**Введение**

В настоящее время проблема обучения и воспитания детей дошкольного возраста становиться особенно значимой. По статистическим данным, только 10 % новорожденных появляются на свет абсолютно здоровыми. Остальные дети имеют микроорганические поражения или выраженную патологию. Отдельную категорию составляют аномалии развития, сопровождающиеся нарушением речи, что влечет и отставания в развитии. Детям с недоразвитием речи следует вовремя оказать помощь, к началу обучения в школе.

Заикание представляет собой одну из острых проблем логопедии. Во всем мире признается, что заикание является сложной проблемой как в теоретическом, так и в практическом аспектах. Проблема заикания интенсивно изучается и освещается в литературе на протяжении всего 20-го века. Научная разработка проблемы заикания в отечественной логопедии связана с именами известных психиатров И.А. Сикорского, Н.Г. Неткачева и В.А. Гиляровского.

В настоящее время интерес к проблеме не падает, более того, начиная с 1994 года регулярно проходят Международные симпозиумы, посвященные только проблеме заикания. Эти научные конгрессы собирают более тысячи ученых из стран всего мира. Регулярно издается международный специальный журнал “Fluen y Disorders” (“Нарушение плавности”), который также посвящен этой монопроблеме. Огромный интерес ученых всего мира к проблеме заикания свидетельствует о ее актуальности.

В отечественной логопедии разработан оригинальный подход в оценке клинической картины заикания. Выделение двух клинических форм заикания — невротической и неврозоподобной — позволяет наиболее полно оценить не только судорожные проявления в речи заикающихся, но и особенности личности как в начальный период развития заикания, так и при его хронификации. Помимо судорожных запинок, заикание включает в себя нарушения высшей нервной деятельности, связанные в одних случаях с органическим поражением ЦНС, в других случаях — с невротической реакцией. Наблюдаемая при заикании хронификация процесса вызывает, как правило, вторичную невротизацию в качестве реакции личности на основное заболевание, что делает заикание сложнейшим патологическим процессом, который может сопровождать человека всю его жизнь.

В настоящее время от логопеда требуется не только знание практических приемов коррекции речи при заикании, но и понимание целостной клинической и психолого-педагогической картины этого сложного патологического состояния, а также знаний клинических проявлений невротических и неврозоподобных состояний. Только при этом условии могут быть правильно интерпретированы психофизиологические, психологические и психолого-педагогические данные о заикающихся, что и определяет направление реабилитационных, а также профилактических мероприятий.

**Сензитивный период и гиперсензитивные фазы речевого развития**

Весь период речевого развития от 1 до 6 лет считается сензитивным, т.е. особо чувствительным как к восприятию речи окружающих, так и к влиянию разных факторов внешней и внутренней среды. Именно в этот период дети могут особо продуктивно освоить устную речь.

Хорошее здоровье ребенка и благоприятная речевая среда способствует формированию высокоразвитой речи.

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

Помимо того, что весь период от 1 до 6 лет считается сензитивным для развития речи, на этом фоне отмечаются достаточно ограниченные по временигиперсензитивные фазы.

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

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

Реализация ребенком речевого замысла на этом этапе сопровождается не только психическим, но и эмоциональным напряжением. Все это отражается на характере устной речи. В речи ребенка появляются паузы, которые могут возникать не только между отдельными фразами, но и в середине фраз и даже слов (дизритмия речевого высказывания). Появление пауз внутри слов как между слогами, так и внутри слогов т.е. онтогенетические паузы хезитации, характерны только для детей в период формирования фразовой речи. Эти паузы свидетельствуют об интенсивном формировании внутриречевого программирования.

Помимо пауз, появляются повторения слогов, слов или словосочетаний — физиологические итерации. Этот период сопровождается определенными особенностями речевого дыхания. Ребенок может начинать речевое высказывание в любую из фаз дыхательного акта: на вдохе, выдохе, в паузу между выдохом и вдохом. Нередко речевые высказывания детей этого возраста сопровождаются выраженными вегетативными реакциями: покраснение, учащение дыхания, общее мышечное напряжение.

В этот период речь самого ребенка становится средством его интеллектуального и речевого развития. У ребенка трех лет появляется повышенная потребность в речевой активности. Он говорит постоянно, обращается к взрослому с вопросами, инициативно подключая взрослого в общение с собой.

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

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

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

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

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

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

**Заикание**

Заикание определяется как нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. 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.

**Феноменология заикания**

**Речевые судороги.**

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

Судороги мышц речевого аппарата имеют 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, щек 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 напряженной 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.

**Локализация судорог**

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

**Судорога 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. Лишь в очень редких случаях они бывают сильными и длительными. Инспираторные судороги обычно сопровождаются субъективными ощущениями заикающихся в виде чувства напряжения в груди.

**Экспираторная судорога** характеризуется внезапным резким выдохом в процессе речевого высказывания. Для нее характерны сильные сокращения мускулатуры брюшного пресса. Во время приступа экспираторной судороги заикающийся может резко наклоняться вперед, а воздух 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 небной занавески и раздувание крыльев носа.

**Судороги голосового аппарата**

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

**Смыкательная голосовая судорога** возникает при попытке начать речь или в середине речевого высказывания, что внезапно прекращает голосоподачу. Голосовые складки в момент судороги резко смыкаются, препятствуя прохождению воздуха. Основным признаком этого вида судорог является полное отсутствие звука, которое может быть различным по длительности. В этот период наступает как бы “мимолетная немота”. В связи с тем, что голосовая щель сомкнута, перекрывается прохождение воздушной струи, брюшная мускулатура напряжена. Заикающийся как будто “застывает”, лицо его становится неподвижным, мышцы всего туловища приходят в оцепенение. При длительной смыкательной голосовой судороге лицо заикающегося выглядит напряженным. В качестве объективных ощущений заикающиеся могут указывать на чувство напряжения в области гортани, груди и брюшных мышц, ощущение препятствия в области гортани.

**Вокальная судорога** возникает в виде повышения тонуса голосовых мышц. Судорога возникает в процессе речи, как правило, на гласных звуках. Акустически вокальная судорога воспринимается как необычная продолжительность вокализации гласного звука. По мнению 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 все резервное количество воздуха, и слово не может быть произнесено без нового вдоха. При вокальных судорогах тембр голоса и его частотные характеристики могут быть не нарушенными, однако иногда у заикающихся наблюдается вокальная судорога, при которой может меняться тембр голоса и его высота. Голос приобретает неприятное, фальцетообразное, то понижающееся, то повышающееся звучание.

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

**Дрожащий или толчкообразвый гортанный спазм** возникает при произнесении иди 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 вперед.

**Судороги артикуляционного аппарата**

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

**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 щеки могут надуваться под напором воздуха, наполняющем полость рта.

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

**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, искаженным.

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

Угловая судорога рта характеризуется резким оттягиванием угла рта справа или слева вместе с приподнятием ,вго. Ротовая щель перекашивается в сторону судорожно сокращенных мышц. Может быть распространение судороги на мышцы носа, век, лба. Угловая судорога нарушает работу круговой мышцы рта. Заикающийся во время судороги не в состоянии сомкнуть губы, в результате чего расстраивается произнесение соответствующих согласных. Угловая судорога рта может возникать с обеих сторон рта. Она бывает как тонической, так и клонической.

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

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

**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 артикуляторных судорог. Кончик языка упирается с напряжением в твердое небо, в результате чего артикуляция приостанавливается, выдох (а, значит, и фонация) в этот момент прекращается, возникает необоснованная пауза.

**Судорожный подъем корня языка** выражается в насильственном подъеме корня языка вверх и оттягивании назад. Во время судороги происходит смыкание корня языка с небом, 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 вперед и затем с силой втягиваться внутрь. Во время судороги произнесение звуков становится невозможным, дыхание нарушается, могут возникнуть даже болевые ощущения. Если судорога носит не резко выраженный характер, язык может оставаться в полости рта, лишь упираясь в зубы.

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

**Судорога мягкого неба**

Данная судорога изолированно встречается крайне редко. Чаще она наблюдается в составе сложной общей генерализованной судороги артикуляционного аппарата.

Во время судороги мягкое небо то поднимается, то опускается, в результате чего вход в носовую полость то открывается, то закрывается, что придает 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.

**Тяжесть проявления речевых судорог**

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

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

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

Существуют и другие, более формализованные оценки степени тяжести заикания, как-то: количественные показатели темпа речи, количество и длительность пауз, количество повторов, вставок лишних звуков и других искажений речи заикающихся (Ю.А. Кузьмин, 1990 и др.). Степень тяжести заикания у одного и того же 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, т.д.

Лингвистические факторы, способствующие появлению судорожных запинок.

Появление судорожных запинок часто связано с фонетическими характеристиками звуков. К звукам, которые чаще других сопровождаются судорогами, относятся глухие и звонкие смычные согласные, в особенности “п, т, к”, кроме этого, судороги часто появляются на сочетаниях этих звуков с другими согласными, например, “тр”, “ст”, “кр” и т.п. Судорожные запинки чаще встречаются при произнесении предложений, длинных и сложных по своей грамматической структуре. Запинки в большей степени вероятны в тех словах, которые не характерны для индивидуального словаря говорящего (малочастотные), а также в словах или словосочетаниях, которые несут основную информационную нагрузку во фразе (информационная значимость) говорящего.

Кроме этого, на появление запинок влияет и ритмическая структура слова. Запинки главным образом возникают на предударных и ударных слогах. Напротив, они практически не появляются на заударных слогах. Наиболее же часто запинки возникают на первом слоге слова или фразы.

**Речевое дыхание**

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

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

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

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

**Сопутствующие речи движения**

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

Часто эти движения являются насильственными, но могут носить и маскировочный (уловочный) характер.

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

**Речевые уловки**

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

Нередко в речи заикающихся наблюдается подмена слов, которые в момент высказывания им трудно произнести, на слова, которые произнести легче. Часто речевые уловки такого рода меняют смысл высказывания, что не всегда осознается заикающимися.

**Вегетативные реакции**

Устная речь у заикающихся подростков и взрослых обычно сопровождается вегетативными реакциями. Это может выражаться покраснением или побледнением лица, резким учащением сердцебиения. В процессе речи резко усиливается потоотделение, ладони становятся влажными,

могут появиться капли пота на лбу, иногда становится влажным не только лицо, но и тело. Аналогичные вегетативные реакции могут наблюдаться и у здоровых лиц, но только в ситуациях сильного эмоционального напряжения.

**Логофобия**

У большого числа заикающихся, начиная с подросткового возраста, наблюдается патологическая личностная реакция на речевой дефект в виде боязни речевого общения — логофобия. Логофобия включает в себя навязчивые переживания и страх возникновения речевых .судорог. Этот страх усиливается в определенных ситуациях, в связи с чем у заикающихся появляется реакция избегания “речевых” ситуаций, наблюдается ограничение общения. Логофобия существенно осложняет общую картину данной речевой патологии.

Логофобия у подростков, помимо ограничения общения, главным образом со сверстниками, нередко приводит к отказу заикающихся отвечать устно перед классом. Они переходят на письменные ответы. Все эти факторы отрицательно влияют на речевое состояние заикающихся.

**Течение заикания**

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

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

**Регредиентный** тип течения, при котором постепенно вся симптоматика заикания исчезает. Ослабляется тяжесть заикания, постепенно убывает или исчезает страх речи, уменьшаются сопутствующие и содружественные движения, т.е. это благоприятный тип течения.

Уменьшение и исчезновение симптоматики заикания может происходить спонтанно, в детском возрасте под влиянием адекватных логокоррекционньх воздействий. В том случае, если заикание не проходит спонтанно в течение 6-ти месяцев от момента возникновения, то можно считать, что оно приобрело хроническое течение При хроническом течении заикания выделяют следующие типы.

**Стационарный тип течения** — характеризуется достаточной стабильностью и монотонностью протекания речевого дефекта, т.е. выраженность речевого дефекта, логофобии, сопутствующих психопатологических и моторных нарушений на протяжении определенного периода времени не претерпевает изменений. Таким образом, заикание не меняется как по тяжести проявления, так и по клинической картине.

**Рецидивирующий тип** течения — наблюдается чередование периодов плавной речи с периодами заикания.

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

**Прогредиентный тип** течения — характеризуется тенденцией заикания к ухудшению. Вся симптоматика речевого дефекта усложняется, а состояние заикающегося постепенно ухудшается.

**Этиология заикания**

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.

1. Определенный возраст ребенка.

2. Состояние центральной нервной системы ребенка.

3. Индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза.

4. Особенности формирования функциональной асимметрии мозга.

5. Наличие психической травматизации.

6. Генетический фактор.

7. Половой деморфизм.

Можно перечислить еще 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 ребенка.

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

Итак, рассмотрим каждый из этиологических факторов отдельно.

**Определенный возраст ребенка**

По данным многочисленных наблюдений в подавляющем числе случаев первые признаки появляются в возрасте 2-6 лет. Имеются лишь единичные случаи, когда заикание появлялось после 7-ми лет. Такая возрастная избирательность появления заикания связана с тем, что формирующиеся в дошкольном возрасте координаторные механизмы речевой деятельности находятся в стадии интенсивного формирования. Физиологические исследования свидетельствуют о том, что любая функциональная система, находящаяся в стадии интенсивного развития, является избирательно ранимой под влиянием вредоносных факторов.

**Состояние центральной нервной системы**

Нередко у заикающихся отмечается органическое поражение мозга резидуального характера, возникающее во внутриутробном, пренатальном или постнатальном периодах развития. Это поражение, как правило, бывает диффузным, в то же время обычно отмечаются те или иные отклонения в состоянии моторньк структур мозга. В целом для заикающихся характерна недостаточность двигательной сферы, выраженная в разной степени. Речь предъявляет высокие требования к тонко дифференцированной моторной деятельности, совершенство которой зависит от целостности и степени зрелости центральной нервной системы.

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 новьм условиям, что свидетельствует об особом, более ранимом состоянии центральной нервной системы, чем в норме.

**Индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза**

В речевом развитии детей отмечаются периоды, когда их нервная система испытывает большое напряжение. Для начала заикания особое значение имеет период интенсивного формирования речи. В это время для многих детей характерно появление физиологических итераций.

Выявляется значительное несоответствие между пока еще недостаточно оформленным речевым дыханием и психической возможностью произнесения сложных фраз.

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

Большое значение в появлении заикания может иметь и темп речевого развития. Появление развернутой 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 детей с задержкой речевого развития нередко наблюдается интенсивное развитие фразовой речи в 3,5-4,5 года, что ослабляет координаторные механизмы формирующейся речевой системы и может способствовать появлению заикания.

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

**Особенности формирования функциональной асимметрии мозга**

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

Есть указания также на то, что заикание нередко возникает при перевоспитании леворукости на праворукость. В тех случаях, когда переучивание происходит грубо, а также в неадекватно сжатые сроки, у ребенка может появиться заикание.

Следует учесть, что при левшестве у детей наблюдаются высокая общая эмоциональность, боязливость, тревожность и другие показатели, которые нередко ведут к невротическому реагированию при воздействии различных патогенных раздражителей.

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

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

**Наличие психической травматизации**

Многочисленные авторы связывают появление заикания с перенесенной психической травмой.

Психические травмы разделяют на острые и хронические, причем объективная сила воздействия психического фактора травмы не имеет решающего значения.

По своему конкретному содержанию психические травмы отличаются большим разнообразием. Реакция на психическую травму в виде заикания характерна для психомоторного уровня реагирования центральной нервной системы, что свойственно детям дошкольного возраста.

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

**Генетический фактор**

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

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 передается определенная слабость центральных речевых механизмов, которые повышенно подвержены воздействию факторов риска. Генетическая наследственность той или иной патологии проявляется, как правило, только при наличии дополнительной вредности.

**Половой деморфизм**

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

Разумеется, перечисленные этиологические факторы не исчерпывают все причины, с которыми может быть связано появление заикания.

Однако здесь выделены те факторы, которые играют прямую или косвенную роль в возникновении заикания по данным современных многочисленных исследований.

Психолого-педагогическая и клиническая характеристика заикающихся.

Начиная с 70-х годов, в отечественной научной литературе выходит значительное число публикаций, свидетельствующих о новых трактовках клинической картины, наблюдаемой при заикании. На базе клинических наблюдений и экспериментальных исследований разрабатывается представление об объективной дифференциации клинических форм заикания.

Исследователи выделяют две клинические формы заикания — невротическую и неврозоподобную, которые обусловлены разными патогенетическими механизмами (Ковалев В.В., 1970; Асатиани Н.М. с сотр., 1973-1985; Драпкин Б.3., 1973; Белякова Л.И., 1973-1997 и др.).

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

Различают острую и хроническую психические травмы. Под острой психической травмой понимают сильный, внезапный, как правило, однократный психический шок, вызывающий сильную эмоциональную реакцию. Чаще всего такая травма вызывает испуг, чувство страха. Причины острой психической травмы могут быть многообразны. В качестве психогении может быть резкая смена привычной обстановки (например, при определении в детский сад ребенка без достаточной подготовки).

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

Неврозоподобные состояния по своей симптоматике напоминают неврозы. Они возникают вследствие органических, сосудистых и других поражений центральной нервной системы. По своей природе эти состояния являются органо-функциональными, при которых несмотря на наличие органического поражения мозга, имеется целый ряд расстройств функционального характера. К ним можно отнести обратимость симптоматики, наличие невротических наслоений, нестабильность патологических проявлений и пр.

**Клиническая и психолого-педагогическая характеристики заикающихся 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-ти 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 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 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-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 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 года 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 переключаюся с одного движения на другое, чувство ритма развито достаточно высоко. Они легко вступают в ритм музыки и переключаются с одного ритма на другой. Двигательные ошибки могут исправлять самостоятельно. Для правильного выполнения большинства двигательных заданий бывает достаточно словесной инструкции. Движения рук и ног хорошо координированы. Тонкая моторика рук развивается в соответствии с возрастом. Жесты, мимика и пантомимика эмоционально окрашены. В то же время, по сравнению с нормой, для всех заикающихся этой группы характерно недоведение элементов движения до конца, некоторая их вялость, повышенная двигательная утомляемость, у части заикающихся отмечается незначительный тремор пальцев рук. В процессе логоритмических занятий заикающиеся этой группы легко сочетают движения под музыку с речью вслух, что благотворно воздействует на качество их речи.

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

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

Именно в этом возрасте у заикающихся с невротической формой патологии речи начинает ярко проявляться патологическая личностная реакция на речевое нарушение. Формируется стойкая логофобия — боязнь речевого общения с навязчивым ожиданием речевых неудач. В таких случаях образуется своеобразный порочный круг, когда судорожные запинки в речи обусловливают сильные эмоциональные реакции отрицательного знака, способствующие, в свою очередь, усилению речевых нарушений.

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

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

С возрастом логофобия в части случаев приобретает особо значимое место в общей клинической картине невротической формы заикания, носит навязчивый характер и возникает при одной мысли о необходимости речевого общения или при воспоминаниях о речевых неудачах в прошлом. В этом состоянии заикающиеся часто произносят не то, что им хотелось бы сказать, а лишь то, что легче произнести.

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

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

Отличительной особенностью данной группы заикающихся является то, что в спокойном состоянии, при отвлечении внимания от процесса артикуляции (например, при большой заинтересованности темой разговора), а также наедине с собой речь у них осуществляется свободнее, часто совершенно лишена судорожных запинок. Значительное улучшение экспрессивной речи наблюдается у таких лиц в процессе логоритмических занятий, аутогенной тренировки, под влиянием психотерапии, гипноза.

Таким образом, для невротической формы заикания характерны следующие особенности:

1. Заикание может появиться в возрасте от 2-х до 6-ти лет.

2. Наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения.

3. Преимущественно психогенное начало речевой патологии (психическая острая или хроническая травматизация).

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

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

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

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 тяжелые 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, 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 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. При отсутствии логопедической помощи речевое нарушение постепенно утяжеляется. Заикание быстро “обрастает” обильными сопутствующими движениями и эмболофразией.

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

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

Мышечный тонус при этой форме заикания неустойчив, движения напряженные и несоразмерные. Имеются нарушения координации движений рук и ног, тонкой моторики рук, артикуляционной моторики. Наиболее выраженные нарушения отмечаются в мимической, артикуляционной и тонкой моторике рук. При неврозоподобной форме заикания особенно страдает динамический праксис. Заикающиеся с трудом запоминают последовательность движений, с трудом переключаются с одной серии движений на другую. Большая часть заикающихся этой группы с трудом воспроизводит и удерживает в памяти заданный темп и ритм. Как правило, у них плохо развивается музыкадьный 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 (мёжзубной 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. Многие поступают в техникумы, институты.

В тех случаях, когда дети с неврозоподобной формой заикания получают своевременную (т.е. приближенную ко времени появления заикания) и достаточно длительную (т.е. в течение, как минимум, целого года) регулярную логопедическую помощь, 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 прогредиентному течению. Для этих случаев характерно постепенное утяжеление заикания. Дети, не получившие своевременной логопедической помощи, с трудом обучаются в общеобразовательной школе. Именно эти заикающиеся нередко входят в число учащихся школ для детей с тяжелыми нарушениями речи. Они выбирают профессию, как правило, не связанную с речевой нагрузкой и редко заканчивают высшие учебные заведения.

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

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

При хроническом течении неврозоподобной формы заикания у взрослых лиц речь характеризуется нередко тяжелыми тоно-клоническими судорогами во всех отделах речевого аппарата. Как правило, отмечается резкое нарушение дыхания в процессе речи: длительная задержка, прерывистость, судорожность и т.д. Речь обычно сопровождается разнообразными движениями пальцев рук, притоптыванием, кивательными движениями головы, покачиванием туловища и другими содружественными движениями, напоминающими гиперкинезы, т.е. насильвенные сокращения мышц, не носящие маскирующего или эмоционально-выразительного характера. При тяжелой форме заикания речевое общение утомляет взрослых заикающихся. Вскоре после начала беседы они начинают отвечать односложно, жаловаться на чувство физической “усталости до изнеможения”. Для психического состояния взрослых характерны трудность адаптации к новым условиям, снижение памяти и внимания, истощаемость. Большинству из них занятия с логопедом приносят облегчение в речи, в тех случаях, если коррекционная педагогическая работа носит регулярный и длительный характер.

Неврозоподобная форма заикания характеризуется тем, что речевые запинки проявляются в любой обстановке, как наедине с самим собой, так и в обществе. Активное внимание заикающихся к процессу говорения облегчает речь, запинок становится меньше. В то же время наблюдения показывают, что физическое утомление, продолжительное психическое напряжение, перенесение соматических заболеваний ухудшают качество речи.

Таким образом, для неврозоподобной формы заикания характерно:

1) судорожные запинки появляются у детей в возрасте 3-4 года;

2) появление судорожных запинок совпадает с фазой развития фразовой речи;

3) начало заикания постепенное вне связи с психотравмирующей ситуацией;

4) отсутствие периодов плавной речи и малая зависимость качества речи от речевой ситуации;

5) привлечение активного внимания заикающихся к процессу говорения облегчает речь;

6) физическое или психическое утомление, соматическая ослабленность 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 звукопроизносительной 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 природу речевой патологии. Такие формы речевой патологии являются смешанными и труднее поддаются коррекционным воздействиям.

**Профилактика заикания**

Предупреждение появления заикания у детей связано главным образом с просветительской работой среди родителей и работников дошкольных учреждений.

Поскольку в появлении заикания значительную роль играют особенности речевого развития ребенка, его характерологические качества, внутрисемейные отношения и многое другое, необходимо, чтобы родители, воспитатели и окружающие ребенка близкие люди были осведомлены о закономерностях речевого развития и об условиях, которые могут способствовать возникновению речевой патологии.

В профилактике заикания выделяются три основных направления:

1) предупреждение возникновения заикания у детей;

2) предупреждение хронификации и рецидивов заикания;

3) предупреждение нарушений социальной адаптации.

Можно выделить несколько групп детей с фактором риска по заиканию.

Во-первых, это дети с тревожными чертами характера. Обычно они очень привязаны к матери, реагируют на изменения ее настроения. Такие дети нередко дают реакцию в виде нарушения сна, аппетита, раздражительности, плаксивости в ответ на резкое изменение окружающей среды (помещение в ясли, детский сад, длительное отсутствие матери и т.п.).

Во-вторых, это группа детей с ранним речевым развитием. У таких детей первые слова появляются до 1-го года. В 1,6-1,8 года у них формируется фразовая речь. В 2-2,5 года они начинают говорить развернутыми фразами. Их речевая активность высокая. В этот период в речи у них появляются множественные итерации. Речь протекает часто в период инспираторной фазы дыхания.

В-третьих, это дети с некоторой задержкой речевого развития. Слова у таких детей появляются после 1-го года, чаще всего к 1,3-1,5 годам. Фразовая речь формируется после 3-х лет, фаза ее интенсивного развития падает на возраст 3,6 года. Речь таких детей зачастую невнятна с существенным нарушением звукопроизносительной стороны речи.

В-четвертых, это дети с генетическими факторами риска, т.е. дети с признаками левшества, а также имеющие родственников с заиканием или левшеством (обнаруживается генетическая обусловленность речевой патологии).

Дети, имеющие в ближайшем речевом окружении лиц, страдающих заиканием, подвержены этой речевой патологии чаще, чем другие.

Дети, воспитывающиеся в семьях с двуязычьем также находятся в ситуации риска заикания.

Возникновению заикания у этих групп детей способствует снижение адаптационных возможностей их центральной нервной системы.

В просветительской деятельности логопеда большое внимание должно уделяться работе с родителями. В семье детей с факторами риска заикания должны быть созданы условия для нормального соматического и нервно-психического развития ребенка. Сюда относятся: соблюдение режимных моментов, соответствующих возрасту ребенка, правильное питание, избегание соматических и психических перегрузок, создание благоприятного эмоционального климата в семье, согласованные единообразные воспитательные воздействия.

У детей дошкольного возраста, особенно у детей с тревожными чертами характера, легко возникают страхи. Эти страхи могут возникать в результате запугивания, чтения книг или просмотра фильмов устрашающего содержания и т.п. Нередко дети боятся остаться в темноте и просят не гасить свет перед засыпанием, боятся остаться одни в комнате, пройти по темному коридору и т.п.

Не следует “приучать” детей быть храбрыми, настаивать на том, чтобы ребенок обязательно был в темноте перед засыпанием, так как это может усилить страхи и зафиксировать их. Можно оставить приглушенный свет в комнате засыпающего ребенка, посидеть с ним рядом, пока он не уснет. При разумном поведении родителей страхи ребенка постепенно проходят. Если возникшие страхи наблюдаются длительное время, следует обратиться к психоневрологу.

Следует обратить внимание родителей на то, что для детей в возрасте от 1-го до 6-7-ми лет речь родителей является образцом. Общими правилами речевого поведения родителей являются следующие:

— речь должна быть достаточно плавной, эмоционально-выразительной, умеренной по темпу;

— желательно, чтобы речь родителей была четкой;

— нельзя говорить с детьми их лепетным языком или искажать звукопроизношение;

— речь взрослых не должна быть перегружена труднопроизносимыми для детей словами;

— взрослые не должны включать в речь при общении с ребенком сложные лексико-грамматические обороты, фразы по конструкции должны быть достаточно простыми;

— при общении с ребенком следует задавать только конкретные вопросы, не торопить с ответом;

— ребенка нельзя наказывать за погрешности в речи, передразнивать его или раздраженно поправлять. Полезно читать детям стихотворные тексты, соответствующие их возрасту. Дети легко запоминают их, а ритмизованная речь способствует выработке правильных речедвигательных автоматизмов.

**Случаи раннего речевого развития** не следует оценивать как положительное явление. Такого ребенка опасно “перегружать” речевым общением: вводить новые слова, речевые обороты в обиходную речь, поощрять речевую активность, демонстрировать “речевые успехи” ребенка окружающим и пр. Напротив, необходимо максимально снизить интенсивность поступающей информации. Выбор книг должен быть ограничен и строго соответствовать возрасту. Таким детям противопоказаны массовые зрелищные мероприятия, которые могут привести к психической перегрузке.

Речевые образцы взрослых играют особо важную рольв организации речедвигательных автоматизмовтаких детей. Речь взрослых должна быть спокойной и неторопливой, с четким проговариванием слов и предложений. Для таких детей полезны игры с ритмическими движениями, ритмическим проговариванием отдельных слов и коротких фраз. Очень важно обратить внимание на процесс становления у них речевого дыхания.

Таким образом, для детей с ранним речевым развитием профилактические мероприятия, прежде всего, связаны с охранительным речевым режимом, ритмизацией речи и формированием речевого дыхания.

В тех случаях, когда итерации и речь на вдохе наблюдаются более полугода без тенденции к “сглаживанию” и далее к исчезновению этих феноменов, необходимо начинать коррекционную педагогическую работу в целях предупреждения заикания.

Дети **с некоторой задержкой речевого развития** нередко при тщательном обследовании их психоневрологом обнаруживают те или иные симптомы церебрастенического синдрома (повышение внутричерепного давления, двигательная расторможенность, снижение внимания и т.д.).

Такие дети нуждаются в стимуляции речевого развития, однако эта стимуляция должна быть очень осторожной и умеренной. В первую очередь, таким детям надо формировать звукопроизносительную сторону речи и речевое дыхание (базовые уровни речедвигательного акта).

В период интенсивного накопления словаря и развития фразовой речи у этих детей необходимо быть предельно внимательным к появлению итераций. Если на протяжении 3-4-х месяцев количество итераций не снижается, необходимо переходить к коррекционным воздействиям, направленным на выработку плавности речи.

У детей с **семейным левшеством** полезно своевременно выявлять симптомы нарушения формирования нормальных межполушарных отношений. В дошкольном возрасте у части детей не сразу устанавливается доминантность одной из рук. Дети могут одинаково свободно использовать то правую, то левую руку в своих действиях. В этих случаях рекомендуется организовать деятельность ребенка так, чтобы максимально активизировать Правую руку. Необходимо последовательно, но в то же время не насильственно, вкладывать ложку перед едой (карандаш перед рисованием и пр.) в правую руку. Во время прогулок стараться держать ребенка за его правую руку и т.д. Если же ребенок, несмотря на эти мероприятия, настойчиво продолжает пользоваться левой рукой, не следует этого запрещать ребенку.

Известно, что дети-левши эмоционально неустойчивы, тревожны, имеют низкий уровень адаптационных возможностей центральной нервной системы. Для таких детей особенно важна эмоциональная стабильность в семейных отношениях и вредна резкая смена окружающей обстановки (например, помещение в детский сад без периода адаптации).

**Наличие заикающихся в семье** может иметь патогенное значение для развивающейся речи ребенка. В первую очередь, должно быть рекомендовано значительное ограничение речевого общения заикающегося с маленьким ребенком, особенно в период формирования у того фразовой речи. Их общение может протекать только при использовании таких видов речи, в которых у взрослого заикающегося не проявляется заикания (например, чтение стихов, односложная вопросно-ответная речь и пр.).

Заикающимся родителям рекомендуется пройти курс лечебно-коррекционного воздействия для устранения заикания.

Для детей, речь которых формируется в условиях семьи сдвуязычием (т.е. где говорят на двух или более языках), должны быть созданы особые условия. Нервная система детей в период развития речи испытывает значительное напряжение. Оно возрастает в тех случаях, когда формируются одновременно две языковые системы. Нередко в этой ситуации появляются те или иные симптомы речевой патологии или возникают отклонения от нормы. В одних случаях это задержка развития каждой из языковых систем, которыми ребенок овладевает одновременно, несоответствующий возрасту малый словарный запас, задержка формирования грамматических структур, использование разных языков при построении одной фразы и т.д. В других случаях может развиться и заикание.

Для того чтобы избежать развития патологии речи, необходимо создать условия для формирования лексико-грамматической базы сначала одной языковой системы. Это происходит в норме, как правило, к 4-м годам. После этого овладение другой языковой системой не приводит к отклонениям в речевом развитии или речевой патологии, и ребенок свободно овладевает вторым языком.

**Список литературы**

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем.М.,1975.
2. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейро-лингвистический анализ синтаксиса. М., 1989.
3. Белякова Л.И. , Дьякова Е.А. Заикание. Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности “Логопедия” — М.: В. Секачев, 1998.
4. Белякова Л.И. Проблемный подход к анализу патогенетических механизмов заикания. // Заикание: проблемы теории и практики. Под ред. Беляковой Л.И. М.— 1992.
5. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Речевые паузы в нормальной речи и при заикании. // Вопросы психологии. № 3, 1993.
6. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Сравнительный анализ речеязыковых параметров у лиц с нормальной речью и заикающихся. // Психолингвистика и современная логопедия. Под ред. Халиловой Л.Б. М.—1997.
7. Вессарт О.В. Лингвистические факторы, провоцирующие возникновение запинок при заикании. // Сб. Заикание. Экспериментальные исследования и методы реабилитации. М. — 1986.
8. Вильсон Д.К.. Нарушения голоса у детей. М. — 1990.
9. Власова Н.А. Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. М. —1959.
10. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Р.Е. Левиной. М., 1968.
11. Селиверстов В.И. Заикание у детей. Пособие для логопедов. //М.—1994.
12. Сикорский И.А. О заикании. С.-Пб. 1889.
13. Шкловский В.М Заикание М — 1994.