной мирок. Но знаешь, что на поверхности тебя ждет солнце, цвет, запахи и все краски мира.

Техники невербального общения активно используют в период ограничения речи и дети, и взрослые заикающиеся. Невербальное общение не сопровождается отрицательным эмоциональным состоянием, которое обычно возникает у всех заикающихся, а у подростков и взрослых — также логофобия и вегетативные сдвиги при вербальном общении. Таким образом, активизация разных форм невербального общения способствует снижению эмоционального напряжения (рис. 9).

Как известно, мимика и жестикуляция заикающихся могут быть в разной степени обеднены. Это делает необходимым использование специальных техник, направленных на активизацию невербальных способов общения: жестов, мимики, пантомимики (см. приложение 1).

В этот период проводится работа по овладению начальными элементами всех логопедических техник.

Включение различных охранительных режимов в комплекс реабилитационных мероприятий способствует получению более успешных результатов последующего коррекционного воздействия.

3.2.2. Регуляция эмоционального состояния

Регуляцию эмоционального состояния у заикающихся связывают главным образом с нормализацией мышечного напряжения. Многочисленные клинические наблюдения и экспериментальные исследования выявляют тесную связь эмоционального состояния с мышечным тонусом. Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что разным типам эмоционального состояния соответствует определенная локализация мышечного напряжения. Так, при депрессии выражено напряжение в дыхательной мускулатуре и

диафрагме, чувство страха влечет за собой напряжение мышц, обеспечивающих фонацию, и т. д.

Снижение мышечного тонуса меняет функциональное состояние эмоциогенных структур мозга, а значит, уменьшаются вегетативные проявления эмоциональных реакций (частота пульса и дыхания, интенсивность потоотделения и т. п.).

Известно, что расслабление мышц ведет к эмоциональному покою. На этом основаны методики обучения сознательному регулированию эмоционального состояния путем расслабления тонуса скелетной мускулатуры.

Существует много систем регуляции эмоционального состояния с помощью произвольного изменения напряжений мышц. Эти системы получили название *аутогенной тренировки*.

Основной методический прием аутогенной тренировки — *расширенная формула спокойствия, которая включает в себя мышечную релаксацию и регуляцию вегетативных функций*.

Заикающимся свойственно высокое эмоциональное напряжение как в ожидании, так и в процессе речевого общения. Для взрослых заикающихся характерно также наличие патологических эмоциональных состояний в определенных типичных ситуациях: разговор по телефону, обращение к официальным лицам и т. д. В эти моменты заикающиеся, как правило, испытывают сильное сердцебиение, краснеют или бледнеют, не в состоянии подавить волнение, что влияет на качество речи. Поэтому при реабилитации заикающихся более эффективно применение специализированных вариантов аутогенной тренировки (А. И. Лубенская, 1974).

Методика ее проведения существенно зависит от возраста заикающихся. Взрослым рекомендуют овладеть специализированной аутогенной тренировкой в полном объеме, а дети дошкольного возраста осваивают, как правило, лишь элементы мышечной релаксации.

Обучение детей навыкам релаксации начинается с игровых упражнений, которые позволяют почувствовать разницу между напряжением мышц и их расслаблением (рис. 10). Проще всего ощутить напряжение мышц в ногах и руках, поэтому детям предлагают перед расслаблением сильно и кратковременно сжать кисти рук в кулак, напрячь мышцы предплечий, икроножные мышцы и мышцы бедер и т. д. Для этого используются различные игровые упражнения. При выполнении упражнений на напряжение и расслабление необходимо учитывать, что напряжение должно быть кратковременным, а расслабление — достаточно длительным. Упражнения на напряжение — расслабление можно давать в определенной последовательности: для мышц рук, ног, всего туловища, затем для верхнего плечевого пояса и шеи, артикуляционного аппарата. С этой целью можно использовать следующий комплекс релаксационных упражнений.

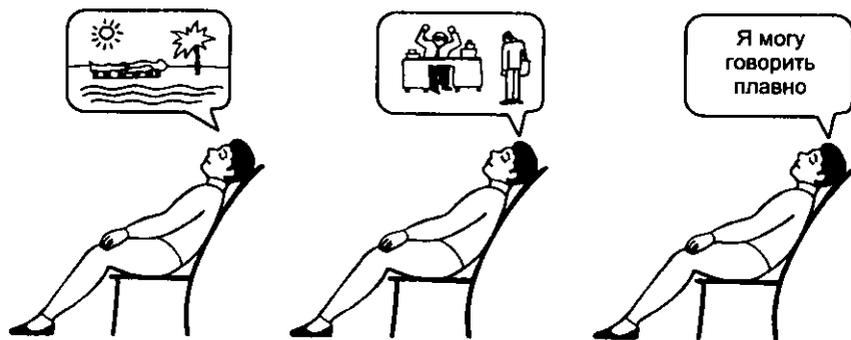


Рис. 10. Аутогенная тренировка: мышечное расслабление, самовнушение

РЕЛАКСАЦИОННЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МЫШЦ РУК, НОГ И КОРПУСА

Оловянные солдатики и тряпичные куклы

Встать прямо, как оловянные солдатики, сжать пальцы в кулак, сосредоточить внимание на напряжениях в мышцах рук, ног и корпуса. Делать резкие повороты всего тела вправо и влево, сохраняя неподвижность шеи, рук и плеч. Ступни на полу стоят неподвижно.

Проделав несколько поворотов, сбросить напряжение, изобразив тряпичных кукол. Поворачивать туловище резко вправо и влево, при этом руки пассивно болтаются, делая круговые движения вокруг корпуса. Ступни ног на полу неподвижны.

Сосулька

Из положения сидя на корточках медленно подниматься вверх, представив, что сосулька «растет», поднять руки вверх и, привстав на носочки, стараться как можно сильнее вытянуться, напрягая все тело, — сосулька «выросла». После команды логопеда: «Солнышко пригрело и сосулька начала таять» медленно опускать руки; расслабляя все тело, приседать, сесть на пол, а затем лечь, полностью расслабившись, — *сосулька растаяла и превратилась в лужу*. Обратит внимание на приятное ощущение расслабления.

Цветочек

Потянуться вверх, подняв руки и напрягая мышцы всего тела, изображая, как *цветочек растет и тянется к солнышку*.

Затем последовательно уронить кисти, изображая, что солнышко спряталось и головка цветка поникла, расслабить предплечья, согнув руки в локтях, — *стебелек сломался*, и, сбросив напряжение с мышц спины, шеи и плечевого пояса, пассивно наклониться вперед, подогнув колени, — *цветочек завял*.

Штанга

Сделать наклон вперед, представить, что поднимаешь тяжелую штангу, сначала медленно подтянув ее к груди, а затем подняв над головой.

Упражнение проводить 10—15 с. Сосредоточить внимание на состоянии напряжения в мышцах рук, ног, туловища. *Бросить штангу*, наклонившись вперед, руки при этом свободно висают. Обратит внимание на приятное ощущение расслабления.

Бревнышки — веревочки

Поднять руки в стороны, слегка наклонившись вперед. Напрячь мышцы рук, сжав пальцы в кулак, как *бревнышки*. Уронить расслабленные руки. Обратит внимание, как они пассивно покачиваются сами собой, словно *веревочки*.

Маятник

Переносить тяжесть тела с пяток на носки при покачивании вперед—назад. Руки опущены вниз и прижаты к корпусу. Тяжесть тела переносится медленно вперед, на переднюю часть ступни, пятки от пола не отрывать. Все тело слегка наклоняется вперед. Затем тяжесть тела переносится на пятки. Носки от пола не отрываются.

Ралли

Сесть прямо на кончик стула. После команды *едем на гоночной машине* вытянуть ноги вперед, слегка подняв их, руки согнуть в локтях и сжать в кулаки — *крепко держимся за руль*, туловище слегка отклонено назад. Сосредоточить внимание на напряжении мышц всего тела. Через 10—15 с сесть расслабившись, руки положить на колени, голову слегка опустить, обратит внимание на приятное чувство расслабления.

Кукла устала

Глубоко зевнув, потянуться, подняв руки вверх и поднявшись на носочки, с выдохом расслабиться, опустить руки, наклонив голову вперед.

Незнайка

Поднять плечи как можно выше, а затем свободно опустить их вниз.

Неваляшка

В положении сидя голову уронить на правое плечо, затем на левое плечо, покрутить, а затем уронить вперед. Упражнение выполняется 10—15 с. В конце упражнения обратит внимание на приятные ощущения расслабления, возникающие при расслаблении мышц шеи.

РЕЛАКСАЦИОННЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МИМИЧЕСКИХ И АРТИКУЛЯЦИОННЫХ МЫШЦ

1. Слегка откинуть голову назад, напрячь мышцы шеи на 5—10 с, концентрируя внимание на этом ощущении. Уронить расслабленно голову вперед.
2. Наморщить лоб, подняв брови на 5—10 с, концентрируя внимание на ощущении напряжения в области лба.
3. Сильно нахмуриться на 5—10 с, концентрируя внимание на ощущении напряжения между глазами.
4. Плотно сомкнуть веки на 5—10 с, концентрируя внимание на ощущении напряжения в них.
5. На 5—10 с сжать зубы. Обратит внимание на то, как напряжение распространяется от челюсти к вискам.
6. Широко улыбнуться и показать зубы в течение 5 с. Обратит внимание на напряжение в щеках.
7. Вытянуть губы трубочкой и дуть в течение 10 с. Обратит внимание на напряжение в губах.
8. Прижать язык к передним зубам на 10 с, обращая внимание на напряжение в языке.
9. Оттянуть язык назад на 10 с. Напряжение должно возникнуть в языке, на дне полости рта и в шее.
10. Зевнуть легко, более глубоко, очень глубоко. На последнем зевке прикрыть глаза и расслабить мышцы рта и нижней челюсти.

Вслед за проведением релаксационных упражнений дети ложатся на ковер на спину. Им предлагают закрыть глаза и отдохнуть. После этого логопед проводит сеанс релаксации.

Формулы релаксации могут быть следующими.

Мы успокаиваемся. Мы отдыхаем.

Глазки закрыты.

Ручки усталые, тяжелые, отдыхают.

Ножки усталые, тяжелые, отдыхают.

Как хорошо, приятно отдыхать.

Можно использовать и различные стихотворные тексты.

У некоторых детей при закрытых глазах могут возникнуть страхи, а следовательно, повысится тонус мышц. В этих случаях следует проводить релаксационные упражнения при открытых глазах и лишь постепенно приучать ребенка закрывать глаза во время занятий. Главное, чтобы в эти моменты у ребенка было ощущение полного эмоционального комфорта.

В процессе занятий следует обращать внимание также и на состояние круговых мышц глаз. Веки должны быть сомкнуты легко, без напряжения.

На подготовительном этапе такие сеансы релаксации составляют от 2 до 5 мин. Продолжительность занятий постепенно увеличивается, достигая 10—15 мин.

Каждая формула релаксации проговаривается логопедом 2—3 раза. Формулы, приведенные здесь, не универсальны и могут варьироваться. Важное значение имеет интонация, с которой логопед произносит эти формулы. Голос должен быть мягким и тихим, темп несколько замедленным, а интонация должна выражать состояние спокойствия.

О состоянии мышечного расслабления и эмоционального успокоения можно судить по спокойному выражению лица ребенка, ритмичному дыханию. У некоторых детей появляется сонливость, они начинают позевывать. Для усиления эффекта расслабления, в особенности у детей, которые с трудом расслабляются, можно легко поглаживать сверху вниз грудь и руки ребенка.

Постепенно дети овладевают возможностью расслаблять мышцы не только по контрасту с их напряжением, но и по словесной инструкции.

На этом этапе логопед может пытаться вызвать у детей образное представление о состоянии расслабления и спокойствия. Детям предлагают вспомнить о том, как они отдыхали, загорали на берегу реки в летний день, когда грело ласковое солнышко. При этом логопед подробно описывает возможные ощущения детей: общая расслабленность, чувство покоя и приятного тепла, например: *Мы пришли на лесную поляну. Травка на ней зеленая, мягкая. Теплые лучи солнца согревают все тело. Так хочется полежать на мягкой, шелковистой травке. Слышно, как шуршат листики на деревьях, тихо поют птички. Так приятно отдыхать, все тело расслабляется, глазки закрыты, теплые лучи солнца согревают все тело. Ты спокоен...* И т.д.

Постепенно, на последующих этапах работы, дети из положения лежа переводятся в положение сидя. Для этого используется так называемая поза кучера. Ребенок должен сидеть на стуле, соответствующем его росту, так чтобы голени находились под прямым углом к бедрам, а нижняя часть спины ребенка касалась спинки стула. Руки свободно лежат на коленях ладонями вниз. Дети должны сидеть на стуле без напряжения, плечи и голова слегка опущены вперед, ступня опирается на пол. Такое положение называется *позой покоя*. На этом этапе дети сидят с закрытыми глазами на протяжении всего занятия аутогенной тренировкой.

Как правило, на этом этапе работы на фоне релаксации детей логопед вводит *формулы правильной речи*, например: «*Мы говорим неторопливо и спокойно*»; «*Наша речь слитная и плавная*»; «*Мы говорим смело*» и т.д.; такие формулы могут быть даны и в стихотворной форме (см.: И. Г. Выгодская и др., 1993). Поскольку введение формул выполняет роль определенного внушения, логопед должен произносить их достаточно громко, уверенно и с соблюдением всех речевых правил.

Занятия по релаксации — это не обособленные упражнения, а неотъемлемая часть всего курса коррекции речи. Они проводятся

регулярно, 2—3 раза в день (утром, днем и вечером). Желательно, чтобы формулы расслабления предшествовали ночному сну ребенка.

Аутогенная тренировка, используемая в работе с заикающимися подростками и взрослыми, должна быть специализированной (приложение 2). В процессе аутогенной тренировки вырабатываются навыки релаксации мышц, в которых наблюдается патологическое напряжение (дыхательные мышцы, мышцы верхнего плечевого пояса, глотки, нижней челюсти, губ, языка). При овладении приемами мышечного расслабления снижается эмоциональное напряжение. Речь на этом фоне протекает, как правило, без судорожных запинок.

В процессе реализации формул мышечного расслабления проводится активная речевая работа. Речевые тренировки на этом фоне закрепляют слуховые и кинестетические ощущения нормальной речи. Создается двусторонняя условно-рефлекторная связь между эмоциональным состоянием спокойствия и плавной речью. Многократные тренировки позволяют нормализовать функциональную речевую систему в целом.

Специфическим для заикающихся приемом аутогенной тренировки является *мысленное представление ситуации, трудной для речевого общения* (разговор по телефону, выступление перед аудиторией и пр.).

Под руководством логопеда они представляют себе эмоционально значимую ситуацию общения. Само представление трудной речевой ситуации вызывает разнообразные вегетативные реакции организма и повышение мышечного напряжения. Затем путем реализации расширенной формулы спокойствия заикающиеся расслабляются и успокаиваются. На этом фоне они тренируют устную речь, которая по содержанию характерна для данной ситуации. Прием мысленного представления способствует угашению эмоциональных (вегетативных) реакций, возникающих при трудной речевой ситуации, и создается возможность использовать формулу спокойствия в реальных ситуациях (прием угашения «страха речи»). Этот прием становится эффективнее, если к нему присоединяется использование мысленного представления новой модели поведения.

Заикающемуся предлагают представить себя в роли уверенного в себе человека. Плечи расправлены. Голова приподнята, взор сосредоточен на лице собеседника и т. п. Важно закрепить полученный эффект путем функциональных тренировок в реальной обстановке.

Наиболее эффективно применение аутогенной тренировки при невротической форме заикания. Заикающиеся этой группы быстро овладевают расширенной формулой спокойствия, на фоне которой устная речь протекает плавно, без запинок. Мысленное представление трудных речевых ситуаций сопровождается у них ярко выраженными вегетативными сдвигами, которые немедленно гаснут при реализации формулы спокойствия. Регулярные за-

нения аутогенной тренировки у подростков и взрослых с этой формой заикания способствуют закреплению эффекта логопедической работы и гарантируют длительную ремиссию.

При неврозоподобной форме заикания эффект аутогенной тренировки выражен значительно меньше, а нередко отсутствует вовсе. Заикающиеся этой группы, как правило, не могут овладеть расширенной формулой спокойствия в полной мере. Мысленные представления сложных речевых ситуаций крайне затруднены. Громкая речь в процессе сеанса аутогенной тренировки может сопровождаться запинками. У заикающихся этой группы в процессе занятий аутогенной тренировкой может наблюдаться появление головных болей, головокружений и пр. Несмотря на отсутствие объективных признаков улучшения состояния, зачастую заикающиеся данной группы отмечают общее улучшение самочувствия.

Навыки релаксации и плавной речи, реализуемой в процессе аутогенной тренировки, закрепляются специальными функциональными тренингами в реальной ситуации (подробнее см. раздел 3.3).

Аутогенная тренировка включается как обязательный компонент в различные системы реабилитации заикающихся детей, подростков и взрослых (В. М. Шкловский, 1994; Л. З. Арутюнян, 1990; Ю. Б. Некрасова, 1968; М. И. Буянов, 1989; И. Г. Выгодская и др., 1993 и т. д.). Дополнительным методом, способствующим релаксации, является использование релаксационного массажа дыхательной, вокальной и артикуляционной мускулатуры, а также массажа биологически активных точек (приложение 7).

3.2.3. Развитие координации и ритмизации движений

У заикающихся всех возрастных групп отмечаются те или иные особенности в состоянии моторных функций.

Накоплено достаточное количество фактов, свидетельствующих о различии в состоянии двигательных функций при разных клинических формах заикания. Это касается мышечного тонуса, общей и тонкой моторики, динамической и статической координации, орального праксиса, музыкально-ритмических способностей и пр.

Нормализация состояния моторных функций заикающихся включает в себя:

- 1) развитие координации общей, тонкой и артикуляционной моторики;
- 2) формирование чувства темпоритма речевых и неречевых движений.

Разное состояние моторики при невротической и неврозоподобной формах заикания требует дифференцировать длительность и интенсивность занятий.

Так, при *невротической* форме заикания очень важно сформировать точность движений, умение переключать активное внимание на качество их выполнения и главным образом на завершенность движений, т. е. на доведение движений до конца в соответствии с инструкцией.

Упражнения могут быть разнообразными по форме, ритму и темпу. Несмотря на хороший уровень развития тонкой моторики пальцев рук и артикуляционной моторики, для движений заикающихся этой группы характерна истощаемость движений, поэтому тренировочные упражнения не должны быть длительными по времени. Тренировку движений можно начинать под музыкальное сопровождение уже на первых этапах коррекционной работы.

При *неврозоподобной* форме заикания следует помнить, что:

- двигательные упражнения должны быть разложены на составляющие и выполняться по образцу;
- тренировка координации и переключаемости движений должна быть длительной с постепенным усложнением заданий;
- усвоению упражнений способствует сопровождающий их словесный комментарий логопеда;
- сроки усвоения двигательных упражнений значительно увеличиваются по сравнению со сроками, установленными для первой группы заикающихся.

Особое внимание уделяется нормализации речевой артикуляции в связи с необходимостью развития звукопроизносительной стороны речи, прежде всего это касается детей дошкольного возраста.

Важный компонент коррекционной работы с заикающимися — темпо-ритмическое объединение артикуляционной и общей моторики с помощью специальных упражнений под музыку. Такие занятия проводятся в процессе логопедической ритмики.

Логопедическая ритмика — необходимая составляющая в комплексной реабилитационной работе.

Она включает в себя разнообразные двигательные упражнения, выполняемые в определенной последовательности:

1. Ритмическая разминка.

Цель — развитие ритмических движений под музыку, в процессе разминки уточняются и развиваются координированные движения рук и ног, формируется умение менять темп и ритм движения. Ритмическая разминка используется также для организации детей, создания «настроения» на определенный вид деятельности.

Пример:

- 1) свободная маршировка под музыку со сменой направлений;
- 2) дети ходят по кругу под музыку и меняют направление под команду «вперед», «назад», «в центр», «вправо», «влево» и т. д.

2. Упражнения, регулирующие мышечный тонус.

Цель — снижение и перераспределение мышечного напряжения, воспитание пластичности движений. Используются специаль-

ные упражнения на напряжение и расслабление мышц: сжимание и разжимание кистей рук, перенос веса тела с одной его стороны на другую (маятник) и т. п.

Пример:

1) дети стоят по кругу. Под музыку свободно качают руками вперед—назад; правой рукой и ногой в стороны; левой рукой и ногой в стороны;

2) напряженно вытягивают обе руки в стороны, кисть сжата в кулак (1-й такт музыки). Внезапно расслабляют кисти, и руки падают вниз (2-й такт), свободно размахивают руками, шагая на месте под музыку.

3. Упражнения для развития чувства темпа и ритма.

Цель — ритмизация движений от самых простых до самых сложных — артикуляционных. Используется ходьба, отхлопывание и отстукивание под разные музыкальные темпы и ритмы, а затем пропевание слогов и слов на заданные ритмы.

Пример:

прохлопать руками ритмический рисунок знакомой песни после демонстрации педагога (песня «Петушок»).

Пе-ту-шок, Пе-ту-шок, Зо-ло-той гре-бе-шок.

4. Упражнения на развитие координации речи с движением.

Ритмизация моторных функций организма способствует ритмизации речевых движений, поэтому основная цель этих упражнений — ритмизация устной речи. Используют двигательные упражнения под музыку с одновременным проговариванием вслух постепенно усложняющихся речевых заданий. Средний музыкальный темпоритм позволяет заикающимся сочетать движения с проговариванием слогов, слов, фраз, стихотворных, а позже прозаических текстов.

Пример:

под музыку заикающиеся проговаривают стихотворный текст, одновременно сопровождая слова соответствующими движениями.

<i>Перед нами луг широкий</i>	разводят руки широко в стороны
<i>А над нами дуб высокий</i>	поднимаются на носки, поднимая руки вверх
<i>А над нами сосны, ели, Головами зашумели</i>	ритмично делают наклоны в стороны, покачивая поднятыми вверх руками
<i>Грянул гром</i>	делают хлопок над головой
<i>Сосна упала</i>	делают наклон вперед и вниз, опуская руки
<i>Только ветками качала</i>	ритмично покачивают опущенными руками

Постепенно темпоритм усложняется и меняется. Для заикающихся с неврозоподобной формой речевой патологии соединение речи с движениями и музыкой — трудная задача, которая требует дополнительной проработки. Заикающиеся с невротической формой достаточно быстро усваивают эти упражнения.

5. Пение.

Цель — коррекция темпа речи и нормализация речевого дыхания; выбираются ритмичные и мелодичные песни. Постепенно в процессе работы подбираются песни с более сложными темпоритмическими характеристиками.

6. Игра.

В конце логоритмического занятия с детьми дошкольного возраста, как правило, проводится игра, цель которой — закрепление навыков, полученных на занятиях (приложение 6).

Особое значение в коррекционной работе придается развитию *чувства ритма*. Ритмическая способность — это средство пространственно-временной организации движений. Чувство ритма в своей основе имеет моторную природу. Онтогенез чувства ритма тесно связан с процессом становления у детей моторики, зрительно-моторной координации, а в дальнейшем с формированием речевого ритма. Речевой ритм выполняет важную функцию в формировании психомоторного стереотипа речи. В процессе развития речи ритм становится «скелетом» слова и играет важную роль в процессе усвоения лексем и опознания их при восприятии.

Выделяются уровни нарушений речевых ритмов: послоговый, пословный и синтагматический. При обучении ритмизации устной речи необходимо тщательно отбирать речевой материал.

На первых этапах работы при подборе стихотворных текстов следует учитывать, что стихи должны иметь устойчивую ритмику, т. е. однообразное распределение ударных слогов в строфе; состоять из коротких фраз; должны содержать простую лексику и не включать слова с сочетаниями согласных.

Размер стиха подбирается в следующей последовательности: хорей — ямб — дактиль.

Хорей:

Мой веселый,
Звонкий мяч,
Ты куда пустился вскачь?
Красный, желтый, голубой
Не угнаться за тобой.

Ритмический рисунок хорей: ' _ _ _ _ _

Ямб:

Мы едем, едем, едем
В далекие края,
Хорошие соседи,
Счастливые друзья.

Навык послогового ритма на первом этапе вырабатывается на стихотворном тексте (хорей, ямб) и материале скороговорок.

В результате такой ритмизации слоги выравниваются по длительности звучания, т. е. снимается редукция гласных звуков (предударных и заударных), свойственная русскому языку. Есть опасность, что на фоне жесткого послогового ритма речь может приобретать монотонный «роботообразный» характер, что вызывает негативную реакцию заикающегося. Поэтому очень важно, чтобы обучение формированию ритмизированной речи проходило одновременно с активной работой по формированию интонационного оформления высказывания. Постепенно движения руки становятся ритмоводителем речевых артикуляций. Поэтому при обучении заикающихся теппированию обращают внимание на то, чтобы движения руки во время речевой паузы не прекращались. Это позволяет после паузы легко вступить в речь.

По мере усвоения слогоразмерной речи движения руки применяются все реже и, наконец, прекращаются. Однако речь с нередуцированным произнесением гласных тренируется длительное время.

Устная речь с нередуцированным произнесением безударных гласных называется **полным стилем произнесения**.

Полный стиль произнесения способствует выделению ритмической структуры слова в артикуляторной программе, выравнивает все слоги по времени произнесения, что в целом является основой для ритмизации речевого процесса и формирования плавной речи.

Другое упражнение, направленное на выработку ритмизации речевых артикуляций, называется **пословным ритмом**. Главной характеристикой этого технического приема по установлению плавной речи является движение всей руки в сочетании с произнесением каждого слова синтагмы. Рука движется на каждое слово от себя и к себе (по траектории восьмерки) непрерывно в процессе произнесения синтагмы. Особенно интенсивно рука движется на ударный слог. Скорость и ритм движения руки подбирается индивидуально — от резкого в среднем темпе до плавного в замедленном (рис. 11, б).

Ритмизированная речь под метроном — еще один технический прием ритмизации речи с частотой 60—80 ударов в мин. На каждый удар метронома произносится один слог. Пауза соответствует двум—трем ударам метронома. Частота ударов в минуту подбирается индивидуально, но так, чтобы речь под метроном не имела судорожных запинок и была максимально комфортна для заикающегося. Ритмизированную речь под метроном можно сопровождать теппингом.

При невротической форме заикания ритмизация быстро усваивается и речь становится интонированной. Однако быстрое дости-

жение положительного эффекта может привести к прекращению заикающимися тренировок. Этого нельзя допустить, так как речевая ритмизация, как и любой двигательный навык, особенно у взрослых, нуждается в длительной автоматизации.

При неврозоподобной форме заикания усвоение ритма крайне затруднено. Вначале необходимо подобрать индивидуальный темпоритм, при котором заикающийся чувствовал бы себя комфортно. Затем необходима постепенная, индивидуальная тренировка ритмических движений руки.

Следующий этап тренинга — **совместная тренировка ритмических движений руки и речи**. Интонационно-мелодическое оформление ритмизированной речи у заикающихся этой группы также крайне затруднено и требует тщательной и длительной тренировки.

В целом ряде методик по установлению плавной речи предлагаются различные приемы ее ритмизации (Л. И. Богомолова, 1977; Л. З. Андропова, 1990; В. М. Шкловский, 1994; М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, 2000).

В ряде методик первый этап установления ритмизированной речи сопровождается значительным замедлением ее темпа до одного слога в секунду (Л. З. Андропова, 1990.)

Для того чтобы темпоритмическая организация речи заикающихся автоматизировалась и стала стабильной, темпоритм должен подбираться индивидуально, вызывая у каждого заикающегося чувство комфорта. Только при этих условиях возможно продолжение им самостоятельной работы по автоматизации следующего навыка речи.

3.2.4. Формирование речевого дыхания

Нарушение речевого дыхания — один из постоянных признаков заикания. Помимо возможности появления судорожной активности в мышцах дыхательного аппарата, нарушение речевого дыхания характеризуют следующие показатели: недостаточный объем вдыхаемого воздуха перед началом речевого высказывания, укороченный речевой выдох, несформированность координаторных механизмов между речевым дыханием и фонацией.

Работа по формированию речевого дыхания включает в себя три этапа:

1. Расширение физиологических возможностей дыхательного аппарата (постановка диафрагмально-реберного дыхания).
2. Формирование длительного фонационного выдоха.
3. Формирование речевого выдоха.

Формирование речевого выдоха имеет принципиальное значение для организации плавной речи. *Плавность речи — это целостное непрерывное артикулирование интонационно-логически завершенного отрезка высказывания в процессе одного непрерывного выдоха.*

В связи с тем что у заикающихся поверхностное и недостаточно регулярное дыхание, а мышцы грудной клетки, особенно мышцы плечевого пояса, находятся в состоянии излишнего напряжения, большинство практиков используют в коррекции заикания постановку диафрагмально-реберного дыхания, которое часто называется *диафрагмальным*. При таком типе дыхания особое значение имеет работа мышц брюшного пресса.

Постановку диафрагмально-реберного дыхания начинают в положении лежа, оптимально — на фоне мышечного расслабления. Как правило, в этот период заикающиеся уже знакомы с элементами релаксации.

В дошкольном возрасте формирование диафрагмального дыхания необходимо проводить на начальном этапе в положении лежа. В этом положении мышцы всего тела слегка расслабляются, и диафрагмальное дыхание без дополнительных инструкций устанавливается автоматически.

В дальнейшем для тренировки диафрагмального дыхания, его силы и длительности используют различные игровые приемы. При этом нужно учитывать следующие методические указания.

1. Дыхательные упражнения должны быть организованы таким образом, чтобы ребенок *не фиксировал внимание* на процессе вдоха и выдоха.

2. Для детей дошкольного возраста дыхательные упражнения организуются в виде игры так, чтобы ребенок произвольно мог сделать более глубокий вдох и более длительный выдох.

3. Все упражнения на тренировку речевого дыхания связаны с выполнением двух основных движений: руки из положения «в стороны» движутся «кпереди» с обхватом грудной клетки или из положения «вверху» движутся вниз. Движения корпусом при этом связаны с наклоном вниз.

4. Большинство упражнений для детей дошкольного возраста включают *выдох с произнесением согласных* (в основном щелевых) или фонацией гласных звуков, что позволяет логопеду на слух контролировать длительность и непрерывность выдоха, а в дальнейшем формирует у ребенка обратную биологическую связь.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНОГО ВЫДОХА

Ребенок находится в положении лежа на спине. Его рука лежит на верхней части живота (диафрагмальная область). Внимание ребенка обращают на то, что его живот «хорошо дышит» (рис. 12). Можно положить на живот игрушку или плоский предмет, например книгу, для привлечения внимания. Это упражнение длится в среднем 2—3 мин и выполняется без усилий, чтобы избежать гипервентиляции и повышения мышечного тонуса.

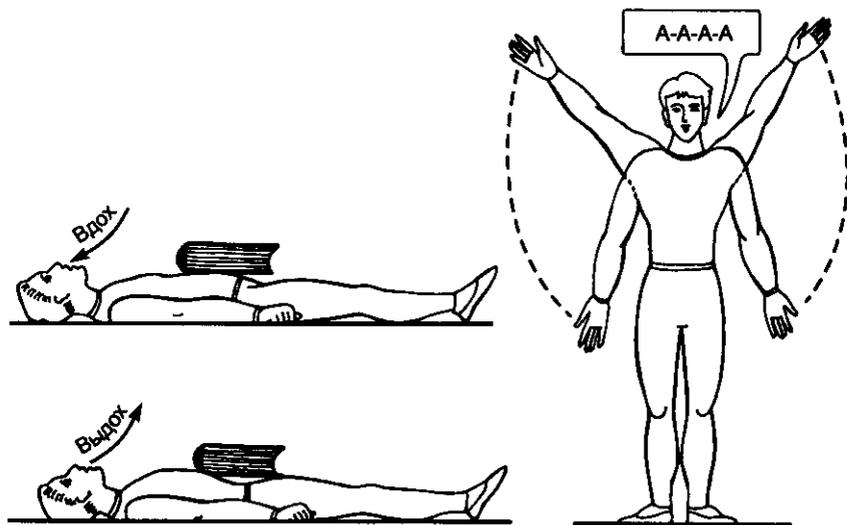


Рис. 12. Тренировка грудно-брюшного типа дыхания и фонационного выдоха

Задуй свечку

Дети держат полоски бумаги на расстоянии около 10 см от губ. Им предлагают медленно и тихо подуть на «свечу» так, чтобы «пламя» отклонилось. Логопед отмечает тех, кто дольше других дул на «свечу».

Лопнула шина

Исходное положение: дети разводят руки перед собой, изображая круг — «шину». На выдохе медленно произносят звук «ш-ш-ш». Руки при этом медленно скрещиваются: правая рука ложится на левое плечо и наоборот. Грудная клетка в момент выдоха легко сжимается. Занимая исходное положение, дети делают непроизвольно вдох.

Накачать шину

Детям предлагают накачать «лопнувшую шину». Они «сжимают» перед грудью руки в кулаки, взяв воображаемую ручку насоса. Медленный наклон вперед сопровождается выдохом на звук «с-с-с». При выпрямлении вдох происходит непроизвольно.

Воздушный шар

Выполняется аналогично упражнению «Лопнула шина», но во время выдоха дети произносят звук «ф-ф-ф».

Жук жужит

Исходное положение: руки подняты в стороны и немного отведены назад, словно крылья. Выдыхая, дети произносят «ж-ж-ж», опуская руки вниз. Занимая исходное положение, дети непроизвольно делают вдох.

Ворона

Исходное положение: руки подняты через стороны вверх. Медленно опуская руки и приседая, дети произносят протяжно «к-а-а-р». Логопед хвалит тех «ворон», которые медленно спустились с дерева на землю. Занимая исходное положение, дети непроизвольно делают вдох.

Гуси

Исходное положение: руки на поясе. Дети медленно наклоняют туловище вперед, не опуская голову вниз, произносят протяжно «г-а-а». Принимая исходное положение, делают вдох.

Приемов, направленных на формирование диафрагмального выдоха, существует в практике довольно много (В. И. Селиверстов, 1987 и др.).

У детей более старшего возраста, подростков и взрослых тренировка диафрагмального дыхания может происходить более осознанно.

Тренировку речевого дыхания можно проводить в положении лежа на спине. Пациентам предлагают расслабиться. Ладонь одной руки они кладут на область диафрагмы. Специалист обращает их внимание на движения передней стенки живота при естественных вдохе и выдохе. При вдохе рука поднимается, при выдохе опускается соответственно движению передней стенки живота.

После того как натренировано движение диафрагмы в положении лежа, то же упражнение повторяют в положении стоя: нужно положить руку на область диафрагмы и сделать вдох, рука должна ощутить то же движение, что и в положении лежа.

Полезно также проверить «глазом», как изменяется объем грудной клетки. Заикающиеся встают перед большим зеркалом, чтобы понаблюдать за дыхательными движениями грудной клетки. При этом плечи во время вдоха не должны подниматься.

Длительность и силу выдоха можно тренировать в процессе следующих упражнений:

1. Выдох под мысленный счет (вдох на счет 1—2—3; выдох на 4—5—6—7—8 до 15).

2. Произнесение на выдох щелевых звуков (*с, ш, ф* и др.), длительность выдоха контролируется секундомером.

3. «Прокатить выдохом» воображаемый ватный шарик по длине всей руки и пр.

Силу диафрагмального выдоха помогают тренировать упражнения: «Задуй пламя свечи» и др. (приложение 3).

В дальнейшем диафрагмальный тип дыхания следует тренировать при выполнении физических упражнений (ходьба, наклоны и повороты туловища и пр.).

Успешно используется при постановке диафрагмального дыхания парадоксальная гимнастика А. Н. Стрельниковой (рис. 13, приложение 4).

Одной из распространенных ошибок в работе по формированию речевого дыхания является чрезмерное наполнение легких воздухом во время вдоха. Слишком большой вдох создает излишнее напряжение дыхательных мышц, возникает гипервентиляция.

Зачастую неправильная организация работы по развитию речевого дыхания сопровождается фиксацией внимания заикающихся на акте вдоха и другими осложнениями. Поэтому при постановке речевого дыхания все инструкции должны касаться только процесса выдоха. (Исключение составляет парадоксальная дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой.)

Развитие длительного фонационного выдоха. *Формирование фонационного выдоха — основа развития координаторных взаимоотношений между дыханием, голосом и артикуляцией.* Во избежание фиксации внимания на процессе вдоха инструкция должна касаться только длительности произнесения звука.

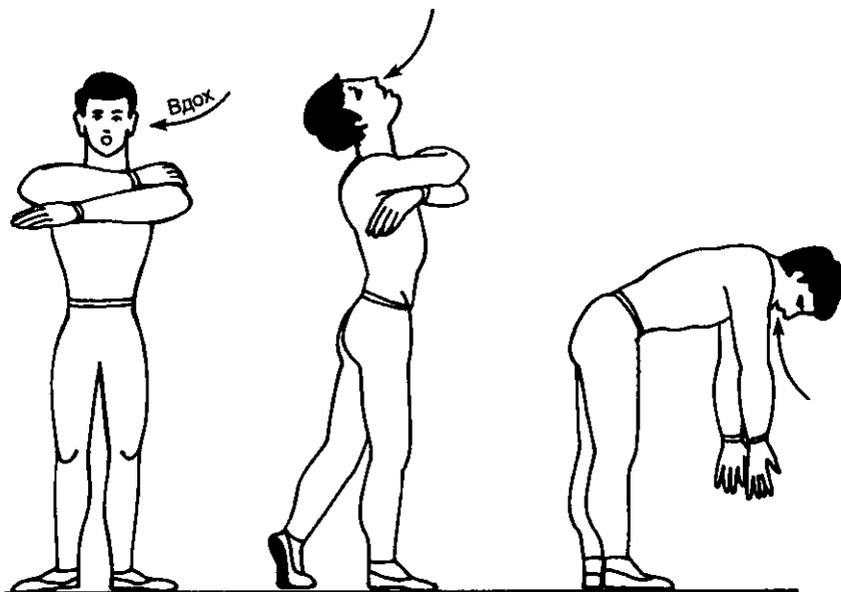


Рис. 13. Парадоксальная гимнастика А. Н. Стрельниковой

Как правило, тренировка фонационного выдоха начинается с длительного звучания гласных. (Порядок введения гласных звуков и методику голосоупражнения см. в приложении 5).

После того как пациенты освоят длительное произнесение одного гласного на выдохе, им предлагают произнести слитно сочетание из двух гласных на одном выдохе *a—o—*.

Постепенно наращивается количество гласных звуков, произносимых на одном выдохе в следующей последовательности: *a—o—y—и* (этап гласных звуков). Этот этап работы может проводиться в период молчания или охранительного речевого режима.

Диафрагмальный вдох и выдох во время выполнения этих упражнений заикающийся может контролировать ладонью, положенной на область диафрагмы. Помимо слухового контроля длительность фонационного выдоха можно контролировать плавным движением руки.

Значительно успешнее развивается фонационное дыхание как у детей, так и у взрослых при использовании компьютерных программ «Видимая речь».

Формирование речевого выдоха. В упражнения вводятся слоги, слова, фразы.

Усвоение навыков, связанных с развитием речевого выдоха, идет с разной скоростью при невротической и неврозоподобной формах заикания. Так, у заикающихся с невротической формой речевой патологии быстро восстанавливается координация между механизмом дыхания и фонации. Несмотря на видимую легкость, с которой они усваивают весь набор предлагаемых упражнений, необходимо сохранять строгую последовательность предъявления этих заданий и длительность тренировок.

При неврозоподобном заикании координаторные взаимоотношения между работой голосового аппарата и дыханием формируются с трудом. При усвоении новых навыков необходимы не только объяснение, но и многократный показ, подключение различных видов контроля (слуховой, визуальный, кинестетический). Тренировка должна быть систематической, длительной и включается во все виды занятий, проводимых с заикающимися.

Поскольку формирование речевого дыхания тесно связано с формированием навыка рациональной голосоподачи и голосоупражнения, эти задачи решаются практически одновременно.

3.2.5. Формирование навыков рациональной голосоподачи и голосоупражнения

Логопеды знают, что уже в дошкольном возрасте голос заикающегося может отличаться от нормы. Под нормой голоса подразумевают его достаточную для речевой практики силу, включая ди-

намический диапазон и высоту (частоту основного тона) с частотным диапазоном, соответствующим полу и возрасту.

У заикающихся нередко наблюдаются локальные напряжения мышц голосового аппарата («зажимы»), что ухудшает характеристики голоса. Встречаются также дисфонические расстройства.

Работа над голосом предполагает:

- 1) развитие силы и динамического диапазона голоса;
- 2) формирование навыков рациональной голосоподачи и голосоуправления;
- 3) развитие мелодических характеристик голоса.

Начальные этапы работы над голосом могут быть включены в период шадящего речевого режима или режима молчания. Работа начинается с изолированного произнесения гласных звуков.

Точное, четкое, явное и полнозвучное произношение гласных звуков обеспечивает выразительность речи. За счет изменения звучания гласных возможно применение других техник: замедление темпа речи; выравнивание послогового ритма; использование «полного стиля» произношения. В основном за счет гласных звуков возможно интонационно окрасить речь и, главное, достичь ее слитного и плавного произнесения.

Работу над голосом можно проводить в такой последовательности.

Занимающимся предлагают сделать диафрагмальный вдох и на выдохе произнести длительно, растягивая на весь выдох, звук *а*. Звук должен произноситься легко и свободно, при средней степени звучания голоса. Рот должен быть широко открыт, при этом звук «посылается» вперед. Следует следить за тем, чтобы заикающиеся не произносили звук на «остаточном выдохе», т.е. начало выдоха и фонации должны совпадать.

Затем таким же образом предлагают протянуть гласный *о*. Для объяснения рациональной артикуляции гласного *о* можно использовать образ — «пинг-понговый шарик во рту».

При произнесении гласного *у* обращают внимание на то, что губы вытянуты вперед, при *и* — губы растянуты в улыбку, при звуке *э* — рот слегка полуоткрыт и т.д.

В развитии речевого голоса у заикающихся учитывают **атаку звука и регистр голоса**. Под атакой понимают начало звука, т.е. включение в работу голосовых складок. Атака звука зависит от плотности смыкания голосовых складок и силы выдоха. Существуют три вида атаки звука: твердая, мягкая и придыхательная. При *придыхательной атаке* звука сначала слышится легкий шум выдоха, а затем звук, похожий на «*х-а-а-а*». При *мягкой атаке* момент смыкания голосовых складок и момент начала выдоха совпадают. Звук получается мягкий, богатый обертонами. При *твердой атаке* сначала смыкаются голосовые складки, а затем делается выдох. Звук получается твердый, часто резкий.

Заикающихся обучают произносить каждый гласный с мягкой голосоподачи, или атаки. Логопед дает образец твердой атаки, т. е. резкого начала гласного звука, и «мягкой» атаки, или мягкого «вплывания» в звук (рис. 14). После этого они упражняются в подаче звука на мягкой атаке, произнося гласные и их сочетания, а затем слова и фразы, начинающиеся с гласного звука. В речевом голосе принято выделять три регистра:

- грудной, или нижний, в котором преобладает грудное резонирование;
- смешанный, или средний;
- головной, или верхний, в котором преобладает головное резонирование.

Заикающихся учат добиваться плавного перехода из регистра в регистр. В самом начале работы над голосом они обучаются использовать грудной резонатор, так как это снижает напряжение голосовых складок.

При обучении использованию грудного резонатора гласные звуки даются в следующей последовательности: *а, о, у, и, э*. Такая последовательность связана с тем, что звук *а* содержит в себе резонирование как высоких, так и низких тонов; звуки *о, у* относятся к резонаторам низких тонов, звуки *и, э* — к резонаторам высоких тонов.

Детям предлагают произнести звуки низким и высоким голосом, используя для этого различные игровые упражнения.

Например:

«Как гудит большой паровоз (на звук *у-у-у*), а как маленький паровозик?» и т. д.

«Как рычит большой медведь низким голосом (на звук *и-и-и*), а как — маленький медвежонок высоким голосом?»

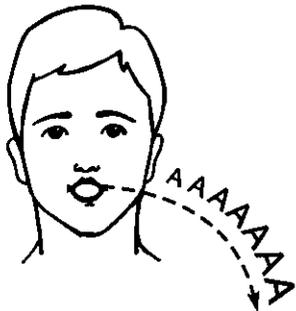


Рис. 14. Тренировка мягкой голосоподачи



Рис. 15. Использование грудного резонатора

Взрослым для ощущения звука в грудном резонаторе можно предложить произнести гласный звук низким голосом, при этом ладонь приложить к груди, слегка постукивая по ней. Заикающийся должен ощутить легкую вибрацию в области груди (рис. 15). Постановка диафрагмального дыхания и включение в звучание голоса нижних резонаторов позволяют поставить голос на «опору». Это снимает излишнее напряжение голосовых складок, стенок гортани и глотки, т. е. способствует снятию «зажимов».

При постановке голоса очень важно вызвать у заикающегося ощущение «открытой глотки», которое закрепляется при произнесении гласных звуков. Важно, чтобы нижняя челюсть была расслаблена.

Использование диафрагмального дыхания и нижнего резонатора, ощущение «открытой глотки» и расслабленной нижней челюсти позволяют литься голосу свободно и легко. На этом этапе начинается работа над развитием интонационно-мелодических характеристик.

Перед заикающимися ставится задача, используя ряд гласных звуков, менять высоту голоса, придавать ему речевые интонации вопроса, ответа, удивления; передавать голосом различные эмоциональные состояния радости, печали и пр. Работа над голосом продолжается затем на материале автоматизированных рядов, слов, словосочетаний и фраз (приложение 5).

Таким образом, формирование рациональной голосоподачи плавно переходит в развитие просодической стороны речи.

Заикающиеся учатся слитно произносить длинный ряд гласных (*АоуиАоуиАоуиАоуи*) при непрерывном артикулировании на одном речевом выдохе. Такое слитное произнесение обеспечивается непрерывным голосоведением. Оно должно обязательно сопровождаться интонационным модулированием голоса. Этот навык в дальнейшем переносится на слитное произнесение синтагмы.

Работа над голосом должна быть систематической, регулярной, длительной и проходить на всех этапах коррекционных занятий. Объем работы над голосом и методические приемы зависят от возраста заикающегося. Чем младше ребенок, тем в большей степени работа над голосом должна идти по принципу подражания. Это указывает на большое значение состояния голоса у родителей, воспитателей и тем более логопеда.

Приемы постановки голоса описаны во многих руководствах (Н. П. Вербовая и др., 1977; М. И. Буянов, 1989; Э. М. Чарели, 1991; Л. З. Арутюнян, 1993 и др.).

3.2.6. Развитие просодической стороны речи

Речь заикающихся имеет значительные отклонения от нормы по интонационным характеристикам: интонационная незавершенность окончания фразы, нарушения синтагматического ударения



Рис. 16. Тренировка интонационной выразительности

внутри фразы, отсутствие паузы в конце синтагм и фраз. В целом их речь интонационно обеднена. Нормализация просодической стороны речи включает в себя:

- 1) развитие интонационной выразительности;
- 2) нормализацию процесса речевого паузирования (интонационного оформления высказывания);
- 3) формирование навыка интонационного членения и выделения логических центров синтагм и фраз.

На первых этапах коррекционного воздействия уже в период шадящего речевого режима заикающихся обучают передавать основные виды интонации с помощью невербальных средств общения, активно используя пантомимику (рис. 16).

Далее учат передавать основные виды интонаций (завершенности, незавершенности, вопроса, восклицания) с помощью гласных звуков. В процессе этой работы активно подключаются жесты, которые определенным образом помогают заикающимся осмыслить различные виды интонации. Начинают обучение с вопросительной интонации. Голосовые упражнения сопровождаются плавными движениями руки, что позволяет лучше контролировать изменение голоса по высоте. Для вопросительной интонации харак-

терно повышение основного тона голоса. Рука совершает круговое движение и резко идет вверх на завершающей фазе голосоподачи. Восклицательная интонация сопровождается резким, сильным взмахом руки вверх, а незавершенности — плавным, полукруговым движением руки вверх. Интонация завершенности сопровождается плавным движением руки вниз.

Работа над интонацией вначале проходит на примере одного, двух, а затем целого ряда гласных, так называемого «эталона гласных». Заикающиеся произносят интонационно оформленный ряд гласных, при этом один из гласных особо выделяется при помощи ударения, например: *а-ó-у-и*. В процессе упражнений может наращиваться количество эталонов гласных (до 4, 6, 8 эталонов гласных произносится слитно). Это могут быть интонации вопроса, ответа, завершенности, незавершенности и т. д.

Например:

Аóуи? Аóуи!

Аоуи-аóуи-аоуи-аоуи?

Аоуи-аóуи-аоуи-аоуи!

Данный навык постепенно переносится на слитное произнесение коротких синтагм.

С детьми такие формы работы проводятся в процессе игровых ситуаций.

Одним из видов заданий является использование междометий в передаче интонаций: радости — *ах-ах*, печали — *о-о*, сожаления — *ах-ах* и т. п.

Выделение синтагмы как единого интонационно-смыслового образования связано с обучением процессу паузирования. При обучении заикающихся интонационному оформлению высказывания следует добиваться, чтобы то или иное интонационное оформление синтагмы маркировалось паузой.

Работу над процессом паузирования хорошо начинать на материале стихов, где конец строки всегда совпадает с окончанием речевого выдоха и паузой. Затем используются фразы диалогической речи, чтение, пересказ и постепенно переходят к спонтанному высказыванию.

Так у заикающихся формируется навык посинтагматического произнесения фраз. Кроме этого, их обучают выделять в структуре синтагмы значимое слово — силой голоса или так называемым логическим ударением.

Интонационное членение тесно связано с ритмом моторной реализации высказывания, т. е. по существу оно является ритмо-интонационным членением. Ритмо-интонационное членение речевого потока в свою очередь тесно связано с организацией речевого дыхания.

Таким образом, развитие речевого дыхания и ритмо-интонационного членения высказывания способствует формированию ар-

тикуляторно-дыхательных циклов в соответствии с синтагматическим делением текста.

При неврозоподобном заикании необходима длительная тренировка и различные виды контроля как за интонационным оформлением синтагмы, так и за ее акустической завершенностью паузой.

При невротической форме заикания фиксация внимания на просодической стороне речи значительно улучшает плавность речи.

3.2.7. Развитие внутреннеречевого планирования

Плавность речевого высказывания является отражением того, как идет внутреннеречевое планирование не только на моторном, но и на смысловом и лексико-грамматическом уровнях (см. раздел 2.4). Одна из важнейших логопедических техник — формирование внутреннеречевого планирования.

Здесь важен как выбор смысловой стратегии речевого высказывания, так и отбор лексических единиц и грамматических конструкций, соответствующих основной стратегии парадигмы высказывания.

Работу по развитию внутреннеречевого планирования речи принято начинать с обучения заикающихся проговариванию высказывания про себя. Внутреннее проговаривание (по А. А. Леонтьеву) дает возможность отобрать необходимую лексику и грамматические конструкции до «включения» звучащей речи (рис. 17), что организует внутреннеречевое планирование в целом (в том числе и моторную программу).

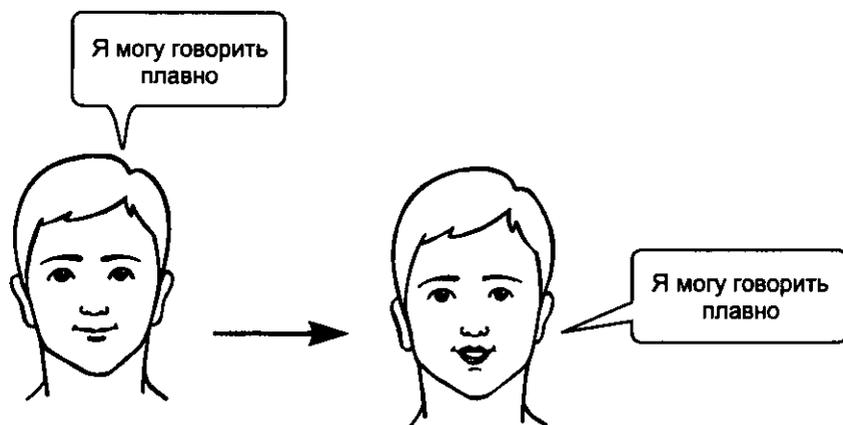


Рис. 17. Развитие внутреннеречевого планирования

Обучение детей дошкольного возраста планированию речевого высказывания начинается с элементарных речевых заданий. Программа речевого высказывания строится на основе речевого образца, предлагаемого логопедом, с применением наглядно-ситуационного материала.

В качестве примера можно привести следующие упражнения.

Упражнение 1

Повторение вместе, а затем вслед за логопедом *одного* слова с одновременным показом наглядного материала. Название предмета на картинке должно начинаться с гласного звука (*Утка. Аня. Аист*).

Упражнение 2

Ответ на вопрос «Что это?» при демонстрации того же наглядного материала. При этом повторяют лексику предыдущего упражнения, добавляя указательное местоимение «это» (*Что это? Это утка. Это аист*).

Упражнение 3

В ответе ребенка на вопрос «Что это?» объединяются две отработанные предыдущие фразы с предъявлением того же наглядного материала (*Это утка, а это аист*).

Упражнение 4

Отвечая на вопрос логопеда, ребенок должен самостоятельно назвать предмет, нарисованный на картинке (*Что плывает по реке? — Лодка*).

Упражнение 5

В ответ на вопрос логопеда ребенок составляет фразу, используя лексику вопроса, самостоятельно добавляя новое слово, обозначающее предмет (*Что плывает по реке? — По реке плывает лодка*).

Упражнение 6

Следующий этап — усложнение речевой задачи, в которой объединяются отработанные ранее предложения, причем вначале — фразы, имеющие одинаковые глаголы, но разные существительные. Ребенку предлагают соответствующий наглядный материал, который помогает сформулировать фразу типа: *Мальчик идет, и девочка идет*.

Упражнение 7

В ответе ребенка объединяются две фразы, ранее отработанные отдельно, они содержат одинаковые существительные, но разные глаголы (*Эта птичка сидит, а эта птичка летит*), а затем вводятся прилагательные (*Этот автобус красный, а этот синий*).

Упражнение 8

Объединяются две ранее отработанные фразы, содержащие разные существительные и разные глаголы (*Лиса бежит, а птичка летит. Коля умывается, а Света причесывается*), с опорой на наглядный материал.

Упражнение 9

Составляется небольшой рассказ на основе отработанных ранее предложений (*Это Коля, а это Света. Коля умывается, а Света причесывается*).

Упражнение 10

Отдельно ребенка обучают составлять рассказ по картинке. Эта работа также проводится поэтапно.

В помощь ребенку можно предложить графическое изображение фразы, которую он должен составить:

Это девочка? _ _

Девочка играет. _ _

Девочка играет с собакой. _ _ _

Девочка играет с собакой на поляне¹. _ _ _ _

В комплексных психолого-педагогических системах реабилитации заикающихся выделяют несколько постепенно усложняющихся этапов развития планирующей функции речи, которая осуществляется на материале сопряженной, отраженной, ответно-вопросной, спонтанной формах речи, а также в пересказе и рассказе (Н.А. Власова, 1983; В.И. Селиверстов, 1994).

Сопряженная речь — проговаривание ребенком слова (фразы) одновременно с логопедом. При этом ребенку рекомендуется смотреть на артикуляцию логопеда. Обычно у детей в процессе сопряженной речи судорожных запинок не наблюдается. Возможность произнести слово, а тем более фразу без заикания имеет большое психотерапевтическое значение. Отработка этого вида речи проходит в игровой ситуации, с непосредственным предъявлением назывных предметов. Логопед, демонстрируя игрушку или картинку, четко произносит: «Вот мяч, повтори вместе со мной — вот мяч». Постепенно количество слов в фразе может увеличиваться до 4—5 и более.

Отраженная речь — представляет собой повторение вслед за логопедом слов (фраз). В этом виде речи, так же, как и в сопряженной речи, обычно заикания не наблюдается. В этот период работы над речью вводится отраженное повторение небольших стихотворений, состоящих из двух—четырёх строф.

¹ Если ребенок не знаком с грамотой, в графической схеме предлоги не выделяются, а включаются в фонетическое слово.

Ответы на вопросы по знакомым картинкам. Вопрос задается так, чтобы ребенок мог использовать в своем ответе слова, произнесенные логопедом, добавляя лишь одно хорошо известное ему слово (*Кто играет с котенком? — Девочка играет с котенком*). Постепенно, по мере выработки навыка плавной речи, ответы ребенка становятся все более самостоятельными и распространенными. Этот этап хорошо подготавливает детей к самостоятельному описанию картинок.

Самостоятельное описание картинок. Дети обучаются описывать знакомые картинки, игрушки, предметы, учатся самостоятельно строить фразы. В этот период работы над речью включается изобразительная деятельность ребенка (рисунок, лепка, конструирование и т. п.). В диалоге логопед выясняет, в чем состоит его творческий процесс и какой материал использует ребенок. Если он справляется с заданиями, логопед переходит к обсуждению результатов творчества. На этом этапе ребенок самостоятельно строит фразу. Данный вид речевых упражнений готовит к пересказу небольших текстов.

Пересказ прослушанного небольшого текста. Предлагаемые детям рассказы должны иметь четкую композицию и последовательность действий. Полезно обыгрывание сюжета рассказа при помощи игрушек, картинок. Одним из видов игровой деятельности может быть инсценировка прослушанного рассказа. Особое внимание на этом этапе уделяется правильному грамматическому оформлению фразы. Пересказ прослушанного текста — переходный этап к рассказу и спонтанной речи.

На каждом этапе работы большое внимание уделяется развитию и обогащению словаря заикающихся детей.

Спонтанная речь особенно сложна для ребенка. Занятия по развитию спонтанной речи проводятся в виде сюжетно-ролевых игр, например, игра в «овощной магазин» — дети получают разные роли и самостоятельно строят диалог.

На этом этапе предусматривается использование самостоятельной речи при выполнении различных поручений, а также вводятся самостоятельные игры-диалоги (например, «Телефон», «Покупатель и продавец» и т. п.).

На заключительном этапе работы дети составляют самостоятельные творческие рассказы без наглядного материала на тему, предложенную логопедом.

Методики, разработанные Н.А.Чевелевой (1978), С.А.Мировой, А.В.Ястребовой (1980), направлены также на развитие планирующей функции речи.

В этих методиках указана необходимость последовательного усложнения программы высказывания в процессе обучения заикающихся детей навыкам свободной речи от простейшей ситуативной ее формы до контекстной. Построение коррекционной работы с

учетом постепенного развития планирующей функции речи дает возможность снизить аффективные реакции заикающегося ребенка, связанные с поиском слова (Р. Е. Левина).

С целью обучения подростков и взрослых внутреннеречевому планированию на первом этапе работы в качестве образца логопед дает жесткую модель высказывания в рамках определенной тематики, грамматических конструкций и частично — лексики. Например: «*Меня зовут... Я живу на улице... Я учусь...*». При этом в планируемых фразах количество слов должно быть ограничено (на первых этапах коррекционной работы синтагма должна состоять из трех — четырех слов).

Одним из примеров, активизирующих внутреннее речевое планирование, являются упражнения, связанные с наращиванием количества слов и усложнением грамматической и синтаксической структуры высказывания: слово — словосочетание — простое предложение — сложносочиненное, сложноподчиненное предложение.

Внимание заикающегося обращается на необходимость наличия паузы между синтагмами, во время которой он должен осуществить внутреннее программирование следующей части высказывания.

Естественно, что паузы между синтагмами должны быть длительнее, чем в норме. Заикающемуся объясняют значение паузы как для плавности речевого потока, так и для самостоятельного оформления высказывания.

Активизация внутреннего программирования осуществляется на постепенно усложняющемся речевом материале (стихи, чтение текста, пересказ, спонтанная речь). Тренировки помогают автоматизировать этот процесс, что позволяет отказаться от внутреннего проговаривания. Длительность межфразовых и межсинтагменных пауз постепенно приближается к норме.

Известно, что для нормальной речи характерно наличие *гезитационных пауз*, их функция связана с поиском слова или грамматической конструкции. Эти паузы не имеют четкой локализации в структуре фразы. В процессе коррекционной работы внимание заикающихся фиксируется только на синтагматических паузах, поскольку их необходимо обучить жесткому планированию высказывания. При жестком планировании высказывания локализация синтагматических и гезитационных пауз должна совпадать, это уменьшает риск нарушения плавности речи и появления судорожных запинок.

Последующие этапы работы со взрослыми должны включать в себя обучение планированию как отдельного высказывания, так и целого текста. Особое значение имеет активизация пассивного словарного запаса и тренировка использования сложных грамматических конструкций. Необходимо специально тренировать активный осознанный контроль за смысловой стороной высказывания.

3.2.8. Инструментальные методы воздействия

Технические средства обучения

Новая страница в изучении патогенетических механизмов заикания была открыта в связи с описанием влияния задержки акустической речевой афферентации на плавность речи (А. Lee, 1951), которая в дальнейшем получила название «задержка обратной речевой связи», или «эффект Ли». Этот эффект проявляется в том, что одновременное прослушивание через наушники собственной речи (с помощью специальной аппаратуры), которая подается с задержкой в 80—2000 мс, вызывает судороги артикуляторных мышц, напоминающие заикание.

На основе этого открытия польским физиком Б.Адамчиком (1959—1994) сконструирован аппарат «Эхо», который работает по принципу регуляции обратной связи.

В литературе имеются многочисленные сведения о положительном действии этого аппарата на речь заикающихся. В практической логопедии используется разнообразная аппаратура, в основе работы которой лежит «эффект Ли» («Аир», «Эхо» и др.). С помощью применения такой аппаратуры речь замедляется, увеличивается сила голоса, улучшается артикуляция звуков речи. Однако возникает некоторая монотонность речи. На первых этапах реабилитационного процесса (10—14 дней) рекомендуется применять аппаратуру в течение одного занятия неоднократно по 5—7 мин, делая перерывы. Постепенно задержка речи уменьшается в зависимости от индивидуальных особенностей заикающихся.

Одновременно проводятся психотерапевтические беседы, с помощью которых дается правильная психологическая установка на необходимость применения аппаратуры для выработки новых речевых навыков и их автоматизации. Достижение плавной речи с помощью такой аппаратуры является в логопедической работе переходной стадией к самостоятельной плавной речи в разных ситуациях. У части заикающихся при использовании аппаратов «Аир» или «Эхо» появляется чувство уверенности в том, что техническое средство помогает им говорить плавно, не испытывая страха речи и чувства неполноценности. Важно, чтобы заикающиеся поняли, что к аппарату необходимо «приспособиться», а логопед должен уметь подобрать индивидуально оптимальную для каждого задержку речи, которая у разных людей широко варьируется — от 80 до 180 мс. В процессе реабилитации с использованием таких аппаратов в дальнейшем следует обращать внимание на выработку интонационной выразительности речи, а следовательно, сосредоточить внимание заикающегося не только на плавности речевого высказывания, но и на его содержании. При использовании аппаратуры речевые задания должны соответствовать основным этапам лого-

педической работы (от сопряженной речи к спонтанной). Однако применение подобной аппаратуры улучшает речь не у всех заикающихся (М. Е. Хватцев, 1965; И. В. Данилов, И. М. Черепанов, 1970; Л. Я. Миссуловин, 1979).

Другим инструментальным методом является звукоусиление речи заикающихся через громкоговорители. При использовании такой аппаратуры заикающиеся меньше напрягают мускулатуру, чаще пользуются мягкой атакой звука, что в целом благотворно отражается на плавности речи (В. А. Раздольский, 1966).

К специфическим техническим средствам относятся также аппараты, использующие эффект звукопоглощений устной речи. Принципом действия этой аппаратуры является снижение и даже отключение слухового контроля за качеством своей речи, что облегчает некоторым заикающимся выполнение логопедических заданий. В процессе коррекционной работы сила заглушения речи постепенно уменьшается. Этот метод позволяет пациенту снизить контроль за процессом произнесения, т.е. моторной программы высказывания.

Технические средства коррекции заикания продолжают совершенствоваться. В настоящее время разработана специальная аппаратура на основе персональных компьютеров. В них используются задержка акустической речевой афферентации или «отставленная речь», которую можно легко моделировать в большом диапазоне от 50 до 150 мс, «маскирующий шум», силу которого также можно регулировать, и ритмическая подача звукового сигнала, который можно легко регулировать по интенсивности и ритму.

Широкое распространение получают разнообразные компьютерные программы, использующие эффект «видимой речи». Логопедические технологии, использующие этот эффект, высоко результативны.

Для выработки длительного речевого выдоха, коррекции интонационно-мелодической стороны речи и нормализации процесса паузирования используется ряд модулей программы «Видимая речь».

1. Модуль «Длительный речевой выдох».

Цель работы — выработка умения произвольно регулировать длительность и силу выдоха. Тренинг включает в себя серию игр, в процессе которых необходимо экономно распределять выдыхаемый воздух с определенной силой и длительностью. Выполнение задания контролируется визуально, что существенно помогает выработке новых навыков.

2. Модуль «Изменение высоты голоса».

Цель работы — тренировка умения произвольно повышать и понижать высоту голоса. Тренинг включает в себя серию игр, в которых за ограниченный промежуток времени необходимо несколько раз плавно изменить высоту звучания голоса, обходя «препятствия», изображенные на экране.

3. Модуль «Интонация».

Цель работы — выработка правильного интонем. В процессе тренинга заикающийся получает информацию в виде количественного показателя частоты основного тона при произнесении фраз с различной интонацией* (завершенности, незавершенности, восклицательной, вопросительной и т.п.) и корректирует данный показатель в соответствии с эталоном.

4. Модуль «Громкость и высота».

Цель работы — коррекция процесса паузирования, темпа и слитности речи. Использование этого модуля позволяет увидеть на экране компьютера графическую запись собственной речи (где по горизонтали фиксируется длительность звучания голоса и длительность пауз, по вертикали — интенсивность звучания голоса), а также сравнить эталонный образец речи, предложенный логопедом, с собственной речью. Модуль предусматривает параллельную запись речи на магнитофон, что дает возможность осуществить визуальный и аудитивный контроль за речью.

При работе над процессом паузирования тренинг заключается в удержании заданной длительности интервербальных пауз в соответствии с их синтагматической обусловленностью. Отрабатывается адекватная длительность интервербальных пауз, отражающих время произнесения смычных согласных звуков, которые заикающимся даются с трудом.

Работа с компьютерной программой «Видимая речь» позволяет получить ряд объективных количественных параметров речи заикающихся. Сюда входят: частота основного тона, степень владения произвольными и непроизвольными изменениями высоты звучания голоса, длительность пауз, темп речи.

В логопедической практике широко используется *звукозаписывающая аппаратура*, например магнитофон, что позволяет пациентам анализировать свою речь и активно сотрудничать с логопедом. На первых занятиях с магнитофоном логопед, используя облегченные формы и условия речи, создает благотворный психотерапевтический фон, убеждающий пациента в том, что он может говорить плавно.

Выработке навыков плавной речи способствуют «обучающие магнитофонные занятия». Логопед предварительно проводит беседу о значении и качествах плавной речи, после чего заикающиеся прослушивают соответствующие образцы правильной речи. Предварительно отработав текст, сложность которого зависит от этапа речевых занятий, пациенты выступают перед микрофоном. Логопед, прослушивая запись, обращает внимание на темп и плавность речи, звучность и выразительность голоса, грамматическое оформление фразы.

Обучающие магнитофонные занятия позволяют заикающимся активно управлять своим речевым поведением: темпом и плавно-

стью речи, звучностью голоса, лексико-грамматическим оформлением фразы (В. И. Селиверстов, 1995).

Использование приемов логопедического массажа при заикании

Одним из инструментальных методов воздействия в комплексной медико-педагогической системе реабилитации заикания является *логопедический массаж*, т. е. совокупность приемов механического воздействия на различные участки поверхности тела, которые связаны с обеспечением речевой деятельности человека. Логопедический массаж оказывает на организм заикающегося широкое физиологическое действие.

Во время массажа происходит раздражение рецепторов в коже и мышцах, что приводит к улучшению кровоснабжения тканей, их питания, усилению оттока крови по венам, улучшению лимфотока и обменных процессов.

Дифференцированное применение различных приемов массажа позволяет понизить тонус мышц при их спастичности и повысить его при вялости мышц, помогает формировать и осуществлять активные произвольные координированные движения органов артикуляции.

Как правило, под влиянием логопедического массажа уменьшается скованность артикуляционных движений, возникает чувство приятного тепла в области лица, шеи, грудной клетки. Эмоциональное состояние заикающихся улучшается. Таким образом, массаж оказывает положительное воздействие на организм в целом, главным образом вызывая благоприятные изменения в нервной и мышечной системах, которые задействованы в речевом процессе.

Массаж может осуществлять логопед или дефектолог, владеющий техникой логопедического массажа, т. е. прошедший специальную подготовку. Массаж могут осуществлять родители, специально проинструктированные и обученные логопедом.

Методику логопедического массажа при заикании см. в приложении 7.

3.3. ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЛИЧНОСТЬ ЗАИКАЮЩИХСЯ

Заикание существенно отражается на формировании личности. Хронификация этой речевой патологии часто приводит к патологическим формам поведения и сужению рамок социальной адаптации.

По мнению В. Н. Мясищева (1960), личность раскрывается как сложная система отношений, которая развивается в процессе деятельности человека и общения с другими людьми. Речь тесным

образом связана с личностью, так как важнейшим проявлением языка является его коммуникативная функция, чаще всего реализуемая в диалогическом взаимодействии. Нарушение общения при заикании меняет условия формирования личности, ее сознание и самосознание.

У детей с невротической формой заикания общественные отношения (с родителями и сверстниками) нарушаются постепенно по мере хронификации речевой патологии и осложнений ее вторичными явлениями. При неврозоподобной форме заикания развитие общественных отношений существенно отстает от нормы. Известно, что в дошкольном возрасте многие заикающиеся дети проявляют тревожность, мнительность, боязливость и пр. С возрастом возникает неуверенность в своих силах, а позже развивается низкая самооценка и боязнь речевого общения. Все эти особенности развития личности заикающихся приводят к нарушению социальной адаптации.

Поэтому реабилитационные воздействия на заикающегося не могут ограничиваться только воспитанием плавной речи. Значительную роль играет воспитание личности.

Цель этого направления реабилитационной работы — развитие у заикающихся социальных взаимоотношений. Детей дошкольного возраста это направление подготавливает к обучению и взаимодействию с учителем и соучениками, к активной общественной деятельности в школе. У подростков и взрослых — это воспитание адекватного отношения к себе, окружающим их лицам и взаимоотношений с ними.

Работа в данном направлении осуществляется с помощью различных психологических, психотерапевтических и коррекционных педагогических воздействий.

Психотерапевтическое направление реабилитационной работы складывается из общей, частной и специальной психотерапии. Психотерапевтические методы воздействия применяются дифференцированно, в зависимости от формы заикания и этапа реабилитационной работы.

Общая психотерапия предполагает создание особого положительного эмоционального фона окружающей обстановки, благоприятной для использования приемов частной психотерапии.

Частная психотерапия включает в себя рациональную, суггестивную, тренировочную психотерапию и трудотерапию. Рациональная психотерапия состоит в доступном разъяснении заикающимся сущности их страдания, в воспитании адекватного отношения к речевому дефекту, в возможности их излечения. Рациональная психотерапия проводится индивидуально и коллективно и направляется главным образом на переориентацию личности заикающегося по отношению к своему дефекту как главному фактору, тормозящему реализацию жизненных планов.

Суггестивная психотерапия (термин «суггестия» означает внушение) может проводиться в бодрствующем состоянии или в состоянии дремоты. Заикающимся внушаются мысли о выздоровлении, о возможности плавной речи в любой ситуации и т. п.

Одним из ведущих методов суггестивной психотерапии является аутогенная тренировка, которая направлена на обучение заикающихся навыкам саморегуляции.

Коллективная психотерапия предусматривает лечебное влияние коллектива на каждого члена группы. Она включает специальную работу по устранению отрицательного влияния пациентов друг на друга, оказание помощи заикающимся в утверждении своей роли в коллективе, умении согласовывать свои желания с требованиями коллектива, что в конечном счете ведет к адаптации их к обычным жизненным условиям. Коллективная психотерапия воплощается в таких видах работы, как библиотерапия, трудотерапия, организация соревнований логопедических групп заикающихся по всем разделам обучения и т. п.

Для детей дошкольного возраста особенно эффективна общая психотерапия. Она предполагает создание в детском саду и в семье определенной атмосферы взаимоотношений. Сотрудники воспитательного учреждения и родные ребенка выполняют единые требования к его поведению, соблюдению режима и речевого общения в соответствии с конкретным этапом коррекционной работы.

Окружающие заикающегося ребенка люди должны быть доброжелательны и спокойны, их речь — негромкой, спокойной, размеренной. Для заикающегося дошкольника, в особенности если он впервые приходит в детский сад, важны ласковые интонации в голосе персонала и улыбающиеся приветливые лица. Следует как можно чаще ребенка поощрять, особенно при проявлении им инициативы, четкого выполнения правил поведения и т. д. Положительный эмоциональный климат воспитательного учреждения и семьи способствует развитию у ребенка чувства уверенности в себе, повышает его самооценку.

На логопедических занятиях необходимо также поощрять даже незначительные достижения ребенка, воспитывая уверенность в своих силах.

Психологическое воздействие на заикающихся дошкольников осуществляется в основном в игровой деятельности. Учитывая, что эволюционное заикание начинается в дошкольном возрасте, коррекционно-воспитательный процесс по формированию личности заикающихся следует начинать одновременно с логопедическими воздействиями.

Игра используется как средство воспитания заикающихся детей и коррекции личностных отклонений. Специалист должен отчетливо представлять разницу между игровыми упражнениями (которые широко используются в логопедической работе с заикающимися) и игровой деятельностью.

Игровая деятельность, в отличие от игровых упражнений, предполагает определенную систему взаимоотношений играющих, где имеется ролевое распределение, развитие и завершение игры, а также оценка исполнения роли каждого играющего. Характер игры, ролевое распределение, речевая активность детей, степень самостоятельности зависят от их возраста, психофизических возможностей и этапа логопедической работы. Следует учитывать основные дидактические принципы педагогики воспитания: постепенное усложнение сюжета игры, речевого материала и методики проведения. Для воспитания заикающихся детей особое значение имеют игры, формирующие активное поведение, общение со сверстниками и взрослыми.

Используя игровую деятельность в коррекционных целях, необходимо помнить, что перенос реальности в игру, а затем перенос игры в реальность позволяет ребенку вживаться в роль и вести себя соответственно этой роли. Это помогает ему приобретать умение менять свое поведение в зависимости от ситуации, ориентироваться в поведении партнеров, гибко использовать средства вербального и невербального общения. Игровая деятельность, применяемая в коррекционных методиках воспитания личности, помогает заикающемуся идентифицировать себя с положительным героем, занимать активную позицию, позволяющую ему самовыражаться. В ролевой игре важно достичь взаимопонимания ребенка с логопедом, который создает модель общения в игровой ситуации. Эта модель общения постепенно должна стать образцом общения в повседневной жизни. В ролевой игре логопед показывает модели решения конфликтных ситуаций, что позволяет постепенно воспитывать адаптивные черты поведения заикающихся (Е. Ю. Рау, 1992 и др.).

На первом этапе логопедической работы, когда осуществляется «щадающий речевой режим», используются игры, направленные на развитие невербальных форм общения. На этом этапе могут допускаться односложные ответы (*да, нет*), а через некоторое время шепотная речь. Для реализации этих задач логопед словесно рисует занимательный игровой сюжет, в котором дети принимают участие, выполняя соответствующую сюжету роль с помощью движений, жестов и мимики.

Игра: «Зайцы и лиса».

Л о г о п е д. Наступило утро, все зайчики проснулись, потянулись, пошевелили ушками, протерли глазки, носик, помыли лапки, потопали ножками и поскакали на полянку. Вдруг из-за куста выглянула лиса. Зайчики испугались, присели, ушки подняли вверх, слушают и смотрят внимательно... и т. д.

Соответственно тексту и инструкциям логопеда или воспитателя дети выполняют движения. Вначале это происходит по образцу, который показывает специалист, а затем и самостоятельно.

При проведении таких игр внимание специалиста должно быть направлено на развитие выразительности движений и мимики. Постепенно вводятся игры, включающие общение персонажей между собой, например: «Репка», «Курочка Ряба», «Теремок» и пр. В процессе игровой деятельности у детей с невротической формой заикания снимается эмоциональное напряжение, снижается фиксация на дефекте. Обогащаются и становятся свободнее возможности невербального общения. Дети с удовольствием имитируют особенности поведения разных животных и их общение между собой.

У детей с неврозоподобной формой заикания с помощью невербальных игр создаются условия для развития выразительности жестикуляции и мимики. Постепенно у них формируются умения использовать эти навыки для общения.

Невербальные игры, проводимые на этом этапе, способствуют формированию коллективной деятельности детей, умения подчинять свое поведение общим целям коллектива.

При переходе на облегченные формы речи (сопряженная, отраженная, вопросно-ответная) воспитательная роль игры усложняется. С помощью игры создается возможность произвольного поведения. Дети учатся выполнять требования, которые исходят не только от взрослого, но и от сверстника.

На этом этапе выбирается водящий в играх с помощью считалок (ритмизированная речь в сочетании с движением руки). Актуальны игры-драматизации, настольный и кукольный театр и т. п., в которых используются облегченные формы речи.

При воспитании самостоятельной речи круг игровых ситуаций существенно расширяется. Выполнение ролей в сюжетно-ролевых играх формирует у детей способность организовать общение в конкретной жизненной ситуации (продавец и покупатель, больной и доктор, дочка и мама и т. п.).

Переход к творческой игре создает условия развития фантазии, творческой активности, организационных способностей ребенка. Творческая игра в наибольшей мере, чем другие игры, позволяет развивать общение, помогает осознать свою роль в коллективе сверстников, т. е. развивает адекватное социальное поведение. Более подробно методика воспитательной работы, направленной на воспитание личности заикающегося ребенка, описана в работах Г. А. Волковой (1983); В. И. Селиверстова (1994); И. Г. Выгодской (1993) и др.

Иная система воспитания и коррекции личности требуется при заикании подростков. Наряду с восстановлением коммуникативной функции речи необходима реконструкция социальной значимости личности, в первую очередь — психолого-педагогическая реабилитация, т. е. адаптация подростка к тем социальным условиям, которые имеют для него особое значение (семья, школа, техникум и т. п.).

Психолого-педагогическая реабилитация включает в себя обучение подростка способам саморегуляции эмоционального состояния, овладение специализированной аутогенной тренировкой, способами самоконтроля, обучение навыкам поведения и общения со сверстниками и взрослыми.

При невротическом заикании у подростков психологическая реабилитация предполагает проведение социальной и групповой психотерапии. Важно фиксировать его внимание на собственных положительных качествах, воспитывать навыки общения со сверстниками и взрослыми, адекватно строить свое общение и не избегать его; формировать умение учитывать интересы коллектива, в котором он учится или работает, развивать уверенность в себе и в своих возможностях преодолеть заикание.

Психолого-педагогическая поддержка осуществляется на протяжении всего курса реабилитации. При невротическом заикании интенсивность психологического воздействия должна быть выше, чем логопедического. Большое значение в психологической реабилитации имеет специализированная аутогенная тренировка, благодаря которой заикающийся убеждается в возможности говорить плавно, это позволяет формировать у него адекватное поведение в трудных ситуациях общения.

Тщательное изучение анамнеза заикающихся — не только психофизического и речевого развития, условий появления заикания и его динамики, но и особенностей поведения, склонностей, взаимоотношений с родителями и сверстниками, отношения к своему речевому дефекту, самооценке помогают специалисту составить план коррекционного воспитательного воздействия.

С подростками используются тематические игры, направленные на воспитание адекватных форм психологической защиты. В таких играх создаются модели группового конфликта, например: «ошибка», «неудача», «обида», «застенчивость» и т.п. В процессе обсуждения игры выявляется отношение к себе и окружающим к таким понятиям, как «чувство долга» и «ответственность». Ролевые игры с моделированием различных ситуаций общения могут заканчиваться функциональными тренировками, что ведет к адаптации подростков в реальных ситуациях общения. Большую помощь в проведении этой работы оказывают дневниковые записи самонаблюдения и самоанализа, выполняемые по заданию специалиста.

Воспитание личности заикающегося подростка осуществляется благодаря использованию различных видов психотерапии (общей, частной и специальной) и психологических тренировок. Кроме этого, каждое логопедическое занятие должно быть пронизано как психотерапевтическими, так и психологическими воздействиями, направленными на психологическую и социальную адаптацию заикающегося.

В этом возрасте, наряду с общим психотерапевтическим воздействием (окружающей обстановкой), особое значение приобретает *рациональная психотерапия* как один из видов частной психотерапии. Она может проводиться как коллективно, так и индивидуально.

Рациональная психотерапия состоит в разъяснении заикающемуся сущности его речевой патологии, воспитании убежденности в возможности избавления от судорожных запинок. Она проводится в форме бесед, в которых подчеркивается значение соблюдения оздоровительного режима, необходимости соблюдения правил «речевого» поведения. Методами рациональной психотерапии у подростков воспитываются такие качества личности, как настойчивость, терпение, выдержка, умение преодолевать трудности в жизни. Целью этих бесед в конечном счете является изменение отношения к заиканию. Необходимо добиваться того, чтобы речевой дефект не осознавался подростком как препятствие реализации жизненных планов. (Подробнее о методах воспитания и перевоспитания личности заикающихся подростков см.: Заикание у подростков / Сост. М. И. Буянов. — М., 1989.)

Процесс воспитания личности заикающихся взрослых связан главным образом с перестройкой нарушенных отношений личности. Многоплановость клинических проявлений заикания у них проявляется в изменении процесса общения в ряде его звеньев. Прежде всего это изменение эмоционального отношения к общению (логофобия), неадекватная оценка коммуникативной ситуации и себя как субъекта общения, избегание ряда речевых ситуаций, сужение круга речевых контактов.

Наряду с логопедической коррекцией существенную роль в реабилитационном процессе приобретает психотерапевтическое и психологическое воздействие на личность заикающихся. Это способствует восстановлению их личностного и социального статуса. Помимо общей и рациональной психотерапии взрослых широко используется специализированная аутогенная тренировка и гипнотерапия.

Методы психотерапевтического и психологического воздействия на взрослых заикающихся подробно описаны в работах В. М. Шкловского, 1994; Л. З. Арутюнян, 1994; Л. М. Кроля, Е. А. Михайловой, 1985; О. Н. Романенко, 1995 и др.

3.4. СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

Комплексный метод реабилитации заикающихся признается отечественными специалистами наиболее эффективным. Впервые идея комплексной реабилитации была выдвинута в самом начале

XX в. И. А. Сикорским. Этот метод в 30-х гг. XX в. развит В. А. Гиляровским с сотрудниками (Н. А. Власовой, Е. Ф. Рау, Е. Гринер и др.).

Комплексный метод реабилитации включает в себя три направления коррекционной работы: логопедическое, психотерапевтическое и клиническое. Это означает, что, помимо общего оздоровления организма (режим, физические упражнения, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение), целенаправленного развития моторики (координация и ритмизация движений, развитие тонкой артикуляционной моторики и т. п.), речевого дыхания, навыков саморегуляции мышечного тонуса и эмоционального состояния (психотерапия и, в частности, аутогенная тренировка), большое внимание уделяется воспитанию личности и развитию социальных взаимоотношений.

В рамках комплексного метода реабилитации существуют разные системы коррекционной работы, в каждой из них доминирует одно направление комплексного метода (логопедическое, психотерапевтическое или клиническое).

3.4.1. Комплексные системы реабилитации заикания у дошкольников

Одна из первых комплексных систем коррекционной работы с заикающимися дошкольниками, предложенная Н. А. Власовой и Е. Ф. Рау (1933), развитая в дальнейшем, не потеряла актуальности до настоящего времени. Авторы впервые обосновали ряд принципов комплексного метода реабилитации заикающихся: 1) до начала коррекционной работы необходимо проведение тщательного медико-психолого-педагогического обследования; 2) коррекционные воздействия должны направляться не только на развитие навыка плавной речи, но и на весь организм и личность заикающегося; 3) логопедической работе по развитию навыка плавной речи должен предшествовать «охранительный речевой режим»; 4) развитие навыка плавной речи включает постепенное усложнение «степени самостоятельности речи»: сопряженная, отраженная речь, краткие ответы на вопросы по знакомой картинке, самостоятельное описание знакомой картинке, пересказ прослушанного небольшого рассказа, рассказ по знакомой картинке и речь в беседе (спонтанная).

По мнению этих авторов, реабилитация заикающихся детей должна проводиться в коллективе — в условиях учреждений типа дневного стационара или детского сада с лечебным уклоном.

В самом начале коррекционной работы Н. А. Власова (1959, 1983) рекомендует проводить охранительный речевой режим. В этот период постепенно вводятся простейшие виды речи: сопряженной и позд-

нее — отраженной. Последовательность использования различных видов речи соответствует основным этапам коррекционной работы.

Особое внимание в комплексной системе реабилитации уделяется развитию памяти, внимания, мыслительных операций. Особый акцент именно на этих видах деятельности рекомендуется делать в работе с детьми, страдающими неврозоподобной формой заикания.

Кроме этого, система реабилитации включает такие разделы: развитие общей и мелкой моторики, которое осуществляется на логоритмических занятиях, в ручном труде и изобразительной деятельности детей, исправление звукопроизношения, развитие речи детей, ее лексического наполнения и грамматического оформления.

Основные положения этой системы до настоящего времени широко используются логопедами в практической работе с заикающимися разных возрастных групп. (Более подробное описание методики см.: Заикание / Ред. Н. А. Власова, К. П. Беккер. — М., 1983.)

Комплексный подход к реабилитации заикающихся, проводимой медицинскими учреждениями преимущественно в условиях стационара и амбулаторно, разработан **В. И. Селиверстовым** (1968, 1994), который особо подчеркивал необходимость индивидуализации при разработке задач и сроков коррекционного воздействия. В его системе большое значение придается активному и сознательному участию детей в процессе работы над своей речью и поведением.

Данная система логопедических занятий предусматривает регулярное и обязательное использование магнитофона на всех этапах работы с заикающимися детьми. Это позволяет детям активизировать внимание на собственных речевых ошибках и замечать их у других детей, правильнее оценивать свои достижения и недостатки и т. п. Родители становятся активными помощниками логопеда в решении коррекционно-воспитательных задач.

Логопедические занятия с заикающимися строятся с учетом речевых возможностей ребенка, т. е. с опорой на уровень сохранной, свободной от заикания речи. Речевые упражнения предлагаются в соответствии со степенью самостоятельности речи, ее подготовленности, структурной сложности, громкости, а также с учетом разных речевых ситуаций.

Комплексное реабилитационное воздействие включает в себя три этапа.

Подготовительный этап. Наряду с оздоровительными мероприятиями и щадящим речевым режимом, в этот период начинают развивать моторику, расширять словарный запас. Логопедическая работа ведется только с использованием тех видов речи, в которых заикающийся не проявляет речевых судорог, т. е. осуществляется сугубо индивидуальный подход.

Тренировочный этап. Осуществляется целенаправленное развитие активного внимания, памяти и других психических функций. Логопедические занятия включают дальнейшее формирование

ние лексико-грамматической стороны речи. В процессе логопедической тренировки постепенно включаются те виды речи, в которых у ребенка ранее отмечались запинки, т. е. осуществляется «наступление на больные участки речи».

Заключительный этап. Продолжается комплексное психолого-педагогическое воздействие на личность заикающегося в целом. Закрепляются навыки свободной речи в повседневной деятельности.

Система логопедических занятий предусматривает также постепенное нарастание сложности речевых ситуаций. Логопедические занятия включают методический материал, в котором строго учитываются возрастные особенности детей и задачи программы воспитания в детском саду.

▪ Курс амбулаторных занятий рассчитан на 3—4 месяца (32—36 занятий).

Подготовительный этап — 7—8 занятий. В домашних условиях родители обеспечивают ребенку щадящий режим, который включает спокойную обстановку, четкий распорядок дня и по возможности ограничение речевого общения с окружающими. На занятиях решаются несколько задач: логопед стимулирует ребенка активно работать над своей речью, чтобы достичь положительного результата.

Дети заучивают специальные психотерапевтические тексты для утреннего и вечернего (перед сном) проговаривания, которые составляются логопедом в соответствии с возрастом ребенка. В процессе занятий внимание ребенка фиксируется на понятиях «красивая и правильная» речь. В эти понятия входят звучность, выразительность, неторопливый темп и плавность. Очень важно, чтобы в общении ребенок вел себя спокойно, непринужденно и свободно.

Речевые задания включают «зарядки», т. е. произнесение гласных звуков и их сочетаний с согласными; стихотворные тексты в сочетании с движениями; проговаривание автоматизированных рядов (счет, дни недели, месяцы и т. д.); упражнения на сопряженно-отраженном виде речи, ответы на конкретные вопросы, беззвучное артикулирование, шепотную и ритмизированную речь.

Тренировка речи проводится с учетом разных положений ребенка (сидя, стоя, в движении и т. п.), в процессе разнообразных занятий (лепка, рисование и т. п.), в дидактических играх.

Тренировочный этап (20—22 занятия) — дети тренируются в тех видах речи и ситуациях, которые для них трудны. Это предполагает постепенный переход от ответов на вопросы к спонтанной речи, от тихой к громкой речи, от спокойных занятий к эмоциональным и т. п. На этом этапе вводятся подвижные, ролевые и творческие игры. Закрепление полученных речевых навыков переносится из кабинетных условий в жизненные ситуации (магазин, музей, прогулка) и осуществляется при активном участии родителей.

Заключительный этап (6—9 занятий) проходит в более трудных условиях. На логопедических занятиях используются такие формы речи, как беседы, рассказы и пр. Активно используются ролевые и творческие игры. Курс логопедических занятий по развитию плавной речи завершается концертом, в котором участвуют все дети.

На каждом этапе коррекционной работы, предлагаемой В. И. Селиверстовым, большое значение придается взаимодействию логопеда с родителями. Так, в подготовительный период логопед проводит беседы с родителями о сущности заикания, о значении и целях логопедических занятий и определяет роль родителей в лечебно-педагогическом процессе, с самого первого дня родители становятся активными помощниками логопеда. Такие беседы проводятся и коллективно, и индивидуально. Родители регулярно посещают открытые логопедические занятия на всех этапах коррекционной работы.

Одно из направлений коррекционно-педагогической работы с заикающимися детьми связано с психологической школой Р. Е. Левиной. Плеяда ученых, воспитанных этой школой, разрабатывает целостную систему воздействия на заикающихся дошкольников и школьников (Н. А. Чевелева, А. В. Ястребова, С. А. Миронова, О. С. Бот, Л. Ф. Спирина). Исследователи исходят из представлений о том, что заикающиеся дети, как правило, обладают достаточным словарным запасом, иногда превосходящим возрастную норму, в то же время они не всегда адекватно используют словарный запас, неконкретно формулируют мысль, не выдерживают логическую последовательность речи.

В соответствии с этим для нормального речевого общения детям, страдающим заиканием, необходимо корригировать не только речевые запинки, но и психическую деятельность (внимание, память, мышление), а также развивать планирующую функцию речи.

В системах реабилитационного воздействия, разработанных данными авторами, обучение и воспитание, содержание которых соответствует программам дошкольных и школьных учреждений, объединено с логопедической работой по развитию у заикающихся связной речи и перевоспитанием особенностей протекания психических процессов. Для коррекции речи использованы закономерности речевого онтогенеза, т. е. от ситуативной к контекстной речи.

Н. А. Чевелева (1976) выделяет в работе с заикающимися дошкольниками пять этапов развития связной речи.

Пропедевтический этап — детям прививают навыки организованного поведения. Вводится режим ограничения речи.

Этап сопровождающей речи — допускается собственная речь детей только в ситуации совершаемых ими действий на логопедических занятиях.

Этап завершающей речи — дети используют речь, которая сопровождает их действия, и описательную речь по отношению к выполненному действию.

Этап предваряющей речи — наряду с формами речи, которые использовались ранее, у ребенка развивается умение вслух планировать предстоящую работу.

Заключительный этап — закрепляются полученные ранее навыки самостоятельной развернутой конкретной речи.

На основе «Программы воспитания и обучения в детском саду» для средней, старшей и подготовительной групп **С. А. Миронова** (1975) предложила систему воспитания и обучения, где ставятся коррекционные задачи. В коррекционных целях используется перестановка видов задач программы дошкольного воспитания и увеличиваются сроки усвоения детьми трудного речевого программного материала. Кроме этого, в начале занятий дети повторяют речевой материал предыдущей возрастной группы.

В коррекционные задачи первого квартала учебного года входят расширение словаря, уточнение значения слов, активизация пассивного словарного запаса. Все эти задачи реализуются при использовании простейших видов *ситуативной речи* на всех занятиях, которые проводят логопед и воспитатели.

Во втором квартале заикающихся детей обучают конструированию простой и распространенной фразы, ее грамматическому оформлению, построению сложноподчиненных конструкций, умению составлять связный рассказ. Закрепляются навыки пользования ситуативной речью, вводится элементарная *контекстная* речь.

В третьем квартале задачи развития речи становятся идентичными задачам массового детского сада. Заикающиеся обучаются составлению *рассказов* по наглядной опоре, по вопросам логопеда, *пересказу* и *самостоятельному рассказу*.

В четвертом квартале продолжается работа по обогащению лексико-грамматического строя речи. Коррекционные задачи направлены на умение выстраивать *логическую последовательность передаваемого сюжета*.

Для заикающихся детей преддошкольного возраста, 2—4 лет, система коррекционно-педагогических воздействий имеет свою специфику. Особенности логопедической работы с детьми такого возраста представлены **Л. М. Крапивиной** (1992).

Логопедические занятия с детьми этого возраста проводятся в условиях ясельной группы детского сада. Количество детей на логопедических занятиях должно составлять не более 3—5 человек. Реабилитационное воздействие комплексное, включает логопеди-

ческие, логоритмические, музыкальные, физкультурные занятия и обучение детей элементам мышечного расслабления.

Основными задачами коррекционного воздействия являются: развитие общей, тонкой и артикуляционной моторики, фонационного дыхания, интонационной стороны речи, развитие и уточнение словаря и грамматических конструкций, развитие диалогической речи. Коррекционно-педагогическое воздействие на детей осуществляется дифференцировано, в зависимости от клинической формы заикания.

Так, у детей с неврозоподобной формой заикания (как правило, в возрасте 3,5—4 лет) много времени уделяется нормализации звукопроизносительной стороны речи, развитию словаря. При невротической форме заикания обращают внимание на нормализацию отношений родителей к ребенку, общее оздоровление его организма (в особенности нервной системы), особое значение придают психотерапевтическому воздействию как части логопедической работы.

3.4.2. Комплексные системы реабилитации заикающихся подростков и взрослых

Система реабилитации заикающихся подростков разработана главным образом для медицинских учреждений. Это связано с тем, что в работе с подростками большое значение имеют различные виды психотерапевтической помощи, включая и гипнотическое воздействие.

Система, разработанная **М. И. Буяновым, Б. З. Драпкиным, Е. В. Богдановой, Н. Б. Жихаревой** и др. (Заикание у подростков / Под ред. М. И. Буянова. — М., 1989), основана на тесном взаимодействии трех ведущих направлений реабилитации: психотерапевтического, логопедического, психологического — и осуществляется на фоне общеоздоровительного лечения с помощью лекарственных препаратов, лечебной физкультуры, физиотерапии и т. п.

Особое место в этой системе занимает психотерапия, как общая, так и частная — рациональная, суггестивная и трудотерапия.

Общая психотерапия используется при заикании детей и взрослых и предполагает создание положительного эмоционального окружения. Частная психотерапия обычно проводится начиная с подросткового возраста. С помощью рациональной терапии подростку разъясняют причины его речевой патологии, последовательно и постепенно воспитывают адекватную оценку своих возможностей и правильное отношение к себе и своему речевому дефекту. С помощью этого вида психотерапии формируется личность заикающегося подростка, определяется его положение среди сверст-

ников, выявляются возможности получения образования, выбора профессии, устройства семьи.

В процессе *суггестивной терапии*, которая проводится обычно в бодрствующем состоянии, подросткам внушают мысли о возможности полного избавления от речевой патологии, о полноценности и самоценности его личности, о его собственном умении сделать свою речь плавной в любой ситуации и способности регулировать свое эмоциональное состояние и поведение и т. п.

Одним из важных методов суггестивной терапии, применяемом при заикании подростков, является *аутогенная тренировка*.

Большое значение придается также методу *коллективной психотерапии*. Учитывая особенности социализации заикающихся подростков, этот вид психотерапии направлен на утверждение роли подростка в коллективе сверстников, на осознание им необходимости согласовывать свои действия с коллективом; героические примеры поведения литературных героев в процессе коллективной психотерапии становятся образцом для подражания.

Библиотерапия в подростковом возрасте оставляет глубокий след в душе, помогает формировать собственную личность.

Проведение так называемых *функциональных тренировок* в процессе школьного урока, посещения музея, читального зала, участие в дискуссиях позволяют подросткам использовать новые речевые и психологические стереотипы в ситуациях, прежде их травмировавших и провоцировавших заикание.

Логопедическая коррекция заикания подростков предусматривает на первом этапе формирование техники речи, которая включает в себя постановку дыхания, голоса и работу над артикуляцией. Обучение строится на материале упрощенных форм речевых заданий. Логопедическая работа проводится одновременно с психотерапией.

На втором этапе используются освоенные формы техники речи на более сложном речевом материале: чтение текстов и их пересказ. Особое внимание уделяется пониманию подростками содержания и смысла текста. На логопедических занятиях отрабатывается материал, включенный в школьную программу.

На третьем этапе проводится автоматизация новых навыков и использование их в различных видах речевой деятельности, в том числе и в спонтанной речи в различных ситуациях общения. Особое внимание уделяется воспитанию психологической устойчивости к речевым и другим трудностям, рациональному преодолению стрессовых ситуаций.

Общий комплекс реабилитации включает в себя работу с семьей. На протяжении всего курса родители подростка могут посещать логопедические занятия, регулярно получают сведения о его успехах и трудностях. Родители должны знать, какие требования необходимо предъявлять к речи подростка.

Разработанная В. М. Шкловским комплексная система реабилитации заикающихся рассчитана на подростков и взрослых. (В. М. Шкловский, 1994). В ней тесно взаимосвязана работа логопеда, психиатра, психотерапевта и невропатолога. Реализация данной системы предусматривает пребывание заикающихся в стационарных условиях, в связи с чем правомерно говорить о лечении заикания.

Курс лечения рассчитан на 2,5—3 месяца и включает четыре этапа: диагностический; перестройку патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности; закрепление достигнутых результатов; диспансеризацию и профилактику рецидивов.

Диагностический этап (10—15 дней) включает тщательное изучение каждого заикающегося невропатологом, психиатром, психотерапевтом, психологом, логопедом, нейропсихологом. Устанавливается диагноз и намечается план лечения.

На этапе перестройки речевых навыков и нарушенных отношений личности (30—45 дней) проводятся логопедические занятия по отработке речевых техник: нормализация дыхательной и голосовой функций, выработка речевых эталонов. Одновременно с логопедической работой начинается аутогенная тренировка и личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия, проводятся сеансы внушения в бодрствующем состоянии, индивидуальная и групповая психотерапия.

На третьем и четвертом этапах (30 дней) проводится тренировка речи в обычной для заикающегося жизненной обстановке, благодаря чему воспитывается речевая активность и укрепляется уверенность в том, что он может самостоятельно справиться с нарушениями речи в любых ситуациях общения. По окончании курса пациенты получают необходимые консультации.

В. М. Шкловский обращает особое внимание на необходимость дальнейшей диспансеризации заикающихся с целью профилактики рецидивов заикания.

Система комплексной медико-педагогической реабилитации взрослых, проводимая в условиях стационара и разработанная коллективом **Лаборатории патологии речи** под руководством Н. М. Асатиани (Заикание / Под ред. Н. А. Власовой, К. П. Беккера. — М., 1983), имеет отличительные особенности. В основу этой системы лечения положен подход, разработанный Н. А. Власовой. Курс реабилитации представляет собой комплекс медико-педагогических мероприятий, включающих медикаментозное, психотерапевтическое, логопедическое и логоритмическое воздействие.

Перед началом курса лечения проводится сбор анамнеза. С этой целью заикающимся за месяц до стационарирования рассылают специальные анкеты, что дает обширную предварительную информацию о каждом из них.

В стационаре проводится подробное медицинское и логопедическое обследование, осуществляется дифференциальная диагностика, составляется план индивидуальной работы в рамках комплексного медико-педагогического метода.

Курс реабилитации в условиях стационара длится 45 дней и состоит из нескольких этапов.

Подготовительный этап (5—7 дней). С целью угашения патологических навыков в первую неделю пребывания в клинике организуются «режим молчания» и режим «ограничения речи», на фоне которых начинают проводить психологические, психотерапевтические и логопедические занятия.

Этап активной терапии (20 дней). Проводятся систематические коллективные и индивидуальные занятия с логопедом, специализированная аутогенная тренировка, индивидуальная психотерапия и медикаментозное лечение.

Этап активных тренировок (10 дней). Вводятся функциональные тренировки своей речи за пределами стационара (разговор на улице с прохожим, по телефону, в магазине и т.п.). Все лечебные воздействия направлены на реализацию речевого общения пациентов в усложняющихся речевых ситуациях.

Заключительный этап. Пациенты готовятся к наиболее сложной для них речевой ситуации — публичному выступлению перед многолюдной аудиторией в качестве участников концертной программы. Все звенья комплексного лечебно-педагогического воздействия направлены на подготовку пациентов к этому серьезному речевому испытанию.

Перед выпиской из стационара каждый из специалистов проводит с пациентами индивидуальную беседу, дает рекомендации о дальнейших самостоятельных занятиях.

Логопедическая работа в рамках данной системы базируется на поэтапном формировании различных видов речи: сопряженной, отраженной, чтении стихов и прозы, вопросно-ответной и спонтанной.

Проводится работа по постановке диафрагмального дыхания, удлинению продолжительности фазы выдоха, развитию навыков рациональной голосоподачи, артикуляции, просодических компонентов речи. Большое место в этой системе занимает логопедическая ритмика. При психотерапевтическом воздействии акцент делается на методиках, стимулирующих активность пациентов, а именно на рациональной психотерапии и специализированной аутогенной тренировке.

Система учитывает клиническую разнородность пациентов. Так, с пациентами, страдающими невротической формой заикания, проводится массивная психотерапевтическая работа, которая в процессе логопедических занятий принимает характер усложненных функциональных тренировок вне стационара, а в условиях

логопедического кабинета используется метод моделирования различных ситуаций общения.

Для пациентов с неврозоподобной формой заикания основным направлением логопедической работы является нормализация двигательных речевых стереотипов, расширение словарного запаса и развитие речи как средства общения. Они в большей мере нуждаются в индивидуальных логопедических занятиях. Напротив, психотерапевтические мероприятия редуцированы.

Таким образом, особенностью данной системы комплексного медико-педагогического воздействия на взрослых заикающихся является обязательная дифференциация заикающихся с учетом клинической принадлежности, а также применение всего арсенала комплексного медико-педагогического метода: психотерапии, лекарственной терапии, логопедических и логоритмических занятий, функциональных тренировок, индивидуальных, групповых и коллективных занятий, лечебной физкультуры, физиотерапии и общеукрепляющего лечения.

Особая система реабилитации заикающихся, разработанная **Ю. Б. Некрасовой** (1985, 1992), получила название *социореабилитационной*. Она включает три этапа: пропедевтический, эмоционально-стрессовой психотерапии и активной логопсихотерапии.

Система социореабилитации представляет собой целенаправленное воздействие на личностные характеристики заикающихся и предполагает непрерывные наблюдения за результатами используемых логопсихотерапевтических воздействий и их дозировкой.

На первом (пропедевтическом) этапе у заикающихся формируется увлеченность предстоящей работой, увеличение интенсивности «положительных психических состояний».

На втором этапе основным приемом является сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии. В процессе сеанса происходит усиление отрицательных проблемных и положительных оздоровительных психических состояний. Основная цель сеанса — осуществление начальной реконструкции личности (М. Н. Дубровский), он проводится в сложной ситуации публичного выступления. После сеанса эмоционально-стрессовой терапии у заикающихся появляется новое психическое состояние, которое позволяет им с доверием и интересом включиться в активную логопсихотерапию.

На третьем этапе осуществляется перевоспитание личности заикающегося благодаря использованию библиотерапии, символотерапии и кинезитерапии. В этот период заикающиеся обучаются навыкам саморегуляции и техники речи. Активно используется парадоксальная дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой.

В результате у пациентов развивается творческое отношение к жизни, к своей речи. У них появляется стремление самостоятельно

решать свои проблемы, тем самым достигается основная задача данной системы.

Комплексная реабилитация, предложенная Л. З. Арутюнян, определяется автором как методика устойчивой нормализации речи при заикании (Арутюнян Л. З. Как лечить заикание. — М., 1993).

Коррекционная работа ведется по трем направлениям: 1) логопедическая работа, направленная на устранение речевых судорог; 2) психотерапия, направленная на редукцию чувства тревоги в связи с актом речи; 3) психологическая работа с целью осознания своего состояния и формирования уверенности в реальной возможности выздоровления.

Особенностью этой логопедической методики является синхронизация речи с движениями пальцев ведущей руки, определяющими ритмико-интонационный рисунок фразы. Первоначально такая речь строится в замедленном темпе. Применение метода синхронизации движения пальцев руки и речи в замедленном темпе позволяет заикающимся с первых же занятий говорить без судорожных запинок.

На подготовительном этапе проводится дестабилизация устойчивого патологического состояния, мобилизуются внутренние психологические резервы с помощью психотерапевтических воздействий. Важным итогом занятий является изменение отношения пациента к себе и своему дефекту. Это достигается переводом его из состояния «пассивного страдания» в состояние активной борьбы с недугом.

На основном этапе реабилитационной работы у пациентов вырабатывается новый речедвигательный навык посредством синхронизации речи с движениями пальцев руки. Формируется новое психологическое состояние, в котором речь заикающихся связывается с чувством спокойствия, правильным интонационированием, мимикой, жестом, уверенной осанкой и т. д. Новый речевой стереотип укрепляется в функциональных тренировках различной степени сложности.

После окончания основного курса пациенты проходят несколько микрокурсов, в процессе которых закрепляются достигнутые результаты, постепенно увеличивается объем самостоятельной работы над речью. Кроме того, вырабатывается естественная интонационно окрашенная речь. На последующих микрокурсах логопед развивает навыки критического анализа собственных поступков, а также уверенность в том, что пациент сможет сам справляться с затруднениями. Курс реабилитации (включая и микрокурсы) проходит на протяжении года. Новые навыки речи многократно проверяются в разнообразных ситуациях. В результате у заикающихся не только устанавливается плавная речь, но и исчезает состояние тревоги, связанное со страхом речи.

3.5. ПРОФИЛАКТИКА ЗАИКАНИЯ

Предупреждение заикания у детей связано главным образом с просветительской работой среди родителей и работников дошкольных учреждений.

Поскольку в появлении заикания значительную роль играют особенности речевого развития ребенка, его характерологические качества, внутрисемейные отношения и многое другое, необходимо, чтобы родители, воспитатели и окружающие ребенка близкие люди были осведомлены о закономерностях речевого развития и об условиях, которые могут способствовать возникновению речевой патологии.

Профилактика заикания включает в себя три основных направления:

- 1) предупреждение возникновения заикания у детей;
- 2) предупреждение хронификации и рецидивов заикания;
- 3) предупреждение нарушений социальной адаптации.

Можно выделить несколько групп детей, подверженных риску заикания.

1. Дети с тревожными чертами характера. Обычно они очень привязаны к матери, реагируют на изменения ее настроения. Резкое изменение окружающей обстановки (помещение в ясли, детский сад, длительное отсутствие матери и т. п.) приводит к нарушению сна, аппетита, раздражительности, плаксивости.

2. Дети с ранним речевым развитием. Первые слова появляются до года, в 1,5 года формируется фразовая речь. В 2—2,5 года начинают говорить развернутыми фразами, речевая активность высокая. В этот период в речи появляются множественные итерации. Речь протекает часто в инспираторную фазу дыхания.

3. Дети с некоторой задержкой речевого развития. Слова появляются после года, чаще всего к 1,3—1,5 года. Фразовая речь формируется после 3 лет, фаза ее интенсивного развития приходится на возраст 3,5 года. Речь таких детей зачастую невнятна, существенно нарушена звукопроизносительная сторона речи.

4. Дети с генетическими факторами риска, т. е. признаками левшества, а также имеющие родственников с заиканием или левшеством (обнаруживается генетическая обусловленность речевой патологии).

5. Дети, имеющие в ближайшем речевом окружении лиц, страдающих заиканием, подвержены этой речевой патологии чаще, чем другие.

6. Дети, воспитывающиеся в двуязычных семьях, также находятся в ситуации риска заикания (см. подробнее раздел 2.2).

Возникновению заикания в этих группах детей способствует снижение адаптивных возможностей их центральной нервной системы.

В просветительской деятельности логопеда большое место должна занимать работа с родителями. В семье, имеющей факторы риска заикания, важно создать условия для нормального соматического и нервно-психического развития ребенка: соблюдение режима, соответствующего возрасту, правильное питание, избегание соматических и психических перегрузок, благоприятный эмоциональный климат в семье, согласованные единообразные воспитательные воздействия.

У детей дошкольного возраста, особенно имеющих тревожные черты характера, легко возникают страхи. Они могут возникать в результате запугивания, чтения книг или просмотра фильмов устрашающего содержания и т.п. Нередко дети боятся остаться в темноте и просят не гасить свет перед засыпанием, боятся остаться одни в комнате, пройти по темному коридору и т.п. Не следует «приучать» детей быть храбрыми, настаивать на том, чтобы ребенок обязательно был в темноте перед засыпанием, так как это может усилить страхи и зафиксировать их. Можно оставить приглушенный свет в комнате засыпающего ребенка, посидеть с ним рядом, пока он не уснет. При разумном поведении родителей страхи ребенка постепенно проходят. Если возникшие страхи наблюдаются длительное время, следует обратиться к психоневрологу.

Необходимо обратить внимание родителей на то, что для детей в возрасте от года до 6—7 лет речь родителей является образцом. Общие правила речевого поведения родителей:

- речь должна быть достаточно плавной, эмоционально-выразительной, умеренной по темпу;
- желательно, чтобы речь родителей была четкой;
- нельзя говорить с детьми их лепетным языком или искажать звукопроизношение;
- речь взрослых не должна быть перегружена труднопроизносимыми для детей словами;
- не следует использовать сложные лексико-грамматические обороты;
- нужно задавать ребенку только конкретные вопросы и не торопить его с ответом;
- нельзя наказывать ребенка за погрешности в речи, передразнивать или раздраженно поправлять.

Полезно читать детям стихотворные тексты, соответствующие возрасту. Дети легко запоминают их, а ритмизованная речь способствует выработке правильных речедвигательных автоматизмов.

Раннее речевое развитие не следует оценивать как положительное явление. Такого ребенка опасно «перегружать» речевым общением: вводить новые слова и речевые обороты в обиходную речь, поощрять речевую активность, демонстрировать «речевые успехи» окружающим и пр. Напротив, необходимо максимально снизить

интенсивность поступающей информации. Выбор книг должен быть ограничен в соответствии с возрастом. Противопоказаны массовые зрелищные мероприятия, которые могут привести к психической перегрузке.

Речевые образцы взрослых играют особую роль в организации речедвигательных автоматизмов таких детей. Речь взрослых должна быть спокойной и неторопливой, с четким проговариванием слов и предложений. Для таких детей полезны игры с ритмическими движениями, ритмическим проговариванием отдельных слов и коротких фраз. Очень важно обратить внимание на процесс становления речевого дыхания.

Таким образом, для детей с ранним речевым развитием профилактические мероприятия прежде всего связаны с охранительным речевым режимом, ритмизацией речи и формированием речевого дыхания.

В тех случаях, когда итерации и речь на вдохе наблюдаются более полугода без тенденции к «сглаживанию» и далее к исчезновению этих феноменов, необходимо начинать коррекционную педагогическую работу в целях предупреждения заикания.

У детей с **некоторой задержкой речевого развития** при тщательном обследовании психоневрологом нередко обнаруживаются те или иные симптомы церебрального синдрома (повышение внутричерепного давления, двигательная расторможенность, снижение внимания и т. д.). Такие дети нуждаются в стимуляции речевого развития, однако она должна быть очень осторожной и умеренной. В первую очередь надо формировать звукопроизводительную сторону речи и речевое дыхание (базовые уровни речедвигательного акта).

В период интенсивного накопления словаря и развития фразовой речи нужно быть предельно внимательными к появлению итераций. Если на протяжении 3—4 месяцев количество итераций не снижается, необходимо переходить к коррекционным воздействиям, направленным на выработку плавности речи.

У детей с **семейным левшеством** полезно своевременно выявлять симптомы нарушения формирования нормальных межполушарных отношений. В дошкольном возрасте у части детей не сразу устанавливается доминантность одной из рук. Дети могут одинаково свободно использовать то правую, то левую руку в своих действиях. В этих случаях рекомендуется организовывать деятельность ребенка так, чтобы максимально активизировать правую руку. Необходимо последовательно, но в то же время ненасильственно вкладывать ложку перед едой (карандаш перед рисованием и пр.) в правую руку. Во время прогулок стараться держать ребенка за его правую руку и т. д. Если несмотря на эти мероприятия он настойчиво продолжает пользоваться левой рукой, не следует этого запрещать.

Известно, что дети-левши эмоционально неустойчивы, тревожны, имеют низкий уровень адаптационных возможностей центральной нервной системы. Для них особенно важна эмоциональная стабильность в семейных отношениях и вредна резкая смена окружающей обстановки (например, помещение в детский сад без периода адаптации).

Наличие заикающихся в семье может иметь патогенное значение для развивающейся речи ребенка. В первую очередь должно быть рекомендовано значительное ограничение речевого общения заикающегося с маленьким ребенком, особенно в период формирования у того фразовой речи. Общение может протекать только при использовании таких видов речи, в которых у взрослого заикающегося не проявляется заикание (например, чтение стихов, односложная вопросно-ответная речь и пр.).

Заикающимся родителям рекомендуется пройти курс лечебно-коррекционного воздействия для устранения заикания.

Для детей, речь которых формируется в семье с **двухязычием** (т.е. родственники говорят на двух или более языках), должны быть созданы особые условия. Нервная система детей в период развития речи испытывает значительное напряжение. Оно возрастает в тех случаях, когда формируются одновременно две языковые системы. Нередко в этой ситуации появляются те или иные симптомы речевой патологии или возникают отклонения от нормы. В одних случаях это задержка развития одной из языковых систем, которыми ребенок овладевает одновременно, не соответствующий возрасту малый словарный запас, задержка формирования грамматических структур, использование разных языков при построении одной фразы и т.д. В других случаях может развиваться заикание.

Для того чтобы избежать развития патологии речи, необходимо создать условия для формирования лексико-грамматической базы сначала одной языковой системы. Это происходит в норме, как правило, к 4 годам. После этого овладение другой языковой системой не приводит к отклонениям в речевом развитии или речевой патологии, и ребенок свободно овладевает вторым языком.

Профилактика хронификации заикания

При «остром» начале заикания, что бывает, как правило, после испуга, необходимо срочно создать условия для нормализации эмоционального состояния ребенка, особенно в тех случаях, если после испуга наблюдался мутизм.

Такими условиями может быть смена обстановки, в которой произошла психическая травма, на нейтральную; создание специального охранительного режима с пролонгированным сном и снижением уровня поступающей информации. Желательна консультация логопеда и психоневролога.

При появлении судорожных запинок родители не должны внешне проявлять своего беспокойства, тем более не должны делать замечаний по поводу речи ребенка, требовать от него плавной речи, правильного произношения звуков, слов и т. п. Недопустимы передразнивания и насмешки. В инициальный период заикания следует ограничить речевое общение с ребенком и разговаривать с ним лишь в необходимых случаях. Речь окружающих при этом должна быть негромкой и спокойной. Так как в процессе игры наедине с собой заикающиеся дети оречевляют свои действия без запинок, то следует поощрять разнообразные виды игровой деятельности ребенка наедине: рисование, мозаику, строительные игры и пр.

Нельзя запретить ребенку говорить, если у него возникает такая потребность. Следует в этих случаях переводить форму речевой активности из монологической в диалогическую, чтобы упростить как форму общения, так и лексико-грамматическое оформление высказываний ребенка.

Логопед может рекомендовать родителям использовать ритмированную речь и пение в общении с ребенком, разучивать с ним стихи, имеющие короткую строку, четкий ритм и соответствующее возрасту ребенка содержание. Полезно выполнять ритмические движения под музыку (маршировать, хлопать в ладоши и пр.). При этом ритм должен быть выбран так, чтобы ребенок не испытывал напряжения и двигался с удовольствием.

Все дисциплинарные требования нужно предъявлять спокойным тоном, следует избегать запелляционных приказов. Если ребенок сопротивляется выполнению требований, его внимание переключают на другую деятельность.

Логопед должен объяснить родителям, что заикание можно устранить, правильно выполняя рекомендации.

Предупреждение рецидивов заикания

Несмотря на эффективность коррекционно-педагогической работы с заикающимися дошкольниками, в школьном возрасте могут быть рецидивы.

Следует учесть, что, несмотря на избавление от судорожных запинок, у детей остается низким уровень адаптивных возможностей центральной нервной системы, поэтому усиление эмоциональной, психической и физической нагрузок может вызвать рецидив заикания. Наиболее часто первый рецидив наступает при поступлении ребенка в школу.

Поскольку в период школьного обучения активно формируется связная контекстная речь, перевод заикающегося ребенка на письменную форму ответов отрицательно сказывается на формировании монологического высказывания в целом. Кроме этого, отсутствие речевой практики в условиях учебной деятельности негатив-

но отражается на всех сторонах устной речи, а главное, на речевом общении.

Для того чтобы предупредить рецидив заикания, родителям необходимо особым образом готовить такого ребенка к школе: еще до 1 сентября ребенок должен посетить школу и класс, в котором он будет учиться; походить по классу, посидеть за партой, узнать, где находится туалет.

Необходимо заранее познакомить ребенка с педагогом. Педагог должен знать, что ребенок в прошлом заикался и потому требует к себе особого отношения.

Такого ребенка нельзя спрашивать первым, настаивать на ответе, если он молчит, требовать развернутых устных ответов. При этом необходимо максимально поощрять активность ребенка. Рекомендуются в первое время вызывать его к доске только с чтением стихов.

Если у учащегося появляется судорожные речевые запинки, не следует торопить его с ответом. В случаях возникновения рецидива заикания нельзя отстранять ребенка от устных ответов перед классом.

Необходимо, чтобы логопед дал советы родителям и школьному учителю, как построить взаимоотношения с этим ребенком и как организовать его взаимоотношения с одноклассниками. Ребенок не должен чувствовать жалости со стороны учителя, а также иметь какие-либо привилегии по сравнению с одноклассниками. Заикающийся должен чувствовать, что он такой же, как все. Можно рекомендовать родителям, чтобы ребенок готовил все домашние задания вслух.

При ослаблении ребенка после соматических или инфекционных заболеваний необходимо проведение щадящего общего и речевого режима.

Желательно, чтобы ребенок, в прошлом страдавший заиканием, наблюдался логопедом и психоневрологом в течение 1—1,5 лет.

Следующим «опасным» для рецидива заикания возрастом является пред- и пубертатный возраст. В этот период психосоматического развития усложняются формы общения, возрастают требования к собственной речи, у подростка нарастает эмоциональное напряжение, связанное с эндокринной перестройкой организма. Нередко наблюдаются переживания подростка, связанные с его социальным статусом среди сверстников. В этот период могут быть рецидивы заикания.

Чаще всего судорожные запинки появляются при ответах в классе, а на перемене подросток может свободно говорить с одноклассниками. Создается впечатление, что заикающийся не знает ответа и пользуется заиканием, чтобы избежать плохой отметки. Одни учителя порой не могут скрыть своего раздражения и ставят плохие оценки, другие, боясь спровоцировать заикание, перестают спрашивать устно. Все это создает психологическое напряже-

ние у подростка, не позволяет ему полноценно учиться и сказывается на формировании личности.

Необходимо сразу же обратиться за лечебно-педагогической помощью. Для того чтобы избежать возможных рецидивов заикания, рекомендуется длительное диспансерное наблюдение логопедом и психоневрологом (психологом), а также периодическая психолого-педагогическая поддержка в виде логопедических занятий и психотерапии.

Для взрослых практикуются поддерживающие психолого-педагогические курсы типа «группы поддержки», или долечивания, или «группы открытых дверей». Такие группы организуются обычно при крупных консультативных и реабилитационных центрах.

Предупреждение нарушений социальной адаптации заикающихся начинается в дошкольном возрасте. Неуверенные, тревожные по характеру дети (такими чертами характеризуются, как правило, заикающиеся с невротической формой речевой патологии) нуждаются в психологической поддержке родителей, воспитателей и учителей.

Специальные воспитательные мероприятия предполагают выработку таких черт характера, как уверенность в себе, активность, самостоятельность в выборе решений и в действиях (см. главу 3). Заикание не должно влиять на выбор профессии, тем не менее при хроническом течении заикания не рекомендуются профессии с большой речевой и психической нагрузкой.

Подросткам и взрослым, прошедшим курс психолого-педагогической реабилитации, полезно иметь памятку следующего содержания.

ПАМЯТКА ДЛЯ ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ ЗАИКАЮЩИХСЯ, ПРОШЕДШИХ КУРС ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ¹

Оздоровление нервной системы

Речь тесно связана с общим физическим состоянием организма и состоянием нервной системы. Поэтому, работая над речью, следует позаботиться о своем режиме и образе жизни: а) необходимо решительно отказаться от курения, употребления алкоголя и прочих излишеств, подрывающих здоровье и истощающих нервную систему; б) для оздоровления организма нужны регулярное питание, разумное чередование труда и отдыха, сна и бодрствования. Надо помнить, что всякое возбуждение перед сном мешает уснуть, а хроническое недосыпание крайне вредно; в) необходимо избегать эмоциональных перегрузок. В случаях волнений, переживаний, усталости следует переключиться на другую деятельность, так как умственное и физи-

¹ Составители — логопеды Е. С. Лопотко, Л. А. Соколова.

ческое переутомление влияет на речь; г) утренняя гимнастика и водные процедуры приносят большую пользу в закаливании и укреплении нервной системы. Они способствуют установлению и сохранению нормального ритма работы и нормальной речи в течение всего дня.

Умеренные занятия физкультурой, закаливание организма оказывают благоприятное воздействие на координацию движений, а следовательно, улучшают и речевую функцию.

Преодоление психических реакций, вызванных заиканием

Серьезным препятствием в борьбе с речевыми нарушениями могут быть отрицательные эмоциональные переживания. Поэтому необходимо обстоятельно продумать все, что нарушает душевный покой, объективно и беспристрастно обсудить причины неустойчивости своей жизни. При желании всегда можно найти разумный выход из трудного положения. Надо стать выше мелочей. Добиваться того, чтобы в повседневной жизни чувствовать себя спокойно, уравновешенно, уверенно.

Не считайте основной причиной своих жизненных трудностей заикание. Не делайте секретом свои трудности в речи, объясните товарищам по работе, друзьям и близким, что лечитесь от заикания.

Воспитывайте в себе смелость, решительность, выдержку и волю. Не отступайте от намеченной цели, верьте в свои силы и возможности.

Учитесь побеждать плохое настроение, обидчивость и раздражительность. Научитесь владеть собой и сохранять спокойствие в любых ситуациях. В этом вам поможет аутогенная тренировка, если вы регулярно занимаетесь ею.

Работа над речью в домашних условиях

Для закрепления навыка плавной речи необходимо ежедневно тренировать правильную речь.

Лучшее время для тренировки — это утренние часы перед работой или учебой.

Начинать работу над речью лучше с пения (используя веселые, плавные и ритмичные песни).

Далее работайте над чтением стихов, произнесением чистоговорков, пословиц и небольших текстов в умеренном темпе, строго придерживаясь правил речи.

Включайте в самостоятельные занятия логопедическую ритмику с музыкальным сопровождением.

Помните, что ритмические движения положительно влияют на нормализацию речевой функции.

Постоянно закрепляйте освоенные навыки речи в процессе общения с людьми.

Основные правила речи

1. Правильная поза тела улучшает жизненные процессы и влияет на организацию речи. При разговоре необходимо придать телу спокойную и удобную позу: ноги стоят крепко, грудь и плечи развернуты, голова поднята.

2. При разговоре следует смотреть на собеседника, держаться уверенно и спокойно.

3. Говорите медленно, плавно, слитно, предварительно обдумав фразу, которую хотите сказать.

4. Говорите выразительно: для этой цели делайте слоговые и логические ударения, придавайте фразам интонацию, соответствующую смыслу высказывания.

5. Начало слов и фраз произносите тихо, плавно, с мягкой голосоподачей, без напряжения, гласные произносите протяжно, согласные — легко, без «нажима».

6. Длинную фразу делите на смысловые отрезки. Каждый такой отрезок произносите как короткую фразу. Между отрезками фразы соблюдайте паузы.

7. Старайтесь всегда говорить спокойно и несколько замедленно.

8. При неудачах — остановитесь, а затем продолжайте говорить более медленно, пока не почувствуете полную уверенность в речи.

Помните, что устранение заикания — дело сложное и требует перестройки речевых навыков, к которым вы привыкли.

Для успеха требуется время, знание средств и способов устранения заикания.

Работайте над речью спокойно и настойчиво. Не падайте духом при неудачах — помните, что трудности преодолеваются постепенно.

Чаще читайте книги, очерки о волевых, сильных людях, делайте для себя нужные выводы.

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО КУРСУ «ЗАИКАНИЕ»

В соответствии с учебным планом логопедического отделения дефектологических факультетов курс «Заикание» разработан для студентов IV курса и базируется на знаниях курса «Анатомо-физиологических и клинических основ коррекционной педагогики», а также разделов дисциплины «Логопедия», «Дислалия», «Дизартрия», «Нарушения голоса».

Курс «Заикание» предполагает изучение студентами следующих тем:

- структура речевого нарушения при заикании, его причины и механизмы;
- психолого-педагогические критерии дифференциации основных клинических форм заикания;
- содержание и методики комплексного психолого-педагогического обследования заикающихся;
- основные направления и содержание дифференцированной лечебно-педагогической работы с заикающимися детьми, подростками и взрослыми в условиях медицинского стационара;
- особенности речи заикающихся дошкольников и системы коррекционно-педагогической работы в условиях детского сада;
- содержание и методы логопедической работы по преодолению заикания у учащихся общеобразовательных и специальных школ;
- содержание и методы логопедической работы по преодолению заикания у взрослых;
- мероприятия по предупреждению возникновения заикания у детей, профилактика рецидивов и организация системы логопедической помощи заикающимся.

В процессе изучения данного курса у студентов формируются следующие умения:

- обследование заикающегося ребенка;
- обоснование основных направлений дифференциального коррекционного воздействия в работе с заикающимися;
- анализ результатов комплексного обследования;

– составление развернутого плана-конспекта логопедического занятия с заикающимися детьми на разных этапах коррекционного обучения;

– целенаправленное наблюдение логопедических занятий, анализ их структуры и содержания.

Для закрепления теоретических знаний и формирования практических умений в план практических и лабораторных занятий включаются деловые игры, анализ логопедических занятий с заикающимися, а также задания для самостоятельной работы студентов и контрольные вопросы.

4.1. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЛОВЫХ ИГР

Деловая игра с моделированием ситуации «Прием ребенка логопедом».

Цель: уточнение и расширение знаний студентов о психолого-педагогических критериях, дифференциации невротической и неврозоподобной форм заикания.

В процессе игры вырабатываются первоначальные умения сбора анамнеза и анализа психомоторного и речевого развития заикающихся.

ПРОГРАММА ДЕЛОВОЙ ИГРЫ

1. Моделирование ситуации логопедического приема заикающегося ребенка.

2. Роли: первый студент — «логопед», второй студент — «мать ребенка», третий студент — «заикающийся ребенок».

3. «Логопед» задает вопросы с целью выявления признаков невротического или неврозоподобного заикания, «мать» дает развернутое описание раннего моторного и речевого развития ребенка, условий его воспитания, времени возникновения, предполагаемых причин и течения заикания, психолого-педагогической характеристики ребенка. «Ребенок» после «обследования» «логопедом» описывает особенности проявления заикания.

«Логопед» дает «матери» советы по обучению и воспитанию «ребенка» с целью предупреждения дальнейшего развития речевого нарушения, рекомендует тип специального учреждения, в котором могут быть созданы оптимальные условия для преодоления заикания у «данного ребенка».

В процессе игры ее участники меняются ролями, «зрители» внимательно следят за «приемом логопеда», анализируют результаты обследования и адекватность рекомендаций «логопеда», а также готовятся заменить любого участника по указанию преподавателя.

Игра повторяется по мере усвоения нового учебного материала, и роль «дошкольника» сменяется ролью «подростка» или «взрослого». Можно моделировать также ситуации отработки ряда приемов логопедической технологии.

4.2. АНАЛИЗ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

Результаты наблюдений занятия заикающегося с логопедом студент записывает в тетради для лабораторных занятий в следующем порядке:

дата и время наблюдения (начало, конец), средняя, старшая, подготовительная к школе группа для заикающихся детей.

Логопед _____

Для удобства наблюдения занятия студент ведет записи в таком порядке.

Этапы занятия, их длительность	Используемые методы и приемы	Поведение и речь детей	Вопросы, предложения
--------------------------------	------------------------------	------------------------	----------------------

После наблюдения необходимо провести анализ логопедического занятия.

Примерная схема анализа работы логопеда в процессе занятия

1. Подготовка плана и конспекта занятия, использование консультаций психолога и врачей, специальной литературы, степень освоения конспекта, знание состава детей группы.

2. Соответствие темы, цели и содержания занятия программе, перспективному плану работы, речевому профилю и возрасту детей данной группы; дозировка нового материала, связь изучаемого материала с предыдущим и последующим, правильность подбора лексического материала, единство коррекционных, образовательных и воспитательных задач.

3. Организация занятия: количество детей, эстетичность обстановки, оборудование занятия, качество наглядных пособий и дидактического материала.

4. Структура занятия: основные этапы и их логическая последовательность, четкость перехода от одного этапа занятия к другому, продолжительность всего занятия и его этапов, своевременность проведения физкультминутки, подведение итогов, соответствие фактического хода занятия запланированному, отступления от конспекта, их причины.

5. Методы и приемы обучения: разнообразие, взаимосвязь, обоснованность, приемы привлечения внимания детей, обеспечение эмоциональности и интереса, приемы активизации познавательной деятельности, опора на разнообразные формы активности (слуховую, зрительную, двигательную-моторную) с целью предупреждения утомляемости детей, методика использования оборудования, сочетание индивидуальной и фронтальной работы, воспитательные моменты, применение специальных методических при-

емов, контроль за речью детей, выявление и своевременное исправление допущенных ошибок, адекватность предъявляемых требований с учетом речевых возможностей и особенностей личности каждого ребенка, доступность и четкость формулировки вопросов, наводящие вопросы, подсказывающий характер вопросов, включение элементов рациональной психотерапии.

6. Качество работы, речь и поведение детей в процессе занятия, заинтересованность, активность, сосредоточенность, устойчивость их внимания в начале занятия и на остальных этапах, причины отклонений в поведении и деятельности детей, проявления заикания и их причины, качество знаний, умений и навыков, полученных и закрепленных детьми на занятии.

7. Характеристика логопеда. Контакт с группой, умение организовывать детей для работы, повышать их активность, интерес и внимание, умение найти правильный подход к отдельным детям с учетом их индивидуальных способностей, настойчивость в достижении цели, педагогический такт. Внешний вид и речь логопеда (доступность, логичность, эмоциональность и краткость речи логопеда, дикция, сила голоса, темп, ритм, интонационная выразительность речи).

8. Результаты занятия (выполнение плана, достижение цели, эффективность использования приемов).

9. Педагогические выводы и предложения (положительные стороны и недостатки занятия, предложения по закреплению положительных сторон и рекомендации по дальнейшему совершенствованию).

4.3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Подготовить конспекты специальной литературы.

2. Составить таблицу «Сравнительная характеристика заикающегося с невротической и неврозоподобной формами речевой патологии».

3. Составить протокол обследования заикающихся детей дошкольного и младшего школьного возраста, подготовить материалы для обследования.

4. Составить таблицу «Основные направления комплексной лечебно-педагогической работы с заикающимися детьми».

5. Составить план-конспект занятий логопеда с заикающимися дошкольниками и дать его анализ.

6. Составить таблицу «Этапы логопедической работы с заикающимися дошкольниками», отразить в ней программное содержание и коррекционные задачи каждого этапа.

7. Разработать конспект логопедических занятий на разных этапах коррекционного обучения.

8. Подобрать игры и упражнения для коррекционно-педагогической работы с заикающимися дошкольниками с целью нормализации их общего и речевого поведения.

9. Подготовить конспекты программно-методических изданий.

10. Составить на основе протокола обследования развернутую психолого-педагогическую характеристику заикающегося ребенка, подростка, взрослого, дополненную логопедическим наблюдением и перспективным планом коррекционного воздействия.

11. Составить таблицу «Этапы логопедической работы по коррекции заикания у учащихся общеобразовательной школы», отразить в ней основные задачи, модели общения и речевого поведения учащихся на разных этапах коррекционного воздействия.

12. Составить таблицу «Система логопедической работы по исправлению заикания у школьников в процессе обучения», отразить задачи и краткое содержание периодов коррекционного обучения.

13. Написать развернутую психолого-педагогическую характеристику обследованного учащегося, дать логопедическое заключение и составить перспективный план коррекционного воздействия.

14. Разработать план-конспект просмотренного логопедического занятия с заикающимися школьниками с подробным его анализом.

15. Составить таблицу «Основные направления комплексной лечебно-педагогической работы с заикающимися подростками».

16. Написать развернутую психолого-педагогическую характеристику заикающегося подростка.

17. Разработать план-конспект просмотренных занятий с заикающимися подростками с подробным анализом.

18. Составить таблицу «Этапы комплексной лечебно-педагогической работы по устранению заикания у взрослых».

19. Разработать план-конспект просмотренных занятий с заикающимися взрослыми с подробным его анализом.

20. Составить таблицу «Организация логопедической помощи заикающимся».

21. Подготовить текст беседы с родителями и воспитателями «О заикании у детей».

4.4. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ПО КУРСУ «ЗАИКАНИЕ»

1. Каково строение периферического речевого аппарата?

2. В чем состоит различие между произвольными и произвольными движениями? К какому типу движений относится речевая артикуляция?

3. Назовите основные параметры акустических характеристик устной речи.

4. Дайте определение плавности речи.
5. Какие положения П. К. Анохина составляют основу представлений о функциональной системе речедвигательного акта?
6. Как можно применить положения о функциональной системе П. К. Анохина к пониманию патогенетических механизмов заикания?
7. Какими параметрами характеризуется крик здорового ребенка? Какую основную функцию он несет?
8. В каком возрасте появляются у ребенка гуление и лепет? Чем они различаются?
9. Как соотносятся фазы моторного развития ребенка с фазами речевого развития? До какого возраста прослеживается их сопряженность?
10. Назовите основные этапы развития речи ребенка.
11. Почему возраст от года до 6 лет является сензитивным периодом в развитии речи?
12. Что такое физиологические итерации? В какой период развития речи они возникают?
13. Дайте определение заикания.
14. Назовите основные клинические признаки заикания.
15. Дайте характеристику основных признаков судорожной активности мышц периферического речевого аппарата.
16. Охарактеризуйте речевое дыхание у заикающихся.
17. Назовите симптомы логофобии. В каком возрасте она проявляется у заикающихся?
18. Охарактеризуйте типы течения заикания.
19. Объясните, какова роль генетических механизмов в развитии заикающихся.
20. Опишите роль биологических и социальных факторов в развитии заикания.
21. Какова роль индивидуальных особенностей речевого онтогенеза в возникновении заикания?
22. Назовите факторы риска, которые могут способствовать возникновению невротических и неврозоподобных форм речевой патологии.
23. Дайте определение невротической и неврозоподобной форм заикания.
24. Перечислите факторы риска возникновения невротической формы заикания у детей.
25. Дайте психолого-педагогическую характеристику детей с невротической формой заикания.
26. Каковы особенности психического состояния детей до и после появления невротической формы заикания?
27. Какова динамика невротической формы заикания? Возможна ли «спонтанная» нормализация речи? Что приводит к хронификации данной речевой патологии?

28. Каковы особенности поведения дошкольников, страдающих невротической формой заикания?

29. Расскажите, как влияет логофобия на поведение подростков и взрослых.

30. Каковы особенности поведения подростков, страдающих невротической формой заикания?

31. Перечислите факторы риска у детей с неврозоподобной формой заикания.

32. Каковы особенности раннего психомоторного и речевого развития детей с неврозоподобной формой заикания?

33. Опишите динамику неврозоподобной формы заикания.

34. Каковы особенности поведения дошкольников и детей подросткового возраста, страдающих неврозоподобной формой заикания?

35. Каково своеобразие формирования программы действия в речедвигательной функциональной системе при невротическом заикании?

36. Расскажите, как проявляется сосуществование двух (нормальной и патологической) программ действия в речевой функциональной системе при невротическом заикании. Каковы условия их проявления?

37. Каковы отличия от нормы в формировании речедвигательной функциональной системы у детей с неврозоподобной формой заикания?

38. Обоснуйте принципы дифференцированного психолого-педагогического воздействия на заикающихся с разными клиническими формами заикания.

39. Какие меры необходимо предпринять при «остром» начале заикания у детей дошкольного возраста?

40. Какова организация логопедических занятий с заикающимися дошкольниками, страдающими невротической формой заикания?

41. Раскройте значение психотерапии в системе реабилитации заикающихся с невротической формой заикания.

42. В чем состоит прием угашения страха речи у взрослых заикающихся?

43. Осветите систему функциональных тренировок и их роль в реабилитации заикающихся.

44. Каково значение логоритмики в системе коррекционных воздействий на заикающихся?

45. Раскройте основные принципы комплексной психолого-педагогической реабилитации заикания.

46. Каковы основные направления коррекционно-педагогического воздействия при неврозоподобной форме заикания?

47. Определите значение логоритмики в системе реабилитационных мероприятий при невротической и неврозоподобной формах заикания.

48. Каково значение индивидуальных логопедических занятий при неврозоподобной форме заикания?

49. Перечислите методические приемы формирования навыка плавной речи.

50. Обоснуйте необходимость применения методического приема торможения речедвигательных стереотипов.

51. Как организовать охранительный режим для заикающихся дошкольников, подростков, взрослых?

52. Какие существуют методы регуляции эмоционального состояния у заикающихся?

53. Назовите основные методические приемы формирования речевого дыхания у заикающихся.

54. Опишите основные приемы формирования навыков рациональной голосоподачи и голосоведения у заикающихся.

55. Опишите основные методические приемы развития просодической стороны речи у заикающихся.

56. Назовите основные направления работы по развитию моторных функций организма у заикающихся.

57. Каковы основные этапы развития планирующей функции речи?

58. Каковы задачи воспитания личности заикающихся?

59. Опишите основные приемы воспитания личности дошкольников.

60. Назовите и дайте содержательную характеристику основных видов психотерапии, используемой при реабилитации заикающихся.

61. Раскройте основные положения комплексной психолого-педагогической системы реабилитации заикающихся, предложенной Н. А. Власовой и Е. Ф. Рау.

62. Раскройте основные положения психолого-педагогической системы реабилитации заикающихся, разработанной В. И. Селиверстовым.

63. Раскройте основные теоретические положения Р. Е. Левиной, используемые в коррекционной работе с заикающимися дошкольниками и школьниками (методики Н. А. Чевелевой, С. А. Мироновой, А. В. Ястребовой).

64. Раскройте основные положения системы психолого-педагогической реабилитации, разработанной В. М. Шкловским.

65. Раскройте основные положения системы комплексной медико-педагогической реабилитации взрослых заикающихся, разработанной коллективом «Лаборатории патологии речи» под руководством Н. М. Асагани.

66. Каковы основные направления системы социореабилитации взрослых заикающихся, разработанной Ю. Б. Некрасовой?

67. Раскройте основные положения «Комплексной методики устойчивой нормализации речи при заикании», разработанной Л. З. Арутюнян.

68. Перечислите основные направления профилактики заикания.

69. Каково значение двуязычия в семье как фактора риска возникновения заикания? Опишите пути профилактики нарушения развития речи.

70. Раскройте значение воспитания личности для профилактики заикания.

71. Раскройте роль речевого окружения в профилактике заикания.

72. Перечислите основные направления логопедической работы по профилактике хронификации заикания.

73. Как предупредить рецидивы заикания?

74. Какие меры позволяют предупредить нарушения социальной адаптации заикающихся дошкольников, подростков и взрослых?

ПРАКТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В РАБОТЕ С ЗАИКАЮЩИМИСЯ

Методический материал для практической работы с заикающимися представлен в литературе достаточно широко. Здесь приводятся основные типы упражнений, которые помогут практически освоить основные логопедические технологии, применяемые в работе с заикающимися.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПРИЕМЫ АКТИВИЗАЦИИ НЕВЕРБАЛЬНЫХ СПОСОБОВ ОБЩЕНИЯ

Упражнения для заикающихся дошкольников¹

Методические рекомендации: детям не читают содержание этюдов, а эмоционально пересказывают предложенную в каком-либо этюде ситуацию — основу для создания множества вариантов на заданную тему.

Упражнение 1. Лисичка подслушивает (для детей 3—4 лет)

Лисичка стоит у окна избушки, в которой живут котик с петушком, и подслушивает, о чем они говорят.

Выразительные движения: голова наклонена в сторону (слушает, подставляет ухо), рот полуоткрыт.

Поза: нога выставлена вперед, корпус слегка наклонен вперед.

Упражнение 2. Удивление (для детей 4—5 лет)

Мальчик очень удивился: он увидел, как фокусник посадил в пустой чемодан кошку и закрыл его, а когда открыл — кошки там не было... Из чемодана выпрыгнула собака.

Мимика: рот раскрыт, брови и верхние веки приподняты.

Упражнение 3. Цветок (для детей 4—5 лет)

Теплый луч упал на землю и согрел в земле семечко. Из семечка проклюнулся росток. Из ростка вырос прекрасный цветок. Нежится цветок на

¹ Чистякова М. И. Психогимнастика. — М., 1990.

солнце, подставляет теплу и свету каждый свой лепесток, поворачивая головку вслед за солнцем.

Выразительные движения: сесть на корточки, голову и руки опустить; поднимается голова, распрямляется корпус, руки поднимаются в стороны — цветок расцвел; голова слегка откидывается назад, медленно поворачивается вслед за солнцем.

Мимика: улыбка, мышцы лица расслаблены, глаза полузакрыты.

Упражнение 4. Смелый заяц

(для детей 4—5 лет)

Заяц любил стоять на пеньке и громко петь и читать стихи. Он не боялся, что его может услышать волк.

Упражнение 5. Два сердитых мальчика

(для детей 4—5 лет)

Мальчики поссорились. Они очень сердиты, сдвинули брови, размахивают руками, наступают друг на друга, вот-вот подерутся...

Упражнение 6. Негаданная радость

(для детей 5—6 лет)

В комнату вошла мама, с улыбкой посмотрела на своих мальчиков и сказала: «Заканчивайте, ребята, игру. Через час мы идем в цирк!» Мама подняла руку и показала билеты. Мальчики сначала замерли, а потом пустились плясать вокруг мамы.

Выразительные движения: 1) закусить нижнюю губу, поднять брови, улыбаться; 2) смеяться, потирать руки одну о другую, причем одна рука может быть сжата в кулак. Можно хлопать в ладоши, прыгать, пританцовывать.

Упражнение 7. Хорошее настроение

(для детей 5—6 лет)

Мама послала сына в булочную: «Купи печенье и конфеты, — сказала она. — Мы поьем с тобой чаю и пойдем в зоологический сад». Мальчик взял у мамы деньги, сумку и вприпрыжку побежал в магазин. У него было очень хорошее настроение.

Выразительные движения: быстрый шаг, иногда переходящий на подскоки.

Мимика: улыбка.

Во время этюда звучит музыка Д.Львова-Компанейца «Хорошее настроение».

Упражнение 8. Соленый чай

(для детей 5—6 лет)

Бабушка потеряла очки и поэтому не заметила, что насыпала в сахарницу соль.

Внук захотел пить. Он налил в чашку горячего чая и не глядя положил в него две ложечки сахарного песка, помешал и сделал первый глоток. До чего же противно стало у него во рту!

Выразительные движения: голова наклонена назад, брови нахмурены, глаза сощурены, верхняя губа подтягивается к носу, нос сморщен. Ребенок словно подавился и сплевывает.

Упражнение 9. Собака принюхивается

(для детей 6—7 лет)

Охотничья собака, увидев дичь, застыла в напряженной позе. Морда вытянулась вперед, уши наострились, глаза неподвижно смотрят на добычу, а нос бесшумно втягивает приятный и дразнящий запах.

Выразительные движения: положение стоя, одна нога чуть впереди другой, руки заложены за спину, подбородок поднят.

Мимика: уверенный взгляд.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ЗАИКАЮЩИХСЯ ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ¹

Упражнение 1

План. Сосредоточиться на ощущениях в своих мышцах. Определить напряженные мышцы. Общение с партнером невербальное.

Инструкция. Свободно перемещаясь в пространстве, определите, какие мышцы напряжены больше, меньше или как-то иначе ощущаются. Сосредоточьтесь на них. Представьте, что вы и есть эти мышцы и от их имени выразите свои мышечные ощущения. Что мышцы могли бы сказать, если бы говорили? Выразите эти чувства-мысли в движении. Продолжая движение, найдите партнера, вам приятного, и расскажите ему о своих мышечных ощущениях. Рассказывать можно с помощью рук, головы, ног, перемещений в пространстве и др. Дайте свободу своему телу, слушайте свое тело, забудьте, как вы двигаетесь ежедневно. Представьте, что вы в невесомости и ваши движения одинаково равновероятны. Партнер внимательно «слушает» ваше сообщение, чувствует его и пытается вторить вашим движениям, какими бы странными они ему ни казались. Затем вы меняетесь ролями. Ваш партнер «рассказывает» о себе, а вы «слушаете» его тело и пытаетесь понять его переживания. Затем вы вновь двигаетесь в пространстве в любом выбранном вами направлении. Все, что вы делаете, диктуется импульсами вашего тела. Найдите другого партнера, выразите ему свои чувства после того, как вы определили другую группу мышечных проблем. Поиск партнера для общения совершается импульсивно в ходе движения, когда вы, проходя мимо него, чувствуете, что с ним можно говорить о том, что с вами происходит сейчас.

Замечания ведущему. Помогайте участникам сосредоточиться на своих ощущениях. Обратите внимание на тех, чьи движения особенно ско-

¹ Романенко О.К. Практическая гештальттерапия. — М., 1995.

ванны. Помогите им расслабиться. Поддерживайте любое телесное проявление.

Упражнение 2

План. Внешние выражения эмоциональных состояний. Развитие невербальной экспрессии.

Инструкция. Сосредоточьтесь на своих эмоциональных состояниях в данный момент. Попробуйте определить их. Найдите партнера и выразите ему свои эмоции с помощью языка тела. Работайте мышцами лица, руками, ногами, используйте партнера для передачи своих эмоций. Партнер внимательно «слушает» ваши чувства, затем показывает вам, как он их понял. Вы определяете, насколько точно вас поняли. Затем меняетесь ролями. Следующий шаг: вспомните ваше состояние сегодня утром. Расскажите о нем выбранному вами человеку. Вспомните, что было вчера, расскажите с начальством, во время разговора по телефону с другом, с незнакомым человеком, с родителями и поделитесь своими ощущениями с партнером. Можно вначале представить, как вы делаете это обычно, и рассказать об этом, а затем изобразить, как бы вам хотелось, чтобы это происходило. Обязательно поделитесь с тем, кто вам приятен, и убедитесь, что вас правильно поняли.

Замечания ведущему. Упражнение выполняется до тех пор, пока партнеры не поймут друг друга. В трудных случаях побуждайте искать нового партнера или станьте партнером сами. Здесь важно продемонстрировать участникам возможности их тела, научить двигаться в пространстве не стесняясь. Упражнение выполняется как угодно долго в зависимости от способностей участников.

Упражнение 3

План. Изображение движений животных: участники образуют круг, пересекая его, показывают характерные движения какого-либо животного.

Инструкция. Находясь в кругу, представьте себя каким-либо животным и воспроизведите его пластику. Войдите в образ и поживите в нем. Двигайтесь так, как вы чувствуете себя в образе. Расскажите, что дал вам образ задуманного животного, что можно заимствовать в его движениях? Теперь выберите образ, близкий вам. Поживите в нем. Что вы чувствуете? Выберите образ животного, противоположного вам по характеру. Поживите в нем. Если это ваш «враг», поищите его сильные и слабые стороны. Прочувствуйте их. Найдите другие образы.

Замечания ведущему. Упражнение направлено на развитие свободы движений, на осознание своего тела, его особенностей, принятие своего физического Я. В ходе выполнения не стоит подталкивать нерешительных участников, лучше поддерживать всякое проявление активности. Любое изображение принимается. Стоит несколько раз подчеркнуть, что точность изображения не является целью работы. Самое важное на этом этапе — чувствовать и двигаться.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ЗАИКАЮЩИХСЯ¹

Эта методика ставит общие задачи, характерные для всех существующих вариантов аутогенной тренировки (АТ), и частные, характерные только для данной модификации. Решение задач направлено на нормализацию речевого поведения взрослых заикающихся. Общие задачи предполагают снижение мышечного тонуса и эмоционального напряжения; частные — коррекцию напряжения артикуляторной и вокальной мускулатуры, регуляцию дыхания, преодоление чувства собственной неполноценности и логофобии.

Эти задачи решаются в процессе поэтапного обучения пациентов приемам саморегуляции, речевых тренировок и бесед психотерапевтического и развязывающего характера. В модификации АТ А. И. Лубенской основными методическими приемами являются *формула спокойствия* и *имаготерапия*.

Занятия проводятся по следующей схеме.

1. Расширенная формула спокойствия.
2. Произвольная регуляция мышечного тонуса.
3. Речевая тренировка.
4. Расширенная формула спокойствия.
5. Двигательные упражнения.
6. Самоотчеты больных.

Весь курс АТ занимает около двух месяцев и проводится в три этапа: I этап — 12—14; II — 18—20; III — 8—10 коллективных занятий.

На каждом последующем этапе материал постепенно усложняется. Например, на втором этапе расширенная формула спокойствия заменяется сокращенной («Успокаиваюсь. Отдыхаю. Дыхание. Сердце. Успокаиваюсь. Отдыхаю»). На последнем этапе сокращенная формула спокойствия и все формулы, направленные на расслабление, заменяются краткой формулой спокойствия («Спокоен. Собран. Сосредоточен»). Каждая формула вслед за ведущим мысленно повторяется тренирующимися 3 раза. Все предлагаемые больным упражнения перемежаются самовнушениями. Постепенно изменяются условия работы. Если на первом этапе заикающиеся располагаются в креслах, то в дальнейшем, при автоматизации навыков саморегуляции в процессе речевой деятельности, они работают стоя и в движении.

Эти изменения дают возможность сблизить «обыгрываемые» ситуации с обычными условиями общения.

Занятия заканчиваются двигательными упражнениями, которые позволяют осуществить постепенный переход к нормальному мышечному тонусу.

¹ Лубенская А. И. Аутогенная тренировка в системе логопедических занятий со взрослыми заикающимися // Дис. ... канд. пед. наук. — М., 1974.

Каждая коллективная тренировка сопровождается вступительной и заключительной беседами. Во вступительной беседе ведущий сообщает план занятий, в заключительной — подводит итоги, выявляет жалобы и дает задания для самостоятельной работы.

В ходе речевых тренировок заикающиеся постепенно переходят от мысленного проговаривания к шепотной и громкой речи, от коллективной работы к индивидуальной и от сопряженного проговаривания речевого материала к спонтанной речи и публичным выступлениям.

На первом этапе заикающиеся осваивают основные приемы саморегуляции: расширенную формулу спокойствия, навыки релаксации и управления вазоветгетативными реакциями (дыханием, ритмом сердечной деятельности, сосудистым тонусом). Им внушают ощущение тепла в верхних конечностях и в подложечной области. Овладение этими навыками особенно важно для тех, кто связывает заикание с субъективным ощущением напряжения в груди, с недостаточностью речевого дыхания.

Так, например, первое занятие начинается со вступительной беседы: ведущий рассказывает о содержании расширенной формулы спокойствия и о связи речевого, эмоционального и мышечного состояния человека. Затем участники переходят к тренировке навыков саморегуляции. Все занятия проходят с закрытыми глазами.

Ведущий медленно, негромко произносит расширенную формулу спокойствия.

Я успокаиваюсь.

Я отдыхаю.

Дыхание ровное, спокойное, ритмичное.

Сердце бьется ровно, спокойно, ритмично.

Я успокаиваюсь.

Я отдыхаю.

Произнося эти слова, участники занятий сосредоточиваются на функциях и ощущениях, о которых идет речь. Затем им предлагают переключить внимание на правую руку (для левой — на левую). Ведущий произносит формулы.

Напрягаю правую руку (1 раз).

Напрягаю кисть (3 раза).

Напрягаю предплечье (3 раза).

Напрягаю плечо (3 раза).

Правая рука напряжена (1 раз).

Участники сжимают пальцы в кулак, напрягают мышцы рук в соответствии с инструкциями, повторяя мысленно за ведущим самовнушение. Связав состояние напряжения со словесным обозначением, они произвольно расслабляют правую руку.

Расслабляю правую руку (1 раз).

Расслабляю плечо (3 раза).

Расслабляю предплечье (3 раза).

Расслабляю кисть (3 раза).

Правая рука расслаблена (1 раз).

Наступившее расслабление фиксируется в мышечной памяти пациента путем соотнесения релаксации со словом. Соотнесение слова с реальным ощущением способствует созданию условно-рефлекторной связи, которая в будущем обеспечит реализацию мышечных реакций в ответ на самовнушение.

Уже на третьем коллективном занятии участники вызывают расслабление правой руки, а также ощущение тяжести в ней при помощи самовнушения. На четвертом и пятом занятиях те же ощущения вызываются последовательно в правой, затем в левой руке.

Далее заикающихся обучают формулам самовнушения, которые направлены на расслабление мышц брюшного пресса, грудной мускулатуры, а также формулам, обеспечивающим регуляцию сосудистого тонуса.

С этой целью используют следующие фразы.

Правая рука расслабляется, мои руки расслабляются.

Руки наполняются теплом (отрабатывается на 6—7 коллективных занятиях).

Легкое приятное тепло в области солнечного сплетения (отрабатывается на 8—10 коллективных занятиях).

Все тело наполняется теплом.

Лоб приятно прохладен (отрабатывается на 5—6 коллективных занятиях).

Тепло струится вверх.

Грудь наполняется теплом.

Мышцы груди и плечевого пояса расслабляются (отрабатывается на 11—13 коллективных занятиях).

Для усиления вызываемых ощущений пациентам предлагают представить ситуации, для которых характерно вызываемое ощущение.

Например, при вызывании тепла в руках рекомендуется представить себя греющими руки у костра, на солнце, в теплой воде и т.д. Каждому следует обращаться к той ситуации, которая для него наиболее привычна.

На первом этапе тренировки часто используются такие формулы внушения: «С каждым днем, с каждым занятием ваши самовнушения реализуются все быстрее и быстрее. С каждым днем, с каждым занятием ощущения, вызываемые вашим словом, вашим собственным словом, становятся все более четкими, яркими, привычными».

Функциональные тренировки начинаются с первых занятий, но носят еще пассивный характер.

Речевая работа проводится по следующему плану.

1. Работа над темпом и ритмом речи.

2. Работа над мягким вводом в речь и речевым дыханием.

Речевым материалом служат вначале формулы самовнушений, которые тренирующиеся повторяют мысленно за ведущим. С 6—7 занятия используются специально подобранные тексты, которые предварительно отрабатываются на логопедических занятиях.

Учитывая, что дыхание человека, находящегося в состоянии релаксации, становится более поверхностным, пациентам вначале предлагают стихотворения с длиной строки, не превышающей 4—5 слогов

(А.С. Пушкин «Адели»). По мере возрастающей речевой активности и приближения к состоянию бодрствования дыхание углубляется, в результате появляется возможность проговаривать на одном выдохе стихотворную строку в 7—9 слогов (М. Светлов «Гренада»; Д. Самойлов «Названия зим»).

Полученные на АТ навыки закрепляются на логопедических занятиях. Таким образом, речевой материал проходит три ступени обработки: логопедическое занятие — АТ — логопедическое занятие.

Это позволяет сразу же активизировать полученные навыки.

Второй этап очень важен как в психотерапевтическом, так и в речевом плане. В процессе тренировок решается одна из частных задач саморегуляции — отработка навыков локальной релаксации групп мышц, в которых возникает судорожность. Работа приобретает характер направленной тренировки мышц, принимающих участие в реализации устной речи.

Занятия строятся по следующему плану.

1. Вступительная беседа.
2. Расширенная формула спокойствия.
3. Расслабление верхних конечностей, брюшного пресса и грудной мускулатуры.
4. Формула спокойствия.
5. Гетерогенные внушения, направленные на усиление терапевтического эффекта самовнушений.
6. Представление трудной речевой ситуации.
7. Формула спокойствия.
8. Речевая тренировка.
9. Расширенная формула спокойствия.
10. Гетерогенные внушения, фиксирующие речевые достижения и утверждающие возможность их реализации в обычных жизненных ситуациях.
11. Двигательные упражнения.
12. Заключительная беседа.
13. Отчеты больных (описание своих ощущений и чувств).

Условие проведения речевых тренировок несколько изменяется: тренирующиеся начинают работать с открытыми глазами.

Основная особенность этого этапа заключается во введении представлений патогенных речевых ситуаций, в удлинении и усложнении речевых тренировок и закреплении речевых достижений путем гетерогенных внушений. Правомерность использования приема представлений для выработки новых форм реагирования на патогенные в прошлом ситуации опирается на положения, которые были высказаны М.Н. Валуевой (1967). Представление эмоционально окрашенных ситуаций способно вызвать у индивида эмоциональные и вегетативные сдвиги, аналогичные возникающим в реальной обстановке.

Представление трудной для заикающихся речевой ситуации создается за счет ее вербализации. Ярko, образно ведущий рисует словесный портрет патогенной речевой ситуации.

Предлагаемая ситуация — посещение магазина. Ведущий обращается к участникам: «Ваша задача — пройти по отделам, посмотреть, что есть на

прилавке. Вы подходите к одному отделу, затем к другому... Выбираете, что вам нужно купить, и подходите к кассе... Занимаете очередь... Впереди вас два человека. Вы — третий. Очередь продвигается... Вы слышите голос кассира. Она говорит громко, нетерпеливо... Это волнует вас... Вы чувствуете (дается описание состояния волнения). Почувствовав привычное для этой ситуации волнение, вы успокаиваете себя, обращаясь к формуле спокойствия».

Как только в самоотчетах появляются записи об успешном преодолении волнения, ставится задача повышенной сложности: представить ту же ситуацию и себя в роли *активного* собеседника, например, воспользоваться формулами самовнушения («спокоен», «совершенно спокоен» и пр.) и обратиться к кассиру.

Представления новых форм эмоционального и речевого реагирования вначале закрепляются на логопедических занятиях, а затем актуализируются на функциональных речевых тренировках и в обычных жизненных ситуациях. Таким образом, используется ступенчатая система контроля и подкрепления (представления — логопедические занятия — функциональные тренировки в реальных условиях — представления). Она позволяет добиться постепенного утешения невротических и вазовегетативных реакций, характерных для данной личности, и разрушения патологических условных связей между эмоциональными, речевыми реакциями и патогенными ситуациями.

Для преодоления судорожности речедвигательного аппарата заикающиеся используют приемы локальной релаксации. Их цель — обеспечить возможность самостоятельной регуляции тонуса мышц артикуляционного и вокального аппаратов.

Им предлагают следующие формулы самовнушения.

Мышцы глотки расслабляются.

Язык расслабляется.

Нижняя челюсть расслабляется.

Чувствую легкое приятное тепло в задней стенке глотки и в корне языка.

На этом этапе проводятся напряженные речевые тренировки различной сложности.

Речевой материал отрабатывается к логопедическим занятиям на АТ, мысленные представления направлены на выработку новых речевых стереотипов, преодоление логофобии.

Во время тренировок заикающиеся постепенно переходят от легкого дремотного состояния к бодрствованию, от мысленного проговаривания — к активной речевой деятельности.

Речевые тренировки проходят по следующему плану.

1. Выработка новых речевых стереотипов (переход от мысленного проговаривания к сопряженно-отраженной и шепотной речи).

2. Закрепление речевых навыков, выработанных на первом занятии АТ и на логопедических занятиях (коллективное чтение текстов, шепотная речь, переходящая в громкую).

3. Подготовка к логопедическим занятиям, одновременная работа всех членов группы (речь громкая).

4. Индивидуальные выступления (речь громкая).

Речевой материал постепенно усложняется. Заикающиеся выступают с чтением текстов, обрабатываемых ими для логопедических занятий, участвуют в импровизации по предложенной теме. В конце занятий, в ходе гетерогенных внушений, ведущий обязательно обращает внимание заикающихся на свободу речевого акта.

Для автоматизации навыков саморегуляции вводятся физкультминутки — небольшой комплекс физических упражнений, вызывающий повышение общего мышечного напряжения, изменение ритма дыхания и сердечной деятельности.

После зарядки с помощью формул самовнушения тренирующиеся самостоятельно нормализуют свое состояние, обеспечивая возможность речевого общения. Для проведения внушений и самовнушений они вновь погружаются в состояние релаксации.

На третьем этапе в ходе аутогенных тренировок заикающиеся овладевают сокращенными формулами самовнушения, приемами активной регуляции мышечного тонуса и активизации навыков локальной релаксации в процессе речевой деятельности.

Расширенная формула спокойствия заменяется короткими формулировками: «Спокоен, собран, сосредоточен». Формулы, направленные на расслабление отдельных мышечных групп, заменяются короткими самовнушениями: «Живот, грудь, горло, челюсть, губы, язык расслаблены».

Вводятся индивидуальные формулы самовнушения, направленные на преодоление болезненного отношения к речевому дефекту, к собеседнику или к аудитории, которое характерно для данного индивида.

В ходе речевых тренировок полученные навыки саморегуляции активно используются в речевой деятельности. С этой целью тренирующимся предлагается вступать в короткие диалоги — вначале с ведущим, позже с товарищами по группе. Заикающиеся отвечают на поставленные вопросы, разыгрывают сценки с предложенным здесь же сюжетом, тренируют речевые навыки на фоне представления патогенных речевых ситуаций, готовятся к публичным выступлениям. При этом они встают, садятся и снова встают, переходят от группы к группе. Осуществление плавной речи на фоне несколько сниженного мышечного тонуса и состояния эмоционального равновесия обычно не вызывает затруднения.

Речевые тренировки проходят по следующему плану.

1. Речевая зарядка (коллективное чтение текстов).
2. Индивидуальная работа — тренировка речевых навыков на фоне представлений трудных речевых ситуаций.
3. Коллективная работа — короткие речевые контакты.
4. Физкультминутка. Использование навыков локальной релаксации.
5. Коллективная работа:
 - 1) беседы, телефонные разговоры;
 - 2) импровизации по теме.

Проводимые таким образом тренировки обеспечивают возможность автоматизации навыков саморегуляции эмоционального и речевого поведения заикающихся в постепенно усложняющихся условиях.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ¹

Упражнение 1

Встать прямо. Правую руку положить на область движения диафрагмы. Сделать выдох и, когда появится желание вдохнуть, сделать глубокий вдох носом так, чтобы было приятное, легкое ощущение вдоха, без напряжения. Выдыхать следует через рот. Затем выждать естественную в цикле дыхания паузу, снова сделать вдох и затем выдох. Упражнение проделать 3 раза без перерыва.

При выполнении упражнения нужно внимательно следить за тем, чтобы двигалась диафрагма и оставались спокойными плечи.

Упражнение 2

Встать парами. Первый человек — дышит диафрагмой, второй — кладет руки ему на плечи и грудь и проверяет дыхание.

Встать прямо. Кисти рук лежат на нижних ребрах грудной клетки — большой палец впереди, четыре пальца — на спине. Сделать выдох (все упражнения по дыханию нужно начинать с выдоха). Затем сделать вдох носом и выдохнуть через рот. Повторить упражнение 3 раза.

Упражнение 3

Стоять прямо. После предварительного выдоха вдохнуть через нос, последить, правильно ли работают диафрагма, нижние ребра и мышцы живота. Плечи должны быть спокойны. Прежде чем начать выдох сделать небольшую остановку, которая является подготовкой к выдоху. Положение мышц диафрагмы при остановке перед выдохом будем называть опорой дыхания. Очень важно научиться сохранять опору дыхания при выдохе, так как правильная опора дыхания организует работу голосовых связок на хорошей воздушной струе. После остановки начать выдох через узкое отверстие, образованное губами. При выдохе должно быть ощущение, будто струя воздуха является продолжением воздушного столба, исходящего от диафрагмы. Выдох идет легко, постепенно и плавно. Упражнение проделать 3—4 раза. Следить за тем, чтобы не было напряжения в верхней части грудной клетки и в шее. Освободить мышцы шеи, покачивая головой вправо, влево, по кругу, вниз. Прodelать это упражнение и сидя.

Упражнение 4

Медленный вдох² через нос и медленный выдох через узкое отверстие, образованное губами, на свечу³, которая стоит недалеко от вас. Пла-

¹ Вербовая Н.П., Головина О.М., Урнова В.В. Искусство речи. — М., 1977.

² В дальнейшем мы не будем напоминать, что перед вдохом, естественно, следует сделать выдох.

³ Свеча в данном случае может быть и воображаемой.

мя должно плавно отклониться по ходу течения воздушной струи (от вас). Затем снова сделать медленный вдох и дуть так же медленно на свечу, которая стоит дальше, чем в первом случае. Снова медленный вдох и медленный выдох на свечу, стоящую уже на более далеком расстоянии. Вы ощущаете, что в зависимости от удаления свечи мышцы живота будут испытывать все большее напряжение. Голову вперед не тянуть.

Упражнение 5

Сделать быстрый вдох носом, затем паузу и быстрый выдох на свечу, стоящую близко, чтобы загасить ее. Отодвинуть свечу и, делая быстрый вдох, также загасить свечу. Поставить свечу еще дальше, сделать вдох и снова загасить свечу. Мышцы живота активно работают.

Упражнение 6

Для того чтобы приучить себя к контролю над взаимосвязью произвольного вдоха и выдоха, подчиним их счету. Определим длительность вдоха на счет «три», а длительность выдоха — на счет «шесть». Чтобы зафиксировать состояние мышц после вдоха в момент подготовки их к выдоху, даем маленькую паузу на счет «один». Все упражнение будет протекать в такой последовательности: вдох — три единицы, пауза — одна единица, выдох — шесть единиц. Счет вести про себя. Вдох делать носом, а выдох ртом, как бы выдувая воздух на поставленную перед ртом ладонь. Упражнение выполняется 3—4 раза.

Упражнение 7

Данное упражнение рассчитано на тренировку выдоха при образовании звука *ф*, в дальнейшем можно делать выдох на некоторых других согласных с правильной их установкой.

Встать прямо. Сделать выдох, а затем вдох и начать выдох на звуке *ф*. Следить за тем, чтобы не надувались щеки, — выдыхаемая струя выходит только через щель, образованную зубами и нижней губой. Следить за опорой дыхания. Вдох делать носом, губы при вдохе должны быть сомкнуты. Упражнение проделать 3—4 раза подряд, следить, чтобы выдох длился не меньше 8—9 единиц счета.

Упражнение 8

Исходное положение то же, что и в предыдущем упражнении, но выдох рассчитан на длительность в 12 единиц, которые равномерно распределяются между четырьмя звуками: *ф*, *с*, *ш* и *х*, на каждый звук падает 3 единицы счета. Упражнение также проделывается 3—4 раза. Следить за опорой дыхания.

Упражнение 9

Сделать быстрый вдох и на одном выдохе произносить несколько раз подряд звук *л*. Грудную клетку не сжимать, должны работать губы. Затем,

так же быстро вдохнув, на одном выдохе произносить столько раз, на сколько хватит дыхания, группу согласных: *птк*.

Упражнение 10

Полный вдох берется на 3 единицы, с остановками после каждой единицы, таким образом вдох происходит в несколько приемов. Во время остановки сохраняется то положение дыхательных мышц, на котором их застает остановка. Вдох делать носом, выдох — через узкое отверстие губ длительностью 10—12 единиц. Последовательность упражнения: вдох — раз — вдох — два — вдох — три — выдох раз, два, три и т.д. до 12 единиц.

Упражнение 11

Выдох идет при счете вслух до восьми. В упражнении нужно следить за тем, чтобы заданное количество счета шло как одна фраза, без пауз между словами. Считать ровно, без крика, с хорошей дикцией. Впоследствии счет следует довести до 15—20—25. При счете стараться подольше сохранять состояние дыхательных мышц живота и грудной клетки в положении вдоха, но не задерживать сам выдох.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА А. Н. СТРЕЛЬНИКОВОЙ¹

В логопедической работе над речевым дыханием заикающихся детей, подростков и взрослых широко используется парадоксальная дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой.

В гимнастике основное внимание уделяется вдоху. Вдох производится очень коротко, мгновенно, эмоционально и активно. Главное, по мнению А. Н. Стрельниковой, — уметь затаить дыхание, «спрятать» его. О выдохе совершенно не думать. Выдох уходит самопроизвольно.

При обучении гимнастике А. Н. Стрельникова советует выполнять четыре основных правила.

Правило 1

«Гарью пахнет! Тревога!» — резко, шумно, на всю квартиру, нюхайте воздух, как собака след. Чем естественнее, тем лучше.

Самая грубая ошибка — тянуть вдох, чтобы взять воздуха побольше. Вдох короткий, как укол, активный и чем естественнее, тем лучше. Думайте только о вдохе. Чувство тревоги организует активный вдох лучше, чем рассуждения о нем. Поэтому, не стесняясь, яростно, до грубости нюхайте воздух.

¹ Кочеткова И.Н. Парадоксальная гимнастика Стрельниковой. — М., 1989.

Правило 2

Выдох — результат вдоха.

Не мешайте выдоху уходить после каждого вдоха как угодно, сколько угодно, но лучше ртом, чем носом. Не помогайте ему. Думайте только: «Гарью пахнет! Тревога!» И следите только за тем, чтобы вдох шел одновременно с движением. Выдох уйдет самопроизвольно. Во время гимнастики рот должен быть слегка приоткрыт. Увлекайтесь вдохом и движением, не будьте скучно-равнодушным. Играйте в дикаря, как играют дети, и все получится. Движения создают короткому вдоху достаточный объем и глубину без особых усилий.

Правило 3

Повторяйте вдохи так, как будто вы накачиваете шину в темпоритме песен и плясок. И, тренируя движения и вдохи, считайте на 2, 4 и 8. Темп — 60—72 вдоха в мин. Вдохи громче выдохов. Норма урока — 1000—1200 вдохов, можно и больше — 2000 вдохов. Пауза между дозами вдохов — 1—3 с.

Правило 4

Подряд делайте столько вдохов, сколько в данный момент можете сделать *легко*.

Весь комплекс содержит 8 упражнений. Вначале — разминка. Встаньте прямо. Руки по швам. Ноги на ширине плеч. Делайте короткие, как укол, вдохи громко, шмыгая носом. Не стесняйтесь. Заставьте крылья носа соединиться в момент вдоха, а не расширяйте их. Тренируйте по 2, по 4 вдоха подряд в темпе прогулочного шага «сотню» вдохов. Можно и больше, чтобы ощутить, что ноздри двигаются и слушаются вас. Вдох, как укол, мгновенный. Думайте: «Гарью пахнет! Откуда?»

Чтобы понять нашу гимнастику, делайте шаг на месте и одновременно с каждым шагом — вдох. Правой-левой, правой-левой, вдох-вдох, вдох-вдох. А не вдох-выдох, как в обычной гимнастике.

Сделайте 96 (100) шагов-вдохов в прогулочном темпе. Можно стоя на месте, можно при ходьбе по комнате, можно переминаясь с ноги на ногу: вперед-назад, вперед-назад, тяжесть тела то на ноге, стоящей впереди, то на ноге, стоящей сзади. В темпе шагов делать длинные вдохи невозможно. Думайте: «Ноги накачивают в меня воздух». Это помогает. С каждым шагом — вдох, короткий, как укол, и шумный.

Освоив движение, поднимая правую ногу, чуть-чуть приседайте на левой, поднимая левую — на правой. Получится танец рок-н-ролл. Следите за тем, чтобы движения и вдохи шли одновременно. Не мешайте и не помогайте выходить выдохам после каждого вдоха. Повторяйте вдохи ритмично и часто. Делайте их столько, сколько сможете сделать легко.

Движения головы

1. Повороты. Поворачивайте голову вправо-влево, резко, в темпе шагов. И одновременно с каждым поворотом — вдох носом. Короткий, как

укол, шумный. Сделайте 96 вдохов. Думайте: «Гарью пахнет! Откуда? Слева? Справа?» Нюхайте воздух.

2. «Ушки». Покачивайте головой, как будто кому-то говорите: «Ай-яй-яй, как не стыдно!» Следите, чтобы тело не поворачивалось. Правое ухо идет к правому плечу, левое — к левому. А плечи неподвижны. Одновременно с каждым покачиванием — вдох.

3. «Малый маятник». Кивайте головой вперед-назад, вдох-вдох. Думайте: «Откуда пахнет гарью? Снизу? Сверху?»

Комплексные движения

1. «Кошка». Ноги на ширине плеч. Вспомните кошку, которая подкрадывается к воробью. Повторяйте ее движения — чуть-чуть приседая, поворачивайтесь то вправо, то влево. Тяжесть тела переносите то на правую ногу, то на левую ногу, на ту, в какую сторону вы повернулись. И шумно нюхайте воздух справа, слева, в темпе шагов.

2. «Насос». Возьмите в руки свернутую газету или палочку, как рукоятку насоса, и думайте, что накачиваете шину автомобиля. Вдох — в крайней точке наклона. Кончился наклон — кончился вдох. Не тяните его, разгибаясь, и не разгибайтесь до конца. Шину надо быстро накачать и ехать дальше. Повторяйте вдохи одновременно с наклонами часто, ритмично и легко. Голову не поднимать. Смотреть вниз на воображаемый насос. Вдох, как укол, мгновенный. Из всех движений-вдохов это — самое результативное.

«Насос» особенно эффективен при заикании.

3. «Обними плечи». Поднимите руки на уровень плеч. Согните их в локтях. Поверните ладони к себе и поставьте их перед грудью, чуть ниже шеи. Бросайте руки навстречу друг другу так, чтобы левая обнимала правое плечо, а правая — левую подмышку, т. е. чтобы руки шли параллельно друг другу. Одновременно с каждым броском, когда руки теснее всего сошлись, повторите короткие шумные вдохи. Думайте: «Плечи помогают вдоху». Руки не уводите далеко от тела. Они — рядом. Локти не разгибайте. Упражнение выполняется в оптимальном для каждого тренирующегося темпе.

4. «Большой маятник». Это движение слитное, похожее на маятник: «насос» — «обними плечи», «насос» — «обними плечи». Наклон вперед, руки тянутся к земле — вдох, наклон назад, руки обнимают плечи — тоже вдох. Вперед-назад, вдох-вдох, тик-так, тик-так, как маятник. Темп оптимальный.

5. «Полуприседы». Одна нога впереди, другая сзади. Вес тела на ноге, стоящей впереди, нога сзади чуть касается пола, как перед стартом. Выполняйте легкий, чуть заметный присед, как бы пританцовывая на месте, и одновременно с каждым приседом повторяйте вдох — короткий, легкий. Освоив движение, добавьте одновременные встречные движения рук.

Заикающимся А. Н. Стрельникова советует сочетать движения с произнесением различных звуков на вдохе.

При выполнении упражнения «насос» на каждый наклон на выдохе произносятся гласные звуки или звуковой ряд. Затем рекомендуется произносить следующие звукосочетания: *три, тре, тра, тру; кри, кре, кра, кру; при, пре, пра, пруж* и т. п.

На следующих тренировках добавляются и другие сочетания (в произвольной дозировке): *рир, рур, рер, рар; лил, лул, лел, лал; мим, мум, мем, мам; нин, нун, нен, нан; вив, вув, вев, вав; фиф, фуф, фэф, фаф; зиз, зуз, зез, заз; жижж, жужж, жезж, жезж; шииш, шуиш, шеш, шаш; чич, чуч, чеч, чач; щиищ, шуищ, шещ, щащ.*

Далее следует специальная тренировка «затаенного» дыхания: короткий вдох с наклоном, дыхание максимально задерживается, не разгибаясь, надо вслух считать до восьми, постепенно количество произнесенных на одном выдохе «восьмерок» увеличивается. На одном задержанном вдохе надо набрать как можно больше «восьмерок». С третьей или четвертой тренировки произнесение заикающимся «восьмерок» сочетается не только с наклонами, но и с упражнением «полуприседы». Главное, по мнению А. Н. Стрельниковой, почувствовать «схваченное в кулак» дыхание и проявить выдержку, повторяя вслух максимальное количество «восьмерок» на задержанном дыхании. Разумеется, «восьмеркам» на каждой тренировке предшествует весь комплекс перечисленных выше упражнений.

А. Н. Стрельникова отмечает, что дети охотно делают эту гимнастику, особенно если она идет в музыкальном сопровождении. Но темп для них должен быть медленнее. Торопить их нельзя. Урок следует превратить в игру. Например, изображать кошку, которая показывает зубки и пытается поймать воробья. И нюхает, нюхает воздух. Пусть они выполняют приседы, танцуют, как дикари вокруг костра. Такие занятия лучше проводить в группе с несколькими детьми.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАБОТЫ НАД ГОЛОСОМ¹

Упражнение 1

Речевой аппарат устанавливается для произнесения звука *а* (расстояние между зубами равно двум пальцам: язык лежит плоско, кончик у нижних резцов), но губы при этом сомкнуты; гортань должна быть опущена, глотка раскрыта, маленький язычок и нёбная занавеска подняты.

Проверить опущенное состояние глотки можно следующим образом: положить палец на хрящ гортани (адамово яблоко) и сделать глубокий вдох носом. Если палец ощутит движение хряща вниз, то это значит, что гортань опустилась и приняла нужное для свободного течения звука положение, глотка при этом раскрылась, как она обычно открывается при зевке: нёбная занавеска и маленький язычок поднялись вверх.

Встать прямо, проверить, нет ли мышечного напряжения шеи, головы, рук, всего тела; гортань и речевой аппарат установить в основное положение для свободного звукотечения. Сделать вдох через нос и, сохраняя основное положение, послать выдыхаемую на звуке *м* струю так, что-

¹ *Вербовая Н.П., Головина О.М., Урнова В.В. Искусство речи. — М., 1977.*

лицевому). Произнося подряд все согласные, постарайтесь проверить вибрацию звука во всех резонаторных полостях, прикладывая руку к груди, к лицевым костям (маска). Попробуйте переводить звучание всех согласных в различные резонаторы.

Упражнение 6

На звуке *у* воспроизведите гудок трех теплоходов: большого, среднего и маленького. Последовательность гудков безразлична. Вы должны услышать три различные высоты вашего голоса. Проверьте резонаторы. Хорошо вытягивайте губы вперед при образовании звука *у*. Три услышанные и верно воспроизведенные высоты будут в какой-то степени определять диапазон вашего речевого голоса.

Упражнение 7

Взять воображаемый мяч, определить для себя, какой он величины, и начать «играть», ударяя им об пол. При этом считать до 10, на каждый счет ударяя по мячу, чтобы он «отскакивал» от пола. Затем, также считая до 10, подбрасывать мяч на каждый счет вверх, потом снова ударять мячом об пол и считать до 10. Каждый раз считать на одном выдохе. Повторить эту игру несколько раз. Вы услышите, что с изменением полета мяча изменится и высота вашего голоса: мяч внизу — звук голоса ниже, мяч вверх — звук голоса выше. Следить, чтобы звук не был напряженным, не тянуть сильно вверх шею, когда мяч летит вверх.

Упражнение 8

Собака (назовем ее Бобик) убежала, ее надо вернуть домой. Звать будем 3 раза: один раз с далекого расстояния, затем с более близкого, и, наконец, собака будет около вас. Повторять кличку собаки несколько раз в быстром темпе, кроме последнего (собака около вас). Последовательность упражнения: произнести слово «Бобик» на одном дыхании 10 раз (собака далеко) — остановка — произнести слово «Бобик» десять раз (собака подошла ближе) — остановка — повторить кличку несколько раз, но более медленно (собака подошла к вам). В упражнении должна меняться высота звука.

Упражнение 9

Принцип и задача те же, что и в предыдущем упражнении, но теперь собака бежит на зов без остановки, поэтому нужно повторять ее кличку от высоких нот к низким через средние без остановки на одном дыхании. Произносить кличку столько раз, насколько хватит дыхания.

Упражнение 10

Вспомнив различие высот вашего голоса, которое появилось в предыдущих упражнениях, посчитайте до 10 на одном дыхании в трех различных высотах; после каждого счета до 10 нужно делать остановку, чтобы взять дыхание и слышать следующую высоту.

Упражнение 11

Произнести фразу «Я вам приказываю» с повышением по «ступеням» повышения голоса, начав с удобной нижней «ступени». Всего пройти 5—6 ступеней, не уходя в крик. Произнести данную фразу так, чтобы было понятно, что приказ не выполняется.

Упражнение 12

В упражнении участвуют два человека. У первого — фраза «Накажу!», у второго — «Нет!». Первый произносит свою фразу в повышении по «ступеням», второй понижает голос. Первый приказывает, второй отвечает. Необходимо придумать ситуацию диалога.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НА ЛОГОРИТМИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ¹

Упражнения на сочетание музыки с движениями

Сочетание характера музыки с движениями

1. Дети ходят под музыку или стук барабана в любом направлении, меняя темп движений в зависимости от заданного ритма.
2. Дети, построившись в ряд, подражают маршу солдат.
3. Дети строятся в несколько кружков. По сигналу барабана или рояля разбегаются по комнате. По следующему сигналу снова строятся в кружки в том же порядке.
4. Дети ходят колонной по кругу под музыку. В зависимости от характера музыки они исполняют различные движения, подражая медведю, зайцу, полету птицы и др.
5. Исполняется маршевая, танцевальная и колыбельная музыка. Дети стоят в кругу. Они определяют характер музыки и выполняют соответствующие движения.

Сочетание темпа музыки с темпом движений

1. Дети, встав парами друг за другом и держась за руки, идут по кругу, изображая лошадь и кучера. С переходом на быстрый темп — бегут.
2. Дети стоят в шеренге, и каждому дается обруч (мяч). Держа обруч над головой, медленно опускают его и поднимают.
3. Дети идут колонной по кругу. Затем каждый ребенок по ходу движения останавливается в одном из углов комнаты. Таким образом, все они окажутся стоящими в четырех углах комнаты лицом к центру. После этого первый, идя по кругу, соберет всех детей в колонну, присоединяя по одному из каждого угла.

¹ Воспитание и обучение детей с расстройствами речи / Под ред. С.С.Ляпидевского и В.И.Селиверстова. — М., 1968.

4. Дети идут под музыку в шеренге по одному через середину комнаты. Дойдя до противоположной стороны, расходятся налево и направо и продолжают движение в обратном направлении вдоль стен. Встретившись, идут попарно в колонне через середину. Снова расходятся по одному в обход комнаты и, встречаясь, образуют шеренгу как вначале.

5. Дети, сидящие на маленьких стульях, под медленный темп музыки поднимают обе ноги на сиденье стула и опускают, это движение повторяется 2 раза. Под быстрый темп делают «бег на месте», высоко поднимая колени, не вставая со стула.

6. Дети, построенные в две шеренги, садятся на пол, вытянув ноги, лицом друг к другу на расстоянии трех-четырёх шагов. На медленный темп перекатывают мячи друг другу, с переходом на быстрый темп оставляют мячи на полу и бегом меняются местами.

7. Дети идут парами в темпе марша. При переходе на быстрый темп пары останавливаются, поднимают сцепленные руки и образуют ворота, в которые пробегает первая пара и становится последней. Повторяют все пары.

8. Под медленный темп музыки дети, стоя в кругу, ударяют мяч об пол и ловят обеими руками. С переходом на быстрый темп берут мяч в правую руку, высоко поднимают его и бегут по кругу. С возобновлением медленного темпа опять ударяют мяч об пол.

9. Под марш дети идут по начерченной мелом линии. При переходе на быстрый темп бегут к обручу, лежащему в центре комнаты, берутся за него руками (по указанию воспитателя), бегут по кругу, держась за обруч, пока не услышат изменение темпа музыки. Кладут обруч на пол и идут опять друг за другом по линии.

10. Дети идут по кругу под марш, потом музыка меняется, и они разбегаются свободно по комнате; как только музыка смолкает, дети приседают на корточки. Снова звучит марш, дети встают, делают поворот и идут по кругу.

11. Дети стоят парами в колонне, повернувшись лицом друг к другу. Каждой паре дается скакалка. На медленный темп музыки дети правой рукой медленно вращают скакалку; на быстрый — вращение скакалки соответственно ускоряется. Музыка замолкает, дети перекаладывают скакалку в левую руку, и с началом звучания вращение скакалки возобновляется.

12. Под марш дети идут цепочкой, взявшись за руки. Музыка меняется, дети останавливаются, поднимают руки и образуют ворота. Впереди стоящий перебегает через все ворота и становится последним в цепочке. Снова звучит марш, дети снова идут цепочкой.

13. По кругу стоят стулья на расстоянии двух-трех шагов один от другого. Под марш дети идут между стульями. При смене музыки на более быстрый темп бегут по внешнему кругу. Музыка смолкает, дети садятся на стулья.

14. «Вожак» с бубном в руке задает свой темп. Вся группа детей идет за ним. По сигналу педагога он останавливается, и упражнение возобновляется с новым «вожаком».

15. Дети бегут и одновременно делают хлопки (по одному хлопку на два шага). На речевую команду «гоп» переходят с бега на шаг, при этом делают два хлопка на один шаг.

16. Дети идут по кругу в темпе, заданном педагогом на рояле или барабане. Вне круга на стуле лежит другой барабан. Музыка замолкает. Дети останавливаются, и тот, кто оказался около барабана, ударяет в него, передавая темп начатой музыки. Педагог дает новый темп, и дети опять идут по кругу.

17. Один ребенок хлопает в ладоши в своем темпе, стоящий за ним повторяет хлопки в этом же темпе, за ним следующий и т. д. Педагог дает сигнал, дети прекращают упражнение. Когда педагог опускает флаг, упражнение возобновляет следующий ребенок и задает свой темп.

18. Дети становятся в два круга. Внутренний круг движется в темпе марша вправо, а внешний одновременно в темпе бега — влево, по сигналу роли кругов меняются.

19. Дети сидят в кругу на полу на одинаковом расстоянии друг от друга, вытянув ноги к центру. Один ребенок, высоко поднимая ноги (сгибая колени), перешагивает через ноги каждого сидящего, стараясь делать это в темпе музыки. Когда музыка прекращается, он останавливается и меняется с тем, перед кем остановился. Упражнение продолжается.

20. Дети смотрят на движение палочки педагога и передают темп хлопками. Темп дается не равномерный, а с постепенным ускорением и замедлением. Это упражнение помимо хлопков можно сопровождать повторением условного слога (например: *та-та* или *ля-ля*), для того чтобы ребенок уловил постепенно изменяющуюся скорость в процессе произношения.

Сочетание ритма музыки с ритмом движений

1. Дети стоят шеренгой вдоль стен; три такта — стоят на месте, два такта — идут шеренгой вперед и два такта — назад. Повторяют это движение вправо, в течение четырех тактов переходят колонной к следующей стене и выстраиваются вдоль нее. Маршировка шеренгой вперед и назад и переход к следующей стене повторяются до возвращения к исходному положению.

2. Дети стоят двумя шеренгами друг за другом; 2-я шеренга образует ворота, три такта — все стоят на месте, затем 2-я шеренга проходит вперед под воротами 1-й шеренги и образует, в свою очередь, ворота. Затем 1-я шеренга проходит под воротами 2-й и снова образует ворота. Это поочередное движение шеренгами повторяется 2 раза. Потом в течение четырех тактов обе шеренги отступают к исходному положению.

3. Дети сидят в кругу попарно, лицом друг к другу. Поочередно грозят друг другу указательным пальцем сначала правой, а затем левой руки по два такта. Поворачиваются спинами друг к другу и, оказавшись лицом к лицу с другим ребенком, повторяют те же движения.

4. Дети стали в круг, один держит мяч, на два такта плавно поднимает его над головой, затем на два такта передает стоящему рядом ребенку, второй — третьему и так до конца, пока мяч не придет обратно к первому ребенку.

5. Дети стоят по кругу. Свободное качание обеих рук вперед и назад (восемь тактов).

6. Дети маршируют по кругу в течение восьми тактов, затем прыгают на месте на двух или на одной ноге (также восемь тактов).

7. Дети попарно держатся за руки, 4 раза поднимаются и опускаются на носки и 2 раза приседают в соответствии с ритмом музыки.

8. Дети стоят в кругу, держась за руки. На один-два такта делают два шага к центру, на три опускают руки, на четыре делают прыжок на двух ногах с поворотом к центру и берутся за руки, а затем так же идут от центра.

9. Дети стоят парами по кругу, взявшись за руки. Первый такт, опустив руки, кружатся вокруг себя вправо. При повторении музыки, во втором такте, пары кружатся влево.

10. Дети стоят парами лицом друг к другу, держась за руки. Первый такт сопровождается прыжками на месте с поочередным выставлением вперед то одной, то другой ноги. На второй такт берутся правыми руками и кружатся на месте, потом берутся опять обеими руками.

11. Дети стоят по кругу, с внешней стороны круга возле каждого на полу лежит флажок. Дети делают три шага, одновременно с третьим шагом наклоняются и берут с пола флажки. На второй такт скачут по кругу с высоко поднятым флажком. Потом опять делают три шага и кладут флажок.

Упражнения на координацию речи с движениями

1. Дети стоят по кругу и бросают мяч вправо (влево), а затем через круг любому, при этом говорят: *«Я бросаю мяч вправо, я катаю через круг».*

2. Дети маршируют по кругу. В середине — «пруд».

*По дорожке вдоль пруда
Я гуляю иногда,
Но подальше от воды,
Чтобы не было беды!*

3. Два ребенка становятся друг за другом. Первый идет по кругу очень большими шагами, одновременно говорит: *«Дядя Степа длинноногий по дороге зашагал».* Второй бежит за ним по кругу: *«Мальчик-с-пальчик по дорожке вслед за дядей побегал».* Первый ребенок продолжает: *«Дядя Степа оглянулся, но ни слова не сказал».* Второй ребенок завершает: *«Мальчик-с-пальчик усмехнулся — дядю Степу он догнал».*

4. Дети в руках держат воображаемую щетку и делают вид будто чистят зубы: *«Раз, два, три — зубы щеткой крепко три!»*

5. Дети становятся в круг лицом друг к другу на расстоянии вытянутых рук. При слове «опусти» делают шаг назад и опускают руки. Затем подставляют ногу и на слове «подними» поднимают руки. Еще один шаг назад, на слове «закрой» прижимают руки к груди и подставляют ногу, говоря «открой», руки опять вытягивают в стороны.

6. Дети сидят на стульях, изображая поезд: делают движения руками, сопровождая каждое движение словом «чух», по сигналу останавливают движение и говорят: *«Паровоз, паровоз, вот он папу привез».*

7. Дети сидят в кругу на стульях. Один ребенок с флажком идет за стульями и говорит: *«Я иду тихо, тихо».* Останавливается, стучит флажком о стул: *«Я стучу громко — тук, тук, тук!»* Передает флажок сидящему на стуле ребенку и занимает его место.

8. *«Стук-стук молотком — строим, строим, строим дом»*, — дети хором декламируют с постепенным нарастанием голоса. На слова *«Стук, стук молотком»* дети стучат об пол, на слова *«строим, строим, строим»*

дом» постепенно выпрямляются, сила голоса нарастает, и, поднимая правые руки и соединяя их в центре, дети образуют «дом».

9. Один ребенок — пастух ходит среди расположившихся на полу (лугу) детей. Пастух играет на дудочке и говорит:

*Ай ду-ду, ай ду-ду,
Я все стадо стерегу,
Ли ду-ду, ай ду-ду,
На зеленом на лугу.*

Роль пастуха дети исполняют поочередно.

10. Группа детей на полу в середине комнаты:

*Эй, самолет, плавно лети!
Вверх, вниз, вверх, вниз.*

Слова сопровождаются поворотами головы, дети как бы следят за самолетом.

11. Дети ходят по кругу на носках:

*Маме надо отдыхать,
Маме хочется поспать,
Я на цыпочках хожу,
Я ее не разбужу.*

12. Дети стоят на одной ноге. Руки вытянуты в стороны.

*Очень трудно так стоять,
Ножку на пол не спускать.
И не падать, не качаться,
За соседа не держаться.*

13. Дети вытягивают руки в стороны, сжимают кисть в кулак, разжимают и кладут на пояс:

*Руки в стороны, в кулачок,
Разжимай — и на бочок.*

14. Дети садятся на корточки, прижимая голову книзу и обхватив руками колени, потом постепенно выпрямляются, становятся на носки и тянутся сколько возможно вверх, поднимая руки. Выполняют движения, сопровождая их словами:

*Сначала буду маленький, к коленочкам прижмусь,
Потом я вырасту большой, до лампы дотянусь!*

15. Дети делают прыжки: ноги врозь и вместе (текст произносит педагог или другие дети):

*Ножки вместе, ножки врозь, ножки прямо, ножки вкось,
Ножки здесь и ножки там, что за шум и что за гам!*

16. Дети делают 2 раза движения: встают на носки и возвращаются в исходное положение, затем 2 полуприседания, опять 2 раза на носки и одно глубокое приседание. Одновременно произносят:

*Ванька, встань-ка, Ванька, встань-ка,
Приседай-ка, приседай-ка,
Будь послушен, ишь какой,
Нам не справиться с тобой.*

17. Делают круги руками.

*Быстро вертится крыло,
Мелет мельница зерно,
А из смолотой муки
Испекут нам пирожки.*

Исходное положение руки назад.

18. Дети делают движения руками, изображая паровоз:

*Едем, едем, долго едем.
Очень длинен этот путь.
Скоро до Москвы доедем,
Там мы сможем отдохнуть.*

19. Дети подражают движению дворника с метлой:

*Подметаю я свой двор,
Собираю в кучу сор.
Будут все меня хвалить,
«Молодец» мне говорить!*

20. Дети держатся попарно за правую руку, подражая движению пильщиков:

*Пили, пила, пили живей,
Мы домик строим для зверей.
В нем серый зайчик станет жить.
И с нами будет он дружить.*

21. Дети вбивают гвозди в стену:

*Молоточком я стучу, (2 удара)
В стенку гвоздь вколочу, (2 удара)
Гвоздь вбиваю сильнее (2 удара)
Для картинки моей! (2 удара).*

22. Дети стоят по кругу. Играют в мяч:

*Мячик мой, лети высоко (бросок вверх),
Мячик мой, лети далеко (бросок через круг),
По полу беги скорей (перекатывают через круг),
Скок об пол, смелей, смелей (бросок 4 раза об пол).*

23. Дети перебрасывают мяч от соседа к соседу в правую или левую сторону.

*Целый день я лечу,
Целый день я скачу,
Больше прыгать не могу,
Ах, сейчас я упаду!*

На последнем слоге каждой строки мяч ударяется об пол.

24. Игра сопровождается стихами С. Маршака «Мой веселый, звонкий мяч...» Слова произносит тот ребенок, который бросает мяч.

25. Дети стоят по кругу и перекатывают обруч (мяч) через круг, говоря: «Лови» («Коля, лови»; «Коля, лови мячик» и т. д.).

26. На ковре, на расстоянии одного шага, лежат 7 больших кубиков. Ребенок наступает по очереди на каждый кубик, говоря: «Я по камешкам пройду, через речку перейду». Последний шаг он делает с кубика на пол.

27. «Стрекозы». Дети встают в круг. На слова: «Я летала, я летала, устали не знала» делают летательные движения, «Села, посидела, опять полетела» (останавливаются и опускаются на одно колено):

*Я подруг себе нашла,
Весело нам было.*

Дети делают летательные движения.

*Хоровод кругом вела,
Солнышко светило.*

Берутся за руки и водят хоровод.

28. «Заяц». Все дети сидят и читают стишок:

*Заяц белый, заяц белый,
Ты куда за лыком бежал?*

«Заяц» скачет по комнате в ритме стиха:

*Заяц белый отвечал:
«Я не бежал, а скакал».*

Затем останавливается и отвечает на вопрос детей.

29. Дети изображают все, о чем говорится в стишке, движения выполняются в ритме стиха:

*Моем шею,
Моем уши,
Вытираемся посуше.
Не спеша, не спеша.
Мы и зубы чистим тоже,
Порошком, порошком.*

30. «Мяч». На каждое слово мяч перебрасывается через круг.

*Мяч летает полосатый.
В мяч играют медвежата.*

31. «Гусь». Дети ходят по кругу, изображая гуся. На каждое ударное слово они делают очередной шаг:

*Гусь гуляет по дорожке,
Гусь играет на гармошке (руки в стороны),
И гордится гармонист:
«Я га-га-га голосист!»*

32. «Дятел». Дети, изображая стук дятла по дереву, ударяют правой кистью руки, сложенной в форме клюва, по ладони левой руки.

*Я по дереву стучу,
Червячка добыть хочу,
Хоть и скрылся под корой,
Все равно он будет мой.*

33. «Маляр».

*Красить комнаты пора —
Пригласили маляра.
Он приходит в новый дом
С яркой краской и ведром.*

Дети медленно поднимают и опускают правую руку (на акцент), изображая движения маляра.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ ПРИ ЗАИКАНИИ¹

Логопедический массаж при заикании проводится наряду с логопедическими занятиями психотерапевтическим, медикаментозным и физиотерапевтическим воздействиями. Как правило, он предворяет иные логопедические приемы, используемые на занятиях. Основным действием массажа является регуляция мышечного тонуса.

Массаж выполняется в основном в области головы, шеи и верхнего плечевого пояса. Логопед должен хорошо представлять себе механизм нарушения, а также знать анатомию мимических и артикуляционных мышц, мышц шеи, а также область распространения черепно-мозговых нервов. Особенно важно четко представлять область иннервации тройничного и лицевого нервов.

При заикании принято использовать в основном два вида массажа: классический и точечный, а также их сочетания.

Методика логопедического массажа

Логопедический массаж позволяет изолированно воздействовать на отдельные мышцы, обеспечивающие речевую деятельность, т. е. на мышцы артикуляционного, вокального и дыхательного аппаратов.

Массаж проводится в чистом, уютном, теплом и хорошо проветренном помещении.

Руки логопеда должны быть чистыми, теплыми, без ссадин, царапин или каких-либо очагов воспаления, с коротко остриженными ногтями, без украшений, мешающих проведению массажа. Перед массажем руки можно слегка смазать детским кремом или использовать детскую присыпку.

¹ Методика логопедического массажа модифицирована Е. А. Дьяковой.

Массаж рекомендуется проводить ежедневно или через день. Обычно назначают 10—20 процедур. Длительность процедуры может варьироваться в зависимости от возраста пациента и неврологической симптоматики. Обычно массаж начинается с 5—7 мин и может доводиться до 20—25 мин. При хроническом течении заикания рекомендуются повторные курсы массажа.

Массаж следует начинать с принятия правильной позы, или позы покоя. Это способствует расслаблению мышц и не затрудняет дыхание. Можно начало массажа предварять фразами, которые способствуют успокоению, расслаблению: *«Успокаиваешься, отдыхаешь. Дыхание ровное, спокойное, ритмичное. Ты спокоен и расслаблен. Глаза закрыты. Дышится легко и свободно. Твои мышцы расслаблены. Ты отдыхаешь. Тебе хорошо и спокойно»*. Голос логопеда при этом должен быть тихим, мягким, успокаивающим.

Оптимальны следующие положения тела при логопедическом массаже:

1. Пациент лежит на спине, руки вдоль тела, ноги не напряжены, носки несколько разведены. Под головой небольшая плоская подушка, которая доходит до верхнего края лопаток. Специалист занимает положение за головой пациента.

2. Поза — полусидя в кресле с высоким подголовником. Специалист занимает положение за спиной пациента.

Основные приемы логопедического массажа.

1. Поглаживание: а) поверхностное; б) глубокое охватывающее; в) «граблеобразное» (вспомогательное).

2. Растирание.

3. Разминание.

4. Вибрация или поколачивание.

5. Плотное нажатие.

Поглаживание — обязательный прием, с которого начинают каждую процедуру. Он чередуется с другими приемами и заканчивает каждый массажный комплекс. Значимость приема заключается в следующем: при поглаживании усиливается кровообращение в поверхностно расположенных сосудах, снижается мышечный тонус, регулируется дыхание.

Движения осуществляются выпрямленной кистью, первый палец отведен, остальные согнуты. Прилагаемое усилие не должно вызывать смещение кожи.

Поверхностное поглаживание — наиболее мягкий, шадящий прием. Ладони специалиста расслаблены. Применяется для снижения тонуса мышц лицевой и артикуляционной мускулатуры.

Глубокое поглаживание — более интенсивный прием. Он применяется для воздействия на рецепторы глубоко «заложенных» мышц и сосудов, тем самым оказывает некоторое возбуждающее воздействие на центральную нервную систему. Глубокое поглаживание нужно осуществлять в доступных для изолированного воздействия мышцах.

«Граблеобразное» поглаживание в основном используется при массаже волосистой части головы. При этом движении пальцы широко разведены. Прием выполняется подушечками пальцев в продольном, поперечном, зигзагообразном и круговом направлениях.

Растирание — выполняется с применением значительной силы давления на массируемую область, что вызывает смещение и растяжение массируемых тканей. Значительно усиливает кровообращение, обменные и

трофические процессы в тканях, сократительную функцию мышц, повышает тонус. Выполняется подушечками пальцев, ребром ладони или всей ладонной поверхностью. Движение осуществляется в прямом или спиралевидном направлении.

Разминание — максимально активизирует работу мышц. Проводится путем сдвигания, растяжения, разминания тканей. Массажные движения выполняются в продольном, поперечном, но чаще в спиралевидном направлениях.

Вибрация, или поколачивание оказывает различное воздействие. Сильная, жесткая вибрация повышает тонус мышц, а легкая, слабая — снижает.

Прием вибрации осуществляется одним, двумя или всеми пальцами, придавая тканям колебательные движения различной частоты и амплитуды. Движения могут проводиться одной рукой, двумя руками одновременно или последовательно параллельно с двух сторон. Вибрация изменяет внутритканевый обмен, улучшает трофику тканей.

Плотное нажатие улучшает кровообращение, лимфообращение, обменные процессы. Можно использовать в местах выхода пучков нервных окончаний — в так называемых «биологически активных точках». Плотным нажатием этих мест заканчивается, как правило, любое поглаживание.

Выбор приемов массажа осуществляется дифференцированно, в зависимости от распределения тонуса мышц.

При заикании в основном используются такие приемы, как поверхностное охватывающее поглаживание, слабая вибрация и плотное нажатие. В меньшей степени используются остальные приемы.

Самостоятельно отдельные приемы в практике массажа, как правило, не применяются, а используются в виде комплексов приемов.

Диагностика состояния мышц

Для правильного выбора приемов и дозировки корригирующего логопедического массажа необходимо определить состояние тонуса мышц пациента:

- мышц шеи и верхнего плечевого пояса;
- мимических мышц;
- артикуляционных мышц;
- мышц языка.

Это устанавливается путем: а) осмотра; б) пальпации; в) выполнения динамических и статических упражнений, используемых при обследовании состояния указанных групп мышц.

Необходимо учитывать эмоциональное состояние заикающегося и его личностные особенности.

КОМПЛЕКС МАССАЖНЫХ ДВИЖЕНИЙ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ПРИ ЗАИКАНИИ

Общие указания к проведению расслабляющего массажа

1. Массаж производится в медленном темпе.
2. Расслаблению мышц способствует музыкальное сопровождение (тихая музыка с медленным, плавным ритмом) или проговаривание логопедом, проводящим массаж, формул спокойствия аутогенной тренировки.

3. Массаж должен вызывать у заикающегося приятные ощущения тепла и покоя.

4. Руки массажиста должны быть обязательно теплыми.

Расслабление мышц шеи

У заикающихся часто отмечается выраженный тонус в мышцах шеи и верхнего плечевого пояса. Расслабление мышц шеи рефлекторно снижает тонус корня языка, способствует активизации движений нижней челюсти (снятие «мышечных зажимов»).

Рекомендуется проводить следующий комплекс массажных движений.

1. Медленно поглаживать шею ладонями обеих рук сверху вниз: а) в области горла попеременно то правой, то левой рукой (избегая надавливания на область щитовидной железы); б) от околоушной области лица по боковой поверхности шеи до подмышечной впадины (снимает тонус с грудинно-ключично-сосцевидной мышцы).

2. Положить обе руки на заднюю часть шеи, близкую к затылку, руки скользят по боковой части шеи вниз до подмышечной впадины (снимают тонус с трапецевидной мышцы).

Дополнительно после массажа можно использовать упражнения, способствующие расслаблению шейных мышц:

а) голову «уронили» вперед — «уснули»;

б) голову слегка запрокинули; из этого положения движения вправо-влево и вниз;

в) голову опустили, затем «уронили».

Расслабление лицевой мускулатуры

1. Массаж начинается от середины лба по направлению к вискам (рис. 1, а).

Вариант движения — от середины лба к ушным раковинам (рис. 1, б).

2. Вторым направлением расслабляющего массажа является движение от бровей к волосистой части головы. Движения производятся руками равномерно с обеих сторон (рис. 2).

В точках окончания движения производится незначительное нажатие пальцами.

3. Движение от подбородка с двух сторон к височным впадинам, с фиксацией пальцев в углублениях у козелка и мочки уха (рис. 3).

4. Движение от спинки носа к ушной раковине (рис. 4).

5. Движение от середины верхней губы до ушных раковин (рис. 5).

6. Движение от средней линии лба вниз через височные впадины по щекам к середине подбородка (рис. 6).

7. Поглаживание от середины подбородка по нижней губе, по носогубной складке, по боковым поверхностям носа через переносицу к середине лба и по лбу к височным впадинам, закончить движение легким прижатием кожи (рис. 7).

Эти движения выполняются в основном указательным, средним и безымянным пальцами. Каждое движение заканчивается легким нажатием подушечками пальцев в фиксированных местах окончания движения. Движения 3, 4, 5 повторяются с использованием приема легкой вибрации.

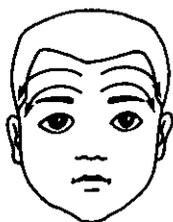


Рис. 1, а

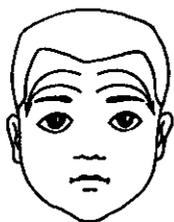


Рис. 1, б

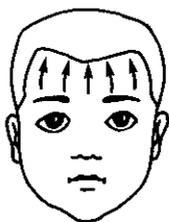


Рис. 2

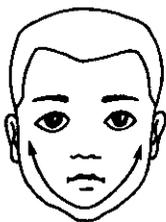


Рис. 3

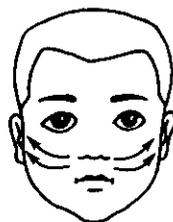


Рис. 4

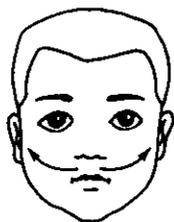


Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7

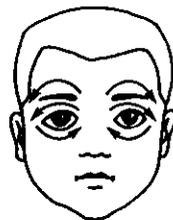


Рис. 8



Рис. 9

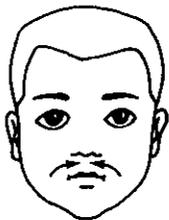


Рис. 10

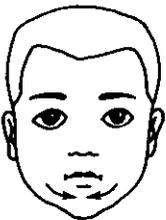


Рис. 11

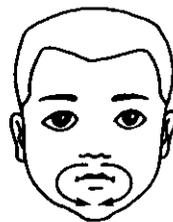


Рис. 12

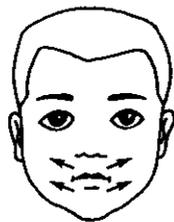


Рис. 13

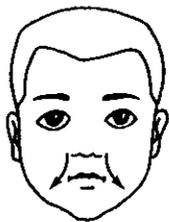


Рис. 14

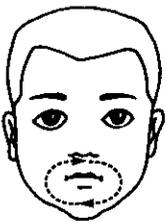


Рис. 15

Массаж для расслабления круговой мышцы глаза

1. Поглаживание подушечками второго и третьего пальцев обеих рук; одновременно скользить от виска по нижнему веку к внутреннему углу глаза. Дойдя до внутренних углов глаз, вторым и третьим пальцами легко скользить по брови по направлению к виску. Заканчивать движение легким прижиманием кожи на висках (рис. 8).

2. Поглаживание круговых мышц глаз. Подушечками пальцев обеих рук одновременно производить поглаживание от виска по нижнему веку к внутреннему углу глаза. Затем плавно переходить на верхнее веко и поглаживать его очень легко, не нажимая на глазное яблоко (рис. 9).

Расслабляющий массаж мышц губ

Проводятся легкие движения в следующих направлениях:

1. По верхней губе от угла рта к середине (рис. 10).
2. По нижней губе от угла рта к середине (рис. 11).
3. От середины верхней губы на подбородок (рис. 12).
4. Указательные и средние пальцы логопед располагает около углов рта и слегка растягивает губы, как при улыбке. Обратным движением губы возвращаются в исходное положение. Движения легкие и плавные (рис. 13).
5. Поглаживание носогубных складок от крыльев носа к углам рта (рис. 14).
6. Вторым и третьим пальцами легкое постукивание круговой мышцы губ по часовой стрелке (рис. 15).

Массажные движения проводятся при различном положении рта — закрытом и слегка приоткрытом.

Массаж гортани

Осторожно захватить гортань большим, указательным и средним пальцами и делать легкие ритмичные движения в поперечном направлении. В процессе массажа заикающийся может пропевать гласные звуки.

Последовательность воздействия на массируемые области в процессе одного сеанса массажа может быть следующая:

- 1) мышцы шеи;
- 2) мышцы верхнего плечевого пояса;
- 3) мимическая мускулатура;
- 4) мышцы губ;
- 5) область гортани.

Главным образом массаж направлен на расслабление мышц и устранение так называемых мышечных зажимов.

Этот вид массажа (расслабляющий) особенно благотворно воздействует на заикающихся с невротической формой речевой патологии.

При неврозоподобной форме заикания нередко отмечаются остаточные паретические явления в артикуляционной мускулатуре, которые могут быть выражены как пластичностью, так и вялостью артикуляционных мышц.

Особенно часто эти явления наблюдаются в мышцах языка. В этих случаях в комплекс массажных движений включается специальный дифференцированный массаж пораженных мышц.

Методика точечного массажа

Массаж биологически активных точек

Воздействие на биологически активные точки (БАТ) — один из методов рефлекторной терапии. Основные цели специального точечного массажа при заикании: релаксация мышц, обеспечивающих работу голосо-

вого, дыхательного и артикуляционного аппаратов; нормализация эмоционального состояния заикающихся.

Путем нажатия на БАТ вызываются определенные рефлекторные реакции в соответствующих органах или мышцах. Одним из условий эффективности точечного массажа является правильное определение локализации биологически активной точки.

При определении нужной точки ориентирами служат различные анатомические образования: впадины, мышцы, сухожилия, кости и пр.

Приемы точечного массажа для детей те же, что и для взрослых, но надавливание на точки не должно быть интенсивным.

Основные приемы точечного массажа

Основными при коррекции заикания являются два приема.

Поглаживание — круговые движения подушечкой указательного, среднего или безымянного пальцев в области БАТ; прилагаемое усилие не должно вызывать смещения тканей. Движение медленное и непрерывное, что способствует расслаблению мышц.

Разминание — вращательное движение с надавливанием; палец не должен смещаться с проекции точки. Частота вращения 30—60 оборотов в минуту.

Поскольку для заикающихся основной задачей является релаксация мышц, участвующих в речевом процессе, то воздействия на точку осуществляется следующим образом: мягкое надавливание подушечками пальцев, вращательные движения медленные, плавные, по часовой стрелке около 30 с с постепенным увеличением силы давления. Затем следует слегка ослабить силу давления. Не убирая палец, можно сделать остановку на 1—2 с, и повторять движения 3—4 раза, так что воздействие на одну точку может продолжаться в течение 3—5 мин. После того как палец снят с точки, на коже не должно быть заметной ямки.

Рассмотрим БАТ в комплексе по принципу воздействия.

Комплекс 1 — снятие напряжения с мышц артикуляционной мускулатуры (рис. 16).

А — одиночная точка под носом в верхней трети вертикальной борозды по верхней губе.

Б — одиночная точка в центре подбородочно-губной складки.

В — парные точки кнаружи от угла рта на 1 см, на вертикальной линии от зрачка.

Комплекс 2 связан с состоянием мышц глотки и гортани. Способствует снятию напряжения с голосового аппарата (рис. 17).

А — точка на средней линии шеи, между нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

Б — точка примерно на 0,7 см выше верхнего края яремной вырезки грудины.

Комплекс 3 связан с состоянием мышц глотки, гортани и корня языка, способствует расслаблению данных мышц (рис. 18). Массировать аккуратно, так как легко возникают неприятные ощущения.

Точка располагается на средней линии шеи или посередине верхнего края подъязычной кости.

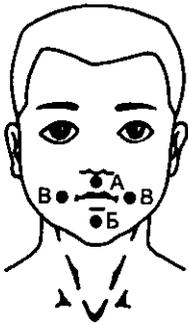


Рис. 16

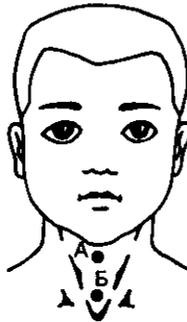


Рис. 17

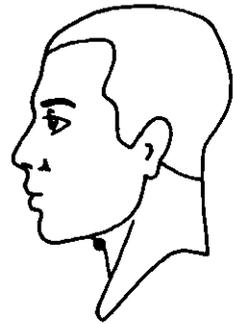


Рис. 18

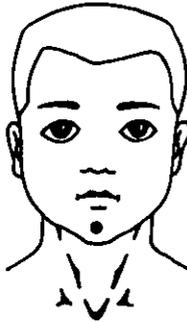


Рис. 19

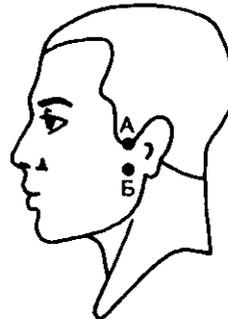


Рис. 20

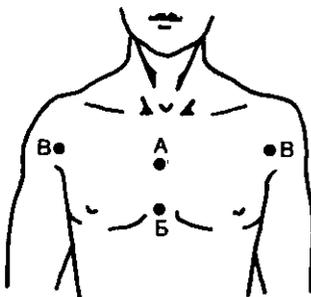


Рис. 21

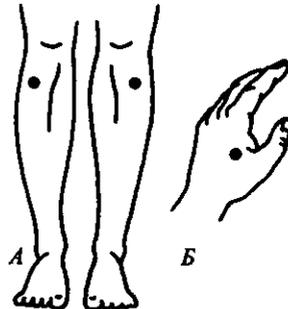


Рис. 22

Комплекс 4 способствует снятию напряжения с мышц нижней челюсти (рис. 19).

Точка на середине наиболее выступающей части подбородка.

Комплекс 5 способствует снятию напряжения с мышц нижней челюсти (рис. 20).

А — парные точки спереди от козелка уха, во впадине, которая образуется нижним краем скуловой кости и вырезкой нижней челюсти.

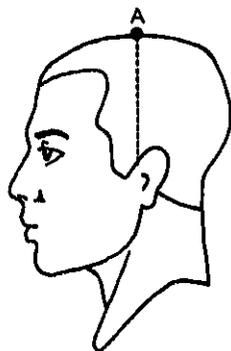


Рис. 23

Б — парные точки на уровне нижнего края прикрепления мочки уха.

Комплекс 6 направлен на регуляцию ритма дыхания и снятие напряжения с мышц верхнего плечевого пояса (рис. 21).

А — точка находится на уровне ладони, приложенной к ключицам.

Б — точка на уровне расположения сосков в центре грудины.

В — парные точки находятся в углублении, образуемом при положении сведенных плеч.

Комплекс 7 воздействует на мышцы голосового аппарата, повышает работоспособность при умственном утомлении (рис. 22); массаж направлен на точки общего действия.

А — парные точки ниже верхнего края латерального мышелка большеберцовой кости примерно на 4 см у переднего края большеберцовой мышцы;

Б — парные точки между I и II пястными костями, ближе к середине II пястной кости, в ямке.

Комплекс 8 предусматривает воздействие на «точку жизни».

Одиночная точка на темени, ближе к макушке, во впадине на «прямом проборе» — там, где его пересекает линия, проведенная от уха к уху вертикально вверх через верхние точки ушных раковин (рис. 23).

При проведении точечного массажа необходимо учитывать следующее:

1) на первых сеансах массируют не более 3—4 точек, постепенно увеличивая их количество;

2) симметричные точки массируют попарно и одновременно;

3) точечный массаж рекомендуется сочетать с сегментарным;

4) массаж, как правило, предшествует логопедическому занятию. В редких случаях он может составить заключительный этап занятия;

5) массаж рекомендуется проводить курсом: между 1-м и 2-м курсом перерыв две недели; между 2-м и 3-м — около 3 месяцев. Курсы повторяются каждые 3—6 месяцев. Процедуры следует проводить через день. Перерыв между сеансами массажа, проводимого курсом, не должен превышать трех дней;

6) ребенок во время точечного массажа должен быть расслаблен и спокоен. Точечный массаж при заикании полезно проводить на фоне релаксации. Для этой цели можно использовать специально подобранную музыку, а также проводить массаж на фоне аутогенной тренировки.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Анохин П. К.* Очерки по физиологии функциональных систем. — М., 1975.
- Арутюнян Л. З.* Как лечить заикание. — М., 1993.
- Асатиани Н. М.* Заикание у взрослых // Заикание / Под ред. Н. А. Власовой, К. П. Беккера. — М., 1983.
- Ахутина Т. В.* Порождение речи: Нейролингвистический анализ синтаксиса. — М., 1989.
- Белякова Л. И.* Проблемный подход к анализу патогенетических механизмов заикания // Заикание: Проблемы теории и практики / Под ред. Л. И. Беляковой — М., 1992.
- Белякова Л. И., Дьякова Е. А.* Речевые паузы в нормальной речи и при заикании // Вопросы психологии. — 1993 — № 3.
- Белякова Л. И., Дьякова Е. А.* Сравнительный анализ речезыковых параметров у лиц с нормальной речью и заикающихся // Психолингвистика и современная логопедия / Под ред. Л. Б. Халиловой — М., 1997.
- Бернштейн Н. А.* Очерки по физиологии движения и физиологии активности. — М., 1966.
- Блысина И. В., Ковшиков В. А.* Массаж в коррекции артикуляторных расстройств. — СПб., 1995.
- Балдырева Т. А.* Динамика формирования личности заикающихся // Заикание: Проблемы теории и практики / Под ред. Л. И. Беляковой. — М., 1992.
- Буль П. И.* Основы психотерапии. — Л., 1974.
- Вербовая Н. П., Головина О. М., Урнова В. В.* Искусство речи. — М., 1977.
- Вессарт О. В.* Лингвистические факторы, провоцирующие возникновение запинок при заикании // Заикание: Экспериментальные исследования и методы реабилитации: Сб. статей / Под ред. Б. С. Крылова. — М., 1986.
- Вильсон Д. К.* Нарушения голоса у детей. — М., 1990.
- Власова Н. А.* Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. — М., 1959.
- Волкова Г. А.* Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. — М., 1983.
- Воспитание и обучение детей с расстройствами речи / Под ред. С. С. Ляпидевского и В. И. Селиверстова. — М., 1968.
- Выгодская И. Б., Пеллингер Е. А., Успенская Л. П.* Устранение заикания у дошкольников в игре: Пособ. для логопедов. — М., 1984.
- Выгодский Л. С.* Развитие высших психических функций. — М., 1960.
- Гринер В. А.* Логопедическая ритмика для дошкольников. — М., 1958.
- Групповая психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского, С. М. Ледера. — 1990.
- Данилов И. В., Черепанов И. М.* Патофизиология логоневрозов. — Л., 1970.

Драпкин Б. З. Психотерапия в комплексном лечении заикания у подростков // Клиника и терапия заикания. — М., 1984.

Дьякова Е. А. Речевые ошибки и особенности процесса речеобразования у заикающихся // Заикание: Проблемы теории и практики / Под ред. Л. И. Беляковой. — М., 1992.

Жинкин Н. И. Речь как проводник информации. — М., 1982.

Заикание у подростков: Кн. для логопеда. Из опыта работы / Сост. М. И. Буянов. — М., 1989.

Заикание: Проблемы теории и практики / Под ред. Л. И. Беляковой. — М., 1992.

Зимняя И. А. Основы теории речевой деятельности. — М., 1974.

Игры в логопедической работе с детьми: Кн. для логопеда / Ред.-сост. В. И. Селиверстов. — М., 1987.

Калачева И. О. Использование семейной психотерапии в процессе реабилитации детей раннего возраста, страдающих заиканием // Заикание: Проблемы теории и практики. — М., 1992.

Клиника и терапия заикания / Под ред. Г. В. Морозова. — М., 1984.

Клиника, дифференциальная диагностика и принципы комплексной терапии затяжных форм заикания у взрослых в условиях стационара: Методические рекомендации / Сост. Н. М. Асатиани, В. Г. Казаков, А. И. Лубенская, Е. В. Оганесян. — М., 1980.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М., 1979.

Козлянинова И. П., Чарели Э. М. Речевой голос и его воспитание. — М., 1985.

Кочеткова И. Н. Парадоксальная гимнастика Стрельниковой. — М., 1989.

Крапивина Л. М. Методические рекомендации по организации и содержанию логопедических занятий с заикающимися дошкольного возраста // Заикание: Проблемы теории и практики / Под ред. Л. И. Беляковой. — М., 1992.

Кузьмин Ю. М. Модели нормального процесса речи и механизмы речевых нарушений // Механизмы речевого процесса реабилитации больных с речевыми нарушениями: Сб. науч. трудов / Под ред. Ю. М. Кузьмина. — 1989.

Левина Р. Е. Заикание у детей // Преодоление заикания у детей / Под ред. Р. Е. Левиной. — М., 1975.

Леонтьев А. А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания. — М., 1969.

Лечебно-педагогическая работа с детьми дошкольного возраста, страдающими заиканием: (Методические рекомендации) / Сост. Н. А. Власова, И. О. Калачева, А. А. Макровская. — М., 1979.

Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. — М., 1989.

Лохов М. И., Фесенко Ю. А. Заикание и логоневроз: Диагностика и лечение. — СПб., 2000.

Лукашевич И. П. и др. Комплексный анализ патогенетических механизмов и этиологии синдрома заикания // Дефектология. — 2000. — № 5.

Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. — М., 1973.

Методы групповой психотерапевтической работы с больными, страдающими заиканием: (Методические рекомендации) / Сост. В. М. Шкловский, Л. М. Кроль, Е. Л. Михайлова. — М., 1985.

- Миронова С. А.* Исправление заикания у дошкольников в процессе обучения // Преодоление заикания у дошкольников / Под ред. Р. Е. Левиной. — М., 1975.
- Миссуловин Л. Я.* Лечение заикания. — М., 1988.
- Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. — Л., 1960.
- Некрасова Ю. Б.* Психологические основы процесса социореабилитации заикающихся: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 1992.
- Носенко Э. Л.* Эмоциональное состояние и речь. — Киев, 1981.
- Обучение и воспитание заикающихся дошкольников: Программа для специальных дошкольных учреждений. — М., 1983.
- Оганесян Е. В.* Логопедическая ритмика. — М., 1998.
- Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. — М., 1968.
- Поварова И. А.* Практикум для заикающихся. — СПб., 1999.
- Пеллингер Е. Л., Успенская Л. П.* Как помочь заикающимся школьникам. — М., 1995.
- Рау Е. О.* Система работы по устранению недостатков речи у детей дошкольного и школьного возраста. — М., 1965.
- Рау Е. О.* Роль игровой психотерапии в устранении заикания у дошкольников // Психотерапия в дефектологии / Сост. Н. П. Вайзман. — М., 1992.
- Романенко О. К.* Практическая гештальттерапия. — М., 1995.
- Рычкова Н. А.* Логопедическая ритмика: Диагностика и коррекция произвольных движений у детей, страдающих заиканием: Методические рекомендации. — М., 1997.
- Саитбаева Э. Р.* Психолингвистический анализ связной речи заикающихся дошкольников в сравнении с нормой // Заикание: Проблемы теории и практики / Под ред. Л. И. Беляковой. — М., 1992.
- Селиверстов В. И.* Заикание у детей: Пособ. для логопедов. — М., 1994.
- Сикорский И. А.* О заикании. — СПб., 1889.
- Смирнов В. М.* Нейрофизиология и высшая нервная деятельность детей и подростков. — М., 2000.
- Специальная педагогика / Под ред. Н. М. Назаровой. — М., 2000.
- Станишевская Н. Н.* Психологическое исследование личности взрослых больных, страдающих заиканием // Клиника и терапия заикания: Сб. науч. трудов / Под ред. Г. В. Морозова. — М., 1984.
- Ушаков Г. К.* Детская психиатрия. — М., 1973.
- Чевелева Н. А.* Исправление заикания у школьников в процессе обучения. — М., 1965.
- Чевелева Н. А.* Исправление заикания у дошкольников в процессе обучения. — М., 1978.
- Чистякова М. И.* Психогимнастика. — М., 1990.
- Шкловский В. М.* Заикание. — М., 1994.
- Шкловский В. М.* Психотерапия в комплексной системе терапии лого-неврозов // Руководство по психотерапии. — М., 1974.
- Ястребова А. В.* Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы: Пособ. для учителей-логопедов. — М., 1980.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. Основные механизмы устной речи	6
1.1. Анатомо-физиологические механизмы речи	6
1.2. Акустические характеристики устной речи	15
1.3. Теоретические представления о функциональной системе устной речи	18
1.3.1. Функциональная система поведенческого акта	18
1.3.2. Функциональная система устной речи	24
1.4. Речевой онтогенез	27 ✓
Глава 2. Заикание	38
2.1. Феноменология заикания	38
2.2. Этиология заикания	49
2.3. Психолого-педагогическая и клиническая характеристика заикающихся	52
2.3.1. Клиническая и психолого-педагогическая характеристики заикающихся с невротической формой речевой патологии	53
2.3.2. Клиническая и психолого-педагогическая характеристики заикающихся с неврозоподобной формой речевой патологии	62
2.4. Психолингвистический анализ речи заикающихся	71
2.5. Некоторые патогенетические механизмы заикания	75
2.5.1. Патогенетическое обоснование основных направлений комплексной психолого-педагогической реабилитации заикающихся	83
Глава 3. Основные направления комплексной психолого-педагогической реабилитации заикающихся	86
3.1. Клиническое и психолого-педагогическое обследование заикающихся	87
3.2. Логопедические техники формирования плавной речи у заикающихся	97
3.2.1. Охранительный речевой режим	98
3.2.2. Регуляция эмоционального состояния	101
3.2.3. Развитие координации и ритмизации движений	108
3.2.4. Формирование речевого дыхания	114
3.2.5. Формирование навыков рациональной голосоподачи и голосоведения	119
3.2.6. Развитие просодической стороны речи	122
3.2.7. Развитие внутреннеречевого планирования	125
3.2.8. Инструментальные методы воздействия	130

3.3. Воздействие на личность заикающихся	133
3.4. Системы комплексных реабилитационных психолого-педагогических воздействий	139
3.4.1. Комплексные системы реабилитации заикания у дошкольников	140
3.4.2. Комплексные системы реабилитации заикающихся подростков и взрослых	145
3.5. Профилактика заикания	151
Глава 4. Организация учебного процесса по курсу «Заикание»	160
4.1. Организация деловых игр	161
4.2. Анализ логопедического занятия	162
4.3. Задания для самостоятельной работы	163
4.4. Контрольные вопросы и задания по курсу «Заикание»	164
Практический материал, используемый в работе с заикающимися	169
Приложение 1. Приемы активизации невербальных способов общения	169
Приложение 2. Специализированная аутогенная тренировка для взрослых заикающихся	173
Приложение 3. Упражнения для формирования речевого дыхания у подростков и взрослых	179
Приложение 4. Парадоксальная дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой	181
Приложение 5. Упражнения для работы над голосом	184
Приложение 6. Упражнения для использования на логоритмических занятиях	187
Приложение 7. Логопедический массаж при заикании	194
Рекомендуемая литература	203

Учебное издание

**Белякова Лидия Ивановна,
Дьякова Елена Александровна**

Логопедия: Заикание

Учебник

Редактор *С. А. Шаренкова*
Технический редактор *О. С. Александрова*
Компьютерная верстка: *Д. В. Федотов*
Корректоры *Н. Н. Кривкина, А. Р. Толстова*

Изд. № А-855-И/1. Подписано в печать 28.07.2003. Формат 60×90/16.
Гарнитура «Таймс». Бумага тип. № 2. Печать офсетная. Усл. печ. л. 13,0.
Тираж 20 000 экз. (1-й завод 1 – 5100 экз.). Заказ № 267.

Лицензия ИД № 02025 от 13.06.2000. Издательский центр «Академия».
Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.02.953.Д.003903.06.03 от 05.06.2003.
117342, Москва, ул. Булterова, 17-Б, к. 223. Тел./факс: (095)330-1092, 334-8337.

Отпечатано на ОАО ПП «Наш Современник»
445043, г. Тольятти, Южное шоссе, 30.