# Доклад учителя-логопеда на тему:

 «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА»

  Выполнила:

 Учитель-логопед МКОУ СОШ № 29

 г.Дзержинска Нижегородской области

 Жаркова Виктория Викторовна

1.Феноменология и этиология заикания

Заикание определяется как «нарушение темпо – ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата».[[1]](#footnote-2)1

Заикание является дискоординационным судорожным расстройством речи, возникающим в процессе общения по механизму системного речедвигательного невроза, и клинически представлено первичными, собственно речевыми, т.е. нейромоторными расстройствами, и вторичными, невротическими нарушениями, которые у взрослых часто становятся доминирующими. Во многих случаях заикание возникает на органическом фоне в виде церебральной дефицитарности различного генеза.[[2]](#footnote-3)2

Начало этого расстройства речи падает обычно на период интенсивного формирования речевой функции, т.е. 2-6-летний возраст детей. В связи с этим некоторыми авторами оно называется *эволюционным* заиканием (Ю.А.Флоренская, 1949 и др.) или заиканием развития (К.П.Беккер, М.Совак, 1983 и др.). Заикание, начавшееся у детей в дошкольном возрасте, рассматривается в литературе как самостоятельная речевая патология, в отличие от так называемого симптоматического заикания или «вторичного», которое наблюдается при различных заболеваниях головного мозга органического генеза или ряда нервно-психических расстройств.

Обратимся к **феноменологии** заикания.

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

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

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

*Тонические речевые судороги* проявляются в виде насильственного резкого повышения тонуса мышц, захватывающего обычно несколько мышечных групп (например, мышцы языка, губ, щёк и т.п.). Заикающийся в эти мгновения как бы скован. Рот при этом может быть полуоткрытым либо, напротив, губы плотно сомкнуты. Лицо отражает большое напряжение, которое прилагает заикающийся к тому, чтобы начать или продолжить речь. Акустически тоническая судорога проявляется в виде длительной паузы в речи, либо в виде напряжённой и протяжной вокализации.

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

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

Судороги мышц речевого аппарата могут проявляться во всех его отделах: артикуляционном, голосовом и дыхательном. В клинической картине заикания, особенно при хронификации речевого дефекта, чаще всего встречаются смешанные судороги: дыхательно-артикуляционные, дыхательно-голосовые, артикуляционно-голосовые и т.д.

До настоящего времени общепризнанно, что классическое описание речевых судорог при заикании представлено в монографии А.И.Сикорского «О заикании» (1889). Им выделено 16 форм различных речевых судорог в зависимости от локализации.[[3]](#footnote-4)1

# Судороги дыхательного аппарата

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

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

В случае значительной длительности и выраженности тонического напряжения мышц в структуру экспираторной судороги включается раскрытие голосовой щели, опускание нижней челюсти, поднятие нёбной занавески и раздувание крыльев носа.

# Судороги голосового аппарата

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

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

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

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

*Дрожащий или толчкообразный гортанный спазм* возникает при произнесении или попытке произнесения гласных звуков. При этом речь прерывается, возникает дрожащий или прерывистый звук, что сопровождается полным отсутствием артикуляции. Иногда звуки слышны в виде отдельных медленных «ударов».

Во время дрожащего гортанного спазма голосовые складки то смыкаются, то размыкаются, в результате чего возникают нефонологические звуки. Для этой судороги характерна открытая ротовая полость, что может сопровождаться ритмическим отбрасыванием назад или опусканием головы вперёд.[[4]](#footnote-5)1

# Судороги артикуляционного аппарата

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

*Лицевые судороги*

*Смыкательная судорога губ* является одной из наиболее часто наблюдаемых судорог при заикании. Она характерна уже для ранних этапов развития этого речевого нарушения.

Смыкательная судорога губ проявляется в виде спазма круговой мышцы рта, в результате чего губы сильно сжимаются, при этом другие лицевые мышцы могут не принимать участия в судороге. При попытке произнести звук щёки могут надуваться под напором воздуха, наполняющим рот.

При смыкательной судороге губ нарушается произношение губных звуков [п], [б], [м], [в], [ф]. В тяжёлых случаях судорога нарушает и произнесение звуков, которые по локализации относятся к язычным [т], [д], [к].

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

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

*Угловая судорога рта* характеризуется резким оттягиванием угла рта справа и слева вместе с приподнятием его. Ротовая щель перекашивается в сторону судорожно сокращённых мышц. Может быть распространение судороги на мышцы носа, век, лба. Заикающийся во время судороги не в состоянии сомкнуть губы, в результате чего расстраивается произнесение соответствующих согласных. Угловая судорога бывает как тонической, так и клонической.

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

*Сложная судорога лица.* Хотя и выделена И.А.Сикорским в отдельную судорогу, однако, по его мнению, не имеет самостоятельного значения, а представляет собой одно из проявлений выраженных в тяжёлой степени различных лицевых судорог, включающих судороги лобных мышц, круговой мышцы век, ушных мышц.

*Язычные судороги*

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

*Судорога кончика языка* является наиболее часто встречаемой среди артикуляционных судорог. Кончик языка упирается с напряжением в твёрдое нёбо, в результате чего артикуляция приостанавливается, выдох (а, значит, и фонация) в этот момент прекращается, возникает необоснованная пауза.

*Судорожный подъём корня языка* выражается в насильственном подъёме корня языка вверх и оттягивании назад. Во время судороги происходит смыкание корня языка с нёбом, в результате чего полностью блокируется прохождение воздушной струи через ротовое отверстие. Эта судорога возникает при произнесении заднеязычных звуков [г], [к], [х].

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

*Подъязычная* судорога характеризуется опусканием нижней челюсти и открытием полости рта. Эта судорога охватывает мышцы, связанные с подъязычной костью. При этой судороге часто наблюдается повторение слогов и придыхания. Очень редко она носит самостоятельный характер, в основном сочетается с судорогами другой локализации.

Судорога мягкого нёба

Данная судорога изолированно встречается крайне редко. Чаще она наблюдается в составе сложной общей генерализованной судороги артикуляционного аппарата. Во время судороги мягкое нёбо то поднимается, то опускается, в результате чего вход в носовую полость то открывается, то закрывается, что придаёт звукам нозализованный оттенок. Внешне судорога выражается внезапной остановкой речи и повторением звуков, похожих на «пм – пм» или «тн – тн», «кн – кн» и т.п. в зависимости от положения языка и губ. Субъективные ощущения заикающихся выражаются в чувстве неприятного напряжения, саднения и сухости в носу.

Степень тяжести заикания у одного и того же заикающегося непостоянна и зависит от целого ряда условий: эмоционального состояния заикающегося в данный момент, эмоциональной значимости ситуации общения для данного заикающегося; от степени затруднений, связанных с формулированием высказывания; от наличия так называемых «трудных звуков» в словах, составляющих высказывание.

До настоящего времени нет единого взгляда на **этиологию** заикания. В то же время все исследователи сходятся во мнении, что при появлении заикания имеет значение ряд факторов.[[5]](#footnote-6)1

1. Определённый возраст ребёнка.
2. Состояние нервной системы ребёнка.
3. Индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза.
4. Особенности формирования функциональной асимметрии мозга.
5. Наличие психической травматизации.
6. Генетический фактор.
7. Половой деморфизм.

Можно перечислить ещё целый ряд факторов, которые могут предшествовать появлению заикания (соматическая ослабленность, неправильные формы воспитания, аномальные черты характера, неблагоприятная социальная среда и т.д.). Независимо от того, какой этиологический фактор является ведущим в возникновении заикания, можно считать, что данный фактор, в первую очередь, снижает адаптивные свойства центральной нервной системы ребёнка.

При заикании, как правило, отсутствует специфическая одиночная причина, вызывающая данную речевую патологию, поскольку для этого необходимо сочетание ряда факторов.

По данным многочисленных наблюдений в подавляющем числе случаев первые признаки появляются в возрасте 2 – 6 лет. Такая возрастная избирательность появления заикания связана с тем, что формирующиеся в дошкольном возрасте координаторные механизмы речевой деятельности находятся в стадии интенсивного формирования, поэтому они избирательно ранимы при воздействии вредоносных факторов.

Нередко у заикающихся отмечается органическое поражение мозга резидуального характера, возникающее во внутриутробном, пренатальном или постнатальном периоде развития. Это поражение, как правило, бывает диффузным, в то же время обычно отмечаются те или иные отклонения в состоянии моторных структур мозга. В целом для заикающихся характерна недостаточность двигательной сферы, выраженная в разной степени.

У части заикающихся исследования не обнаруживают органического поражения мозга. В то же время они характеризуются такими чертами поведения, как повышенная впечатлительность, тревожность, низкий уровень адаптации к новым условиям, что свидетельствует об особом, более ранимом состоянии центральной нервной системы, чем в норме.

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

Большое значение в появлении заикания может иметь и темп речевого развития. Появление развёрнутой фразовой речи к 1,6 – 1,8 года жизни делает формирующуюся функциональную систему речи более ранимой.

Аналогичная ситуация возникает при некоторой задержке речевого развития. У таких детей нередко наблюдается интенсивное развитие фразовой речи в 3,5 – 4,5 года, что ослабляет координаторные механизмы формирующейся речевой системы и может способствовать появлению заикания.

Известно немало наблюдений, свидетельствующих о тесной связи заикания с левшеством. На это указывает большой процент левшей среди заикающихся, значительно превышающий процент левшества в популяции.

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

Данные мировой литературы свидетельствуют, что отягощённая наследственность по заиканию может прослеживаться на уровне нескольких поколений. Частота возникновения заикания у родных братьев и сестёр составляет 18%. Заикающиеся мужчины и женщины могут иметь заикающихся детей с большей вероятностью, чем незаикающиеся родители.

Известно также, что если среди близких родственников имеется хотя бы один заикающийся, то риск появления заикания в последующих поколениях резко возрастает, в особенности, если заикаются родители. По-видимому, по наследству передаётся определённая слабость центральных речевых механизмов, которые подвержены воздействию факторов риска. Генетическая наследственность той или иной патологии проявляется, как правило, только при наличии дополнительной вредности.

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

Разумеется, перечисленные этиологические факторы не исчерпывают все причины, с которыми может быть связано появление заикания. Однако нами приведены те факторы, которые играют прямую или косвенную роль в возникновении заикания по данным современных многочисленных исследований.

2.Патогенетические механизмы заикания

Сопоставление клинических, психологических, психолингвистических и физиологических данных исследования заикающихся позволяет глубже представить себе патогенетические механизмы этого сложного речевого расстройства.

Заикание – следствие динамических нарушений стриопаллидарного регулятора речи, вызванных сильными, резкими эмоциями или анатомо-патологическими повреждениями мозга. Если стриатум блокируется под воздействием эмоций, то в результате нарушается равновесие мышечного тонуса артикуляционного аппарата, голосовых и дыхательных мышц, что выражается в форме клонических повторений или тонического спазма по типу тиков. При нарушениях стриопаллидарной системы возникает расстройство автоматизма и гипертонус мускулатуры речевого аппарата. Постепенно патологический рефлекс закрепляется в качестве условного рефлекса.[[6]](#footnote-7)1

Эволюционное заикание, или заикание развития, возникает обычно в том возрасте, когда у ребёнка интенсивно формируется фразовая или монологическая речь. При различных клинических формах начало заикания связано с различными причинами.

исследователи выделяют две клинические формы заикания - невротическую и неврозоподобную, которые обусловлены разными патогенетическими механизмами (Ковалёв В.В., 1970; Асатиани Н.М.,[[7]](#footnote-8)2 1973 – 1985; Драпкин Б.З.,[[8]](#footnote-9)3 1973; Белякова Л.И., 1973 – 1977).

Первой причиной и условием появления **невротической формы** заикания служат патогенные эмоциональные факторы внешней среды. Острая или хроническая психическая травма, переживаемая ребёнком, находится в непосредственной связи с появлением «речевых» судорог. Это свидетельствует о первенствующем значении гиперактивации эмоциогенных структур мозга при этой форме заикания.

Однако гиперактивация эмоциогенных структур далеко не всегда заканчивается последующим развитием у ребёнка 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.).

При нормальном созревании 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 ребёнка, у которого впоследствии может развиться невротическая форма заикания, характеризуется особой эмоциональной реактивностью. Таким детям присуща повышенная впечатлительность, робость, тревожность, нарушения сна, аппетита, эмоциональная ранимость и т.п. Это свидетельствует о врождённых или рано приобретённых 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.

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-м 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 артикуляторного (моторного) обеспечения указывают на дизонтогенез речевых механизмов у детей с невротической формой заикания.[[9]](#footnote-10)1

Заикание у таких детей появляется в гиперсензитивные фазы речевого развития, главным образом, в период интенсивного формирования фразовой речи, так как именно период наиболее интенсивного развития любой функциональной системы организма является особо уязвимым при воздействии патогенных факторов.

Таким образом, патогенетические механизмы, способствующие появлению невротической формы заикания, сложны и не сводятся к пережитой ребёнком психической травме.

У части детей, перенесших 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 тормозящими влияниями центральной нервной системы. В этих случаях своевременное адекватное коррекционное способствует нормализации речи.

У части детей имеется низкий уровень компенсаторных возможностей мозга. В этих случаях быстро формируется патологическая функциональная система речи. Новая патологическая функциональная система начинает подавлять нормальную функциональную речевую систему, которая до этого развивалась у ребёнка так, казалось бы, успешно.

Генератор патологически усиленного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга и формирующаяся патологическая система речи нарушают нормальные адаптивные формы перестройки нервной системы. Это ведёт к развитию патологического процесса и дальнейшей дезинтеграции деятельности мозга в целом, что проявляется в хронификации заикания.

Любое усиление эмоционального возбуждения (неправильное поведение родителей, перегруженность ребёнка впечатлениями и др.) ухудшают состояние центральной нервной системы, способствуют «закреплению» патологической функциональной системы речи.

В первое время формирования патологической речевой функциональной системы при невротической форме заикания судорожные запинки могут быть относительно редкими, так как патологическая детерминанта на ранних стадиях развития нервного расстройства повышает свою активность только при действии специфических раздражителей, какими являются испуг и ситуации, вызывающие состояние эмоционального напряжения.

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

Так, нормальная функциональная речевая система не останавливается в своём развитии: продолжают формироваться звукопроизношение и фонематическое восприятие, обогащается словарь, уточняются и усложняются грамматические категории, речевое общение у заикающихся детей дошкольного возраста уже 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 искажённо развиваться планирование монологической речи, с возрастом эта тенденция становится ярко выраженной.

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

У подростков с невротической формой заикания (11 – 12 лет) развивается логофобия, т.е. вторичная невротическая патологическая реакция.

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 расстройства. Произнесение в такие моменты 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.

Отсутствие патологической детерминанты, связанной с психологическим реагированием на речевой дефект у заикающихся дошкольного возраста, позволяет сосредоточиться, главным образом, на логопедической работе. Её 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 ранней 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.

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 её 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. 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 структур и нарушения корковых регулирующих влияний, тоже, по-видимому, органической природы.[[10]](#footnote-11)1

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 развёрнутого высказывания, которые у этих детей являются функционально ослабленными.

Наличие патологической детерминанты в подкорковых структурах мозга недостаточно для появления неврозоподобной формы заикания. Дополнительными условиями является *декомпенсация регулирующих механизмов* мозга в связи с активным становлением фразовой речи.

Выбор органа – мишени – в виде речевой системы предполагает наличие у детей с неврозоподобным заиканием эндогенных нарушений в собственно речевых зонах коры больших полушарий. Об этом свидетельствует и речевой онтогенез детей с неврозоподобной формой заикания: и пословная и фразовая речь появляются с некоторой задержкой по сравнению с нормой.

Можно представить следующие патогенетические блоки этой системы: патологическая детерминанта, связанная с гиперактивностью стриопаллидарных структур мозга и снижением регулирующих влияний со стороны высших отделов мозга; центральные промежуточные звенья речевой моторной системы и речевых зон коры больших полушарий; центральные эфферентные звенья, регулирующие самый высокий уровень координации «речевых» движений*.*

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

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

При невротической форме заикания терапевтические воздействия должны быть направлены на снижение возбудимости эмоциогенных структур мозга, что может достигаться с помощью сочетания медикаментов и различных психотерапевтических приёмов, от стресс-терапии, гипноза до аутогенной тренировки. Логопедические занятия на этом фоне проходят значительно эффективнее.

Заикающиеся с неврозоподобной формой речевого дефекта нуждаются в длительных коррекционно-педагогических воздействиях, способствующих развитию регулирующих функций мозга (стимуляция внимания, памяти и других психических процессов), в специальном медикаментозном лечении, направленном на редукцию последствий раннего органического поражения мозга. Логопедические занятия должны быть регулярными в течение значительного времени.

Комплексные мероприятия, направленные на все звенья и уровни патологической системы речи, а также на личность заикающихся, позволяют получить стабильный коррекционный эффект.

3. Психолого-педагогическая и клиническая характеристика

заикающихся детей дошкольного возраста

Заикание у детей развивается в тесном взаимодействии с личностными и поведенческими нарушениями и во многом зависит от нервно-психического состояния ребёнка, что обусловливает сложную симптоматику и собственно речевые нарушения. Изменения в нервно-психическом состоянии детей часто связаны не только, а иногда и не столько с появившимся заиканием, сколько с особенностями развития индивида. Речевое нарушение, как правило, лишь усугубляет проявление тех отклонений в развитии, которые у ребёнка уже были или наметились.[[11]](#footnote-12)1

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 данные 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 определённые особенности. Нередко наблюдается раннее развитие речи: первые слова появляются к 10 месяцам, фразовая речь формируется к 16-18-ти месяцам жизни. В короткий промежуток времени (за 2-3 месяца) дети начинают говорить развёрнутыми фразами, словарный запас бурно пополняется, рано формируется грамматический строй речи с употреблением сложных речевых конструкций.

Темп речи часто ускорен, дети как бы «захлёбываются» речью, недоговаривают окончания слов и предлоги, делают грамматические ошибки. Нередко отмечается «смазанность» произнесения звуков в речевом потоке. Состояние звукопроизносительной 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 развёрнутой 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-ти 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 перенесённой 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 года жизни. Это бывает у детей, которые ещё 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 перенесённой ребёнком острой психической травмой некоторое время (от нескольких минут до суток) наблюдается мутизм. Ребёнок внезапно перестаёт говорить, на его лице нередко «застывает» выражение страха.

Одновременно с появлением заикания дети становятся ещё 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.[[12]](#footnote-13)1

Нередко заикание постепенно приобретает хроническое течение, при котором в дальнейшем полных и длительных ремиссий уже не наблюдается, и речевое нарушение становится всё более тяжёлым.

При обследовании детей дошкольного возраста при невротической форме заикания чаще всего обнаруживается нормальное развитие общей моторики. Общие движения у детей достаточно грациозны и пластичны. Они хорошо переключаются с одного движения на другое, чувство ритма развито достаточно высоко. Тонкая моторика рук развивается в соответствии с возрастом. Жесты, мимика и пантомимика эмоционально окрашены. В то же время, по сравнению с нормой, для всех заикающихся этой группы характерно недоведение элементов движения до конца, некоторая их вялость, повышенная двигательная утомляемость, у части заикающихся отмечается незначительный тремор пальцев рук. В процессе логоритмических занятий заикающиеся этой группы легко сочетают движения под музыку с речью вслух, что благотворно воздействует на качество их речи.

Звукопроизношение у детей с невротической формой заикания либо не имеет нарушений, либо в соответствии с возрастными особенностями носит черты функциональной дислалии.

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 остаются практически обычными.

**Неврозоподобная форма** заикания чаще всего начинается у детей в возрасте 3-4 года постепенно, без видимых внешних причин.

При неврозоподобной форме заикания в анамнезе зачастую отмечаются тяжёлые токсикозы беременности с явлениями угрожающего 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-м годам, развёрнутые фразы отмечаются лишь к 3,5 годам жизни. Наряду с задержкой развития речи имеются нарушения 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 3-4 года.

В начальном периоде заикания, который продолжается от 1 до 6 месяцев, заикание протекает как бы волнообразно, то несколько смягчаясь, то утяжеляясь, однако периодов, свободных от судорожных запинок речи, обычно не наблюдается.

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

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

Мышечный тонус при этой форме заикания неустойчив, движения напряжённые и несоразмерные. Имеются нарушения координации движений рук и ног, тонкой моторики рук, артикуляционной моторики. Наиболее выраженные нарушения отмечаются в мимической, артикуляционной и тонкой моторике рук. При неврозоподобной форме заикания 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.

Клиническое обследование таких детей свидетельствует, в большинстве случаев, о нерезко выраженном органическом поражении мозга резидуального характера, причём помимо общемозговых синдромов (церебрастенический, гипердинамический и пр.), у них обнаруживаются остаточные явления поражения моторных систем мозга.

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 тех случаях, когда логопедическая помощь не оказывается своевременно и в полном объёме, данная форма заикания имеет склонность к *прогредиентному течению.* Для этих случаев характерно постепенное утяжеление заикания.

Сравнительная характеристика проявлений невротической и неврозоподобной форм заикания представлена в ПРИЛОЖЕНИИ 1.

Довольно часто в практике встречаются заикающиеся дети, 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 звукопризносительной 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 неврозоподобная форма заикания может осложняться целым комплексом вторичных невротических реакций, связанных с особенностями личностного реагирования на речевой дефект, что «маскирует» истинную причину речевой патологии. Такие формы речевой патологии являются смешанными и труднее поддаются коррекционным воздействиям.

1. 1 Логопедия / Под ред. Л.С.Волковой. М., 1989. С.198. [↑](#footnote-ref-2)
2. 2 Шевцова Е.Е. Артикуляционный массаж при заикании. М., 2003. С.4. [↑](#footnote-ref-3)
3. 1 Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. М., 1998. С.51. [↑](#footnote-ref-4)
4. 1 Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. М., 1998. С.54. [↑](#footnote-ref-5)
5. 1 Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. М., 1998. С.63. [↑](#footnote-ref-6)
6. 1 Шевцова Е.Е. Артикуляционный массаж при заикании. М., 2003. С.5. [↑](#footnote-ref-7)
7. 2 Асатиани Н.М. Заикание у взрослых // Заикание / Под ред. Н.А.Власовой, К.П. Беккера. М., 1983. С.180-221. [↑](#footnote-ref-8)
8. 3 Драпкин Б.З. Психотерапия в комплексном лечении заикания у подростков // Клиника и терапия заикания. М., 1984. С.75. [↑](#footnote-ref-9)
9. 1 Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. М., 1998. С.101. [↑](#footnote-ref-10)
10. 1 Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. М., 1998. С.107. [↑](#footnote-ref-11)
11. 1 Волкова Г.А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. М., 1984. С.5. [↑](#footnote-ref-12)
12. 1 Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. М., 1989. С.72. [↑](#footnote-ref-13)