

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ЗАЙКАННЯ

Успіхи в галузі нейрофізіології у вивченні центральних механізмів мовлення дають підставу припустити, що методи аналізу системної діяльності мозку, запропоновані даною наукою, є продуктивними для виявлення закономірностей патогенезу різних форм зайкання.

Незважаючи на тривалу історію вивчення проблеми зайкання, дані про центральні нейрофізіологічні механізми цього мовленнєвого розладу суперечливі (Н.А. Власова, К. П. Беккер, 1983; 1992). Відтак, метою даного дослідження став аналіз праць вітчизняних і зарубіжних учених і практиків, спрямованих на виявлення причин і механізмів зайкання; насамперед, розгляд патогенетичних механізмів зайкання, а також визначення невирішених і дискусійних моментів у методиці подолання даного мовленнєвого розладу в дітей. Основними методами дослідження визначено аналіз, порівняння й узагальнення результатів спеціальних досліджень, представлених в науковій літературі, а також порівняння з результатами власних досліджень та практики, що відкриває можливість оцінити їх.

Як відомо, існує думка, про те, що зайкання зумовлене неповною латералізацією мовленнєвих та інших моторних функцій. В основу цих уявлень лягли результати досліджень із використанням методу дихотичного прослуховування, пред'явлення слів з екрана в різні напівполя зору, і що особливо важливо – електроенцефалографічні дослідження (W.G. Webster, 1993). Представники останнього покоління дослідників вважають, що біоелектрична активність мозку в цих хворих не має патологічного характеру (І.В. Данилов, І.М. Черепанов, 1970) або мало змінений (А.Р. Аллахвердієв із соавт., 1990). Представники другого напрямку доходять висновку, про те, що патологічні зміни на ЕЕГ у зайкуватих вказують на наявність в них органічних порушень (Л.І. Белякова, 1975, Г.А. Іванова із соавт., 1990, Okasha F. et al., 1974, Г.А. Кураєв із соавт., 1995, М.І. Лохів, 1996, В.М. Шкловський із соавт., 2000). Очевидно, що обидві думки правомірні й у багатьох випадках вирішальне значення має поглиблене неврологічне обстеження пацієнтів.

Так, В.М. Шкловський із соавт. (2000) у результаті проведеного комплексного неврологічного, психопатологічного, психологічного, нейропсихологічного й електроенцефалографічного обстеження дорослих із зайканням дійшли висновку, що причинами зайкання слід вважати емоційний стрес і порушення діяльності гіпоталамо-гіпофізарно-надниркового комплексу; при цьому встановлено, що особливості розвитку симпатико-адреналової системи визначають вікову й статеву специфічність зайкання.

Визначено, що при стресовій ситуації відбувається максимальна активація симпатико-адреналової системи структур гіпоталамуса, ретикуляторної формації, кори й мозкового шару надниркових залоз. Гіпоталамус, впливаючи на гіпофіз, стимулює вироблення адренокортикотропного гормону, що, у свою чергу, змінює функціональний стан надниркових залоз і викликає гормональне порушення, що, як наслідок, ускладнює пристосування дитини до стресової ситуації.

Процес індивідуальної адаптації забезпечується рядом змін в організмі, що нерідко носять характер предпатологічних або патологічних реакцій. Ці зміни як наслідок загального стресу або напруги окремих фізіологічних систем представляють "ціну адаптації". Можна припустити, що для дітей "ціна адаптації" пов'язана з порушенням роботи структур, що перебувають у стані інтенсивного розвитку, тобто в найбільш уразливому періоді. До уразливих структур у дітей віком 2-5 років можна віднести симпатико-адреналові системи й у першу чергу гіпоталамус, а також артикуляційно-голосову та інші структури, що беруть участь у мовленнєвому акті, що найчастіше призводить до розвитку зайкання.

Важливими є дані спеціального дослідження, проведеного К.В. Судаковим (1981), в якому автор обґрунтував уявлення про "пейсмежерну" ролі гіпоталамічних центрів в емоційно-мотиваційній діяльності, маючи на увазі їх підвищену (порівняно з іншими структурами мозку) збудливість при дії специфічних гуморальних або зовнішніх подразників. Спираючись на власний практичний досвід і дані наукової літератури, автор показав, що при емоційному стресі відбувається генералізована активація симпатико-адреналової й гіпофізарно-надниркової систем, на фоні якої вражаються в першу чергу найбільш вразливі функціональні системи або окремі органи. У тій же роботі показано, що в міру прогресування емоційного стресу підсилюються внутрішні зв'язки лімбікоретикулярного комплексу й послаблюється його зв'язки з корою.

А.К. Мамедов (1979), аналізуючи кореляції електричної активності кори й підкіркових утворень при емоційному стресі вказує на ослаблення функціональної взаємодії заднього гіпоталамуса, пов'язаного із симпатичною системою, з корою й деякими лімбічними структурами й на встановлення тісних синергічних взаємин заднього гіпоталамуса й ретикулярної формації. Встановлено, що практично всі елементи розвитку стресу і його наслідків можна виявити в матеріалах ЕЕГ обстеження хворих із зайканням: ознаки дисфункційного синдрому, що свідчать про дисфункції гіпоталамуса, вегетативні порушення, зміни емоційної сфери, ослаблення регуляторних функцій кори мозку та їхніх впливів на лімбічні системи.

Разом з тим великий інтерес викликають роботи, спрямовані на вивчення порушень системної взаємодії різних короткальних відділів при зайканні за допомогою аналізу просторово-часової організації коливань біопотенціалів мозку. Так, І.В. Данилов, І.М. Черепанов, (1970) доводять, що в процесі мовленнєвої діяльності в зайкуватих відбуваються порушення нормальних взаємин між півкулями головного мозку, які проявляються в розбіжності в часі біоелектричних процесів у правій і лівій півкулі, тобто при зайканні спостерігається порушення інтегративної функції мозку й часткова дезорганізація його діяльності в цілому.

М.І. Лохів і Ю.А. Фесенко (2000) вважають, що в основі зайкання лежить неузгодженість міжпівкульної взаємодії. На думку цих авторів, порушення нормального функціонального розвитку тім'яно-потиличної області правої півкулі внаслідок її поразки на етапах пре- і раннього постнатального розвитку. Це призводить до змін взаємодії цієї області з іншими зонами кори обох півкуль, і в першу чергу із симетричними відділами лівої півкулі. Висловлено гіпотезу про те, що провідним фактором в порушеннях темпо-ритмічних характеристик мовлення при зайканні є дисбаланс в розвитку часової організації біопотенціалів у правій і лівій півкулі.

Загальмованість активності правої тім'яно-потиличної області викликає, за принципом міжпівкульної реципрокності, перепорушення симетричних відділів лівої півкулі (тобто зони Верніке), що викликає порушення ритмічності роботи останньої. При цьому, за даними Г.А. Кураєва із соавт. (1995), встановлено, що в дітей із зайканням спостерігається більш низька когерентність ЕЕГ між відведеними правої півкулі, що призводить до міжпівкульної асиметрії когерентності біоелектричної активності мозку. Водночас, за даними досліджень багатьох авторів (В.С. Ліванов із соавт., 1987; В.С. Русінов, О.М. Гриндель, 1987; М.М. Цицерошин, А.А. Погосян, 1993; А.М. Шеповальників із соавт., 1997; М. М. Цицерошин, 1997, 1999) адекватне протікання будь-якої психічної діяльності можливо на фоні не максимального, а оптимального рівня просторової синхронізації біопотенціалів мозку.

Спостережуване підвищення рівня дистантної взаємодії зон ТРО, задньо-скроневих, центральних і передніх відділів кори лівої й правої півкуль при зайканні може відображати підвищену "ригідність" системних взаємодій цих важливих для реалізації мовленнєвої функції відділів. Поряд із супутнім вибірково зниженням дистантних зв'язків фронтально-центрального відділів обох півкуль, з лівопівкульним акцентом, така підвищена ригідність системних взаємодій великих районів кори обох півкуль може перешкоджати нормальному протіканню мовленнєвої діяльності при зайканні. В більшості робіт, авторів що використовували методи ПЕТ і ЯМРТ, також відзначалася широка розповсюджена гіперактивація моторних систем при одночасному зниженні активації скроневих відділів півкулі (Wood F. et al., 1980; Vginn A. R. et al., 1997).

Таким чином, у дорослих, що страждають на зайкання, відзначається складна структура порушень міжцентрального взаємодії, що може свідчити про часткові дисфункції нейрофізіологічних механізмів, що беруть участь у забезпеченні процесів корково-підкоркової інтеграції.

З іншого боку, на думку Л.І. Белякової (1992) однією із причин появи невротичної форми зайкання слугують патогенні емоційні фактори зовнішнього середовища. Гостра або хронічна психічна травма, пережита дитиною, перебуває в безпосередньому зв'язку з появою "мовленнєвих" судом. Це свідчить про провідне значення гіперактивації емоціогенних структур мозку при цій формі зайкання.

Сам феномен судомних запинків не є строго специфічним тільки для людей, що страждають на зайкання. Подекуди й у нормі спостерігаються одиничні мовленнєві запинки судомного характеру в моменти високої емоційної напруги.

При нормальному дозріванні мозку вже в дитячому віці в центральній нервовій системі розвиваються регулюючі гальмівні процеси, досить сильні для того, щоб придушити зайве порушення емоціогенних структур мозку, блокувати поширення цього порушення й не дати сформуватися осередку застійної патологічної активності в цих відділах центральної нервової системи. Стан нервової системи дитини, в якій згодом може розвинути невротична форма зайкання, характеризується особливою емоційною реактивністю. Таким дітям властива підвищена вразливість, боязкість, тривожність, порушення сну, апетиту, емоційна вразливість тощо. Це свідчить про вроджені або рано надбані відхилення від норми в стані нервової системи, особливою стані емоціогенних структур мозку, що пов'язано, головним чином з низьким рівнем адаптивних можливостей організму. В силу цих характеристик центральної нервової системи в таких дітей під впливом психічного стресу може формуватися осередок застійної патологічної активності в емоціогенних структурах мозку.

Мовленнєве порушення, що розпочалося після психічної травми, відповідає психомоторному рівневі патологічного реагування, властивому дітям молодшого віку. Для появи зайкання необхідні додаткові умови. Такими умовами є: "схильність" (вразливість) специфічних мовленнєвих структур до появи патологічних реакцій.

Така "схильність" пов'язана головним чином з вродженими особливостями мовленнєвих структур мозку.

Різке випередження розвитку мовлення на лексико-граматичному рівні й невідповідність цьому рівневі моторного (артикуляторно-дихального)

забезпечення вказують на дизонтогенез мовленнєвих механізмів в дітей з невротичною формою заїкання. Заїкання в таких дітей з'являється в гіперсенситивній фазі мовленнєвого розвитку, головним чином у період інтенсивного формування фразового або монологічного мовлення, оскільки саме період найбільш інтенсивного розвитку будь-якої функціональної системи організму є особливо вразливим при впливі патогенних факторів.

Порушення мовленнєво-рухового акту, раз виникнувши, має тенденцію до фіксації патологічних взаємозв'язків. Важливим механізмом підтримки й збільшення патологічних рухових реакцій (судорожних мовленнєвих запинок), окрім осередку підвищеного збудження в емоційних структурах мозку, є потік пропріоцептивних імпульсацій з мовленнєвих м'язів, залучених до аномальної діяльності (зворотна аферентація в функціональній системі мовленнєво-рухового акту).

У частини дітей, що перенесли психічний стрес із наступною появою судомних мовленнєвих запинок, захисні (компенсаторні) механізми центральної нервової системи бувають досить сильні й розвинені.

Патологічно посилене порушення емоційних структур мозку таких дітей і патологічна система, що формується, мовлення придушується регулюючими гальмуючими впливами центральної нервової системи, тобто, в таких дітей є достатній рівень компенсаторних можливостей мозку. У цих випадках заїкання спостерігається як епізод, або є спонтанним регредієнтним плинном заїкання. В інших випадках своєчасні адекватні корекційні впливи сприяють нормалізації мовлення.

У частини дітей низький рівень компенсаторних можливостей мозку. У таких випадках швидко формується патологічна функціональна система мовлення.

Патологічна функціональна система, тобто заїкання, починає придушувати нормальну функціональну мовленнєву систему, що до цього розвивалася в дитини нібито успішно. Патологічно сильне порушення в емоційних структурах мозку й патологічна система мовлення порушують нормальне функціонування нервової системи. Це веде до подальшого розвитку й поглиблення патологічного процесу, що проявляється в хроніфікації заїкання.

На початку формування патологічної мовленнєвої функціональної системи при невротичній формі заїкання судомні записки можуть бути відносно рідкими. Це відбувається тому, що патологічне порушення емоційних структур мозку на ранніх стадіях нервового розладу підсилює активність тільки при дії специфічних подразників, якими є повторний переяк і ситуації, що викликають стан емоційної напруги. Встановлено, що будь-яке посилення емоційного порушення (неправильна поведінка батьків, перевантаженість дитини враженнями й т.п.) погіршує стан центральної нервової системи, сприяє "закріпленню" патологічної функціональної системи мовлення, дитина все частіше заїкається.

Формування в дітей із заїканням нової патологічної системи мовлення на фоні вже розвиненої нормальної функціональної системи мовлення створює особливі умови взаємодії й функціонування кожної з них. Так, нормальна функціональна мовленнєва система не зупиняється у своєму розвитку: продовжують формуватися звуковимовна й фонематичне сприйняття, збагачується словник, уточнюються й ускладнюються граматичні категорії, мовленнєве спілкування в дітей із заїканням в дошкільному віці практично мало відрізняється за інтенсивністю від норми. Водночас наявність заїкання негативно впливає на формування монологічного мовлення в старшому дошкільному віці. Діти з невротичною формою заїкання гірше використовують в усному монологічному мовленні наявний в їхньому розпорядженні лексичний і граматичний матеріал, починає перекручено розвиватися планування монологічного мовлення, з віком ця тенденція набуває вираженості.

Електрофізіологічні дослідження мовленнєвих м'язів, дихання та інших показників функціональної системи мовлення вказують на те, що мовленнєво-рухова активність м'язів і координаторні взаємозв'язки між мовленнєвим подихом і артикуляцією при невротичному заїканні в дошкільників мають принципову подібність із нормою. Це свідчить про наявність в дітей із заїканням цієї клінічної групи нормальної програми дії в функціональній системі мовлення окрім патологічної.

Водночас ці показники більш нестійкі, ніж в нормі, легко порушуються при ускладненні мовленнєвого завдання. Всі ці явища можна трактувати як негативний вплив патологічної мовленнєвої системи на нормальну мовленнєву систему.

Патологічна функціональна мовленнєва система з кінцевим результатом – заїканням – також відчуває гальмуючий її вплив з боку нормальної функціональної мовленнєвої системи. У періоди посилення захисних механізмів мозку й зменшення в силу цієї патологічної активності емоційних структур мозку мовлення заїкуватих стає плавним.

Співіснування двох мовленнєвих систем – патологічної й нормальної – при невротичній формі заїкання чітко простежується навіть при важкому ступені цієї мовленнєвої патології. На фоні мовлення, перекрученого мовленнєвими судомами й патологічним вибором лексичних засобів, спостерігаються короткі періоди плавного мовлення в будь-якому віці й при будь-якій тривалості плинну заїкання.

У підлітків з невротичною формою заїкання (11 – 12 років) розвивається логофобія, тобто вторинна невротична патологічна реакція. Вони знижують кількість і якість спілкування. Наявність мовленнєвого дефекту стає для заїкуватих психотравмуючою обставиною. Це свідчить про подальше ускладнення патологічного процесу, ускладненні характеру загальної клінічної картини заїкання.

Логофобія починає домінувати, а судорожні мовленнєві записки ніби відходять на другий план. Навіть подумки уявляючи ситуації мовленнєвого спілкування такі особи відчувають різко виражені вегетативні реакції. Вимовлені в такі моменти (тобто за відсутності реальної мовленнєвої ситуації) індивідуальні за значенням слів характеризуються патологічними відхиленнями в багатьох фізіологічних показниках (пульс, подих, шкірно-гальванічна реакція, фонові й скорочувальні активності мовленнєвих м'язів).

Можна вважати, що під впливом патологічної програми в мовленнєвій функціональній системі виникають стійкі зміни у взаєминах кори великих півкуль і емоційних структур, що є одним з механізмів генералізації патологічного процесу.

У дорослих, що страждають на заїкання нерідко виникають вторинні осередки патологічного порушення, пов'язані зі страхом мовлення, можуть відігравати роль домінанти, що клінічно виражається сильним страхом мовлення при відносно легкому ступені заїкання.

Ці особливості взаємин власне мовленнєвої патологічної системи, нормальної мовленнєвої системи й системи патологічного психологічного реагування багато в чому пояснюють значні труднощі реабілітації дорослих із заїканням. Корекційні педагогічні впливи, спрямовані лише на зняття судомних мовленнєвих запинок, в дорослих виявляються недовгими або ефективними лише на короткій час. Аналогічним образом малоефективними є й "одномоментне" зняття заїкання за допомогою сугестивних впливів.

Редукція патологічної системи психологічного реагування в першу чергу вимагає створення нових сильних осередків в емоційних структурах мозку. Це можливо за умов сильного емоційного порушення, пов'язаного, головним чином, з немовленнєвими видами діяльності (що ефективно використовується в методиках В.М. Шкловського, Л.З. Арупопяна, Ю.Б. Некрасової). У подальшому необхідна тривала корекційно-педагогічна й психотерапевтична робота з виховання особистості, характеру й емоційного реагування.

Різні види психотерапії, наприклад, період мовчання, адекватно застосовувані у дітей на початку корекційного впливу, дозволяють знизити силу детермінанти в емоційних структурах мозку.

Інша клінічна форма заїкання – неврозоподібна – при схожості судомних мовленнєвих запинок має іншу клінічну картину.

Заїкання цієї форми з'являється в дітей у віковому діапазоні 3-4 роки. Воно виникає ніби поступово, поволі, без видимої причини, і виявляється батьками не відразу.

У носіїв цієї мовленнєвої патології в анамнезі є ознаки аномального протікання пре- або перинатального періоду життя. І в дитячому, і в дорослому віці неврологічно й електрофізіологічно діагностуються нерізько виражені резидуальні явища ранньої дифузійної органічної поразки мозку. Заїкання цієї групи характеризується деякою затримкою розвитку моторних функцій організму, а також їхніми якісними відмінностями в порівнянні з віковою нормою: координаторними розладами, низьким рівнем розвитку почуття ритму й темпу, гіперкінезами різного типу. Поведінка заїкуватих цієї групи характеризується нерізько руховим розгальмуванням, в них виявляється недостатність активної уваги, деяке зниження пам'яті тощо.

Мовленнєвий онтогенез до появи заїкання в дітей з неврозоподібною формою істотно відрізняється від дітей з невротичною формою заїкання. Це відноситься як до темпу розвитку мовлення, так і до його якісних характеристик. Голосові реакції – гуління, лепетні слова – мало інтоновані, голос має злегка сиплуватий відтінок.

Слова з'являються після 1,5 років, фразове мовлення – після 3-3,5 років. Звуковимова має численні порушення. Судомні записки вперше починають відзначатися навколишніми безпосередньо у зв'язку з розвитком фразового мовлення. Виражені спочатку слабко, вони в міру формування фразового мовлення й за відсутності логопедичної допомоги здобувають усталений характер, супроводжуючись насильницькими рухами.

Електрофізіологічні дослідження різних показників стану нервової системи виявляють в цієї групи заїкуватих, окрім дифузійних, зональні зміни коркових біотімів і порушення в організації м'язової біоелектричної активності.

Ці дані, а також особливості моторики свідчать про наявність патологічної активності підкоркових моторних (стріопаллідарних) структур мозку й ослабленні регулюючих впливів з боку його вищих відділів. Є підстави вважати, що генератор патологічного порушення при неврозоподібній формі заїкання формується внаслідок органічної поразки головним чином підкоркових моторних структур і порушення коркових регулюючих впливів.

Важливо відзначити, що неврозоподібна форма заїкання виникає в процесі формування фразового мовлення. На цьому етапі розвитку мовлення необхідні нові значно більш складні координаторні регуляції для реалізації розгорнутого висловлювання, які в цих дітей є функціонально ослабленими.

До появи фрази, при послідовному мовленні в дітей з неврозоподібною формою заїкання мовлення буває недостатньо виразним, з "змазаною" звуковимовою, однак навколишні не помічають судомних запинок. Це свідчить про те, що послівне мовлення й елементарна фраза навіть за наявності низького рівня розвитку мовленнєвої артикуляції забезпечується досить ефективними регуляторними механізмами, які створюють внутрішню узгодженість

всіх систем мовленнєворахового аналізатора на цьому етапі мовленнєвого онтогенезу.

Значення регуляторних механізмів мозку в протіканні мовленнєворахового акту чітко проявляється при підвищенні вимог до їхніх функціональних можливостей в процесі логопедичної роботи.

На відміну від "тимчасових" судомних заминок при "виході" з алалії, афазії, дизартрії, при виникненні еволюційного заїкання швидко формується патологічна функціональна система мовлення.

Електрофізіологічні дослідження свідчать про наявність патологічної активності головним чином у стріопалідарних структурах мозку й ослабленні регулюючих впливів з боку великих півкуль.

Судомні заминок вперше відзначаються навколишніми безпосередньо у зв'язку з розвитком фразового мовлення, тобто при ускладненні мовлення (психічними заминками). Це свідчить про декомпенсації регулюючих механізмів мозку. Мовлення розвивається з деякою затримкою, порушенням звуковимови тощо, що вказує на недостатність у власне мовних зонах великих півкуль.

Таким чином, сполучення підвищеної активності в стріопалідарних структурах мозку, особливий стан мовленнєвих зон кори великих півкуль й декомпенсація регулюючих механізмів мозку є основними блоками патогенетичних механізмів при неврозоподібній формі заїкання.

Відомо, що від сіх складових функціональної системи мовлення йдуть зворотні аферентації. У нормі вони сприяють формуванню нормального мовлення. У патологічній системі мовлення вони неефективні внаслідок недостатності контролюючих впливів мозку.

Завдяки пластичним властивостям центральної нервової системи, що закріплюють в "пам'яті" тільки діючі зв'язки, а також внаслідок постійної активності патологічних зв'язків всередині самої мовленнєвої системи, останні стають із віком дитини все більш міцними, а мовлення всі частіше порушується судомними заминками. Тому що в дітей з неврозоподібною формою заїкання інтегративний гальмівний контроль мозку також виявляється недостатнім, відтак патологічна програма мовленнєвої функціональної системи спонтанно не придушується. У зв'язку із цим неврозоподібна форма заїкання зазвичай не має спонтанного регресивного плину, якщо дитині не надається логопедична допомога.

З віком за відсутності своєчасних адекватних лікувально-педагогічних впливів заїкання стає все більш резистентним. Мовлення в цілому розвивається патологічно. У старшому дошкільному віці в дітей з неврозоподібною формою заїкання виявляється несформованість базових рівнів мовлення, монологічне мовлення характеризується порушенням як операцій зі значеннєвої організації висловлювання, так і операцій його структурно-мовленнєвого оформлення.

У дорослих із заїканням ці явища різко виражені. Мовлення дезорганізується не тільки на психомоторному рівні, але й на вищих психічних рівнях внутрішнього мовленнєвого програмування.

Патологічна мовленнєва система при неврозоподібній формі заїкання стає з часом ядром патологічного стійкого стану.

Формується психічна реакція на мовленнєвий дефект і пов'язана з нею гіперактивність емоційних структур мозку. Слідом за цим нерідко можливо формування логофобії, як правило, вираженої нерізно. Це спричиняє зміну поведінки, зниження мовленнєвої активності. Для заїкуватих цієї групи характерні труднощі адаптації до зовнішніх умов, пов'язаних великою мірою з афективною нестійкістю, схильністю до дисфорій, ригідності мислення, порушенням пам'яті, уваги.

Корекційні педагогічні прийоми, що сприяють розвитку регуляторних гальмівних механізмів психічної діяльності (увага, пам'ять, мислення та ін.), поряд з формуванням нормальних мовленнєвих кінестезій й мовленнєвої здатності дитини в цілому в ініціальний період заїкання, бувають високоефективні. З урахуванням вищепредставлених патогенетичних механізмів неврозоподібного заїкання стає зрозумілим, чому психотерапевтичні впливи, такі як гіпноз і аутогенне тренування, зазвичай є малоєфективними. На наш погляд при даній формі заїкання необхідно приділяти увагу стимуляції міжпівкульної взаємодії й розвитку інтегративної діяльності головного мозку шляхом використання тілесно-орієнтованих підходів у психокорекційній і розвиваючій роботі з дітьми.

Підсумовуючи вищесказане, можна зробити висновок, що накопичено досить переконливий клінічний, фізіологічний, психолого-педагогічний досвід вивчення заїкання, який свідчить про наявність, як мінімум, двох різних патогенетичних механізмів заїкання.

Водночас подібність нейропатологічних синдромів, що розвиваються в осіб з невротичною й неврозоподібною формами заїкання у вигляді судомних скорочень м'язів мовленнєвого апарату в процесі спілкування, означає принципову подібність структурно-функціональної організації патологічної мовленнєвої системи при ураженнях мозку різної локалізації.

Первинне ураження нервової системи (при невротичній формі заїкання – емоційних структур мозку, при неврозоподібній – моторних) і слабкість її регулюючих механізмів, створюють умови для виникнення заїкання тільки за наявності ендогенних змін у власне мовленнєвих відділах центральної нервової системи.

Чим більше розгалужена й сильна патологічна система мовлення, тим більше уражена інтегративна функція мозку й дезорганізована її діяльність в цілому.

При розробці реабілітаційних заходів варто враховувати характер первинного ураження нервової системи при невротичній і неврозоподібній формах заїкання у зв'язку з тим, що детермінанта патологічної системи є утворенням, найбільш резистентним до корекційних впливів.

Успішна практична робота можлива тільки за умов ретельної клінічної і психолого-педагогічної диференціації заїкання. Якомога раніше розпочаті комплексні заходи, спрямовані на все ланки й рівні патологічної системи мовлення, а також на особистість заїкуватих, дозволяють одержати стабільний корекційний ефект.

ЛІТЕРАТУРА

1. Арутюнян Л.З. Как лечить заикание / Л.З. Арутюнян. – М., 1993. – С. 39-55.
2. Белякова Л.И. Заикание / Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. – М.: Изд. ЭКСМО-Пресс, 2001.
3. Данилов И.В. Патопсихология логоневрозоз / И.В. Данилов, И.М. Черепанов. – Л., 1968. – С. 116-127.
4. Жинкин Н.И. Механизмы речи / Н.И. Жинкин. – М., 1958. – С. 79-83, 338-347.
5. Жинкин Н.И. Речь как проводник информации / Н.И. Жинкин. – М., 1982. – С. 86-90, 108-110.
6. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте / М. Зеeman. – М., 1962. – С. 210-263.
7. Клиника и терапия заикания / Под ред. Г.В. Морозова. – М., 1984. – 324 с.
8. Лохов М.И. Психопсихологические механизмы речи при заикании / М.И. Лохов. – СПб., 1994. – С. 23-29, 38-39, 138-146.
9. Левина Р.Е. Проблема преодоления и предупреждения нарушений речи у детей / Р.Е. Левина. – М., 1963. – 233 с.
10. Мамедов А.К. Корреляционные показатели электроэнцефалограмм головного мозга при эмоциональном стрессе / А.К. Мамедов. – М., 1999. – 189 с.
11. Миссуловин Л.Я. Лечение заикания / Л.Я. Миссуловин. – Л., 1988. – С. 143-153.
12. Некрасова Ю.Б. Расстройства речи у детей и методы их устранения / Ю.Б. Некрасова. – М., 1975. – С. 150-155.
13. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса / К.В. Судаков. – М., 1981. – С. 31 – 33.
14. Шкловский В.М. Заикание / В.М. Шкловский. – М., 1994. – С. 3-21, 28-115, 137-161.

Подано до редакції 21.05.10

РЕЗЮМЕ

У статті розглядаються патогенетичні механізми невротичної форми заїкання, визначено причини й умови виникнення заїкання, а також шляхи його подолання.

Ключові слова: заїкання, невротична форма заїкання, патологічна система мовлення.

О.В. Литовченко

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЗАИКАНИЯ

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются патогенетические механизмы невротической формы заикания, определены причины и условия возникновения заикания, а также пути его преодоления.

Ключевые слова: заикание, невротическая форма заикания, патологическая система речи.

O.V. Litovchenko

PATHOGENIC MECHANISMS OF STAMMERING

SUMMARY

The article analyzes some pathogenic mechanisms of neurotic form of stammering; ascertains causes and conditions of stammering appearance and the ways of its overcoming.

Keywords: stammering, neurotic form of stammering, pathological system of speech.
