

Южно-украинский государственный педагогический университет
имени К. Д. Ушинского
Кафедра «Специальной педагогики и психологии»

Авторы: Дегтяренко Т. В., Литовченко О. В.

«Патогенетические механизмы заикания у детей»

Учебно-методическое пособие

Одесса 2005

Укладачі: Дегтяренко Т. В. – д.м.н. професор, зав. кафедрою спеціальної педагогіки і психології, Літовченко О. В. - к.п.н. асист.

Рецензент:

- **Лецій Н. П.** кандидат педагогічних наук. Південноукраїнського державного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського.

Затверджено Радою факультету дошкільного виховання Південноукраїнського державного педагогічного університету від 21 квітня 2005р. протокол № _____

Методичні рекомендації для студентів факультету дошкільного виховання за спеціальністю “Дошкільне виховання. Дефектологія. Логопедія” / укладачі Дегтяренко Т. В. – д.м.н., професор, зав. кафедрою спеціальної педагогіки і психології, Літовченко О. В. - к.п.н. асист. – Одеса: ПДПУ імені К. Д. Ушинського, 2005. –

Содержание

1. Актуальность и современное состояние проблемы разработки патогенеза заикания у детей
2. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика заикания у детей
 - 2.1 Клиническая и психолого-педагогическая характеристика заикания детей с невротической формой речевой патологии
 - 2.2 Клиническая и психолого-педагогическая характеристика заикания детей с неврозоподобной формой речевой патологии
3. Психолингвистический анализ речи у заикающихся детей
4. Патогенетические механизмы заикания

Учебно-методическое пособие по логопедии

Патогенетические механизмы заикания у детей.

1. Разработка проблемы патогенеза заикания у детей.

Заикание – нарушение речи, которое не только широко распространено среди детей и взрослых, но и отличается многообразными причинами возникновения, сложным симптомокомплексом клинических проявлений и в ряде случаев невысокой эффективностью лечения. Трудности общения с окружающими, характерные для многих заикающихся, особенно в подростковом и юношеском возрасте, обуславливают у этих больных определенные изменения личности, мешают им учиться и работать, в полной мере раскрывать свои способности и интеллектуальные возможности (Флоренская Ю. А., 1949; Хватцев М. Е., 1959; Куршев В. А., 1973; Селиверстов В. И., 1979; Асатиани Н. М. и др., 1980; Власова Н. А., Беккер К. П., 1983; Буянов М. И., 1989; Шкловский В. М., 1994; Волкова Л. С., 1995; Калягин В. А., 1998; и др.). Несмотря на многовековую историю борьбы специалистов различного профиля с заиканием и большое количество научно-исследовательских работ в данной области, дальнейшее изучение механизмов развития этого нарушения речи, поиски новых терапевтических подходов и разработка коррекционных методик не утратили своей актуальности в настоящее время.

Разработка проблемы заикания в нашей стране в советский период шла главным образом в плане применения учения акад. И. П. Павлова о ВНД для выявления специфики нарушений при заикании, понимая его как невроз, функциональное нарушение, захватывающее не только речевую функцию, но и многие другие стороны психологической деятельности человека. Подобный подход определил главное в решении вопросов, связанных с лечением и предупреждением заикания, а именно: применение комплекса мероприятий, ставящих своей задачей одновременное или последовательное воздействие на ряд психологических нарушений в организме, развивающихся в результате заикания. Однако все же следует отметить, что в большом количестве работ, посвященных вопросам заикания, имеется много и таких, в которых авторы ограничивались простым перенесением, без их творческого развития, отдельных положений учения И. П. Павлова в область логоневрозов.

С. Н. Давиденков (1960), определяя заикание как невроз, обусловленный срывом высшей нервной деятельности, констатирует: «Учение И. П. Павлова о неврозах дало возможность понять механизм происхождения заикания». Ведущее место в этиологии заикания автором отводится психотравме, общесоматическим заболеваниям, эндокринопатии, расстройству питания, инфекции, особенно коклюшу, и др. Сочетание этих вредностей может вызвать первичные проявления заикания — судорожные нарушения речи.

В развитии этого недуга С. Н. Давиденков выделяет первичные и вторичные явления – судорожные нарушения речи и вегетодисфункции реакции при благоприятных условиях у детей младшего возраста могут исчезать, хотя не исключена возможность рецидива. При устойчивом (фиксированном) заикании у

более старших детей и подростков, в результате эмоциональных наслоений развиваются такие вторичные явления (робость, конфузливость, угрюмость, застенчивость), повышается возбудимость, страх перед речью и возникают «трудные» для произнесения звуки и слова.

Ю. А. Поворинский (1959) считает, что заикание может быть, как функционального, так и органического характера, и не совсем правильно называть его логоневрозом. «Это так же неправильно, как говорить сердечный, желудочный невроз. Невроз есть общее расстройство, а заикание есть один из возможных синдромов невроза».

Исходя из этого, Ю. А. Поворинский подчеркивает необходимость комплекса лечебных мероприятий: длительные логопедические тренировки, налаживание правильного дыхания, лечебная гимнастика, ритмика, лечение сном. Лучшие результаты терапии сном, по мнению Ю. А. Поворинского, были у лиц с превалированием тормозного процесса над возбуждательным. У неуравновешенных людей и особенно у истериков эта терапия не дает положительного результата. В связи с тем, что применение в течение длительного времени снотворных средств вредно для организма, автор лучшей формой лечения заикания считает гипнотерапию в сочетании с логопедическими занятиями.

Н. И. Поварнин (1959) также считает, что заикание есть болезнь с функциональным расстройством речевого моторного стереотипа речи. Так как по составу симптомов и патогенезу заикание в разных случаях бывает различным, то и лечение его, по мнению Н. И. Поварнина, не может ограничиваться каким-либо одним лечебным приемом, например, логопедией, а должно быть комплексным, обоснованным этиологически и патогенетически.

М. П. Блескина, М. Г. Васильева и И. М. Милаковский (1955) наблюдали в клинике 127 больных с выраженным заиканием. Из этого числа 73 больных были с выраженными и резко выраженными невротическими нарушениями, 34 – со средней тяжестью заикания и умеренно выраженными невротическими нарушениями. Авторы делают заключение, что тяжесть заикания находится в прямой зависимости от характера и выраженности невротических явлений. Отягощающими факторами в патогенезе этого страдания, по мнению авторов, являются: психогенные наслоения, общая астенизация организма, вегетативные нарушения.

Л. Г. Первов (1967) определяет заикание как невротическое состояние, связанное с психогенным фактором, развивающееся нередко на фоне соматически ослабленного организма и мелких органических изменений центральной нервной системы; оно чаще возникает в детском возрасте, в период становления речи или при предъявлении к этой функции повышенных требований. Н. П. Тяпугин (1966), рассматривая механизм развития заикания, полагает, что при психической травме сильная эмоция страха вызывает у ребенка перенапряжение нервных процессов в коре головного мозга и влечет нервный срыв. Эти патофизиологические явления, прежде всего, отражаются на особо уязвимой и ранимой области высшей нервной деятельности ребенка на его речи, вызывая функциональные расстройства в деятельности речевой двигательной системы. При готовности ребенка к

судорожному реагированию у него возникают нарушения координации речевых движений с явлениями аритмичной и судорожной речи.

С. С. Ляпидевский и В. П. Баранова (1963) подчеркивают еще одну существенную сторону в развитии патологии, считая, что возможной причиной возникновения заикания может быть состояние сигнальных систем. Вторая сигнальная система может быть временно ослабленной и, как слабое звено, терпит срыв при воздействии сверхсильных раздражителей. Авторы определяют заикание как патологический рефлекторный акт преимущественно в области речевых систем, закрепившийся на общем невротическом фоне больного. Б. И. Шостак (1963, 1967), анализируя механизмы заикания на основании литературных данных отечественных авторов, также подчеркивает первичное нарушение нервных процессов на уровне коры головного мозга за счет срыва высшей нервной деятельности. В результате этого имеет место извращение индукционных отношений между корой и подкоркой, возникает слабость кортикальной регуляции подкорковыми образованиями, что приводит к нарушению темпа, плавности и модуляции речи, появлению судорог в мышцах органов, участвующих в речи.

Наиболее подробно анализирует возможное нарушение в глубинных структурах мозга при заикании Зеeman (1962, 1965). Когда у невропатически предрасположенных детей, по мнению Зеемана, дело доходит до постоянных симптомов заикания, у них формируется замкнутый круг психических и вегетативных патологических изменений. Страх перед речью как сильная эмоция разрушающе действует на процессы в субкортикальных областях и вегетативных центрах, которые затем обратным действием ухудшают нарушения корковых процессов. От страха перед речью (заикание) нарушается нормальная деятельность стриопаллидума, и вследствие этого возникает гиперкинез и гипертония мышц голосового аппарата. При частом повторении этот патологический процесс закрепляется как условная связь.

Таким образом, исходя из основного механизма нарушения – срыва высшей нервной деятельности в результате сильного эмоционального напряжения (например, страха), отечественные авторы выделяют несколько основных характерных особенностей в протекании нервных процессов у заикающихся. Возможность нарушения связи 1-й и 2-й сигнальных систем, нарушения координации в двигательной части речевой системы, нарушения нормальных взаимоотношений между протеканием нервных процессов на уровне коры головного мозга и его глубинными структурами.

Однако все эти положения нуждаются в дальнейшей углубленной разработке: у детей дошкольного возраста, как отмечают все авторы, заикание может развиваться без симптомов невротического состояния. Последние появляются только тогда, когда ребенок начинает сознавать свое отличие от нормально говорящих людей. Здесь, естественно, возникает вопрос: «Какие же самые первичные изменения в деятельности центральной нервной системы вызывают «срыв»?»

С нашей точки зрения, весьма интересные соображения о механизмах нарушений в деятельности мозга при заикании высказаны в работе В. М. Васильевой, Л. Г. Некрасова (1967). Авторы считают, что заикание есть результат патологически стойкого рассогласования взаимодействий систем речевых реакций и поступающих

афферентных слуховых и кинестезических раздражений, что и сказывается в деятельности речедвигательного анализатора.

Н. И. Жинкин (1959) определяет феномен заикания как нарушение непрерывности в отборе звуковых элементов при составлении разнометричного алгоритма слов, развивающееся в том случае, когда очередной появившийся слог не прекращается на время, большее чем 0,2 (среднее время произнесения слога), и не сменяется следующим слогом. В восстановлении нарушенной системы саморегуляции Н. И. Жинкин придает большое значение корковому компоненту речевой функции. По его мнению, заикание является «каким-то общим неврозом», наиболее резко сказывающимся на речи.

Вопросам заикания посвящено немало работ, но проблема его преодоления продолжает оставаться актуальной и в настоящее время. Для школьников это расстройство речи, как правило, является источником постоянных мучительных переживаний, а часто и причиной ухудшения успеваемости.

Недостаточная изученность природы и механизмов заикания, его сложная и противоречивая симптоматика объясняют то различие в толковании заикания и многообразии приёмов его преодоления, которое имело и имеет место на практике. Вместе с тем следует признать, что наибольшее признание получили представления о невротической природе заикания, тесной связи заикания с состоянием организма и личности заикающегося. Такой подход к пониманию сущности заикания обусловил закрепление в логопедии метода комплексного методологического подхода – терапевтического воздействия лечебного и педагогического плана на речь, личность и организм в целом.

Основываясь на многолетних наблюдениях и не претендуя на исчерпывающее определение сущности данной речевой патологии, мы полагаем, что заикание – это состояние речи, обладающее отрицательной, а в некоторых случаях и положительной динамикой, при котором наблюдаются в периферическом речевом аппарате больного судороги различной тяжести, продолжительности и частоты, возникающие в большинстве случаев вследствие невротических, неврозоподобных либо органических заболеваний нервной системы и, в свою очередь, вызывающие у значительной группы больных вторичные реактивные наслоения. Эти наслоения могут обуславливать определенные личностные изменения и приводить к нарушениям, в той или иной мере, системы общения больного с окружающими людьми (Миссуловин Л. Я., 1988, 1997). При этом, по данным литературы (Шкловский В. М., 1966, 1975, 1979, 1994; Асатиани Н. А., 1983 и др.) и по нашим наблюдениям, нет прямой зависимости между выраженностью вторичных невротических наслоений и степенью тяжести судорожного речевого синдрома. Нарушения общей и речевой моторики, отмеченные у заикающихся многими исследователями, видимо, также можно рассматривать как следствие тех или иных заболеваний нервной системы или их остаточных явлений.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что заикание – это полиморфное болезненное состояние, при котором судорожное нарушение речи является только внешним симптомом. Поэтому человека, страдающего заиканием, следует рассматривать как больного, нуждающегося в большинстве случаев в комплексном лечебном воздействии. Ведущая роль в этом комплексе должна принадлежать

логопедической работе, заключающей в себе целенаправленные приемы рациональной психотерапии.

Заикание – это не только недостаток речи, а сложный в этиопатогенетическом и клиническом отношении болезненный процесс, развивающийся в большинстве случаев в раннем детстве и претерпевающий в силу многих причин (о них речь пойдет ниже) различные изменения на протяжении долгих лет, а иногда и всей жизни больного. Поэтому в терапевтических и прогностических целях необходимо сосредоточить внимание на патоморфозе заикания и его причинах. Правомерно использовать также имеющиеся в медицинской литературе данные о патоморфозе нервно-психических заболеваний, так как эти заболевания в подавляющем большинстве случаев являются патологической основой, фундаментом, на котором возникает и развивается заикание.

2. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика заикающихся детей.

2.1. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика заикающихся детей с невротической формой речевой патологии.

Возникновению заикания невротической формы у детей обычно предшествует психогения в виде испуга либо в виде 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 у них 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 звукопроизводительной 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-мя 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 типа повышенной впечатлительности, тревожности, робости,

обидчивости, 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, к условиям детского сада проявляют обычно плохую переносимость. Заикание возникает чаще всего остро на фоне развитой фразовой речи после перенесенной психической травмы. Помимо острой и хронической психической травматизации невротическая форма заикания у некоторых детей развивается в результате активного введения в общение второго языка в 1,5 – 2,5 лет жизни. Это бывает у детей, которые еще в силу возрастных особенностей не овладели в достаточной степени родным языком. В этом периоде развития речевой функции овладение вторым языком связано с большим психическим напряжением, которое для ряда детей является патогенным фактором.

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 появлением 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.

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, при котором в дальнейшем полных и длительных ремиссий уже не наблюдается, и речевое нарушение становится все более тяжелым.

В случаях неблагоприятного течения заикания чаще имеет место наследственная отягощенность заиканием и патологическими чертами характера. В семьях детей, у которых имеется неблагоприятное течение заикания, бытуют нередко неправильные формы воспитания, способствующие хронификации речевой патологии.

У детей с неблагоприятным течением заикания в 6-7 лет может наблюдаться уже 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 при невротической форме заикания чаще всего обнаруживается нормальное развитие общей моторики. Общие движения, как у детей, так и у взрослых достаточно 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 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 не доведение 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 достаточно модулирован.

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

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. Рецидиву заикания в это время способствует как увеличение эмоциональной и физической нагрузки, так и повышение психической и речевой напряженности.

Резко меняется поведение заикающихся к 10 – 12 годам жизни. В этот период появляется осознание 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 порочный круг, когда судорожные запинки в речи обуславливают сильные эмоциональные реакции отрицательного знака, способствующие, в свою очередь, усилению речевых нарушений.

Таким образом, для невротической формы заикания характерны следующие особенности:

1. До появления заикания отмечается тенденция к раннему речевому развитию.
2. Наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения.
3. Наличие характерологических особенностей (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.).

У детей рассматриваемой группы имеет место определённое несоответствие между уровнем развития языковых средств и способностью адекватно пользоваться ими в процессе устного общения. Указанное своеобразие, типичным выражением которого является наличие специфических коммуникативных затруднений в процессе устного общения, составляет суть рассматриваемого дефекта. Интенсивность коммуникативных затруднений тесно связана с рядом ситуативных факторов. Причем именно здесь обнаруживается одно из принципиальных отличий коммуникативной деятельности заикающихся от того, что имеет место в норме. Дело в том, что частота появления и интенсивность пауз – запинок не носят стабильного характера. Их количество и выраженность (за исключением очень тяжелых случаев) зависят от ряда внешних и внутренних факторов ситуации общения. К таким факторам, относятся: содержание высказываний, условия, в которых протекает деятельность общения (наличие шума, разнообразных помех, присутствие посторонних лиц, изменение формы опроса и т. п.). Большое значение имеет и роль, которую заикающийся занимает в коммуникативном процессе. Эта роль может быть пассивной. В этом случае школьник ограничивается ответами на задаваемые ему вопросы. Вместе с тем эта роль может быть и активной.

Значимость перечисленных ситуативных факторов так велика, что в ряде случаев наблюдается парадоксальное явление: отдельные неразвёрнутые высказывания, главным образом обращения, вопросы, сопровождаются резкими пароксизмами, а развёрнутые связные высказывания протекают более или менее свободно.

2.2. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика заикающихся детей 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 выступает 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, медленное накопление словарного запаса, позднее и неполное освоение грамматического строя речи. Начало заикания совпадает с периодом формирования фразовой речи, т. е. с возрастом – удобной 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. Словесная инструкция по двигательным задачам является недостаточной, 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 синдромы и пр.), у них обнаруживаются остаточные явления поражения моторных систем мозга. При логопедическом обследовании обнаруживается обычно нормальное строение речевого аппарата. Все движения органов артикуляции характеризуются некоторой ограниченностью, нередко отмечается малоподвижность нижней челюсти, наблюдается недостаточная подвижность языка и губ, плохая координация артикуляторных движений, затрудненный поиск артикуляторных поз. Нередко имеется 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 модулированный.

Как правило, наблюдается резкое нарушение речевого дыхания: 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 таких детей 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. У таких детей 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 отмечается снижение познавательной активности.

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.

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, то, как правило, такие дети не нуждаются в повторных курсах коррекционного воздействия. Их речь стабильно остается плавной. Катамнестические исследования свидетельствуют о том, что в этих случаях заикание не рецидивирует.

В тех случаях, когда своевременно и в полном объеме не оказывается логопедическая помощь, неврозоподобная форма заикания имеет склонность к прогрессивному течению. Для этих случаев характерно постепенное утяжеление заикания. Дети, не получившие своевременной логопедической помощи, с трудом обучаются в общеобразовательной школе. Именно эти заикающиеся нередко входят в число учащихся школ для детей с тяжелыми нарушениями речи.

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. Отсутствие периодов плавной речи и малая зависимость качества речи от речевой ситуации.

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

Довольно часто в практике встречаются заикающиеся, клиническая картина речевой патологии которых бывает смешанной.

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 бы 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.

В других случаях невротоподобная форма заикания может осложняться целым 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.

3. Психолингвистический анализ речи заикающихся.

Психолингвистические исследования заикающихся касаются, главным образом, устной контекстной речи. Это объясняется тем, что судорожные речевые запинки наиболее выражены в монологическом высказывании по сравнению с другими видами устной речи.

Монологическая речь занимает большое место в практике общения, проявляясь в самых разнообразных видах.

Известно, что общей и характерной особенностью монологической речи является последовательное, связное, целенаправленное изложение мысли одним лицом. Благодаря внутренне речевому планированию монолог характеризуется как стройная, логически, синтаксически и в смысловом отношении организованная структура. Это происходит благодаря адекватному набору лексических значений, синтаксических конструкций и грамматически правильному построению высказываний в виде полносоставных предложений, что вместе должно отражать замысел говорящего.

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, но он является 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. Переход ребенка к усложненным формам речевого общения связан с трудностями 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» (Р. Е. Левина, 1975, с. 9).

Заикающиеся дети по уровню речевого развития не представляют однородную группу. Среди них есть дети, как с высоким, так и с низким уровнем речевого развития. В то же время как у тех, так и у других отмечаются затруднения в подыскивании нужного слова, речевом оформлении мысли, многословие, склонность к пространным рассуждениям.

При невротической форме заикания дети дошкольного возраста обладают полноценным набором лексических средств и адекватным грамматическим конструированием высказывания. Они хорошо осуществляют программирование своего высказывания и его составных частей. Последовательность передачи смысловой структуры сообщения у них не нарушена. В то же время такие дети употребляют значительное количество неадекватных контексту слов. То есть 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 норме уровня развития монологической речи детей 4-5 лет. При невротической форме заикания одинаковую трудность представляют программирование связного сообщения и оформление смысловой программы средствами языка. Дети этой группы не могут полно и последовательно передать смысловую программу текста. Имеются ограничения объема словарного запаса, причем дети затрудняются активно им пользоваться в самостоятельных связных высказываниях. Предложения являются структурно неполными, а способ связи предложений между собой является однотипным. Помимо этих показателей, при невротической форме заикания имеются нарушения фонематического восприятия и звукопроизносительной стороны речи по дизартрическому типу. Эти характеристики позволяют считать, что при невротической форме заикания имеется недоразвитие речи или его элементы. Предполагается, что у детей с невротической 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 форме, так и при невротической форме заикания дети не замечают и не корректируют свои ошибки, что свидетельствует о снижении контроля за

смысловой стороной высказывания. В школьном возрасте среди заикающихся также имеются 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 предложные конструкции, в которых перечисляются предметы, отмечается большое количество персевераций и эмболов. Нередко высказывания состоят из одних существительных, из других частей речи преимущественно используются местоимения и наречия. Отмечаются отсутствие логических ударений, интонационная невыразительность речи. При этом при невротической форме заикания смысловая организация контекстной речи не страдает. Эти дети достаточно хорошо усваивают школьную программу, являясь успевающими по всем предметам. При неврозоподобной форме заикания отмечаются явления недоразвития речи, выраженные в разной степени. Эти учащиеся, как правило, с трудом усваивают программу общеобразовательной школы. Определенные тенденции в организации монологического высказывания у заикающихся детей становятся более ярко выраженными у взрослых. 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. Прежде всего, это то, что заикающиеся предпочитают использовать высокочастотные слова, употребляют большое количество шаблонных слов и фраз, наиболее привычных для них. В высказываниях заикающиеся многократно повторяют одни и те же слова, что делает их речь многословной, с одной стороны, а с другой стороны – обедненной по содержанию и лексически. Высказывание в целом характеризуется аморфностью структуры и расплывчатостью, частыми отклонениями от основной темы. В то же время у всех заикающихся смысл высказывания в целом сохраняется.

Кроме особенностей содержательной стороны высказывания у заикающихся отмечается своеобразие процесса паузирования. Во-первых, как у детей, так и взрослых отмечено значительно меньшее количество пауз гезитации, чем в норме. Во-вторых, локализация пауз у заикающихся иная, чем в норме. Большая часть пауз у них располагается внутри слов. Напротив, между словами и даже на границах, законченных в смысловом отношении фраз паузы часто отсутствуют, т.е. у заикающихся отмечается выраженная дефицитарность пауз, необходимых для нормального речевого процесса.

Для их речи характерно наличие большого количества пауз, которые характеризуются отсутствием акустического сигнала и заполненных патологической судорожной активностью мышц речевого аппарата. Именно эти паузы часто прерываются эмболами, не фонологическими вокальными образованиями, ложными началами и повторами.

Анализ психолингвистических параметров речи заикающихся позволяет считать, что наличие судорожной активности в мышцах исполнительного аппарата, нарушающей результат действий функциональной системы речи у заикающихся,

искажает процесс внутриречевого планирования и перехода психической части речевого процесса на моторный уровень реализации.

4. Современные представления о механизмах развития 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. При различных клинических формах начало заикания связано с разными причинами.

Первой причиной и условием появления невротической формы заикания служат патогенные эмоциональные факторы 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 в то же время, что едва ли найдется человек, который в детстве не пережил бы состояния испуга или же не бывал в ситуации психологических напряженных семейных отношений. Практически каждый ребенок в своем опыте имеет психический стресс, т. е. эмоциогенные структуры его мозга испытывают периоды сильного возбуждения. Однако в практике известно, что гиперактивация эмоциогенных структур далеко не всегда заканчивается последующим развитием у ребенка патологических реакций и тем более заикания. Нередко психический стресс у детей дошкольного возраста вызывает лишь невротические реакции общего характера (нарушение сна, снижение аппетита, раздражительность, плаксивость и т. п.).

Сам феномен судорожных запинок не является строго специфичным только для людей, страдающих заиканием, нередко и в норме наблюдаются единичные речевые запинки судорожного характера в моменты высокого эмоционального напряжения.

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 в этих отделах 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 связано, главным образом с низким уровнем 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. Для появления заикания необходимы дополнительные условия. Такими условиями являются: «предрасположенность» (уязвимость) специфических речевых структур появлению патологических реакций.

Такая «предрасположенность» связана главным образом с врожденными особенностями речевых структур мозга. (То, что в заикании играют большую роль генетические факторы, известно достаточно давно.) 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. В то же время 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, так как именно период наиболее интенсивного развития любой функциональной системы организма является особо уязвимым при воздействии патогенных факторов.

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 (обратная афферентация в функциональной системе речедвигательного акта).

Таким образом, 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.

Патологически усиленное возбуждение эмоциогенных структур мозга таких детей и формирующаяся патологическая система речи подавляется регулирующими тормозящими влияниями центральной нервной системы, т.е. у таких детей имеется достаточный уровень компенсаторных возможностей мозга. В этих случаях заикание наблюдается как эпизод, или имеется спонтанное регрессирующее течение заикания. В

других случаях своевременные адекватные коррекционные воздействия способствуют нормализации речи.

У части детей имеется 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 так, 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, что проявляется в хронификации заикания.

В первое время формирования патологической речевой функциональной системы при невротической форме заикания судорожные запинки могут быть относительно редкими. Это происходит потому, что патологическое возбуждение эмоциогенных структур мозга на ранних стадиях нервного расстройства усиливает активно 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 то же время наличие заикания 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 невротическом заикании у дошкольников имеют принципиальное сходство с нормой. Это свидетельствует о наличии у заикающихся детей этой клинической группы нормальной программы действия в функциональной системе речи помимо патологической.

В то же время эти показатели более неустойчивы, чем в норме, легко нарушаются при усложнении речевой задачи. Все эти явления можно трактовать как отрицательное влияние патологической речевой системы на нормальную речевую систему.

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

Существование 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. Они снижают количество и качество общения. Наличие речевого дефекта становится для заикающихся психотравмирующим обстоятельством. Это свидетельствует о дальнейшем утяжелении патологического процесса, усложнении 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. 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).

Можно считать, что 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 доминанты, 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 эффективными лишь на короткое время. Аналогичным образом малоэффективными являются и «одномоментные» снятия заикания с помощью суггестивных воздействий.

Редукция патологической системы психологического реагирования в первую очередь требует создания новых сильных очагов в эмоциогенных структурах мозга. Это возможно при сильном эмоциональном возбуждении, связанном, главным образом, с неречевыми видами деятельности (что эффективно используется в методиках В. М. Шкловского, Л. З. Арутюнян, Ю. Б. Некрасовой), в дальнейшем

необходима продолжительная коррекционно-педагогическая и психотерапевтическая работа по воспитанию личности, характера ее эмоционального реагирования.

Успешной реабилитации заикающихся способствуют: применение специализированной аутогенной тренировки, проведение на ее фоне восстановительной логопедической работы, направленной на регуляцию речедвигательных механизмов (логопедические занятия, логоритмика, пение и т. п.), а также активизация процессов, связанных с порождением 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 формирование процесса внутреннеречевого планирования речевого высказывания.

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

Другая клиническая форма заикания – неврозоподобная – 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. Заикающиеся этой группы характеризуются некоторой задержкой развития моторных функций организма, а также их качественными отличиями по сравнению с возрастной нормой: координаторными расстройствами, низким уровнем развития чувства ритма и темпа, гиперкинезами различного типа. Поведение заикающихся этой группы характеризуется нередко двигательной расторможенностью, 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 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 слегка сипловатый оттенок.

Слова появляются после 1,5 лет, фразовая речь – после 3 – 3,5 лет. Звукопроизношение имеет множественные нарушения. Судорожные запинки впервые начинают отмечаться 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 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 усиленного возбуждения в структурах мозга, имеющих отношение к регуляции фоновой и сократительной активности речевых мышц, т. е. стриопаллидарных структур. 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 реализации развернутого высказывания, которые у этих детей являются функционально ослабленными.

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 внутреннюю 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 изолированном звучании, может спровоцировать появление скоординированных 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 тем быстрее, чем в лучшем состоянии находятся регуляторные механизмы нервной системы и чем адекватнее будет коррекционно-педагогическая помощь.

В отличие от «преходящих» судорожных запинок при «выходе» 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 ослаблении регулирующих влияний со стороны больших полушарий. Судорожные запинки впервые отмечаются окружающими в непосредственной связи с развитием фразовой речи, т.е. при усложнении речевой (психической задачи). Это свидетельствует о декомпенсации регулирующих механизмов мозга. Речь развивается с некоторой задержкой, нарушением звукопроизношения и т. п., что свидетельствует о недостаточности в собственно речевых зонах больших полушарий.

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 нормальной 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 ребенка 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, если ребенку не оказывается логопедическая помощь.

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 как операций по смысловой организации высказывания, так и операций его структурно-языкового оформления.

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.

Формируется психическая реакция на речевой дефект и связанная с ней гиперактивность эмоциогенных структур мозга. Вслед за этим нередко возможно формирование логофобии, как правило, выраженной нерезко. Это влечет за собой изменение поведения, снижение речевой активности. Для заикающихся этой группы характерны трудности адаптации к внешним условиям, связанным в большой мере с

аффективной неустойчивостью, склонностью к дисфориям, ригидности мышления, нарушениям памяти, внимания.

Коррекционные педагогические приемы, способствующие развитию регуляторных тормозных механизмов психической деятельности (внимание, память, мышление и пр.), наряду с формированием нормальных речевых кинестезии и языковой способности ребенка в целом в инициальный период заикания бывают высокоэффективны. Логопедические занятия должны быть направлены на поэтапное формирование базового уровня речи и 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 в долговременной памяти нормализованных речевых кинестезии. В ряде случаев у детей с неврозоподобной формой заикания уже само по себе 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 ясным, почему психотерапевтические воздействия, такие как гипноз и аутогенная тренировка, обычно являются малоэффективными.

Подытоживая вышесказанное, можно сделать вывод о том, что накоплен достаточно убедительный клинический, физиологический, психолого-педагогический опыт изучения заикающихся, который свидетельствует о наличии, как минимум, двух разных патогенетических механизмов заикания. В то же время 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 этих 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 во многих диагностических показателях невротической и неврозоподобной форм заикания, имеющиеся у детей, к зрелому возрасту при хроническом течении заикания во многом стираются.

При разработке реабилитационных мер следует учитывать характер первичного поражения нервной системы при невротической и неврозоподобной формах заикания в связи с тем, что детерминанта патологической системы является образованием, наиболее резистентным к коррекционным воздействиям.

Успешная практическая логопедическая работа возможна только при тщательной клинической и психолого-педагогической дифференциации клинических форм и дальнейшее изучения патогенеза заикания. Как можно раньше начатые комплексные мероприятия, направленные на все звенья и уровни патологической системы речи, а также на личность заикающихся, что позволяют получить стабильный коррекционный эффект у детей и подростков, страдающих этой сложной формой психоневрологических расстройств.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дать общую характеристику заикания как сложного психофизического нарушения, при котором у человека наблюдается разной степени изменения в состоянии ц. н. с., экспрессивной речи, речевой и общей моторики и психологические особенности поведения.
2. Объяснить, по какому принципу построена медицинская классификация заикания, рассматривающая его как расстройство функционального или органического, невротического или неврозоподобного характера. Дать сравнительную характеристику вышеназванных групп заикания.
3. Рассказать, в чем могут выражаться особенности экспрессивной речи у заикающихся детей? Объясните, как понять выражение, что заикание – это нарушение коммуникативной стороны речи?
4. В чем могут выражаться особенности общей и речевой моторики у заикающихся детей? Охарактеризуйте насильственные и произвольные нарушения моторики у заикающихся детей, особенности координации, силы, переключаемости движений и т. д.
5. Объяснить, почему заикание обычно возникает в возрасте 2-5 лет? В связи с этим уточнить меры профилактики детского заикания.
6. Раскрыть понятия «предрасполагающие и вызывающие причины возникновения детского заикания».
7. Объяснить возможные механизмы возникновения заикания от «патологического очага возбуждения в коре ГМ» или от заикания несудорожного характера путем «зафиксированного патологического рефлекса речи». Указать причины и в том и в другом случаях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асатиани Н. М., Белякова Л. И., Калачева И. О. // Данные клинко-физиологического исследования детей дошкольного возраста, страдающих заиканием / Н. М. Асатиани, Л. И. Белякова, И. О. Калачева // Дефектология. – 1978. – №1. – С. 25-30.
2. Арутюнян Л. З. Как лечить заикание / Л. З. Арутюнян. – М. : [б. и.], 1993. – С. 39-55.

3. Белякова Л. И., Дьякова Е. А. Хрестоматия. Логопедия. Заикание / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с.
4. Богомолова А. И. Методика формирования твёрдой ритмичной речи / А. И. Богомолова. – М. : Просвещение, 1977. – 96 с.
5. Власова Н. А. Методы работы по перевоспитанию речи у детей-заик дошкольного и преддошкольного возраста / Н. А. Власова, Е. Ф. Рау. – М.: Гос. учеб. - пед. изд-во, 1933. – 36 с.
6. Волкова Г. А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников: книга для логопеда / Г. А. Волкова. – М.: Просвещение, 1983. – 144 с.
7. Волкова Г. А. Методы изучения и преодоления речевых расстройств / Г. А. Волкова / СПб., 1984. – 73 с.
8. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика / Г. А. Волкова – М.: Просвещение, 1985. – 191 с.
9. Власова Н.А. Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками - М., 1959. – 40 с.
10. Воспитание и обучение детей с расстройствами речи / под ред. Ляпидевского С. С., Селивёрстова В. И. – М. : Просвещение, 1968. – 169 с.
11. Вопросы патологии голоса и речи / под ред. Б.С. Крылова. – М.: Просвещение, 1983. – С. 32-39.
12. Данилов И. В. Патофизиология логоневрозов / Данилов И. В., Черепанов И. М. – Л., 1968. – С. 5-19.
13. Данилов И. В. Патофизиология логоневрозов / Данилов И. В., Черепанов И. М. – Л., 1968. – С.116-127.
14. Жинкин Н. И. Механизмы речи / Н. И. Жинкин. – М.: Просвещение, 1958. – С.79-83; С. 338-347.
15. Жинкин Н. И. Речь как проводник информации / Н. И. Жинкин. – М.: Просвещение, 1982. – С. 86-90; С. 108-110.
16. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте / М. Зеeman. – М.: Просвещение, 1962. – С. 210-263.
17. Ковшиков В. А. Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей / В. А. Ковшиков. – Л.,1976.
18. Кольцова М. М. Ребенок учится говорить. — М.: Сов. Россия, 1973. – 159 с.
19. Коррекционно-развивающая направленность обучения и воспитания детей с речевой патологией / под ред. Л. И. Беляковой. – М.: Просвещение,1987. – С. 96-114.
20. Клиника и терапия заикания / под ред. Г. В. Морозова. – М.: Просвещение, 1984. – 197 с.

21. Лохов М. И. Психофизиологические механизмы речи при заикании / М. И. Лохов. – СПб : Наука, 1994. – С.23-29; С. 38-39; С.138-146.
22. Левина Р. Е. К проблеме заикания у детей / Р. Е. Левина // Дефектология. – 1969. –№3. – С. 9-17.
23. Левина Р. Е. Проблема преодоления и предупреждения нарушений речи у детей. – М., 1963.
24. Миссуловин Л.Я. Лечение заикания. – Л., 1988. – С.143-153.
25. Некрасова Ю.Б. Расстройства речи у детей и методы их устранения. – М., 1975. – С.150-155.

26. Нарушения речи и голоса у детей / Под ред. С. С. Ляпидевского, С. Н. Шаховской. – М., 1975.
27. Расстройства речи и методы их устранения. / Под ред. С. С. Ляпидевского, С. Н. Шаховской. – М., 1975. – С.175-181.
28. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Р.Е. Левиной М.,1968, С. 229-253.
29. Селиверстов В.И. Заикание у детей / В. И. Селиверстов. – М.,1972. – С. 98-111.
30. Селеверстов В. И. Заикание у детей. Психокоррекционные и дидактические основы логопедических занятий / В. И. СелЕверстов. – М.,1994. – С.49-52.
31. Шкловский В. М. Заикание / В.М. Шкловский. – М., 1994. – С. 3-21; С. 28-115, С. 137-161.

