



Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. Заикание. Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности “Логопедия” — М.: В. Секачев, 1998. — 304 с.: ил.

В учебнике рассматриваются вопросы этиологии и патогенеза заикания с позиций современных достижений психофизиологии, психологии и коррекционной педагогики; подробно

проанализированы клиническая и психолого-педагогическая характеристики невротической и неврозоподобной форм заикания; изложены современные представления о реабилитации заикающихся, впервые интегративно представлены логопедические технологии формирования плавной речи у заикающихся; даны методические разработки к организации учебного процесса со студентами и практическими работниками, осваивающими данный раздел логопедии. В книге представлена авторская позиция по проблеме заикания.

Книга рассчитана для студентов дефектологических факультетов, логопедов, психологов, врачей.

Предисловие

Настоящая книга предназначена для студентов дефектологических факультетов педагогических институтов и логопедов. Она направлена на совершенствование подготовки педагогических кадров и логопедической помощи заикающимся. Материал книги соответствует программе и учебным планам для отделения логопедии дефектологических факультетов.

В настоящее время 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 “Fluency 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 невротоподобной — 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 невротоподобных 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.

Настоящая книга представляет собой попытку освещения актуальных для широкой логопедической практики различных аспектов изучения заикания. В своем изложении авторы опираются не только на данные литературы, но и на результаты многолетних исследований, проведенных в “Лаборатории патологии речи” ВНИИ им. В.П. Сербского и на кафедре логопедии Московского педагогического государственного университета.

Структура и расположение четырех глав книги соответствует основной ее задаче — способствовать усвоению студентами учебной программы по курсу “Заикание”.

В первой главе учебника “Основные механизмы устной речи” даны представления о ее анатомо-физиологических механизмах. Дается краткое описание дыхательного, фонаторного и артикуляционного отделов периферического речевого аппарата; представлены основные структуры ЦНС и их функции, обеспечивающие речевую деятельность; даны акустические характеристики устной речи, которые, как правило, нарушаются при заикании.

Современные представления о системной организации речи изложены через описание функциональной системы речедвигательного акта. Анализ нарушения программы

действия (устная речь) через призму представлений о функциональной системе дает возможность выделить то звено патогенеза, которое ведет к заиканию.

В этой же главе описаны возрастные особенности функциональной системы устной речи. В ней обоснована возрастная неустойчивость речедвигательных стереотипов в дошкольном возрасте, объясняются причины избирательной непрочности речевой системы при воздействии различных вредоносных факторов.

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

Сегодня многие специалисты, работающие в области заикания, считают, что успешная практическая работа по реабилитации заикающихся едва ли возможна без тщательной клинической и психолого-педагогической дифференциации заикающихся. В данной главе выделены наиболее актуальные для широкой логопедической практики вопросы дифференциальной диагностики. В этой же главе представлен анализ заикания с психолингвистических позиций, поскольку такой анализ позволяет рассмотреть в едином комплексе нарушение речевого процесса при заикании от замысла до моторной реализации высказывания. В конце главы дан современный взгляд на некоторые патогенетические механизмы заикания с обоснованием основных направлений коррекционного воздействия при разных формах заикания.

Третья глава посвящена основным направлениям комплексной психолого-педагогической реабилитации заикающихся. В ней раскрыто основное содержание задач логопедической работы. В связи с этим подробно освещен ряд логопедических технологий: торможение патологических речедвигательных стереотипов; регуляция эмоционального состояния; развитие моторных систем организма; формирование речевого дыхания, навыков рациональной голосоподачи и голосоуправления; развитие просодической стороны речи; развитие планирующей функции речи. Логопедические технологии раскрыты через содержание конкретных приемов и упражнений.

В этой же главе подробно освещаются вопросы психолого-педагогического обследования заикающихся разных возрастов, а также представлены различные авторские системы комплексных психолого-педагогических воздействий (Власова Н.А., Рау Е.Ф., Селиверстов В.И., Чевелева Н.А., Миронова С.А., Андропова Л.З., Некрасова Ю.Б., Шкловский В.М. и др.). Глава завершается описанием методов профилактики заикания.

Глава четыре посвящена организации учебного процесса по курсу “Заикание”, что позволит как студентам, так и преподавателям оптимизировать учебный процесс по данной проблеме.

Учебник по разделу логопедии “Заикание” заканчивается практически материалом, который отражает разнообразные аспекты практической работы с заикающимися.

Учебник рассчитан на студентов дефектологических факультетов, логопедов, психологов и врачей.

Л. Белякова Е. Дьякова

Март, 1998 г. Москва

ГЛАВА 1 Основные механизмы устной речи

1.1 Анатомо-физиологические механизмы речи

Речь является продуктом психической деятельности человека и результатом сложного взаимодействия разных мозговых структур. Реализация устной речи происходит благодаря координированной работе периферического двигательного аппарата, которая обеспечивается центральной нервной системой.

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

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

При физиологическом дыхании (т.е. вне речи) вдох происходит активно за счет сокращения дыхательных мышц, а выдох — относительно пассивно за счет опускания стенок грудной клетки, эластичности легких. Фазы вдоха и выдоха в покое мало отличаются по длительности. По способу преимущественного расширения грудной полости физиологическое дыхание подразделяется на различные типы: 1) реберное (грудное); 2) брюшное; 3) смешанное (грудо-брюшное). В свою очередь, реберное дыхание бывает трех разновидностей: а) ключичное; б) верхнереберное; в) нижнереберное. Ключичное и верхнереберное дыхание относится к нерациональным способам дыхания, так как расширение грудной клетки ограничено вследствие малой подвижности реберных стенок. При брюшном дыхании дыхательный объем существенно не отличается от такового при нижнереберном дыхании, однако дыхательные движения при этом пластичнее. Более рациональным является грудо-брюшное дыхание, которое нередко в практике называют диафрагмальным. При этом типе дыхания обеспечивается не только достаточный объем воздуха, но и оптимальная пластичность дыхательных движений. Этот тип дыхания наиболее адекватен и для фонации.

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

Фонаторный отдел периферического речевого аппарата анатомически представлен гортанью и ее голосовыми складками. Вне речи складки раздвинуты. При фонации голосовые складки напрягаются, смыкаются и производят колебательные движения. Именно колебательные движения голосовых складок и порождают звуковые волны.

Частотная и силовая характеристики человеческого голоса являются отражением амплитуды и частоты колебания голосовых складок.

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

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

Резонаторы, которые образуются костями черепа, а именно: носовая полость, лобная полость, не меняют своего объема, поэтому генерируют звуки на очень узкий диапазон.

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

Окраска голоса отражает эмоциональное состояние говорящего и даже психическое состояние индивидуума в самом широком смысле слова.

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

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

Мягкое небо при спокойном дыхании расслаблено, частично закрывает вход в ротовую полость из глотки. Во время глубокого дыхания, зевания и речи небная занавеска поднимается вверх, открывая проход в полость рта и, наоборот, закрывая проход в носоглотку. Все случаи, когда голос приобретает носовой оттенок, называются открытой назализацией. Если носовой оттенок голоса отсутствует при произнесении носовых звуков (Н, М), говорят о закрытой назализации.

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

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

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

Артикуляцией называется работа периферических органов речи по воспроизведению звуков.

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

Гласные звуки — это своего рода “озвученный выдох”. При их артикуляции происходит тоническое напряжение мышечных стенок резонаторных полостей при отсутствии преграды на пути струи выдыхаемого воздуха.

Речевая артикуляция — это произвольные движения, которым ребенок обучается в дошкольном возрасте. Для формирования речевой артикуляции в процессе речевого онтогенеза необходимы те сложнейшие координаторные механизмы центральной нервной системы, которые способны регулировать специфическую точную работу мышц артикуляторного аппарата, обеспечивающих устную речь.

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

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

Ядра, от которых отходят периферические нервы, иннервирующие речевой аппарат, расположены в стволе мозга (варолиев мост, продолговатый мозг), в шейном и грудном отделе спинного мозга (рис. 1).

Продолговатый мозг состоит из ядер черепно-мозговых нервов (подъязычного, языкоглоточного и частично тройничного), а также нисходящих и восходящих проводниковых систем. Часть ядерных образований (оливы) продолговатого мозга связаны с мозжечком и имеют отношение к экстрапирамидной системе. Другая часть ядер (пирамиды) содержит нейроны проприоцептивной (суставно-мышечной) чувствительности.

В продолговатом мозге располагаются центры, которые регулируют сердечную деятельность, дыхание и другие вегетативные функции. Продолговатый мозг обеспечивает также непроизвольные функции сосания, глотания, чихания, моргания и некоторые другие.

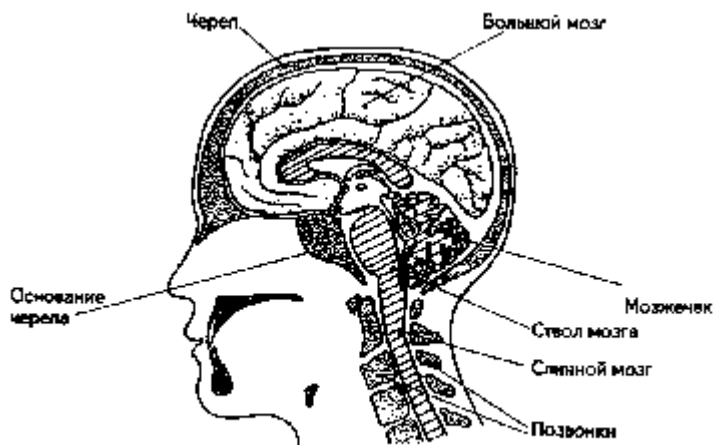


Рис. 1. Среднесагиттальный разрез головы человека (по Шаде и др.)

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

Через варолиев мост проходит пирамидный (двигательный) путь, пути от коры к мозжечку, общечувствительный путь, путь от ядер слухового нерва. В варолиевом мосту находится несколько ядер, в том числе ядра слухового, лицевого и тройничного нервов.

Следующими, более сложно организованными отделами центральной нервной системы являются ствол мозга и подкорковые ядра, благодаря которым осуществляются элементарные безусловно-рефлекторные голосовые реакции типа вскрикивания, стоны, плача, смеха.

Подкорковые (базальные) ядра располагаются в толще белого вещества полушарий мозга.

Часть ядер подкорковой области входит в важное в функциональном отношении образование—стриопаллидарную систему. Стриопаллидарная система является, в свою очередь, составной частью экстрапирамидной системы, которая участвует в реализации двигательных актов. Стриопаллидарная система осуществляет перераспределение тонуса мышц в процессе выполнения движений, подготавливает мышцы к двигательной активности (фоновый тонус). "Благодаря данной системе в онтогенезе вырабатывается плавность движений, постепенная их экономия и автоматизация.

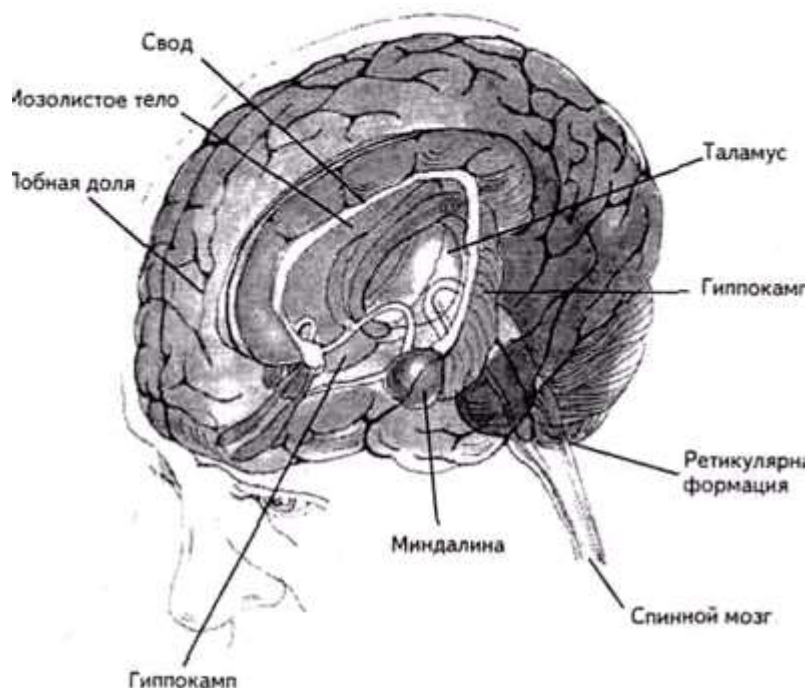
Считается, что данная система обеспечивает ритм движений, в том числе и речевых, а также принимает непосредственное участие в автоматизации двигательного акта.

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

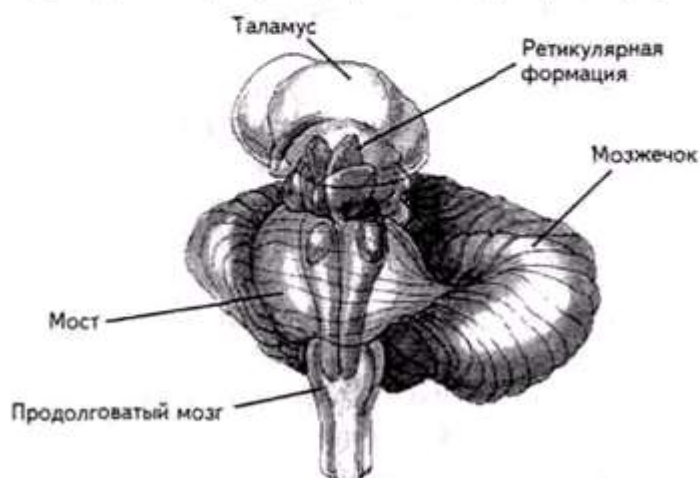
Часть подкорковых ядер входит в другую функциональную систему — лимбико-ретикулярный комплекс. Под данным термином понимают целый комплекс тесно взаимосвязанных структур мозга, который играет важную роль в регуляции эмоций и висцеро-соматических-реакций организма. Данный комплекс обеспечивает эмоционально-адаптивные поведенческие реакции, мотивационные формы поведения.

В лимбико-ретикулярном комплексе важное значение имеет таламус, который принимает участие, в активизации процесса внимания и в организации эмоций (рис. 2).

Рис. 2.
Важнейшие части мозга, образующие лимбическую систему
(По Блуму и др.)



Структуры мозга, играющие роль в эмоциях (По Блуму и др.)



Именно на уровне таламуса происходит формирование вегетативных и некоторых психических компонентов эмоций. По данным некоторых авторов, таламус принимает участие в контроле за спонтанной речью.

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

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

Ретикулярная формация ствола мозга играет основополагающую роль корково-подкорковых взаимоотношений. Она состоит из нервных клеток и густой сети нервных волокон, идущих в различных направлениях и связывающих разные части мозга.

Следующей структурой более высокого функционального уровня являются подкорково-мозжечковые ядра и их проводящие системы. Они обеспечивают основные просодические компоненты звучной речи: темп, плавность, громкость, индивидуальный тембр, эмоциональную выразительность.

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

У человека под влиянием социальной среды в процессе онтогенеза формируются особые структуры коры больших полушарий мозга, функция которых обеспечивает речевой праксис (рис.3).



Рис. 3. Нерасчлененный мозг (по Блуму и др.)

Собственно речевые движения являются одним из видов произвольных движений. Возбуждение, возникая в двигательных областях коры, передается мышцам речевых

органов. Пирамидный путь (кортико-нуклеарный) проводит импульсы от коры мозга в первую очередь к ядрам черепно-мозговых нервов, располагающихся в продолговатом и спинном мозге, и к другим структурам нижележащих функциональных уровней.

В самой нижней части премоторной извилины левого полушария (главным образом, у правшей) расположена височная область, в центре которой находится зона Брока, функцией которой является реализация двигательной стороны речи. На заднем участке височной извилины, на стыке первичной слуховой и двигательной коры головного мозга находится зона Вернике, с функцией которой связывают восприятие речи.

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

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

Нейроанатомические различия имеются не только в “речевых” зонах, но и в других структурах, в первую очередь затылочных и верхнетеменных. Три основные модальности (т.е. ощущение звука, света, осязания) наиболее представлены в левой гемисфере (у правшей). В то же время величина правой лобной коры больше левой, что позволяет связывать обеспечение наиболее сложных уровней регуляции психической активности с правым полушарием.

Известно, что повреждение левого полушария на ранних этапах онтогенеза не приводит к алалии, так как в правом полушарии имеются нейроанатомические предпосылки для развития “речевых” зон. При поражении правого полушария нарушаются невербальные психические функции, что не компенсируется левым полушарием.

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

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

В настоящее время выяснено, что только 15% леворуких имеют центры речи в правом полушарии. У 70% леворуких эти центры представлены в левом полушарии, у 15% центры речи представлены билатерально.

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

До настоящего времени не теряют актуальности представления А.Р. Лурии о принципах работы центральной нервной системы.

А.Р. Лурия выделяет три функциональных блока в деятельности мозга. К первому блоку он относит подкорковые структуры и структуры лимбической системы, которые обеспечивают тонус коры мозга, регулируют состояние бодрствование-сон.

Второй блок включает кору задних отделов больших полушарий. Считается, что этот блок является основным в обеспечении познавательных процессов. В структуре второго блока выделяют три зоны. В первичных зонах осуществляется анализ раздражений от органов чувств.

Участки коры первичной зоны строго соответствуют раздражениям, идущим от определенных органов чувств (слух, зрение и пр.). Анализ возбуждений, приходящих в первичные зоны, осуществляется во вторичных зонах. Они имеют так же, как и первичные зоны, специфическую модальность. Первичные и вторичные зоны — это корковые отделы анализаторов (зрительного, слухового и др.). Третичные зоны являются зонами перекрытия корковых отделов анализаторов, где происходит интеграция полученной чувственной информации различных модальностей.

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

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

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

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

1.2 Акустические характеристики устной речи

Устная речь характеризуется многими физическими параметрами.

Наряду с ее содержательной стороной, большое значение для восприятия ее слушателем имеет просодическая сторона речи.

Просодия, по мнению Н.И. Жинкина, является наивысшим уровнем развития языка.

Просодическое оформление текста подчинено семантико-синтаксической задаче речевого высказывания. Оно включает совокупность целого ряда показателей, таких как психофизиологические, ситуационные, потребностно-мотивационные и экстралингвистические. Этот комплекс в конечном итоге и определяет акустико-артикуляционные характеристики просодии в целом. Основной составляющей просодии является интонация. Через интонацию выявляется смысл речи и ее подтекст. Она представляет собой одну из важнейших сторон устной речи.

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

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

Дополнительной артикуляционно-акустической окраской голоса является тембр (“цвет голоса”). Если тон голоса может быть общим для многих людей, то тембр голоса является таким же индивидуальным, как отпечатки пальцев.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Паузу принято определять как перерыв в звучании голоса на определенное время. При этом акустическим коррелятом паузы является падение интенсивности голоса до нуля, а физиологическим — перерыв в работе артикуляционных органов. Самые короткие паузы связаны с особенностями произношения смычных согласных. Они характеризуются отсутствием голоса на тот период, пока органы артикуляции находятся в сомкнутом состоянии перед “взрывом”. В среднем они длятся около 0,1 сек.

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

В контекстной устной речи, в отличие от чтения, паузы встречаются не только на границах синтагм, но и внутри них. Их продолжительность очень вариабельна. Эти паузы получили название пауз хезитации. Существует несколько гипотез относительно пауз

хезитации. Считается, что эти паузы характеризуют период напряженной умственной деятельности, связанной с решением мыслительной задачи (“что сказать?”), а также с осуществлением планирования высказывания на лексико-грамматическом уровне, т.е. длительность пауз отражает мыслительную активность говорящего в процессе внутрениречевого планирования высказывания.

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

1.3 Функциональная система речедвигательного акта

Речевая артикуляция, являющаяся базисом устной речи, представляет собой психомоторный акт, ее формирование подчиняется тем же законам, что и формирование любого произвольного движения (поведенческий акт).

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

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

В живом организме можно выделить четыре группы приспособительных результатов:

- 1 — ведущие показатели внутренней среды, определяющие нормальный метаболизм тканей; сюда относится давление крови, уровень сахара и пр.;
- 2 — результаты поведенческой деятельности, удовлетворяющие основные биологические потребности организма;
- 3 — результаты социальной деятельности человека, удовлетворяющие его социальные потребности, обусловленные его положением в определенной общественно-экономической формации.

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

- 1 — полезный приспособительный результат (например, формирование акта ходьбы, как одного из видов произвольных движений у человека);
- 2 — рецепторы результата (например, весь комплекс ощущений, получаемых организмом в процессе ходьбы: кожная, мышечная, суставная и прочая чувствительность и т.п.);
- 3 — обратная афферентация от рецепторов результата к центральным образованиям функциональной системы (т.е. получение информации центральными образованиями ЦНС о том, как совершается данный двигательный акт);

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

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

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

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

Наряду с функциональными системами, которые располагают врожденными механизмами с постоянным конечным результатом, поддерживающими гомеостаз, имеются функциональные системы, которые формируются на основе выработки условного рефлекса, или на основе использования прошлого опыта из аппарата памяти мозга.

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

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

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

Чрезвычайно важным является то, что регулятивные свойства функциональной системы заключаются прежде всего в том, что при любом дефекте в одной из ее частей, приводящем к нарушению полезного эффекта, происходит перестройка составляющих ее процессов.

Наиболее отчетливой закономерностью системной деятельности является прогрессивное снижение значимости неведущих афферентных влияний из общей суммы афферентации данной системы (например, снижение зрительного контроля при автоматизации движений). Конечным итогом сужения афферентации всегда является сохранение какой-то остаточной, иногда очень ограниченной, “ведущей афферентации” (например, слуховая оценка устной речи).

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

Афферентный синтез как специфический механизм функциональной системы

Всякому эффекту, рабочему или приспособительному результату обязательно предшествует стадия синтеза разнородных по качеству возбуждений.

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

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

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

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

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

Пусковая афферентация. Представляет собой стимул или условный раздражитель по И.П. Павлову.

Память. Большую роль в афферентном синтезе играют механизмы памяти. Это прошлый опыт живого организма, как генетический, так и онтогенетический.

Совокупность обстановочных и пусковых афферентаций тесно связана с мобилизацией из аппаратов памяти необходимых компонентов, способных сделать поведенческий акт максимально точным.

Ориентировочный рефлекс. Синтетическая обработка притекающей информации была бы неполной, если бы все время не пополнялась активным процессом ориентировочно-

исследовательского рефлекса. Этот рефлекс имеет два нейрофизиологических компонента, корковый и подкорковый. Появление ориентировочного рефлекса связано с активацией гипоталамуса и ретикулярной формации, которые тонизируют кору больших полушарий мозга снизу вверх, а угашение его связано с активным корковым тормозным процессом, который идет сверху вниз.

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

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

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

Принятие решения. На этой стадии происходит выбор ведущей для данного момента “линии поведения”.

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

Четко проследить затруднение выбора можно на многих примерах. Чаще всего это связано с наличием сильной ориентировочной реакции, т.е. получением новой информации, которую организм не связывал до этого с ожидаемым результатом действия. Рефлекс “Что такое?” часто тормозит действие, не дает ему проявиться вовсе. Например, человеческий мозг способен улавливать тончайшие нюансы в процессе коммуникативной функции, и здесь принятие решение протекает, как правило, с участием сознания. Импульсивные поступки могут возникать в тех случаях, если кора избыточно возбуждена или заторможена.

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

Нейрофизиологические данные последних лет отчетливо показали, что к одному и тому же нейрону могут конвергировать самые разнообразные формы возбуждений. Таким образом, “принятие решения” представляет собой критический пункт, в котором

происходит быстрое освобождение “избыточных степеней свободы” и организация комплекса эфферентных возбуждений, способных обеспечить вполне определенное действие.

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

Совершенно очевидно, что действие совершается не ради самого действия. Организм интересуется конечный результат, т.е. соответствует ли достигнутое желаемому.

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

За счет процессов постоянного сравнения этапов действия и его результатов во внешней среде, благодаря обратным афферентациям и коррекции афферентного синтеза, осуществляется достижение конечного приспособительного результата. Таким образом, целенаправленный поведенческий акт заканчивается последней “санкционирующей” стадией (“санкционирующая” обратная афферентация).

Обратная афферентация. Первые указания на большую роль мышечных афферентных импульсов были сделаны Сеченовым (1863), однако он им придавал несколько иное значение, подчеркивая этим лишь всеобъемлющее значение кинестезии, т.е. участия мышечных импульсов во всех проявлениях организма животного и человека.

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

Всю категорию обратных афферентации (по П.К. Анохину) можно разделить на две отдельные формы: поэтапная обратная афферентация, которая соответствует осуществлению определенного этапа данного поведенческого акта, и “санкционирующая” обратная афферентация, которая закрепляет наиболее успешную интеграцию афферентных возбуждений и завершает логическую функциональную единицу поведения.

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

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

Санкционирующая стадия. На этой стадии происходит оценка организмом результата своего целенаправленного действия. Иными словами, параметры достигнутого результата (через возбуждение соответствующих рецепторов) вызывают потоки обратной

афферентации. Если характер обратной афферентации соответствует ранее запрограммированной модели (как бы “сличение” того, что надо получить, с тем, что вышло на самом деле), то происходит удовлетворение ведущей потребности, и поведенческий акт заканчивается.

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

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

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

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

Таким образом, функциональная система — это результат интегративной деятельности целого организма, который складывается динамически для достижения любого его приспособительного акта на основе определенных взаимоотношений, объединяющих специальные центральные и периферические образования (рис. 4).

Речевая артикуляция, как известно, осуществляется в результате деятельности сложной сенсо-моторной системы, конечным итогом которой является приведение в готовность оральной, фонаторной и дыхательной мускулатуры к выполнению артикуляторной задачи сообразно интегрированной в мозгу программе.



Рис. 4. Функциональная система речи

В функциональной системе экспрессивной речи роль организующего фактора играют кинестетические и слуховые афферентации, полученные от результата действия, т.е. устной речи. Это подтверждает известное высказывание И.П. Павлова о том, что особое значение для развития речи имеют кинестетические раздражения речевых органов. Именно поэтому И.П. Павлов считал кинестезию базисом, или “базальным компонентом речи” (1951, т. 3, ч. 2, с. 135).

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

На ранней стадии онтогенеза речи идет диффузная отработка фонаторно-дыхательных механизмов, лежащих в основе устной речевой. Филогенетически заложенная большая

“степень свободы” произносимых в этом возрасте звуков является предпосылкой к овладению в дальнейшем фонетической системой любого языка.

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

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

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

Овладение языком предполагает точную дифференциацию всех элементов слышимой, произносимой или читаемой речи (фонем, артикулом, графем), и этот анализ неизбежно связан с речедвигательным произнесением слов вслух, шепотом или про себя. Правоммерно считать, что именно в дошкольном возрасте у детей, благодаря постоянной кинестезической и слуховой оценке (обратная афферентация) результата действия перебираются все степени свободы и оставляются только те, которые содействуют получению данного результата (П.К. Анохин, 1968), т.е. фонетическому эталону родного языка.

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

Функциональная система речевой деятельности является наиболее сложной и важной в системе поведенческой деятельности человека.

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

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

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

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

1.4 Речевой онтогенез

Анатомические и функциональные особенности ЦНС и периферического речевого аппарата не являются зрелыми с рождения ребенка и достигают зрелого уровня только в процессе общесоматического, полового и нервно-психического развития.

Первый год жизни, несмотря на то, что ребенок еще не говорит, является очень важным для развития тех систем мозга и психической деятельности, которые связаны с формированием речи.

Устная речь предполагает наличие голоса, и крик ребенка в первые недели и месяцы жизни уже характеризует состояние тех врожденных нервных механизмов, которые будут использованы при становлении речи. Крик здорового ребенка характеризуется звонким и продолжительным голосом, коротким вдохом и удлиненным выдохом.

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

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

Интонационное обогащение крика свидетельствует о том, что у ребенка начала формироваться функция общения.

Период интенсивного-интонационного обогащения крика совпадает с определенным этапом развития моторики. Ребенок начинает держать голову вертикально, разжимать и сжимать кисть, удерживать вложенный в руку предмет. В это же время ребенок начинает прислушиваться к звукам речи, отыскивать взглядом источник звучания, поворачивать голову к говорящему, сосредотачивая свое внимание на лице, губах взрослого.

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

В период гуления, помимо сигналов неудовольствия, выраженных криком, появляется интонация, сигнализирующая о состоянии благополучия ребёнка, которая время от времени начинает носить выражение радости.

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

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

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

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

В 1-м полугодии жизни идет диффузная отработка координации фонаторно-дыхательных механизмов, лежащих в основе формирования устной речи.

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

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

После 8-ми-месяцев постепенно звуки, не соответствующие фонетической системе родного языка, начинают угасать.

Часть лепетных звуков, которые не соответствуют фонемам слышимой ребенком речи, утрачиваются, появляются новые речевые звуки, сходные с фонемами речевого окружения.

В этот период развития ребенка начинает формироваться собственно речевая онтогенетическая память. Постепенно у ребенка благодаря слуховым обратным афферентациям формируется фонетическая система родного языка.

Выделяют и третий этап в развитии лепета, во время которого ребенок начинает произносить “слова”, образованные повторением одного и того же слога по типу: “баба”, “ма-ма”. В попытках вербальной коммуникации дети в 10-12 месяцев жизни уже воспроизводят наиболее типичные характеристики ритма родного языка. Временная организация таких доречевых вокализаций содержит элементы, аналогичные ритмическому структурированию речи взрослых. Такие “слова”, как правило, не соотносятся с реальным предметом, хотя ребенок произносит их достаточно четко. Этот этап лепета обычно бывает коротким, и ребенок вскоре начинает говорить первые слова.

Сроки и темп развития понимания речи окружающих расходятся со сроками и темпом формирования устной речи. Уже в 7-8 месяцев дети начинают адекватно реагировать на слова и фразы, которые сопровождаются соответствующими жестами и мимикой. Например, ребенок поворачивает голову и глаза в ответ на вопрос: “Где баба?”, “Где мама?” и т.п. То есть, в это время начинает развиваться соотношение звукового образа слова с пред-

метом в конкретной ситуации. При многократном повторении взрослым слов в сочетании с показом предмета у ребенка постепенно образуется связь между зрительным представлением предметов и звучащим словом. Таким образом, понимание слышимого слова устанавливается задолго до того, как ребенок может его произнести. Закономерность, проявляющаяся в значительном преобладании импрессивного словаря над экспрессивным, остается у человека на всю жизнь.

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

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

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

Первые слова, употребляемые ребенком в речи, характеризуются целым рядом особенностей. Одним и тем же словом ребенок может выражать чувства, желания и обозначать предмет (“Мама” — обращение, указание, просьба, жалоба). Слова могут выражать законченное целостное сообщение, и в этом отношении равняться предложению. Первые слова обычно-представляют собой сочетание открытых повторяющихся слогов (ма-ма, па-па, дя-дя и т.д.). Более сложные слова могут быть фонетически искажены

при сохранении части слова: корня, начального или ударного слога. По мере роста словаря фонетические искажения проступают более заметно. Это свидетельствует о более быстром развитии лексико-семантической стороны речи по сравнению с фонетической, формирование которой требует созревания фонематического восприятия и речевой моторики.

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

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

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

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

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

Речевое развитие ребенка формируется оптимально При индивидуальном общении его со взрослым. Ребенок должен ощущать не только эмоциональное участие в его жизни, но и постоянно на близком расстоянии видеть лицо говорящего.

Недостаток речевого общения с ребенком существенно сказывается на его развитии не только речевом, но и общем психическом.

На третьем году жизни резко усиливается потребность ребенка в общении. В этом возрасте не только стремительно увеличивается объем общеупотребительных слов, но и возрастает возникшая в конце второго года жизни способность к словотворчеству.

Первоначально это явление выглядит как рифмирование (“Аненька — полночка”), затем изобретаются новые слова, имеющие определенный смысл (“копатка” вместо “лопатка”; “отключить дверь” вместо “отпереть дверь” и т.д.).

В речи трехлетнего ребенка постепенно формируется умение правильно связывать разные слова в предложения. От простой двухсловной фразы ребенок переходит к употреблению сложной фразы с использованием союзов, падежных форм существительных, единственного и множественного числа. Со второго полугодия третьего года жизни значительно увеличивается число прилагательных.

После трех лет интенсивно развивается фонематическое восприятие и овладение звукопроизношением. Считается, что звуковая сторона языка при нормальном речевом развитии ребенка полностью формируется к четырем-пяти годам жизни.

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

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

Начиная с четырех лет жизни фразовая речь ребенка усложняется. В среднем предложение состоит из 5-6 слов. В речи используются предлоги и союзы, сложноподчиненные и сложносочиненные предложения. В это время дети легко запоминают и рассказывают стихи, сказки, передают содержание картинок. В этом возрасте ребенок начинает оречевлять свои игровые действия, что свидетельствует о формировании регуляторной функции речи.

К пяти годам ребенок полностью усваивает обиходный словарь.

В 5-6 лет ребенок овладевает типами склонений и спряжений. В его речи появляются собирательные существительные и новые слова, образованные с помощью суффиксов.

К концу пятого года жизни ребенок начинает овладевать контекстной речью, т.е. самостоятельно создавать текстовое сообщение. Его высказывания начинают напоминать по форме короткий рассказ. В активном словаре появляется большое количество слов, сложных по лексико-логической и фонетической характеристикам. Высказывания включают фразы, требующие согласования большой группы слов.

Наряду с количественным и качественным обогащением речи, возрастанием ее объема в речи ребенка 5-6-ти лет наблюдается увеличение грамматических ошибок,

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

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

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

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

* * *

Наряду с постепенным овладением лексико-грамматическим строем и фонетической системой родного языка, в дошкольном возрасте постепенно развиваются механизмы координации между дыханием, фонацией и артикуляцией, что обеспечивает формирование речевого дыхания. В возрасте 3-х лет эти механизмы находятся в фазе начального становления. В этом возрасте ребенок может произносить отдельные слова или фразы в любую фазу дыхания, как во время вдоха, так и во время выдоха, а также в период паузы между ними. Это может внешне выражаться в “захлебывании” речью, речью на вдохе и пр. (рис. 5).

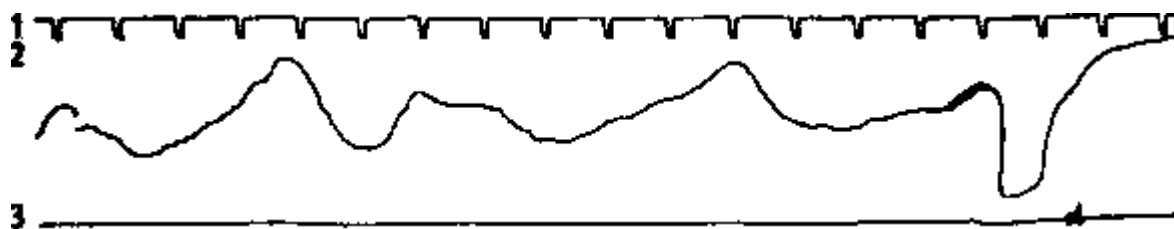


Рис.5. Характеристика дыхания в процессе устной речи у ребенка 3-х лет. (Регистрируется речь на вдохе).

Обозначения: 1 — время (сек).

2 — пневмограмма (регистрация дыхания);

3 — фонограмма (регистрация голоса);

В возрасте 6-ти лет соотношение артикуляторного и дыхательного компонентов в процессе устной-речи продолжает оставаться непостоянным. Однако произнесение одного слова вслух у большинства детей уже происходит в фазе начала выдоха. При этом длительность выдоха соответствует выполняемой речевой задаче, т.е. длине произносимого слова. В то же время в процессе произнесения фразы дыхание нарушается. Дети этого возраста еще не могут произнести всю фразу в процессе одного выдоха. Часть фразы может произноситься ими на вдохе, или они делают для этого дополнительный поверхностный вдох для полного завершения фразы (рис. 6).

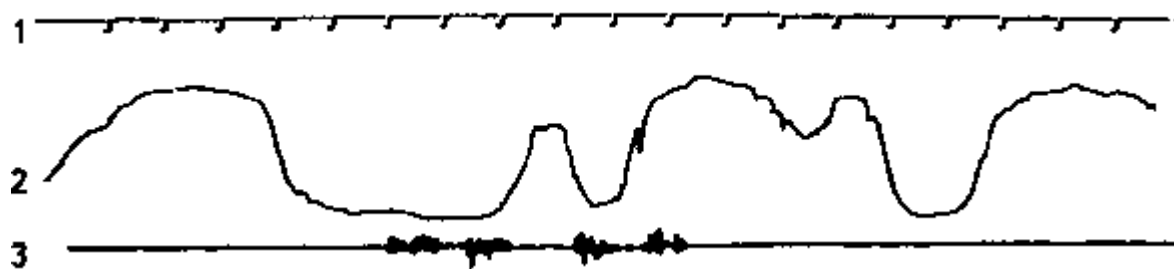


Рис. 6. Характеристика дыхания в процессе устной речи у ребенка 6-ти лет. (Регистрируется нарушение дыхания в процессе произнесения фразы).

Обозначения: 1 — время (сек);

2 — пневмограмма;

3 — фонограмма.

Как видно на рис. 6, взаимоотношения дыхания и артикуляции у детей легко нарушаются при усложнении речевой задачи, т.е. речедвигательный акт в целом остается недостаточно автоматизированным.

У детей 10-ти лет так же, как и у взрослых, произнесение как отдельных слов, так и фразы, всегда происходит в фазе выдоха (рис. 7). К этому возрасту происходит формирование циклов речевого дыхания, которые начинают соответствовать синтагматическому делению текста.



Рис. 7. Характеристика дыхания в процессе устной речи у ребенка 10-ти лет

Обозначения: 1 — время (сек);

2 — пневмограмма;

3 — фонограмма.

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

Таким образом, в дошкольном возрасте проходит процесс интенсивного формирования двух основных сторон речевого процесса: психического и речедвигательного.

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

Сензитивный период и гиперсензитивные фазы речевого развития

Весь период речевого развития от 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 воз- действий (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 времени гиперсензитивные 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 лет, когда в норме формируется контекстная речь, т.е. самостоятельное порождение текста. В этот период у ребенка интенсивно развивается и существенно усложняется механизм перехода внутреннего замысла во внешнюю речь. Как и в возрасте трех лет, центральная нервная система детей 5-6 лет 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.

ГЛАВА 2 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.

2.1 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 толчкообразный гортанный спазм возникает при произнесении или попытке произнесения гласных звуков. При этом речь прерывается, возникает дрожащий или прерывистый звук, что сопровождается пол-

ным 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, 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, 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 века. 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, не имеет самостоятельного значения, а представляет собой одно из проявлений выраженных в тяжелой степени различных лицевых судорог, включающих судороги лобных мышц, круговой мышцы век, ушных мышц. Сложная лицевая судорога, как правило, сопровождает судорогу круговой мышцы рта. По мнению ряда исследователей, она характерна для тяжелого заикания у взрослых.

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 тягиваться 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 собой 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 раздувания 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 жестикюляции, 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 звуко сочетания 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 заикающимися.

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. (Подробнее см. 2.3.)

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.

Регрессионный 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 лого-коррекционных 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.

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

2.2 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 моторных 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 новым 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-грамматическом 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 (разнойцевых) близнецов заикание встречается в 32%, а у монозиготных (однойцевых) — 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 случае 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 повышено 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.

2.3 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.З., 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.

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

Возникновению заикания невротической формы у детей обычно предшествует психогения в виде испуга либо 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 звукопроизводительной стороны речи норму не опережает.

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

До появления заикания у таких детей отмечаются характерологические особенности типа повышенной впечатлительности, тревожности, робости, обидчивости, колебания настроения, чаще в сторону сниженного, раздражительность, плаксивость, нетерпеливость. У некоторых из них в возрасте 2-5-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.

Пример 1. Рая Ф., 3,6 лет.

Жалобы на заикание, которое появилось 2 месяца назад. Анамнестически не выявляется патологии внутриутробного развития и родов. Физическое и психомоторное развитие ребенка протекало в пределах нормы. Первые слова появились до 1 года. Развернутыми фразами стала говорить к двум годам. До настоящего времени предпочитает пользоваться левой рукой во время еды. Мать девочки по национальности татарка, отец — русский. Дома общаются на русском языке. Два месяца назад в семью девочки приехал дедушка, который настоял на том, чтобы с девочкой начали говорить на татарском языке. Ребенок быстро запоминал новые слова и охотно использовал их в речевом общении с родственниками. Примерно через 1,5 месяца общения с использованием слов татарского языка мать заметила вначале редкие, а затем более частые судорожные запинки в речи ребенка. После обращения к специалисту мать получила рекомендации использовать в общении с девочкой только русский язык. Наблюдения за девочкой в течение года показали, что в последующие 2 месяца после перехода на единую языковую систему у ребенка постепенно исчезли судорожные запинки и плавность речи полностью восстановилась.

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

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

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

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

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

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

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

У детей с неблагоприятным течением заикания в 6-7 лет может наблюдаться уже ситуационная зависимость в проявлении частоты и тяжести судорожных запинок, снижение речевой активности в новой обстановке или при общении с незнакомыми лицами.

При обследовании детей дошкольного возраста при невротической форме заикания чаще всего обнаруживается нормальное развитие общей моторики. Общие движения как у детей, так и у взрослых достаточно грациозны и пластичны. Они хорошо переключаются с одного движения на другое, чувство ритма развито достаточно высоко. Они легко вступают в ритм музыки и переключаются с одного ритма на другой. Двигательные ошибки могут исправлять самостоятельно. Для правильного выполнения большинства двигательных заданий бывает 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.

Для иллюстрации приводим следующий пример:

Пример 2: Маша Г., возраст — 3 г. 2 мес.

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

появление судорожных запинок. Девочка стала капризной, не засыпала одна, требовала ночью включить свет, плохо ела. Родители обратились за помощью к психоневрологу, который рекомендовал лекарства, снижающие возбудимость центральной нервной системы. Общее состояние улучшилось: девочка стала спокойнее, запинок в речи наблюдалось меньше. Заикание проявлялось главным образом в обстановке эмоциональной напряженности: при посещении поликлиники, разговоре с новыми лицами, ссорах между родителями и проч. Логопедические занятия начала посещать в 2 г. 10 мес. Психическое состояние: девочка активна, легко вступает в контакт, с интересом относится к обследованию, подробно отвечает на вопросы и задает их сама. Речевое состояние: строение органов артикуляции правильное, движения в полном объеме. Все звуки, кроме "Р", произносит правильно. Голос громкий. Темп речи ускоренный. Речевое дыхание напряженное, прерывистое. Заикание проявляется в виде легких запинок клонического типа главным образом в вопросно-ответной и спонтанной речи. Затруднено вступление в речь, по 2-3 раза повторяет начальный звук в слове. При эмоциональном возбуждении заикание значительно усиливается. В игре наедине с собой речь плавная, запинок не наблюдается. Интеллектуальное развитие соответствует возрастной норме. Во время занятий активна, внимательна, усидчива. Комплексное медико-педагогическое воздействие оказывалось на протяжении 4-х месяцев. Отмечалось улучшение общего психосоматического состояния и речи. Наладился сон, улучшился аппетит, девочка стала спокойнее. Заикание проявлялось иногда в виде легких запинок в спонтанной речи. Звук "Р" на стадии автоматизации. При осмотре через год девочке 4 г. 2 мес. Девочка спокойная, легко вступает в контакт. Темп речи слегка ускорен. Все звуки произносит чисто. Заикание наблюдается редко и только в периоды сильного эмоционального напряжения. Рекомендован повторный курс медико-педагогических мероприятий.

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

У многих детей с невротической формой заикания, несмотря на благоприятное его течение и глубокую ремиссию, в 7 лет наблюдается рецидив заикания при поступлении в школу. 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 осознание своего дефекта речи, боязнь произвести на собеседника неблагоприятное впечатление, обратить внимание посторонних на речевой дефект, не суметь выразить мысль вследствие судорожных запинок и т.д.

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

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, неприятием 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.

Пример 3: Комплексное медико-педагогическое обследование заикающейся Г.Д., 22 лет.

Жалобы на заикание, сильный страх речи. Анамнестические сведения со слов родителей: в первые месяцы жизни была здоровой, спокойной. В возрасте 6 мес. перенесла дизентерию. В развитии от сверстников не отставала. Сидеть, стоять, ходить начала своевременно. Говорить стала до года. Речь была чистая, но в несколько ускоренном темпе. С раннего возраста была впечатлительной, боялась темноты, испытывала чувство страха при виде жуков, пауков, лягушек. С 5-летнего возраста после рассказа старших детей о “домовых” стала пугливой, не оставалась в комнате одна, не выходила вечером на улицу. Когда ей было 6 лет, однажды ночью показалось, что к ней в комнату через окно лезет человек в черном. В тот момент была “скована” ужасом, закричала тогда, когда поняла, что никого нет. С этого времени стала плохо спать ночью. Вскоре испугалась своего деда, входящего ночью в комнату. Закрылась одеялом с головой, долго

лежала, затаив дыхание. На следующий день после этих переживаний появилось заикание. Начала испытывать ночные страхи, часто просыпалась в слезах. В школу пошла в 7 лет. Училась средне, трудно давалась математика. К школьному коллективу привыкла не сразу, всегда держалась застенчиво. К подругам была очень привязана, переживала их размолвки между собой, стремилась уладить споры между ними. В первых классах школы заиканием не тяготилась. В 5-м классе стала стесняться своей речи, с волнением ждала вызова к доске, хотя знала урок. Иногда страх речи был так силен, что отказывалась отвечать устно и прибегала к письменным ответам. Стало трудно обращаться к кому-нибудь первой и отвечать на вопросы старших. С малознакомыми людьми говорила лучше, чем со знакомыми, которые знали о ее “недостатке”. С подросткового возраста (12-13 лет) она стала, по ее словам, “мнительной”, иногда казалось, что улыбки окружающих являются насмешками над ней, безобидные слова могла принять как обидный намек на ее дефект речи. Стала постоянно анализировать отношение к ней окружающих людей. В то же время старалась убедить себя, что ее обиды напрасны, что ей кажется многое, чего нет на самом деле. Из-за трудностей речевого общения после 8-го класса перешла в вечернюю школу, затем окончила техникум по специальности мастера дамского платья. Работала портнихой, затем закройщицей. С возрастом стала несколько смелее, свободнее держалась с незнакомыми людьми, легче заводила знакомства. С 19 лет жила в общежитии, с соседками по комнате дружила, вместе с ними занималась спортом. Несмотря на то, что имела близких друзей, хорошие отношения на работе и удовлетворение своим трудом, заикание все же оставалось для нее “бедствием”. Постоянно испытывала чувство стыда за свою речь. Если в процессе разговора речь была с судорожными запинками, надолго портилось настроение, мучительно потом вспоминала неприятные минуты, подробно анализировала реакцию собеседника. В такие моменты появлялось чувство собственной неполноценности и безвыходности положения. Обращалась за помощью к логопеду в течение жизни несколько раз, начиная с 8-летнего возраста. Всякий раз вскоре после начала занятий речь становилась плавной, однако эффективность была непродолжительной, и через некоторое время после окончания занятий заикание начинало проявляться вновь.

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

Психическое состояние: на приеме у врача держится приветливо, с готовностью рассказывает о себе, не теряя при этом чувства дистанции. О заикании говорит, как о тяжелом страдании. Высказывает опасение, что окружающие также расценивают ее как неполноценную. Себя считает обидчивой, склонной к постоянному самоанализу и пониженной самооценке. По ее словам, ей иногда кажется, что улыбки, жесты и слова окружающих касаются ее речи, переживает возможную насмешку, хотя всякий раз потом себя успокаивает, убеждаясь, что к ней эти высказывания отношения не имели. Жалуется на сильный страх речи и резкое утяжеление заикания при малейшем волнении. Это мешает ей обращаться первой, вести ответственный разговор. Перед речевым общением всякий раз заранее переживает, боится, что будет заикаться, и не сможет

высказать все, что необходимо сообщить. В процессе беседы стоит только вдруг вспомнить о своей речи или кому-нибудь обратить внимание на нее, как речь начинает изобиловать запинками. Сон поверхностный. Утром часто встает, не ощущая ночного отдыха. Отмечает быструю утомляемость при любой деятельности. Психотерапевтическая беседа всегда действует на нее благотворно: речь становится без запинок, волнение в процессе речевого общения исчезает.

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

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

Таким образом, для невротической формы заикания характерны следующие особенности:

1. 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.).

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

Неврозоподобная форма заикания чаще всего начинается у детей в возрасте 3-4 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 музыкальный слух.

Большинство заикающихся этой группы двигательные ошибки не исправляют самостоятельно. Словесная инструкция по двигательным задачам является недостаточной, при обучении необходимы наглядные образцы.

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

При логопедическом обследовании обнаруживается обычно нормальное строение речевого аппарата. Все движения органов артикуляции характеризуются некоторой ограниченностью, нередко отмечается малоподвижность нижней челюсти, наблюдается недостаточная подвижность языка и губ, плохая координация артикуляторных движений, затрудненный поиск артикуляторных поз. Нередко имеется нарушение тонуса мышц языка, его “беспокойство”, недифференцированность кончика. Довольно часто у детей с неврозоподобной формой заикания регистрируется повышенная саливация не только в процессе речи, но и в покое.

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

Как правило, наблюдается резкое нарушение речевого дыхания: слова произносятся во время вдоха или в момент полного выдоха.

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

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

Для иллюстрации приводим следующее наблюдение:

Пример 4: А. Ф., 5,5 лет.

Со слов родителей, мальчик страдает заиканием, нарушением звукопроизношения, раздражительностью, упрямством, неусидчивостью.

Наследственность психическими заболеваниями и речевыми расстройствами не отягощена. Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первую половину. Роды в срок со стимуляцией. Родился в асфиксии небольшой степени. К груди был приложен на третьи сутки, сосал активно. До одного года рос беспокойным. Раннее физическое развитие в пределах возрастной нормы:

голову держит с 2-х месяцев, сидит с 6-ти месяцев. Ходить стал после года. Отдельные слова появились вскоре после года, короткие фразы — после 2,5 лет, развернутая фраза лишь к четырем годам. Речь всегда была невнятной. До года ничем не болел. С 1 г. 1 мес. стал посещать ясли, затем детский сад. С этого времени часто болел простудными заболеваниями. Почти все время воспитывался на пятидневном режиме детских воспитательных учреждений. С детьми легко вступал в контакты. Однако детский сад посещал неохотно, тяготился пребыванием там, много плакал, по понедельникам не хотел уходить из дома. Заикание родители заметили в 3 года. Начало заикания было постепенным. С течением времени судорожная активность речевых мышц усилилась, стала проявляться постоянно. Речевое состояние: строение артикуляторного аппарата без особенностей. Движения артикуляторных органов скованные, переход от одного артикуляторного движения к другому затруднен. Голос громкий, мало модулированный.

Темп речи несколько ускорен. Артикуляция нечеткая. Звукопроизношение резко нарушено: ш-с, р-в, ч-ть, ц-т, л-нет. Отсутствуют йотированные звуки и звук “ы”. Заикание проявляется в вопросно-ответной и спонтанной формах речи в виде артикуляционных тонических и клонических судорог, смыкательной судороги губ, вокальных тонических судорог, которые чаще возникают в начале речевого потока на гласные звуки. Комплексное медико-педагогическое воздействие оказывалось на протяжении 6 месяцев. Поставлены и введены в речь звуки С, Ч, Щ, но их произношение недостаточно автоматизировано. Темп речи остается неустойчивым с тенденцией к ускорению. Увеличился словарный запас, уменьшились явления аграмматизма. Заикание стало менее выраженным, однако судорожные сокращения артикуляторных и дыхательных мышц остаются, особенно ярко проявляясь в вопросно-ответной и спонтанной формах речи. При осмотре через 4 месяца после окончания логопедических занятий мальчику 6 л. 4 мес. В речи остается заикание, выраженное в легкой степени, проявляющееся в вопросно-ответной и спонтанной речи. В игре наедине с собой в речи наблюдаются легкие судорожные запинки. Рекомендован повторный курс медико-педагогического воздействия. После повторного курса коррекционного воздействия в течении наблюдалась положительная динамика: введены в речь и автоматизированы все звуки. Единичные судорожные запинки остаются только в спонтанной речи. Остаются нерезко выраженные явления аграмматизма. Устная спонтанная речь характеризуется короткими фразами, сложные предлоги употребляются редко. Отмечается низкий уровень развития монологической речи.

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

В тех случаях, когда дети с неврозоподобной формой заикания получают своевременную (т.е. приближенную ко времени появления заикания) и достаточно длительную (т.е. в течение, как минимум, целого года) регулярную логопедическую помощь, то как правило,

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

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

У лиц с неврозоподобной формой заикания в возрасте 14-17 лет порой появляются личностные переживания в связи с дефектом речи. Они носят редуцированный характер и не имеют черт глубокого, эмоционально 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. насильственные 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.

В качестве иллюстрации приведем следующий пример.

Пример 5. Заикающийся 3. И., 19 лет.

Поступил в клиническое отделение с жалобами на сильное заикание, раздражительность, вспыльчивость, плохой сон. В анамнезе: патохарактерологических

особенностей у родителей не отмечалось. Дядя по линии отца обладал быстрой речью, “как из пулемета”. Старший брат в возрасте 3-5-ти лет заикался, в настоящее время заикание у него выражено слабо.

Больной родился от второй беременности, протекавшей нормально. Роды затяжные, родился в асфиксии. В раннем детстве отмечалось отставание в развитии двигательных навыков: ходить стал в 1 г. 2 мес., всегда был неловким, плохо бегал, не мог лазать по деревьям (рос в сельской местности). Речь развивалась также с задержкой: первые слова появились к 1,5 годам, фразовая речь после 3-х лет. Речь была малопонятной для окружающих, так как многих звуков он не выговаривал, произносил все очень быстро. Заикание стало заметным с 3-х лет, после развития фразовой речи. Какого-либо непосредственного предшествующего травмирующего заболевания или переживания не отмечалось. Рос подвижным ребенком. С детьми не дружил, конфликтовал и с братом. По характеру был вспыльчивый, “взрывчатый”, раздражительный. До школы знал буквы, умел считать. В школу пошел с 7-ми лет, с трудом мог высидеть урок, убегал из класса. В начальных классах учился без особого затруднения, но с 4-го класса стал успевать хуже.

До 10-ти лет отмечался ночной энурез, до 10-14 — снохождения. С 10-ти лет возросла “внутренняя взрывчатость”, раздражительность.

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

Физическое состояние: больной высокого роста, астенического телосложения. Выглядит соответственно возрасту. Со стороны внутренних органов патологии не выявляется. АД 100/60.

Неврологическое обследование: имеется незначительная асимметрия лицевой иннервации — сглаженность правой носогубной складки, правая глазная щель несколько шире левой. Зрачки равномерны. Конвергенция глазных яблок недостаточная, отмечают нистагмические подергивания при крайних отведениях. Реакция на свет вяловатая. Глоточный рефлекс слегка снижен. Координаторные пробы выполняет нечетко. В позе Ромберга слегка пошатывается. При выполнении координаторных проб дрожат пальцы рук, патологических рефлексов не выявляется. Сухожильные рефлексy слева несколько выше, чем справа. Нарушений чувствительности нет. Сила мышц рук и ног достаточная. Тонус нормальный. Отмечается ярко-красный стойкий рефлекторный дермографизм, потливость кистей рук.

С трудом сохраняет заданный ритм движений, перемена ритма и темпа затруднены. Ходьба “неуклюжая”, неритмичная. Координация движений средняя. Моторная память плохая. Музыкальный слух и музыкальная память неразвиты. Речь во время занятий по логоритмике затрудненная, с запинками, монотонная. Дыхание судорожное. Психическое состояние: сознание ясное, ориентирован полностью. О себе рассказывает неохотно. Во время беседы краснеет, покрывается испариной, отмечается сердцебиение. Жалуется на тяжелое заикание, “внутреннюю взрывчатость”, несильные головные боли, плохой сон. Мимика адекватна, но недостаточно выразительна. Настроение неровное, раздражителен, несдержан. Считает, что нарушение речи мешает ему иметь товарищей и стать журналистом. Интеллект соответствует возрасту и полученному

образованию. Внимание неустойчиво, память несколько снижена, на вопросы, касающиеся круга интересов, отвечает формально, в письменной речи отмечается много ошибок. К помощи врачей и логопедов по поводу расстройства речи обращается впервые, в связи с неудачей на конкурсных экзаменах в университет. К логопедическим занятиям относится непоследовательно, много времени уделяет работе над речью, пунктуален, аккуратен в работе, в то же время не критичен, переоценивает свои успехи, раздражается в ответ на замечания. Речевое состояние, строение речевого аппарата: твердое небо высокое, куполообразное. Язык толстый, малоподвижный. Уздечка языка короткая. Нижняя челюсть малоподвижна. Прикус нормальный. Темп речи ускорен. Речь “сбивчивая”, смазанная. Артикуляция крайне нечеткая. Нечетко произносит звуки С, З, Ц, Ч, Щ, Ш, Ж, Х, т.е. нарушено звукопроизношение всей группы шипящих и свистящих. Сам больной не ощущает затруднений при произнесении этих звуков. Заикание проявляется во всех видах речи. Судорожные запинки возникают в момент экспирации при произнесении гласных и целевых согласных звуков. При этом артикуляционная мускулатура больного застывает в положении ближайшего согласного звука. В момент тонуса живот подтянут. Больной отмечает сжатие грудной клетки. Вдох короткий, резкий, напряженный. Выдох прерывистый, толчкообразный. Иногда в момент тонической судороги прорываются отдельные хриплые звуки. Очень часто экспираторные судороги сопровождаются ритмическими движениями мышц артикуляционного аппарата. При прорыве тонической судороги часто наблюдается картина артикуляционного клонуса. Клоническая судорога возникает и самостоятельно. Клонические судороги дыхательно-артикуляционной локализации. Тонические судороги проявляются в виде угловой судороги губ, языка и нижней челюсти. Кроме того, отмечается затруднение при произнесении звука Н, независимо от его места в слове, что указывает на распространение спазма на небно-глоточную занавеску. Речевое общение быстро утомляет больного, он начинает умолкать, производить перестановки, замены. Речь сопровождается движениями пальцев рук, притоптыванием ног, кивательными движениями головы, раскачиванием туловища. Во время речи больной скован. В процессе логопедических занятий поставлены и введены в речь звуки С, З, Ц, Ч, Щ, но их произношение остается недостаточно автоматизированным. Темп речи остается нестабильным, сохраняется ускоренная речь. Однако при активном внимании больного к речи темп нормализуется. Несколько уменьшилась “смазанность” речи. При активном внимании пациента к процессу артикуляции речь становится более четкой и выразительной. Судорожные сокращения артикуляторной мускулатуры остаются. На фоне ускоренного темпа речи проявляется артикуляционный клонус.

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

Анализируя данное наблюдение, можно отметить наследственную отягощенность речевой патологией, а также наличие перинатальных вредностей. Видимо, последнее явилось причиной задержки раннего физического развития и становления речевых функций. Наряду с поздним появлением речи, она характеризовалась обилием неправильно произносимых звуков, а также запинками, которые появились в период формирования фразы. С началом фразовой речи у пациента уже были заметны судорожные нарушения

артикуляции. Заикание появилось без какой-либо предшествующей психической или физической травмы. Ярко выраженной психической переработки своего дефекта не было, логофобии по существу не отмечалось, тем не менее, пациент, считая себя неполноценным из-за заикания, тяготился речевым нарушением, так как, по его мнению, он из-за этого не стал журналистом. В психическом состоянии на момент обследования основным являлось наличие дисфорий, неустойчивости внимания. Неврологическое обследование выявляло нерезко выраженные симптомы диффузного поражения мозга в виде асимметрии лицевой иннервации, горизонтального нистагмоида, нарушения координации, плохой переносимости транспорта и духоты. Речь характеризовалась смазанной артикуляцией и быстрым темпом. Во время речевого общения отмечалось большое количество сопутствующих движений. Включение сознательного контроля за речью делало ее более плавной. На основании изложенного выше можно считать, что у пациента имелись симптомы раннего диффузного органического поражения мозга с явлениями редуцированного психоорганического синдрома, речевое нарушение относилось к неврозоподобной форме заикания.

Таким образом, для неврозоподобной формы заикания 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 звукопроизводительной стороны речи бывает достаточно “незначительного” психогенного воздействия, чтобы нарушилась хрупкая координация речедвигательного акта и появились бы судорожные запинки. Такое невротическое по своему происхождению заикание имеет сложную клиническую картину, в которой сочетаются симптомы разных уровней поражения деятельности центральной нервной системы функционального и органического.

В других случаях 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

2.4 Психолингвистический анализ речи заикающихся

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

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

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

Процесс внутреннего программирования высказывания непосредственно вплетен в процесс производства речи и носит опережающий характер. Исследования последних лет показывают, что замысел говорящего отражается не только на выборе соответствующих лексико-грамматических и синтаксических конструкций, но он является основополагающим фактором интонационного членения. В силу этого интонационное членение нельзя считать результатом только голосовых модуляций, которые отражают смысловую структуру высказывания. Оно возникает в процессе текущего формирования замысла и его вербализации.

Интонационное членение тесно связано с ритмом моторной реализации высказывания.

Монологическая речь формируется постепенно в процессе речевого онтогенеза. Переход ребенка к усложненным формам речевого общения связан с трудностями планирования схемы высказывания, выбором словесных средств, их самостоятельным конструированием.

В этом периоде развития речи формулирование высказывания может сопровождаться эмоциональным напряжением, которое у ребенка выражается в “учащенном дыхании, прерывистости речи, длительных паузах перед тем, как употребить новый оборот речи” (Р.Е. Левина, 1975, стр.9).

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

При невротической форме заикания дети дошкольного возраста обладают полноценным набором лексических средств и адекватным грамматическим конструированием высказывания. Они хорошо осуществляют программирование своего высказывания и его составных частей. Последовательность передачи смысловой структуры сообщения у них не нарушена. В то же время такие дети употребляют значительное количество неадекватных контексту слов. То есть, у детей с невротической формой заикания обнаруживается определенное несоответствие между уровнем развития языковых средств и способностью использовать их в разных ситуациях общения.

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

Сравнение с нормой показывает, что уровень развития монологической речи по показателю “выбора лексем” у заикающихся детей 6-7-ми лет в большинстве случаев соответствует уровню развития монологической речи детей 4-5-ти лет в норме.

При неврозоподобной форме заикания одинаковую трудность представляют программирование связного сообщения и оформление смысловой программы средствами языка. Дети этой группы не могут полно и последовательно передать смысловую программу текста. Имеются ограничения объема словарного запаса, причем дети затрудняются активно им пользоваться в самостоятельных связных высказываниях. Предложения являются структурно неполными, а способ связи предложений между собой является однотипным.

Помимо этих показателей, при неврозоподобной форме заикания имеются нарушения фонематического восприятия звукопроизносительной стороны речи. Эти характеристики позволяют считать, что при неврозоподобной форме заикания имеется недоразвитие речи или его элементы. Предполагается, что у детей с неврозоподобной формой заикания механизм затруднений актуализации слов связан с недостатком лексических средств, а нарушение монологической речи является следствием, в первую очередь, дефицита языковой способности.

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

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

При этом при невротической форме заикания смысловая организация контекстной речи не страдает. Эти дети достаточно хорошо усваивают школьную программу, являясь успевающими по всем предметам. При неврозоподобной форме заикания отмечаются явления недоразвития речи, выраженные в разной степени. Эти учащиеся, как правило, с трудом усваивают программу общеобразовательной школы.

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

Монологическая речь при невротической и неврозоподобной формах заикания имеет много общего. Прежде всего, это то, что заикающиеся предпочитают использовать

высокочастотные слова, употребляют большое количество шаблонных слов и фраз, наиболее привычных для них. В высказываниях заикающиеся многократно повторяют одни и те же слова, что делает их речь многословной с одной стороны, а с другой стороны — обедненной по содержанию и лексически.

Пример 6. М.К. “Наш участок делает заказы по заказам населения. Я работаю на участке сметчиком, составляю сметы по заказам населения”.

Пример 7. К.Т. “Значит, это самое з э э... значит, делали на нашем заводе... значит, многие платы.... значит...ну...я значит, раньше тоже делал, так сказать.. значит, там подчистку... вот значит... доработку плат”.

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

Пример 8. “Цех, который, ну... в цехе, котором я работаю”. “Я, я должен... я обслуживаю машины”.

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

Высказывание в целом характеризуется аморфностью структуры и расплывчатостью, частыми отклонениями от основной темы. В то же время у всех заикающихся смысл высказывания в целом сохраняется.

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

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

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

Пример 9. “Ну, после этого института, со своей специальностью я могу работать.... в ... я не могу сказать, где я могу работать... в любом институте”.

Пример 10. “...то меня направили в ателье высшего.... не могу, прямо воздуха не хватает.... высшего разряда”.

Условные обозначения:

— — — — — — речь с выраженными судорожными запинками;

— — речь плавная.

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

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

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

2.5 Некоторые патогенетические механизмы заикания

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

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

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

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

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

Состояние нервной системы ребенка, у которого впоследствии может 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 врожденных или рано приобретенных отклонениях от нормы в состоянии нервной системы, особом состоянии эмоциогенных структур мозга, что связано, главным образом, с низким уровнем адаптивных возможностей организма. В силу этих характеристик центральной нервной системы у таких детей под влиянием психического стресса может формироваться очаг застойной патологической активности в эмоциогенных структурах мозга.

Речевое нарушение, начавшись после психической травмы, соответствует психомоторному уровню патологического реагирования, свойственному детям младшего возраста. Для появления заикания необходимы дополнительные условия. Таковыми условиями являются: “предрасположенность” (уязвимость) специфических речевых структур к появлению патологических реакций.

Такая “предрасположенность” связана главным образом с врожденными особенностями речевых структур мозга. (То, что в заикании играют большую роль генетические факторы, известно достаточно давно.) Характер развития речи до появления речевой патологии у детей с невротической формой заикания указывает на то, что речевая функция у них может быть особо ранимой: речь таких детей развивается рано, уже к 1,5-2-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.

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.

Нарушение речедвигательного акта, раз возникнув, имеет тенденцию к фиксации патологических взаимосвязей. Важным механизмом поддержания и усугубления патологических двигательных реакций (судорожных речевых запинок), помимо очага повышенного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга, является поток проприоцептивных импульсаций с речевых мышц, вовлеченных в аномальную

деятельность (обратная афферентация в функциональной системе речедвигательного акта).

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

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

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

Патологически усиленное возбуждение эмоциогенных структур мозга таких детей и формирующаяся патологическая система речи подавляется тормозящими влияниями центральной нервной системы. В этих случаях заикание наблюдается как эпизод, или имеется спонтанное регрессионное течение заикания. В других случаях своевременные адекватные коррекционные воздействия способствуют нормализации речи.

У части детей имеется низкий уровень компенсаторных возможностей мозга. В этих случаях быстро формируется патологическая функциональная система речи. Новая патологическая функциональная система начинает подавлять нормальную функциональную речевую систему, которая до этого развивалась у ребенка 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 ведет к развитию патологического процесса и дальнейшей дезинтеграции деятельности мозга в целом, что проявляется в хронификации заикания.

Любое усиление эмоционального возбуждения (неправильное поведение родителей, перегруженность ребенка впечатлениями и т.п.) ухудшают состояние центральной нервной системы, способствует “закреплению” патологической функциональной системы речи.

При невротической форме заикания генератор патологического возбуждения в эмоциогенных структурах мозга начинает объединять различные структуры центральной нервной системы (стадия образования патологической детерминанты), в том числе и речевые, в сложную патологическую функциональную систему и определять характер ее деятельности.

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 повторный испуг и ситуации, вызывающие состояние эмоционального напряжения.

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

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

Электрофизиологические исследования речевых мышц, дыхания и других показателей функциональной системы речи указывают на то, что речедвигательная активность мышц и координаторные взаимоотношения между речевым дыханием и артикуляцией при невротическом заикании у дошкольников имеют принципиальное сходство с нормой. Это свидетельствует о наличии у заикающихся детей этой клинической группы нормальной программы действия в функциональной системе речи.

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

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

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

У подростков с невротической формой заикания (11-12 лет) развивается логофобия, т.е. вторичная невротическая патологическая реакция. Они снижают количество и качество общения. Наличие речевого дефекта становится для заикающихся психотравмирующим обстоятельством. Это свидетельствует о дальнейшем утяжелении патологического процесса и появлении вторичных психологических детерминант, которые начинают определять характер общей клинической картины заикания.

Логофобия начинает доминировать, а судорожные речевые запинки отходят как бы на второй план. Даже мысленное представление ситуации речевого общения вызывает у таких лиц резко выраженные вегетативные расстройства. Произнесение в такие моменты (т.е. при отсутствии реальной речевой ситуации) индифферентных по значению слов характеризуется патологическими отклонениями во многих физиологических показателях (пульс, дыхание, кожно-гальваническая реакция, фоновая и сократительная активность речевых мышц).

У взрослых, страдающих невротической формой заикания, существенно меняются даже фоновые (т.е. находящиеся в “покое”) характеристики физиологических показателей. У них обнаруживается нарушение устойчивости регуляторных систем мозга, снижение корковых тормозящих влияний вследствие патологической активности эмоциогенных структур мозга.

Можно считать, что под влиянием патологической программы речевой функциональной системы возникают устойчивые изменения во взаимоотношениях коры больших полушарий и эмоциогенных структур, что является одним из механизмов генерализации патологического процесса. У взрослых заикающихся нередко вторичные детерминанты, связанные со страхом речи, могут играть роль доминанты (Доминанта — рабочий принцип деятельности нервной системы, заключающийся в том, что активная в данный момент функциональная структура ЦНС обуславливает сопряженное торможение других структур и, таким образом, доминирует над ними в межсистемных отношениях (Н.А. Ухтомский, 1950)), что клинически выражается сильным страхом речи при относительно легкой степени заикания. Эти особенности взаимоотношений собственно речевой патологической системы, нормальной речевой системы и системы патологического психологического реагирования во многом объясняют значительные трудности реабилитации взрослых заикающихся. Коррекционные педагогические воздействия, направленные лишь на снятие судорожных речевых запинок, у взрослых оказываются недейственными или эффективными лишь на короткое время. Аналогичным образом малоэффективными являются и “одномоментные” снятия заикания с помощью суггестивных воздействий.

Редукция патологической системы психологического реагирования в первую очередь требует создания новых сильных очагов в эмоциогенных структурах мозга. Это возможно при сильном эмоциональном возбуждении, связанном, главным образом, с неречевыми видами деятельности (что эффективно используется в методиках В.М. Шкловского, Л.З. Арутюнян, Ю.Б. Некрасовой). В дальнейшем необходима продолжительная коррекционно-педагогическая и психотерапевтическая работа по воспитанию личности, характера ее эмоционального реагирования.

Торможение эмоциогенных речевых детерминант является очень сложной задачей. Тем не менее, применение специализированной аутогенной тренировки, проведение на ее фоне восстановительной логопедической работы, направленной на регуляцию речедвигательных механизмов (логопедические занятия, логоритмика, пение и т.п.), а также процессов, связанных с порождением речи, способствуют успешной реабилитации заикающихся.

Отсутствие патологической детерминанты, связанной с психологическим реагированием на речевой дефект у заикающихся дошкольного возраста, позволяет сосредоточиться, главным образом, на логопедической работе. Ее следует направлять на развитие речедвигательной стереотипии, координаторных взаимоотношений между артикуляцией и дыханием, речевого дыхания, а также формирование процесса внутрениречевого планирования речевого высказывания.

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

Другая клиническая форма заикания — неврозоподобная — при схожести судорожных речевых запинок имеет иную клиническую картину.

Заикание этой формы появляется у детей в возрастном диапазоне 3-4 года. Оно возникает как бы исподволь, без видимой причины, и обнаруживается родителями не сразу.

У носителей этой речевой патологии в анамнезе есть признаки аномального протекания пре- или перинатального периода жизни. И в детском, и в зрелом возрасте неврологически и электрофизиологически диагностируются нерезко выраженные резидуальные явления раннего диффузного органического поражения мозга. Заикающиеся этой группы характеризуются некоторой задержкой развития моторных функций организма, а также их качественными отличиями по сравнению с возрастной нормой: координаторными расстройствами, низким уровнем развития чувства ритма и темпа, гиперкинезами различного типа. Поведение заикающихся этой группы характеризуется нередко двигательной расторможенностью, у них обнаруживается недостаточность активного внимания, некоторое снижение памяти и т.п.

Речевой онтогенез до появления заикания у детей с неврозоподобной формой существенно отличается от детей с асвротической формой заикания. Это относится как к темпу развития речи, так и к ее качественным характеристикам. Голосовые реакции — гуление, лепетные слова мало интонированы, голос имеет слегка сипловатый оттенок.

Слова появляются после 1,5 лет, фразовая речь — после 3-3,5 лет. Звукопроизношение имеет множественные нарушения. Судорожные запинки впервые начинают отмечаться окружающими в непосредственной связи с развитием фразовой речи.

Выраженные поначалу слабо, они по мере формирования фразовой речи приобретают устойчивый характер, сопровождаясь насильственными движениями.

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

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

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

Важно отметить, что неврозоподобная форма заикания появляется в процессе формирования фразовой речи. На этом этапе развития речи необходимы новые

значительно более сложные координаторные регуляции для реализации развернутого высказывания, которые у этих детей являются функционально ослабленными.

До появления фразы, при пословной речи у детей с неврозоподобной формой заикания речь бывает недостаточно внятной, со “смазанным” звукопроизношением, однако окружающие не отмечают судорожных запинок. Это свидетельствует о том, что пословная речь и элементарная фраза даже при наличии низкого уровня развития речевых артикуляций обеспечивается достаточно эффективными регуляторными механизмами, которые создают внутреннюю согласованность всех систем речедвигательного анализатора на этом этапе речевого онтогенеза.

Значение регуляторных механизмов мозга в протекании речедвигательного акта отчетливо проявляется при повышении требований к их функциональным возможностям в процессе логопедической работы. Об этом свидетельствуют многочисленные наблюдения за речью взрослых и детей на выходе из афазии и алалии. В тех случаях, когда темп введения в речь новых слов высок и опережает автоматизацию речевых движений, могут появиться судорожные запинки. Аналогичные явления бывают и при коррекции дизартрии: быстрый темп ввода в речь звуков, нормализованных в изолированном звучании, также может спровоцировать появление дискоординированных судорожных сокращений мышц артикуляционных органов. Как правило, однако, в этих случаях не формируется патологическая функциональная система речи с конечным результатом в виде заикания. Появившиеся в ходе интенсивного коррекционного воздействия и, следовательно, имеющие в большой степени “искусственный” характер, судорожные запинки в этих случаях в дальнейшем компенсируются нервной системой тем быстрее, чем в лучшем состоянии находятся регуляторные механизмы нервной системы, и чем адекватнее будет коррекционно-педагогическая помощь.

В отличие от “преходящих” судорожных запинок при “выходе” из алалии, афазии, дизартрии, при возникновении эволюционного заикания быстро формируется патологическая функциональная система речи.

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.

Известно, что от всех составляющих функциональной системы речи идут обратные афферентации. В норме они содействуют формированию нормальной речи. В

патологической системе речи они неэффективны вследствие недостаточности контролирующих влияний мозга.

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

Так как у детей с неврозоподобной формой заикания интегративный тормозной контроль мозга также оказывается недостаточным, то патологическая программа речевой функциональной системы спонтанно не подавляется. В связи с этим неврозоподобная форма заикания обычно не имеет спонтанного регрессионного течения, если ребенку не оказывается логопедическая помощь.

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

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

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

В 16-18-летнем возрасте формируется психическая реакция на речевой дефект и связанная с ней вторичная детерминанта с очагом гиперактивного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга. Вслед за этим нередко возможно формирование логофобии, как правило, выраженной нерезко. Это влечет за собой изменение поведения, снижение речевой активности. Для заикающихся этой группы характерны трудности адаптации к внешним условиям, связанным в большой мере с аффективной неустойчивостью, склонностью к дисфориям, ригидности мышления, нарушениям памяти, внимания.

Коррекционные педагогические приемы, способствующие развитию регуляторных тормозных механизмов психической деятельности (внимание, память, мышление и пр.), наряду с формированием нормальных речевых кинестезий и языковой способности ребенка в целом в инициальный период заикания бывают высокоэффективны. Логопедические занятия должны быть направлены на поэтапное формирование базового уровня речи и темпо-ритмическую организацию речевого потока. Привлечение активного внимания заикающегося к процессу артикуляции и слуховой оценке устной речи стимулирует формирование контроля со стороны высших отделов мозга. Это обеспечивает в долговременной памяти формирование нормализованных речевых кинестезий. В ряде случаев у детей с неврозоподобной формой заикания уже само по себе адекватно организованное введение в речь звуков, соответствующих языковой норме, влечет за собой распад патологической системы и постепенное формирование новой.

С учетом выше представленных патогенетических механизмов неврозоподобного заикания становится ясным, почему психотерапевтические воздействия, такие как гипноз и аутогенная тренировка обычно являются малоэффективными.

Кратко подытоживая вышесказанное, можно сделать вывод о том, что накоплен достаточно убедительный клинический, физиологический, психолого-педагогический опыт изучения заикающихся, который свидетельствует о наличии, как минимум, двух разных патогенетических механизмов заикания. В то же время сходство нейропатологических синдромов, развивающихся у лиц с невротической и неврозоподобной формами заикания в виде судорожных сокращений мышц речевого аппарата в процессе речевого общения, означает принципиальное единообразие структурно-функциональной организации патологической речевой системы при поражениях мозга разной локализации.

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

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

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

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

Учитывая то, что конечным результатом патологической системы является нарушение ритма протекания речевого психомоторного акта, в комплекс лечебных и психолого-педагогических воздействий обязательно включаются методы, направленные на ритмизацию движений. Занятия под музыку с ритмическими движениями рук, ног, туловища, а в дальнейшем сочетание этих движений с пением, мелодекламацией, чтением стихотворных и прозаических текстов нормализующе действуют на протекание речевого акта.

Особое значение при этом имеет автоматизация движения пальцев доминантной руки в ритме структуры словесных конструкций различной степени сложности (Л.З. Арутюнян).

Логоритмика, как один из коррекционных приемов, благотворно сказывается не только на состоянии речи заикающихся, но и на личности в целом, так как в процессе занятия корригируются различные моменты вербальной и невербальной коммуникации, расширяющие речевые возможности заикающихся.

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

ГЛАВА 3 Основные направления комплексной психолого-педагогической реабилитации заикающихся

При реабилитации заикающихся должен быть использован комплексный подход, поскольку нарушение плавности речи связано с целым рядом причин как биологического, так и психологического характера. Комплексный подход к преодолению заикания подразумевает два аспекта.

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

Во-вторых, комплексный подход включает систему четко разграниченных, но согласованных между собой средств воздействия разных специалистов. Это предусматривает совместную работу врача, логопеда, психолога, воспитателя, логоритмиста, музыкального работника, специалиста по физическому воспитанию. Круг специалистов, участвующих в реабилитационном процессе, может быть и более широким.

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

Выработка устойчивой плавной речи представляет собой основную цель реабилитационной работы с заикающимися.

Достижение устойчивой плавной речи у заикающихся возможно благодаря решению трех основных задач:

- I. Формирование навыка плавной речи.
- II. Воспитание личности заикающегося.
- III. Профилактика рецидивов и хронификации заикания.

Решение первой задачи связано с применением целого ряда логопедических технологий:

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

Решение второй задачи связано с психолого-педагогической работой, направленной на воспитание и перевоспитание отношения к себе, к своему речевому дефекту и формирование социальной активности. Это осуществляется с помощью психотерапии, психологических тренингов, функциональных тренировок и логопедических занятий.

Реализация данных задач входит в той или иной степени в каждую из известных комплексных систем реабилитации заикающихся любой возрастной группы. Последовательность применения различных технологий для решения этих задач может быть разной. В большинстве случаев они используются одновременно, усложняясь в соответствии с этапами коррекционно-педагогической работы.

Успех коррекционной работы проверяется катamnестически, т.е. показателем ее эффективности является отсутствие рецидивов заикания, что обеспечивается решением третьей задачи.

Комплексный метод реабилитации заикающихся реализуется поэтапно. В понятие поэтапности в педагогике входит положение о том, что все виды коррекционной работы должны идти от простого к сложному, что должно быть обязательно учтено при проведении логопедических, логоритмических, психотерапевтических и других мероприятий. Любому реабилитационному воздействию должно предшествовать обследование заикающихся.

3.1 Психолого-педагогическое обследование заикания

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

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

Врач определяет соматическое, неврологическое и психическое состояние заикающегося. Логопед обследует состояние речи заикающегося, особенности его личности, моторику. Прежде чем логопед приступает к обследованию, он тщательно должен изучить медицинскую и психолого-педагогическую документацию. Эта документация может содержать данные состояния интеллекта, слуха, зрения (заключения специалистов: психоневролога, отоларинголога, офтальмолога и др.). Кроме этого, документация может включать характеристики, составленные воспитателем, учителем, психологом и другими специалистами.

Обследование обычно состоит из двух этапов: 1) сбор анамнестических данных; 2) обследование состояния речи и моторики; 3) изучение личностных особенностей заикающегося.

Анамнестические сведения об индивидуальных особенностях развития речи и моторики каждого заикающегося дают возможность логопеду правильно оценить его состояние, а затем спланировать работу.

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

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

Анкетные данные:

Фамилия, имя, отчество обследуемого.

Дата рождения (год, месяц, число).

Домашний адрес, телефон.

Где воспитывается или обучается ребенок: дома, в детском саду, школе (общеобразовательной или специальной), сроки пребывания в них. Место учебы или работы подростка и взрослого.

Фамилия, имя, отчество родителей, их возраст, профессия, место работы.

Состав семьи.

Жалобы, предъявляемые родителями (воспитателями, учителями или самими заикающимися).

А. Сбор анамнестических сведений

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

Наследственность

- Наличие алкоголизма у родителей.*
- Нервно-психические заболевания родителей.*
- Ускоренный темп речи у родителей или близких родственников.*
- Задержка речевого развития у родителей или близких родственников.*
- Заикание у родителей.*
- Заикание у сестер и братьев.*
- Заикание у деда или бабушки по линии отца и матери.*
- Характерологические особенности отца и матери.*
- Обстановка в семье.*
 - Жилищно-бытовые условия.*

Беременность и роды у матери

- От какой беременности родился обследуемый (ая).*
- Чем закончились предыдущие и последующие беременности матери.*
- Особенности внутриутробного развития.*
- Токсикоз в 1-й, 2-й половине беременности; физические травмы в 1-й, 2-й половине беременности;*

другие заболевания и вредности.

- Особенности течения родов (срочные, преждевременные, со стимуляцией и пр.).*
- Особенности течения послеродового периода (закричал сразу— не сразу, асфиксия синяя — белая, родовые травмы).*
- Приложен к груди (сразу; на.....сутки).*
- На грудном (искусственном) вскармливании до.....*

Период до 1-го года

- Семейные условия.
- Сон, аппетит.
- Инфекционные заболевания.
- Соматические заболевания.
- Мозговые заболевания.
- Мозговые травмы.
- Спокойный, беспокойный.
- Формирование навыка опрятности.
 - Время формирования моторных навыков: сидение, стояние, ходьба.

Период дошкольного возраста

- Семейные условия.
- Инфекционные заболевания.
- Соматические заболевания.
- Мозговые заболевания.
- Мозговые травмы.
- Моторное развитие: отставание, норма, опережение.
- Время выделения ведущей руки, наличие переучивания.
- Адаптация в дет. яслях, дет. саду.
- Основные черты характера (спокойный — возбужденный, подвижный — замедленный, уравновешенный — капризный и т.д.).
- Основные черты поведения (капризность, слезливость, тревожность, негативизм, истощаемость, расторможенность, трудность переключения).

Речевой анамнез

- Время появления гуления и лепета. . — Особенности гуления и лепета (активность, многообразие звуковых комплексов, характеристика голосовых реакций).
- Время появления первых слов.
- Время появления простой фразы.

— *Время появления развернутой фразовой речи. Какие наблюдались затруднения при переходе к фразовой речи.*

— *Наличие и выраженность итераций.*

- *Дефекты речи (дислалия, дизартрия, ринофония и пр.).*

Условия воспитания ребенка

— *Социальная среда (где ребенок воспитывался — в доме ребенка, детских яслях или детском саду с дневным или круглосуточным пребыванием, дома с матерью, бабушкой).*

— *Особенности речевой среды: контакты с заикающимися или лицами с другой речевой патологией;*

при наличии двуязычия — какой язык преобладает в общении.

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

- *Культурно-бытовые условия в семье.*

Развитие заикания

— *Возраст, в котором появилось заикание.*

— *Предполагаемые причины и характер возникновения заикания (остро, психогенно, без видимой причины и пр.).*

— *Наличие периода мутизма.*

— *Как протекает заикание: постоянно присутствует в речи или нет.*

— *В каких условиях облегчается — ухудшается речь.*

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

— *Отношение ребенка к своему речевому дефекту.*

— *Какие меры принимались для устранения речевого дефекта (лечение у врача, посещение логопедических занятий, пребывание в специальных учреждениях системы здравоохранения или системы народного образования — детский сад, школа). — Продолжительность и результативность лечения и обучения.*

Психологический климат в семье, особенности взаимоотношений

— Имеют ли место частые конфликты в семье — чрезмерное заласкивание и, наоборот, излишняя строгость,

неровность в обращении с ребенком; перегрузки впечатлениями (посещение кино, театра, цирка, разрешается ли подолгу смотреть телевизионные передачи и пр.).

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

Для детей дошкольного возраста необходимы следующие дополнительные сведения:

— Имеются ли черты тревожности в характере заикающегося ребенка.

— Отмечаются ли в поведении ребенка плаксивость, раздражительность, капризность (т.е. эмоциональная неустойчивость).

— Есть ли у ребенка черты боязливости, пугливости.

— Уровень развития игровой деятельности ребенка.

— Склонность ребенка к определенным играм.

— Комментирует ли ребенок свои действия в играх или играет молча.

— Предпочитает играть в одиночестве или в коллективе детей.

— Проявляется ли заикание в игре наедине с собой, со сверстниками.

— Как протекает заикание (утяжеляется ли с возрастом или проявляется реже, чем раньше).

Для детей школьного возраста необходимы следующие дополнительные сведения:

— Было ли утяжеление или рецидив заикания при поступлении в школу.

— Адаптация в школе.

— Как проявляется заикание в учебных ситуациях (ответ с места и у доски, переход на письменный ответ и т.п.). Какой из способов ответа на уроке предпочитается ребенком.

— Успеваемость.

— Характер контактов со сверстниками.

— Характер взаимоотношений с родителями.

— Наличие “трудных” звуков и страха перед речью.

Для взрослых заикающихся

в анамнестические сведения включаются дополнительно следующие пункты:

— Наличие логофобии и возраст, в котором она появилась.

— Какие меры принимались для коррекции заикания.

— Какие приемы использовались в целях уменьшения речевых судорог и страха речи.

Б. Анализ заключения специалистов

Анализируются состояние интеллекта, слуха и зрения (заключение специалистов: психоневролога, отоларинголога, офтальмолога)

Анализируются данные, представленные воспитателем, психологом, музыкальным руководителем детского сада.

В. Психолого-педагогическая характеристика заикающегося ребенка

Анализируются общее развитие ребенка, особенности деятельности.

Сведения ребенка о себе, понимание родственных связей, круг представлений об окружающем, их точность.

Характеристика работоспособности и особенностей усвоения знаний (усидчивость, отношение к занятиям;

добросовестно или нет выполняет задания логопеда и

воспитателя, занимается с интересом, без интереса, не желает заниматься; справляется ли с программным материалом для данной возрастной группы по всем разделам “Программы воспитания в детском саду” (отмечаются ли трудности на музыкально-ритмических занятиях, на занятиях по развитию речи, развитию элементарных математических представлений, изобразительной деятельности и конструированию, в чем они проявляются).

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

Отмечаются также:

— *повышенная возбудимость, или, наоборот, вялость, заторможенность, утомляемость, истощаемость.*

— *особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы (настроение ребенка: устойчивое, неустойчивое, легко меняется от незначительных причин;*

преобладает подавленное или хорошее, радостное настроение; волевые особенности: целеустремленность, самостоятельность, инициативность, решительность, настойчивость, слабость волевого напряжения и др.).

Реакция на замечания и одобрение; факторы, способствующие изменению эмоционального состояния.

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

Состояние психических функций:

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

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

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

— особенности мышления (уровень развития логического мышления: умение выделять существенное в сюжетной картине, тексте, при определении понятий; при сравнении, при классификации предметов; понимание смысла загадок, пословиц; осмысление причинно-следственных отношений и др.). Для учащихся младших классов обязательно учитывается успеваемость, предпочтение тех или иных предметов, взаимоотношения с педагогами, характер ответов на уроках.

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

Г. Состояние общей моторики и тонких движений пальцев рук, мимической и артикуляционной моторики

Процедура обследования общих произвольных движений у детей дошкольного возраста

1. Статическая координация

Определяется возможность удержания заданной позы:

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

б) стоять на “цыпочках”.

Отмечается: удержание позы, сходжение с места, балансирование резко выражено; опускание на стопу, частое сходжение.

2. Динамическая координация

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

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

3. Одновременность движений

а) определяется возможность выполнения движений двумя руками одновременно; справа и слева по бокам спичечной коробки располагается по 10 спичек с каждой стороны (на расстоянии, равном длине спички);

ребенку предлагается уложить спички в коробку, взяв одновременно обеими руками с каждой стороны по спичке и одновременно положить их в коробку. Отмечается: одновременные движения обеими руками удаются, спички берутся и кладутся одновременно; движения не всегда одновременные; одновременные движения не удаются;

б) определяется возможность одновременных движений рук и ног; ребенку предлагается катушка ниток;

маршируя, он должен сматывать с катушки нитку и наматывать ее на указательный палец. Отмечается: марширует и наматывает нитку одновременно; движения не всегда одновременны; одновременные движения не удаются. Отмечается также общий характер движений: ловкий, неловкий; пластичный, неуклюжий.

Процедура обследования тонких движений пальцев рук

Ребенку предлагается выполнить следующие упражнения: 1) соединить большой палец руки со всеми остальными поочередно сначала на правой, затем на левой руке; 2) загнуть каждый из пальцев поочередно на правой и левой руке;

3) соединить пальцы одной руки с пальцами другой, “пальчики здороваются”; 4) застегивание и расстегивание пуговицы, завязывание шнурков.

Отмечается: ведущая рука — точное и четкое выполнение; недостаточно четкое; плохая координация, неловкость.

Процедура обследования произвольных мимических движений

Определяется выразительность мимики при выполнении следующих проб:

а) поднять брови (“удивиться”);

б) прищурить глаза (“яркое солнце”);

- в) сморщить нос (“кислый лимон”);
- г) улыбнуться (“веселый клоун”);
- д) надуть щеки “толстый помидор”);
- е) выпятить губы (“имитация свиста”).

Отмечается: мимика живая, выразительная, адекватная;

недостаточно выразительная; мимика вялая; амимичность.

Процедура обследования артикуляционной моторики

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

- а) удержание губ в позе “улыбка” (как при звуке “и”);
- б) удержание губ в позе “овал” (как при звуке “о”); в) удержание губ в позе “трубочка” (как при звуке “у”); г) удержание языка в позе “лопаточка”; д) удержание языка в позе “иголочка”; е) удержание языка в позе “парус”; ж) переключение движений губ (“улыбка” — “трубочка”); з) касание кончиком языка поочередно правого и левого углов рта (“часы”); и) касание кончиком языка у верхних и нижних зубов (“качели”); к) поцеловать языком (“лошадки”).

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

Д. Обследование речевой функции

1. *Анатомическое строение органов артикуляции (норма или патология; если патология — указать какая).*
2. *Характеристика движений органов артикуляции. (Характеристика пишется на основе исследования артикуляционной моторики, см. пункт “Г”).*
3. *Характеристика звукопроизношения (искажение, отсутствие, замены, смещение звуков) и фонематического слуха, состояние слоговой структуры слова, анализа и синтеза звукового состава слова.*
4. *Лексический строй речи — количественная и качественные характеристики словаря.*
5. *Грамматическое оформление речи (типы употребляемых предложений, наличие аграмматизмов, их проявления; сформированность связной речи).*
6. *Особенности речевого поведения. Анализируются контактность, речевая активность, включаемость в общение, сдержанность, импульсивность, характер*

реакции на изменение обстановки (динамичность и своевременность речевых процессов, переключаемость при изменении тематики общения), организованность речи.

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

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

9. Дыхание (грудобрюшное, верхнегрудное; ритмичное, аритмичное; достаточное по глубине, поверхностное; напряженное и пр.).

10. Выраженность заикания в различных видах речи:

1) в сопряженной речи;

2) в отраженной речи;

3) в шепотной речи;

4) в автоматизированных рядах;

5) при чтении стихов;

6) при чтении прозы;

7) в вопросно-ответной речи;

8) в рассказе по заданной теме;

9) при пересказе прочитанного;

10) в спонтанной речи.

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

12. Локализация судорог:

— дыхательные: инспираторные; экспираторные;

— голосовые: вокальные; смыкательные голосовые;

дрожжащий гортанный спазм;

— артикуляционные: губные; язычные; судороги небной занавески.

— сложные лицевые судороги.

13. Наличие трудных звуков (звукофобия).

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

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

16. Наличие насильственных содружественных движений и их характер.

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

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

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

20. Реакция на помощь собеседника: положительная;

отрицательная; безразличная.

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

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

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

24. Влияние эмоционального состояния на проявление заикания.

25. Течение заикания: прогредийное; регредийное; стационарное; волнообразное.

26. Сопутствующие заиканию другие дефекты речи.

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

Заключение

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

В заключении логопед отражает:

— наличие признаков органического поражения ЦНС (на основании медицинского заключения);

- особенности речевого и моторного онтогенеза;
- значение психогенности в возникновении заикания;
- возраст появления заикания;
- тяжесть заикания;
- тип и локализация судорог;
- зависимость проявления судорог от эмоционального состояния;
- наличие страха речи;
- течение заикания;
- наличие других дефектов речи.

Таким образом, логопед имеет возможность квалифицировать клиническую форму заикания: невротическую, неврозоподобную, смешанную.

Пример 1 Ф.И.О. 2 года 8 мес.

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

Пример 2 Ф.И.О, 4 года 1 мес.

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

3.2 Логопедические технологии формирования плавной речи у заикающихся

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

3.2.1. Торможение патологических речедвигательных стереотипов

Необходимость проведения коррекционной работы в этом направлении можно обосновать физиологическими данными, свидетельствующими о том, что важным механизмом поддержания и усугубления патологических двигательных реакций является поток аномальных кинестетических импульсаций с мышц, вовлеченных в судорожную активность (И.В. Данилов и др., 1970). В результате

этого при заикании образуется “замкнутый круг” патологических мышечных возбуждений. Другими словами, судороги мышц речевого аппарата сами становятся генератором последующих судорог. Наличие данного механизма диктует необходимость проведения специальных речевых режимов, направленных на исключение тех видов речи из общения, в которых наиболее часто проявляются судорожные запинки. К таким мероприятиям относятся “режим молчания”, “режим ограничения речи”, “щадящий речевой режим”, “специальный охранительный режим” и т.д.

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

“Специальный охранительный режим” понимается как оздоровительный щадящий режим, на фоне которого протекает “режим ограничения речи” или “режим молчания”. Оздоровительный щадящий режим как у взрослых, так и у детей включает в себя четкий распорядок дня, что в целом ритмизирует деятельность всех функций организма и способствует их нормализации. Заикающимся предлагается большее количество часов для отдыха, с дополнительными часами сна, рекомендуется употреблять с пищей достаточное количество витаминов. Данные мероприятия направлены на общее оздоровление организма.

В этот период нецелесообразны мероприятия, способствующие перевозбуждению центральной нервной системы. Проведение такого режима благотворно действует на организм в целом и состояние центральной нервной системы заикающихся, в связи с чем повышаются ее адаптивные качества.

Организация специального охранительного режима для заикающихся

Распорядок дня заикающихся детей должен быть достаточно четким, но не жестким. Это подразумевает плавный переход от одного вида деятельности к другой, мягкое преодоление возможных негативистических установок ребенка. Ребенку должна быть оказана медицинская помощь в случае нарушения сна, наличия у него страхов, повышенной тревожности, возбудимости, слезливости, двигательной расторможенности, а также при стойком снижении аппетита. В этот период необходимо исключить яркие новые впечатления и те жизненные ситуации, которые могут волновать ребенка и побуждать его к речевой активности (зрелищные мероприятия, гости, телевизионные передачи и т.д.). Не допускаются шумные игры, во время которых ребенок может чрезмерно возбуждаться, а также любые психические и физические перегрузки. Желательно, чтобы круг общения ребенка был в это время максимально сужен.

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

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

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

Дома и в детском саду предпочтительно занимать ребенка такими видами деятельности, как рисование, лепка, конструирование и пр.

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

При неврозоподобной форме заикания дети обычно не оречевляют игру. Они с трудом сосредотачивают свое внимание на процессе игры, и потому важно организовать смену их деятельности.

В процессе реализации режима ограничения речи у заикающихся дошкольников рекомендуется организация специальных игр- “молчанок”.

Режим ограничения речи может планироваться на разные сроки. Оптимальным временем его проведения является 10-14 дней. Режим ограничения речи может плавно переходить в щадящий речевой режим, во время которого речевая активность ребенка постепенно увеличивается. Его длительность может быть индивидуальной. Организация режима ограничения речи и щадящего речевого режима наиболее полно представлена в работах В.И. Селиверстова, 1979, 1994 и И.Г. Выгодской и др., 1993 и др.

У подростков и взрослых заикающихся режим ограничения речи может протекать в виде полного молчания.

Этот режим возможен постольку, поскольку взрослые могут осуществлять сознательный контроль за своей речевой активностью.

Такой режим в различных реабилитационных системах может проводиться на разных этапах коррекционного воздействия. Длительность режима молчания у взрослых заикающихся может быть также различной: от 1 суток до 10-12 дней. В этой возрастной группе очень важным является сочетание “режима молчания” с интенсивным психотерапевтическим воздействием, направленным на эмоциональную перестройку и перестройку личностных установок.

В период ограничения речи как дети, так и взрослые заикающиеся, активно используют техники невербального общения. Невербальное общение для заикающегося не сопровождается эмоциональным состоянием отрицательного знака, которое обычно возникает у них при вербальном общении, а у подростков и взрослых — также логофобией и вегетативными сдвигами. Таким образом, активизация разных форм невербального общения способствует снижению эмоционального напряжения.

Как известно, у заикающихся как мимика, так и жестикуляция могут быть обеднены в разной степени. Это делает необходимым использование специальных

техник, направленных на активизацию невербальных способов общения: жестов, мимики, пантомимики (см. Приложение № 1).

В этот же период начинается работа по овладению навыками мышечной релаксации и формированию речевого дыхания.

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

3.2.2. Регуляция эмоционального состояния

Регуляцию эмоционального состояния у заикающихся связывают главным образом с нормализацией мышечного напряжения. Многочисленные клинические наблюдения и экспериментальные исследования выявляют тесную связь эмоционального состояния с мышечным тонусом. Существуют экспериментальные данные, которые свидетельствуют о том, что разным типам эмоционального состояния соответствует достаточно определенная локализация мышечного напряжения. Так, при депрессии особо выражено напряжение в дыхательной мускулатуре и диафрагме, при выраженном чувстве страха прежде всего напрягаются мышцы, обеспечивающие фонацию и т.д.

Распространение возбуждения при эмоциональном стрессе связано с включением гормональных и медиаторных механизмов, которые прежде всего реализуются через гипоталамо-ретикулярные структуры мозга. Через эти механизмы центральной нервной системы осуществляется координация соматических и вегетативных проявлений эмоциональных реакций (частота пульса и дыхания, усиление потоотделения и пр.), а также поддерживается тонус мышц. В свою очередь, снижение мышечного тонуса меняет функциональное состояние гипоталамуса, а значит, и уменьшает вегетативные проявления эмоциональных реакций.

В практике давно известно, что расслабление мышц ведет к эмоциональному покою. Именно эти наблюдения лежат в основе методик обучения сознательному регулированию эмоционального состояния путем расслабления тонуса скелетной мускулатуры.

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

Основным методическим приемом аутогенной тренировки является расширенная формула спокойствия, которая включает в себя мышечную релаксацию и регуляцию вегетативных функций.

Заикающимся свойственно высокое эмоциональное напряжение как в ожидании речевого общения, так и в его процессе. Помимо этого, для взрослых заикающихся характерно наличие патологических эмоциональных состояний в определенных типичных ситуациях: разговор по телефону, обращение к официальным лицам и т.д. В эти моменты заикающиеся, как правило, испытывают сильное сердцебиение, краснеют или бледнеют, не в состоянии подавить волнение, что влияет на качество речи. В связи с этим при реабилитации заикающихся более

успешным является применение специализированных вариантов аутогенной тренировки (А.И. Лубенская, 1974).

Методика проведения аутогенной тренировки существенно зависит от возраста заикающихся. Для взрослых заикающихся рекомендуется овладение специализированной аутогенной тренировкой в полном ее объеме, в то время как дети дошкольного возраста овладевают, как правило, лишь элементами мышечной релаксации.

Обучение детей навыкам релаксации начинается с игровых упражнений, которые позволяют ребенку почувствовать разницу между напряжением мышц и их расслаблением. Проще всего ощутить напряжение мышц в ногах и руках, поэтому детям предлагается перед расслаблением сильно и кратковременно сжать кисти рук в кулак, напрячь мышцы предплечий, икроножные мышцы и мышцы бедер и т.д. Это достигается путем использования различных игровых упражнений. При выполнении упражнений на напряжение и расслабление необходимо учитывать, что напряжение должно быть кратковременным, а расслабление — достаточно длительным. Упражнения на напряжение-расслабление можно давать в следующей последовательности: для мышц рук, ног, всего туловища, затем для верхнего плечевого пояса и шеи, артикуляционного аппарата. С этой целью можно использовать следующий комплекс релаксационных упражнений.

РЕЛАКСАЦИОННЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МЫШЦ РУК, НОГ И КОРПУСА

Оловянные солдатики и тряпичные куклы

Для изображения оловянных солдатиков встать прямо, сжать пальцы в кулак, сосредоточить внимание на напряжении в мышцах рук, ног и корпуса. Делаются резкие повороты всего тела вправо и влево, сохраняется неподвижность шеи, рук и плеч. Ступни на полу стоят неподвижно.

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

Сосулька

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

Цветочек

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

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

Штанга

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

Упражнение проводить 10-15 сек. Сосредоточить внимание на состоянии напряжения в мышцах рук, ног, туловища. “Бросить штангу” — наклонившись вперед, руки при этом свободно повисают. Обратить внимание на приятное ощущение расслабления.

Бревнышки — веревочки

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

Маятник

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

Ралли

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

Кукла устала

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

Незнайка

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

Неваляшка

В положении сидя голову уронить на правое плечо, затем на левое плечо, покрутить, а затем уронить вперед. Упражнение выполняется 10-15 сек. В конце

упражнения обратить внимание на приятные ощущения расслабления, возникающие при расслаблении мышц шеи.

РЕЛАКСАЦИОННЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МИМИЧЕСКИХ И АРТИКУЛЯЦИОННЫХ МЫШЦ

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

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

Формулы релаксации могут быть следующими:

“Мы успокаиваемся. Мы отдыхаем. Глазки закрыты. Ручки усталые, тяжелые, отдыхают. Ножки усталые, тяжелые, отдыхают. Как хорошо, приятно отдыхать”. Можно использовать и различные стихотворные тексты. У некоторых детей при закрытых глазах могут возникнуть страхи, а, следовательно, повысится тонус мышц. В этих случаях следует проводить релаксационные упражнения при открытых глазах и лишь постепенно приучать ребенка закрывать глаза во время занятий. Главное, чтобы в эти моменты у ребенка было ощущение полного эмоционального комфорта.

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

В подготовительном этапе такие сеансы релаксации составляют от 2-х до 5-ти минут. Продолжительность занятий постепенно увеличивается, достигая 10-15 мин.

Каждая формула релаксации проговаривается логопедом 2-3 раза. Формулы, приведенные здесь, не являются универсальными и могут варьироваться. Важное значение имеет интонация, с которой логопед произносит эти

формулы. Голос должен быть мягким и тихим, темп несколько замедленным, а интонация должна выражать состояние спокойствия.

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

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

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

Постепенно, на последующих этапах работы, дети из положения лежа переводятся в положение сидя. Для этого используется так называемая “поза кучера”. Ребенок должен сидеть на стуле, соответствующем его росту, так чтобы голени находились под прямым углом к бедрам, а нижняя часть спины ребенка касалась бы спинки стула. Руки свободно лежат на коленях ладонями вниз. Дети должны сидеть на стуле без напряжения, плечи и голова должны быть слегка опущены вперед, вся ступня

должна опираться на пол. Такому положению дается название “поза покоя”. На этом этапе дети сидят с закрытыми глазами на протяжении всего занятия аутогенной тренировкой.

Как правило, на этом этапе работы на фоне релаксации детей логопед вводит “формулы правильной речи”. Это могут быть такие формулы: “Мы говорим неторопливо и спокойно”; “Наша речь слитная и плавная”; “Мы говорим смело” и т.д.; такие формулы могут быть даны и в стихотворной форме (см. И.Г. Выгодская и др., 1993). Поскольку введение таких формул выполняет роль определенного внушения, произнесение их логопедом должно происходить

достаточно громким голосом, уверенной интонацией и с соблюдением всех речевых правил.

Занятия по релаксации — это не обособленные упражнения. Они являются неотъемлемой частью всего курса занятий по коррекции речи. Такие занятия проводятся регулярно, 2-3 раза в день (утром, днем и вечером). Желательно, чтобы формулы расслабления предшествовали ночному сну ребенка.

Аутогенная тренировка, используемая в работе с заикающимися подростками и взрослыми, должна быть специализированной (см. Приложение № 2). В процессе аутогенной тренировки вырабатываются навыки релаксации мышц, в которых наблюдается патологическое напряжение (дыхательные мышцы, мышцы верхнего плечевого пояса, глотки, нижней челюсти, губ, языка). При овладении приемами мышечного расслабления снижается эмоциональное напряжение. Речь на этом фоне протекает, как правило, без судорожных запинок.

В процессе реализации формул мышечного расслабления проводится активная речевая работа. Речевые тренировки на этом фоне закрепляют слуховые и кинестетические ощущения нормальной речи. Создается двухсторонняя условно-рефлекторная связь между эмоциональным состоянием спокойствия и плавной речью. Многократные тренировки позволяют нормализовать функциональную речевую систему в целом.

Специфическим для заикающихся приемом аутогенной тренировки является прием мысленного представления ситуации, трудной для речевого общения (разговор по телефону, выступление перед аудиторией и пр.). Заикающиеся под руководством логопеда мысленно представляют эмоционально значимую ситуацию общения. Само представление трудной “речевой ситуации” вызывает разнообразные вегетативные реакции организма заикающихся и повышение мышечного напряжения. Затем путем реализации расширенной формулы спокойствия заикающиеся расслабляются и успокаиваются. На этом фоне заикающиеся тренируют устную речь, которая по содержанию характерна для данной ситуации. Прием мысленного представления способствует угашению эмоциональных (вегетативных) реакций, возникающих при трудной речевой ситуации, и создает возможность использовать формулу спокойствия в реальных ситуациях (прием угашения “страха речи”). Этот прием становится эффективнее, если к нему присоединяется использование мысленного представления новой модели поведения.

Заикающемуся предлагается ярко представить себя в роли уверенного в себе человека. Плечи расправлены. Голова приподнята, взор сосредоточен на лице собеседника и т.п. Важно закрепить полученный эффект путем функциональных тренировок в реальной обстановке.

Наиболее эффективно применение аутогенной тренировки при невротической форме заикания. Заикающиеся этой группы быстро овладевают расширенной формулой спокойствия, на фоне которой устная речь протекает плавно, без запинок. Их мысленное представление трудных речевых ситуаций сопровождается ярко выраженными вегетативными сдвигами, которые немедленно гаснут при реализации формулы спокойствия. Регулярные занятия аутогенной тренировкой у подростков и взрослых с этой формой заикания способствуют закреплению эффекта логопедической работы и гарантируют

длительную ремиссию. При неврозоподобной форме заикания эффект аутогенной тренировки выражен значительно меньше, чем при невротической форме заикания, а нередко отсутствует вовсе. Заикающиеся этой группы, как правило, не могут овладеть расширенной формулой спокойствия в полной мере. Мысленные представления трудных речевых ситуаций крайне затруднены. Громкая речь заикающихся этой группы в процессе сеанса аутогенной тренировки может сопровождаться запинками. У заикающихся этой группы может наблюдаться появление головных болей, головокружений и пр. Несмотря на отсутствие объективных признаков улучшения состояния, зачастую заикающиеся данной группы отмечают общее улучшение самочувствия.

Навыки релаксации и плавной речи, реализуемой в процессе аутогенной тренировки, закрепляются специальными функциональными тренингами в реальной ситуации (подробнее см. 3.3.).

Аутогенная тренировка включается как обязательный компонент в различные системы реабилитации заикающихся детей, подростков и взрослых (В.М. Шкловский, 1994; Л.З. Арутюнян, 1990; Ю.Б. Некрасова, 1968; М.И. Буянов, 1989; И.Г. Выгодская и др., 1993 и др.).

3.2.3. Развитие координации и ритмизации движений

У заикающихся всех возрастных групп отмечаются те или иные особенности в состоянии моторных функций.

В настоящее время накоплено достаточное количество фактов, свидетельствующих о различии в состоянии двигательных функций при разных клинических формах заикания. Это касается состояния мышечного тонуса, общей и тонкой моторики, динамической и статической координации, орального праксиса, музыкально-ритмических способностей и пр.

В связи с этим нормализация состояния моторных функций заикающихся включает решение следующих задач:

1. Развитие общей, тонкой и артикуляционной моторики.
2. Развитие чувства темпо-ритма речевых и неречевых движений.

Учитывая разное состояние моторики при невротической и неврозоподобной формах заикания, длительность и интенсивность занятий являются дифференцированными.

Так, для заикающихся с невротической формой заикания независимо от возраста основное внимание уделяется воспитанию точности движений, умению переключать активное внимание на качество выполнения движений и главным образом на завершенность движений, т.е. на доведение движений до конца в соответствии с инструкцией.

Для заикающихся данной группы упражнения могут быть разнообразны по форме, ритму и темпу. Несмотря на хороший уровень развития тонкой моторики пальцев рук и артикуляционной моторики, для движений заикающихся этой группы характерны истоцаемость, поэтому тренировочные упражнения не

должны быть длительными по времени. Заикающиеся этой группы могут начинать тренировку движений под музыкальное сопровождение уже на первых этапах коррекционной работы.

При неврозоподобной форме заикания особое внимание в процессе работы над двигательной сферой обращается на следующие моменты:

—двигательные упражнения должны быть разложены на их составляющие и выполняться по образцу;

— тренировка координации и переключаемости движений должна быть длительной с постепенным усложнением заданий;

— усвоению упражнений способствует сопровождающий их словесный комментарий логопеда;

— сроки усвоения двигательных упражнений значительно увеличиваются по сравнению с заикающимися другой группы.

При неврозоподобной форме заикания особое внимание уделяется нормализации речевой артикуляции в связи с необходимостью развития у них звукопроизводительной стороны речи. Особое значение это имеет для детей дошкольного возраста.

Важным компонентом коррекционной работы с заикающимися является темпо-ритмическое объединение артикуляционной и общей моторики, что достигается специальными упражнениями под музыку. Такие занятия проводятся в процессе логопедической ритмики.

Логопедическая ритмика является необходимой составляющей в комплексной реабилитационной работе.

Логопедическая ритмика включает разнообразные двигательные упражнения в следующей последовательности:

1) ритмическая разминка

Целью ритмической разминки является развитие ритмических движений под музыку, в процессе чего уточняются и развиваются координированные движения рук и ног, формируется умение менять темп и ритм движения. Ритмическая разминка используется также для организации детей, создания “настроя” на определенный вид деятельности.

Пример:

1. Свободная маршировка под музыку со сменой направлений.

2. Заикающиеся ходят по кругу под музыку и меняют направление под команду “Вперед”, “Назад”, “В центр”, “Вправо”, “Влево” и т.д.

2) упражнения, регулирующие мышечный тонус

Целью этого вида упражнений является снижение мышечного напряжения, перераспределение мышечного напряжения, воспитание пластичности движений. Используются специальные упражнения на напряжение и расслабление мышц: сжатие и разжимание кистей рук, перенос веса тела с одной стороны на другую (маятник) и т.п.

Пример:

1. Заикающиеся стоят по кругу. Под музыку осуществляется свободное качание обеих рук вперед-назад, качание правой рукой и ногой в стороны; качание левой рукой и ногой в стороны.

2. Заикающиеся выполняют следующие движения: напряженно вытягивают обе руки в стороны, кисть сжата в кулак (1-й такт музыки). Внезапно расслабляют кисти, и руки падают вниз (2-й такт), свободно качают руки, шагая на месте под музыку. |

3) упражнения для развития чувства темпа и ритма

Целью этих упражнений является ритмизация движений от самых простых до самых сложных — артикуляционных. Используется ходьба, отхлопывание и отстукивание под разные музыкальные темпы и ритмы, а затем пропевание слогов и слов на заданные ритмы.

Пример:

Прохлопать руками ритмический рисунок знакомой песни после демонстрации педагога (песня “Петушок”).

Пе-ту-шок Пе-ту-шок Зо-ло-той гре-бе-шок

4) упражнения на развитие координации речи с движением

Ритмизация моторных функций организма способствует ритмизации речевых движений, поэтому основной целью этих упражнений является ритмизация устной речи. Для этого используют двигательные упражнения под музыку с одновременным проговариванием вслух постепенно усложняющихся речевых заданий. Вначале используется средний музыкальный темпо-ритм, который позволит заикающимся сочетать движения с проговариванием слогов, слов, фраз, стихотворных, а позже прозаических текстов.

Пример:

Под музыку заикающиеся проговаривают стихотворный текст, одновременно сопровождая слова соответствующими движениями.

*Перед нами луг широкий — разводят руки широко в
стороны.*

А над нами дуб высокий — поднимаются на носки,

	поднимая руки вверх.
<i>А над нами сосны, ели</i>	— ритмично делают наклоны
<i>Головами зашумели</i>	в стороны, покачивая
	поднятыми вверх руками.
<i>Грянул гром</i>	— делают хлопок.
<i>Сосна упала</i>	— делают наклон вперед и
	вниз, опуская руки.
<i>Только ветками качала</i>	— ритмично покачивают
	опущенными руками.

Постепенно темпо-ритм усложняется и меняется. Для заикающихся с неврозоподобной формой речевой патологии соединение речи с движениями и музыкой является трудной задачей и требует длительной проработки. Заикающиеся с невротической формой заикания достаточно быстро усваивают эти упражнения.

5) пение

Целью пения является коррекция темпа речи и нормализация речевого дыхания. Для этого выбираются ритмичные и мелодичные песни. Постепенно в процессе работы подбираются песни с более сложными темпо-ритмическими характеристиками.

6) игра

В конце логоритмического занятия у детей дошкольного возраста, как правило, проводится игра, целью которой является закрепление навыков, полученных на занятиях (см. Приложение № 6).

Особой задачей коррекционной работы с заикающимися является развитие чувства ритма. Ритмическая способность является средством пространственно-временной организации движений. Чувство ритма в своей основе имеет моторную природу. Онтогенез чувства ритма тесно связан с процессом становления у детей моторики, зрительно-моторной координации, а в дальнейшем с формированием речевого ритма. Речевой ритм выполняет важную функцию в формировании моторного стереотипа речи. В процессе развития речи ритм становится “скелетом” слова и играет важную роль в процессе усвоения лексем и опознания их при восприятии.

У заикающихся имеются нарушения речевых ритмов разных уровней: послогового, пословного и синтагматического. При обучении заикающихся ритмизации устной речи необходимо тщательно отбирать речевой материал.

На первых этапах работы при подборе стихотворных текстов необходимо учитывать, что стихи должны быть с устойчивой ритмикой, т.е. однообразным распределением ударных слогов в строфе; состоять из достаточно коротких фраз; они должны содержать простую лексику и не включать слова с сочетаниями согласных.

Размер стиха подбирается в следующей последовательности: хорей — ямб — дактиль.

Хорей:	Мой веселый,
Скучная картина.	Звонкий мяч,
Тучи без конца.	Ты куда пустился вскачь?
Дождик так и льется.	Красный, желтый, голубой,
Лужи у крыльца. (<i>А Плещеев</i>)	Не угнаться за тобой
	(<i>С.Я. Маршак</i>)

Ритмический рисунок хорея:

2. Ямб:

Мы едем, едем, едем,
 В далекие края,
 Хорошие соседи,
 Счастливые друзья.
 Мы солнышком согреты,
 Мы вместе все живем,
 И песенку об этом
 Мы петь не устаем (*С Михалков*)

Ритмический рисунок ямба:

3. Дактиль:

Листики падают. Падают, падают листья,
 Осень пришла.
 Рыжие белочки В нашем саду листопад.
 Как тут дела. Желтые, красные листья
 По ветру вьются, летят.

Ритмический рисунок дактиля:

Наиболее трудными для усвоения являются стихи типа дольников, в которых нарушается соответствие синтаксического членения в строке, а также стихи, осложненные стечением согласных и обилием малоупотребительных слов.

Помимо тренировки ритма артикуляции на стихотворных текстах, с целью установления плавной речи применяются различные виды упражнений, направленные на выработку ритмических артикуляций в сочетании с движением руки. Одним из видов таких упражнений является “послоговый ритм” или теннинг.

Данное упражнение проводится следующим образом:

Проговаривание каждого слога текста сопровождается отбиванием ритма раскрытой ладонью ведущей руки о твердую поверхность. Каждый удар ладони приходится на гласную. Вначале тренировка послогового ритма проводится в замедленном темпе. По мере овладения навыком, темп речи ускоряется.

Навык послогового ритма на первом этапе вырабатывается на стихотворном тексте (хорей, ямб) и материале скороговорок.

В результате такой ритмизации слоги выравниваются по длительности звучания, т.е. снимается редукция гласных звуков (предударных и заударных), свойственная русскому языку. Есть опасность, что на фоне жесткого послогового ритма речь может приобретать монотонный “роботообразный” характер, что вызывает негативную реакцию заикающегося. Поэтому очень важно, чтобы обучение формированию ритмизи-рованной речи проходило одновременно с активной работой по формированию интонационного оформления высказывания. Постепенно движения руки становятся ритмоводителем речевых артикуляций. Поэтому при обучении заикающихся теппированию обращают внимание на то, чтобы движения руки во время речевой паузы не прекращались. Это позволяет заикающимся после паузы легко вступить в речь.

По мере усвоения слогоразмерной речи движения руки применяются все реже и, наконец, снимаются. Однако речь с нередуцированным произнесением гласных тренируется у заикающихся длительное время.

Устная речь с нередуцированным произнесением безударных гласных называется полным стилем произнесения.

Полный стиль произнесения способствует выделению ритмической структуры слова в артикуляторной программе, выравнивает все слоги по времени произнесения,

что в целом является основной для ритмизации речевого процесса и формирования плавной речи.

Одним из видов упражнений, направленных на выработку ритмизации речевых артикуляций является пословный ритм.

Главной характеристикой этого технического приема по установлению плавной речи является движение всей руки в сочетании с произнесением каждого слова фразы. При этом рука движется на каждое слово от себя и к себе (по

траектории восьмерки) непрерывно в процессе произнесения фразы. Особенное интенсивно движение руки осуществляется на ударный слог слова. Скорость и ритм движения руки подбирается индивидуально — от резкого в среднем темпе до плавного в замедленном темпе.

При невротической форме заикания ритмизация речи быстро усваивается. Их ритмизированная речь под влиянием упражнений довольно быстро становится интонированной. Имеется опасность, что быстрое достижение положительного эффекта приводит к прекращению заикающимися этой группы тренировок в ритмизированной речи.

В то же время речевая ритмизация, как и любой двигательный навык, особенно у взрослых, нуждается в длительной автоматизации.

При неврозоподобной форме заикания усвоение ритма крайне затруднено. Вначале необходимо подобрать индивидуальный темпо-ритм, при котором заикающийся чувствовал бы себя достаточно комфортно. Затем необходима постепенная, индивидуальная тренировка ритмических движений руки.

Следующим этапом тренинга является совместная тренировка ритмических движений руки и речи. Интонационно-мелодическое оформление ритмизированной речи у заикающихся этой группы также крайне затруднено и требует тщательной и длительной тренировки.

В целом ряде методик по установлению плавной речи у заикающихся предлагаются различные приемы ритмизации речи (Л.И. Богомолова, 1977; Л.З. Андропова, 1990; В.М. Шкловский, 1994).

В ряде методик первый этап установления ритмизированной речи сопровождается значительным замедлением ее темпа до одного слога в секунду (Л.З. Андропова, 1990).

Для того чтобы темпо-ритмическая организация речи заикающихся автоматизировалась и стала стабильной, темпо-ритм должен подбираться индивидуально, вызывая у пациента чувство комфорта. Только при этих условиях возможно продолжение самостоятельной работы заикающегося по автоматизации нового навыка речи.

3.2.4. Формирование речевого дыхания

Одним из постоянных признаков заикания является нарушение речевого дыхания. Помимо возможности появления судорожной активности в мышцах дыхательного аппарата, нарушение речевого дыхания у заикающихся выражается в следующих показателях: недостаточный объем вдыхаемого воздуха перед началом речевого высказывания, укороченный речевой выдох, несформированность координаторных механизмов между речевым дыханием и фонацией.

Работа по формированию речевого дыхания включает в себя следующие этапы:

1) Расширение физиологических возможностей дыхательного аппарата (постановка диафрагмально-реберного дыхания и формирование длительного выдоха через рот).

2) Формирование длительного фонационного выдоха.

3) Формирование речевого выдоха.

Формирование речевого выдоха имеет принципиальное значение для организации плавной речи. Известно, что плавность речи — это целостное непрерывное артикулирование интонационно-логически завершенного отрезка высказывания в процессе одного непрерывного выдоха.

Учитывая то, что у заикающихся отмечается поверхностное, недостаточно регулярное дыхание, при котором мышцы грудной клетки, особенно мышцы верхнего плечевого пояса, находятся в состоянии излишнего напряжения, большинство практиков использует в коррекции заикания постановку диафрагмально-реберного дыхания, которое часто называют диафрагмальным. При этом типе дыхания особое значение имеет работа мышц брюшного пресса.

Постановку диафрагмально-реберного дыхания начинают в положении лежа. Оптимально, чтобы постановка диафрагмального дыхания проводилась на фоне мышечного расслабления. Как правило, в этот период заикающиеся уже знакомы с элементами релаксации.

В дошкольном возрасте формирование диафрагмального дыхания необходимо проводить на начальном этапе в положении лежа. В этом положении мышцы всего тела слегка расслабляются и диафрагмальное дыхание без дополнительных инструкций устанавливается автоматически.

В дальнейшем для тренировки диафрагмального дыхания, его силы и длительности используют различные игровые приемы. При этом должны быть учтены следующие методические указания.

1. Дыхательные упражнения должны быть организованы таким образом, чтобы ребенок не фиксировал внимание на процессе вдоха и выдоха.

2. Для детей дошкольного возраста дыхательные упражнения организуются в виде игры так, чтобы ребенок произвольно мог сделать более глубокий вдох и более длительный выдох.

3. Все упражнения на тренировку речевого дыхания связаны с выполнением двух основных движений:

руки из положения “в стороны” движутся “кпереди” с обхватом грудной клетки, или из положения “вверху” движутся вниз. Движения корпусом, как

правило, связаны с наклоном вниз или в стороны. 4. Большинство упражнений для детей дошкольного возраста включают выдох с артикуляцией согласных (в основном целевых) или фонацией гласных звуков, что позволяет логопеду на слух контролировать длительность и непрерывность выдоха, а в дальнейшем формирует у ребенка обратную биологическую связь.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНОГО ВЫДОХА

Заикающийся находится в положении лежа на спине. Рука ребенка лежит на верхней части живота (диафрагмальная область). Внимание ребенка обращается на то, что его живот “хорошо дышит”. Можно положить на живот игрушку для привлечения внимания. Это упражнение длится в среднем 2-3 минуты. Упражнение должно выполняться без усилий, чтобы избежать гипервентиляции и повышения мышечного тонуса.

Задуй свечку

Дети держат полоски бумаги на расстоянии около 10 см от губ. Детям предлагается медленно и тихо подуть на “свечу” так, чтобы пламя “свечи” отклонилось. Логопед отмечает тех детей, кто дольше всех дул на “свечу”.

Лопнула шина

Исходное положение: дети разводят руки перед собой, изображая круг — “шину”. На выдохе дети произносят медленно звук “ш-ш-ш”. Руки при этом медленно скрещиваются, так что правая рука ложится на левое плечо и наоборот. Грудная клетка в момент выдоха

легко сжимается. Занимая исходное положение, дети делают непроизвольно вдох.

Накачать шину

Детям предлагают накачать “лопнувшую шину”. Дети “сжимают” перед грудью руки в кулаки, взяв воображаемую ручку “насоса”. Медленный наклон вперед сопровождается выдохом на звук “с-с-с”. При выпрямлении вдох производится непроизвольно.

Воздушный шар

Выполнение упражнения аналогично упражнению “Лопнула шина”, но во время выдоха дети произносят звук “ф-ф-ф”.

Жук жужжит

Исходное положение: руки поднять в стороны и немного отвести назад словно крылья. Выдыхая, дети произносят “ж-ж-ж”, опуская руки вниз. Занимая исходное положение, дети делают непроизвольно вдох.

Ворона

Исходное положение: руки поднять через стороны вверх. Медленно опуская руки и приседая, дети произносят протяжно “К-а-а-а-р”. Логопед хвалит тех “ворон”, которые медленно спустились с дерева на землю. Занимая исходное положение, дети делают непроизвольно вдох.

Гуси

Исходное положение: руки поставить на пояс. Медленно наклонить туловище вперед, не опуская голову вниз. Произнести протяжно “Г-а-а-а”. Принимая исходное положение, производится вдох.

Приемов, направленных на формирование диафрагмального выдоха, существует в практике довольно много (В.И. Селиверстов, 1987, и др.).

У детей более старшего возраста, подростков и взрослых тренировка диафрагмального дыхания может происходить более осознанно.

Тренировка речевого дыхания также начинается в положении лежа на спине. Предлагается расслабиться. Ладонь одной руки кладется на область диафрагмы. Обращается внимание на движения передней стенки живота при естественном вдохе и выдохе. При вдохе рука поднимается, при выдохе рука опускается, соответственно движению передней стенки живота.

После того, как натренировано движение диафрагмы в положении лежа, надо повторить то же упражнение в положении стоя: положить руку на область диафрагмы и сделать вдох, рука должна ощутить то же движение, что и в положении лежа.

Полезно также проверить “глазом”, как изменяется объем грудной клетки. Заикающиеся встают перед большим зеркалом, чтобы понаблюдать за дыхательными движениями грудной клетки. Обращается внимание на то, что во время вдоха плечи не должны подниматься.

Длительность и сила выдоха могут тренироваться в таких упражнениях, как:

- 1. Выдох под мысленный счет (вдох на счет 1-2-3; выдох: 4-5-6-7-8 до 15).*
- 2. Произнесение на выдох целевых звуков (с, ш, ф и др.), контролируя длительность выдоха секундомером.*
- 3. “Прокатить выдохом” воображаемый ватный шарик по длине всей руки и пр. Силу диафрагмального ввдоха можно тренировать в упражнениях типа: “Задуй пламя свечи” и др. (см. Приложение № 3).*

В дальнейшем диафрагмальный тип дыхания надо тренировать при выполнении физических упражнений (ходьба, наклоны и повороты туловища и пр.).

Небезуспешно используется в работе над постановкой диафрагмального дыхания парадоксальная гимнастика А.Н. Стрельниковой (см. Приложение № 4).

Одной из распространенных ошибок в работе по формированию речевого дыхания является чрезмерное наполнение легких воздухом во время вдоха. Слишком большой вдох создает излишнее напряжение дыхательных мышц, создает условия для гипервентиляции.

Зачастую неправильная организация работы по развитию речевого дыхания сопровождается фиксацией внимания заикающихся на акте вдоха и другими осложнениями. Поэтому при работе с заикающимися над речевым дыханием все инструкции должны касаться только процесса выдоха. (Исключение составляет парадоксальная дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой).

Следующим этапом работы является развитие длительного фонационного выдоха. Формирование фонационного выдоха является основой для развития

координаторных взаимоотношений между дыханием, голосом и артикуляцией. Во избежание фиксации внимания на процессе вдоха инструкция должна касаться только длительности произнесения звука.

Как правило, тренировка фонационного выдоха начинается с длительного звучания гласных. (Порядок введения гласных звуков и методику голосоведения смотри в разделе “Вокальный тренинг”).

После того как заикающиеся освоят длительное произнесение одного гласного на выдохе, предлагается произнести слитно сочетание их двух гласных на одном выдохе А_____ О_____.

Постепенно наращивается количество гласных звуков, произносимых на одном выдохе в следующем порядке: А — О — У — И (эталон гласных звуков). Данный этап работы может проводиться уже в период молчания или охранительного речевого режима.

Диафрагмальный вдох и выдох во время выполнения этих упражнений заикающийся может контролировать ладонью, положенной на область диафрагмы. Помимо слухового контроля длительность фонационного выдоха можно контролировать плавным движением руки.

Значительно успешнее развивается фонационное дыхание как у детей, так и у взрослых, при использовании компьютерных программ “Видимая речь”.

Третий этап работы над дыханием включает формирование собственно речевого выдоха. В упражнения вводятся слоги, слова, фразы.

Усвоение навыков, связанных с развитием речевого выдоха, идет с разной скоростью при невротической и неврозоподобной формах заикания. Так, у заикающихся с невротической формой речевой патологии быстро восстанавливается координация между механизмом дыхания и фонации. Несмотря на видимую легкость, с которой они быстро усваивают весь набор предлагаемых им упражнений, необходимо сохранять строгую последовательность в предъявлении этих заданий и в длительности тренировок.

При неврозоподобном заикании координаторные взаимоотношения между работой голосового аппарата и дыханием формируются с трудом. При усвоении новых навыков необходимо не только объяснение, но и многократный показ, подключение различных видов контроля (слуховой, визуальный, кинестетический). Тренировка должна быть систематической, длительной и включаться во все виды занятий, проводимых с заикающимися.

Поскольку формирование речевого дыхания тесно связано с формированием навыка рациональной голосоподачи и голосоведения, то эти задачи решаются практически одновременно.

3.2.5. Формирование навыков рациональной голосоподачи и голосоведения

Практические логопеды знают, что уже в дошкольном возрасте голос заикающихся может отличаться от нормы по своим качественным признакам.

При определении нормы голоса подразумевают достаточную его силу для речевой практики, включая динамический диапазон, высоту голоса (частота основного тона) с частотным диапазоном, соответствующим полу и возрасту.

У заикающихся нередко наблюдаются локальные напряжения мышц голосового аппарата (“зажимы”), что ухудшает характеристики голоса. Встречаются также дисфонические расстройства.

В задачу работы над голосом входит:

- 1) развитие силы и динамического диапазона голоса;*
- 2) формирование навыков рациональной голосоподачи и голосоведения;*
- 3) развитие мелодических характеристик голоса.*

Начальные этапы работы над голосом могут быть включены в период “щадящего речевого режима” или “режима молчания”. Работа начинается с изолированного произнесения гласных звуков.

Точное, четкое, ясное и полнозвучное произношение гласных звуков обеспечивает выразительность речи. За счет изменения звучания гласных возможно в дальнейшем применение других техник: замедление темпа речи; выравнивание послогового ритма; использование “полного стиля” произношения. В основном за счет гласных звуков возможно интонационно окрасить речь и, главное, достичь ее слитного и плавного произнесения.

Работу над голосом можно проводить в следующей последовательности:

Занимающимся предлагается сделать диафрагмальный вдох и на выдохе произнести длительно, растягивая на весь выдох, звук “а”. Звук должен произноситься легко и свободно, при средней степени звучания голоса. Рот должен быть широко открыт, при этом звук “посылается” вперед. Следует следить за тем, чтобы заикающиеся не произносили звук на “остаточном” выдохе, т.е. чтобы начало выдоха и фонации совпадали во времени.

Затем таким же образом предлагается протянуть гласный “о”. Для объяснения рациональной артикуляции гласного “о” можно использовать образ: “пинг-понговый шарик во рту”.

При произнесении гласного “у” обращают внимание на то, что губы вытянуты вперед, при “и” — губы растянуты в улыбку, при звуке “э” — рот слегка полуоткрыт и т.д.

В развитии речевого голоса у заикающихся учитывают атаку звука и регистр голоса.

Под атакой звука понимают начало звука, т.е. включение в работу голосовых складок. Атака звука зависит от плотности смыкания голосовых складок и силы выдоха. Существуют три вида атаки звука: твердая, мягкая и придыхательная. При придыхательной атаке звука сначала слышится легкий шум выдоха, а затем слышится звук, похожий на “Х-А-А-А”. При мягкой атаке момент смыкания

голосовых складок и момент начала выдоха совпадают. Звук получается мягкий, богатый обертонами. При твердой атаке сначала смыкаются голосовые складки, а затем осуществляется выдох. Звук получается твердый, часто резкий.

Заикающиеся обучаются начинать произнесение каждого гласного с “мягкой” голосоподачи, или атаки. Логопед дает образец “твердой” атаки, т.е. резкого начала гласного звука и “мягкой” атаки, или мягкого “впływания” в звук. После чего заикающиеся упражняются в подаче звука на мягкой атаке, произнося гласные и их сочетания, а затем слова и фразы, начинающиеся с гласного звука.

В речевом голосе принято выделять три регистра:

- грудной, или нижний регистр, в котором преобладает грудное резонирование;
- смешанный или средний регистр;
- головной или верхний регистр, в котором преобладает головное резонирование.

При работе над голосом заикающихся учат добиваться плавного перехода из регистра в регистр.

В самом начале работы над голосом заикающиеся обучаются использовать грудной резонатор, так как это снижает напряжение голосовых складок.

При обучении использованию грудного резонатора гласные звуки даются в следующей последовательности: А, О, У, И, Э. Такая последовательность связана с тем, что звук А содержит в себе резонирование как высоких, так и низких тонов; звуки О, У относятся к резонаторам низких тонов, звуки И, Э — к резонаторам высоких тонов.

Детям предлагают в игровой форме произнести звуки низким и высоким голосом, используя для этого различные игровые упражнения.

Например:

“Как гудит большой паровоз (на звук У-У-У), а как маленький паровозик?” и т.д.

“Как рычит большой медведь низким голосом (на звук И-И-И), а как рычит маленький медвежонок высоким голосом?”

У взрослых для ощущения звука в грудном резонаторе можно предложить произнести гласный А низким голосом, при этом ладонь приложить к груди, слегка постукивая по ней. Заикающийся должен ощутить легкую вибрацию в области груди. Постановка диафрагмального дыхания и включение в звучание голоса нижних резонаторов позволяют поставить голос на “опору”. Эта снимает излишнее напряжение голосовых складок, стенок гортани и глотки, т.е. способствует снятию “зажимов”.

При постановке голоса очень важно вызвать у заикающегося ощущение “открытой глотки”, которое за

репляется при произнесении гласных звуков. Важно, чтобы нижняя челюсть была расслаблена.

Использование диафрагмального дыхания, использование нижнего резонатора, ощущение “открытой глотки” и расслабленной нижней челюсти позволяет литься голосу свободно и легко. На этом этапе начинается работа над развитием интонационно-мелодических характеристик.

Перед заикающимися ставится задача, используя ряд гласных звуков, менять высоту голоса, придавать ему речевые интонации вопроса, ответа, удивления; передавать голосом различные эмоциональные состояния радости, печали и пр. Работа над голосом продолжается затем на материале автоматизированных рядов, слов, словосочетаний и фраз. (См. Приложение 5).

Таким образом, формирование рациональной голо-соподачи плавно переходит в развитие просодической стороны речи.

Заикающиеся обучаются слитно произносить длинный ряд гласных (АоуиАоуиАоуиАоуи) при непрерывном артикулировании на одном речевом выдохе. Такое слитное произнесение обеспечивается непрерывным голосоведением. Оно должно обязательно сопровождаться интонационным модулированием голоса. Этот навык в дальнейшем переносится на слитное произнесение синтагмы.

Работа над голосом должна быть систематической, регулярной, длительной и проходить на всех этапах коррекционной работы. Объем работы над голосом и методические приемы зависят от возраста заикающегося. Чем младше ребенок, тем в большей степени работа над голосом должна идти по принципу подражания. Это указывает на большое значение состояния голоса у родителей, воспитателей и, тем более, логопеда.

Приемы постановки голоса описаны во многих руководствах (Н.П. Вербовая и др., 1977; М.И. Буянов, 1989; Э.М. Чарели, 1991; Л.З. Арутюнян, 1993 и др.).

3.2.6. Развитие просодической стороны речи

Речь заикающихся имеет значительные отклонения от нормы по интонационным характеристикам: интонационная незавершенность окончания фразы, нарушения синтагматического ударения внутри фразы, отсутствие паузы в конце синтагм и фраз. В целом речь заикающихся интонационно обеднена. Нормализация просодической стороны речи включает в себя следующие задачи:

1. Развитие навыка интонационного оформления синтагм и фраз в соответствии с четырьмя основными видами интонаций русского языка (вопросительные, восклицательные, завершенности и незавершенности).
2. Нормализация процесса речевого паузирования.
3. Формирование навыка интонационного членения и выделения логических центров синтагм и фраз. На первых этапах коррекционного воздействия уже в период “падающего речевого режима” заикающиеся обучаются передавать основные виды интонации с помощью невербальных средств общения, активно используются пантомимику.

На следующем этапе заикающиеся обучаются передавать основные виды интонаций (интонации завершенности, незавершенности, вопроса, восклицания) с помощью гласных звуков. При этой работе также активно подключаются жесты, которые определенным образом помогают заикающимся осмыслить различные виды интонации. Начинают обучение с вопросительной интонации. Голосовые упражнения сопровождаются плавными движениями руки, что позволяет лучше контролировать изменения голоса по высоте. Для вопросительной интонации характерно повышение основного тона голоса. Рука совершает круговое движение и резко идет вверх на завершающей фазе голосоподачи. Восклицательная интонация сопровождается резким, сильным взмахом руки вверх, а незавершенности — плавным, полукруговым движением руки вверх. Интонация завершенности сопровождается плавным движением руки вниз. Полученные навыки интонирования постепенно вводятся в слог, слово, фразу и в спонтанную речь.

У детей такие формы работы проводятся в процессе игровых ситуаций и на основе образцов, которые дает логопед. Одним из видов обучения интонационной выразительности является использование междометий в передаче интонаций радости (Ах! Ох!), печали (о-о), сожаления (ох-ох) и т.п.

На уровне синтагмы начинается работа по обучению выделению значимого слова. Оно должно быть выделено силой голоса, или так называемым логическим ударением. Выделение синтагмы, как единого интонационно-смыслового образования связано с обучением процессу паузирования.

Для устной речи так же, как и для чтения вслух характерны лингвистические паузы, которые разделяют между собой синтагмы и связаны с тем или иным видом интонации. При обучении заикающихся интонационному оформлению высказывания следует добиваться, чтобы то или иное интонационное оформление синтагмы маркировалось паузой. Таким образом, у заикающихся формируется навык посинтагматического произнесения фраз.

Работу над процессом паузирования хорошо начинать на материале стихов, где конец строки всегда совпадает с окончанием речевого выдоха и оформлением паузы. Затем используются фразы диалогической речи, чтение, пересказ, и постепенно переходят к спонтанному высказыванию.

Работа над интонацией начинается с формирования голосовых модуляций. Такая тренировка на первом этапе проводится на материале эталона гласных. Обучение вначале происходит по образцу, который дает логопед. Предлагается интонационно завершенный ряд гласных, при этом один из гласных особо выделяется при помощи

ударения, например: “А-`о-у-и”. Выделение ударных элементов гласного ряда должно сочетаться с интонационным модулированием голоса или интонационным оформлением данного ряда гласных. Такие упражнения начинаются с произнесения одного эталона гласных, постепенно наращивая их количество (до 4, 6, 8 эталонов гласных произносятся слитно). Это могут быть интонации вопроса, ответа, завершенности, незавершенности.

Например:

Аоуи?Аоуи!

Аоуи-аоуи-аоуи-аоуи?

Аоуи-аоуи-аоуи-аоуи!

Данный навык переносится на слитное произнесение коротких синтагм.

Затем проводится работа над интонационным членением текста. Для детей дошкольного возраста следует проводить эту работу на материале стихотворных текстов с короткой строфой и прозаических текстов, состоящих из коротких фраз.

Интонационное членение тесно связано с ритмом моторной реализации высказывания, т.е. по существу оно является ритмо-интонационным членением.

Ритмо-интонационное членение речевого потока в свою очередь тесно связано с организацией речевого дыхания.

Таким образом, развитие речевого дыхания и ритмо-интонационного членения высказывания способствует формированию артикуляторно-дыхательных циклов в соответствии с синтагматическим делением текста.

При неврозоподобном заикании необходима длительная тренировка и различные виды контроля как за интонационным оформлением синтагмы, так и за ее акустической завершенностью паузой.

При невротической форме заикания фиксация внимания на просодической стороне речи значительно улучшает плавность речи.

3.2.7. Развитие планирующей функции речи

Учитывая особенности речи заикающихся с психолингвистических позиций (см. 2.4), для них важен как выбор смысловой стратегии речевого высказывания, так и отбор лексических единиц и грамматических конструкций, соответствующих основной стратегии парадигмы высказывания.

Таким образом, в коррекционный процесс необходимо включать работу по развитию планирующей функции речи. Такую работу принято начинать с обучения заикающихся проговариванию высказывания про себя. Внутреннее проговаривание (по А.А. Леонтьеву) дает возможность отобрать необходимую лексику и грамматические конструкции до “включения” звучащей речи, что организует внутренне-речевое планирование в целом (в том числе и моторную программу).

Обучение детей дошкольного возраста планированию речевого высказывания начинается с элементарных речевых заданий. Программа речевого высказывания строится на основе речевого образца, предлагаемого логопедом с применением наглядно-ситуационного материала.

В качестве примера можно привести следующие упражнения.

Упражнение 1

Повторение вместе, а затем вслед за логопедом одного слова с одновременным показом наглядного материала. Название предмета на картинке должно начинаться с гласного звука (Утка. Аня. Аист).

Упражнение 2

Ответ на вопрос: “Что это?” при демонстрации того же наглядного материала. При этом повторяется лексика предыдущего упражнения, добавляя указательное местоимение “Это” (“Что это?” “Это утка” “Это аист”).

Упражнение 3

В ответе ребенка на вопрос “Что это?” объединяются две отработанных предыдущих фразы с предъявлением того же наглядного материала (“Это утка, а это аист”).

Упражнение 4

В ответе на вопрос логопеда ребенок должен самостоятельно назвать предмет, нарисованный на картинке (“Что плывет по реке?” “Лодка”).

Упражнение 5

В ответ на вопрос логопеда ребенок составляет фразу, используя лексику вопроса, самостоятельно добавляя новое слово, обозначающее предмет (“Что плывет по реке?” “По реке плывет лодка”).

Упражнение 6

Следующим этапом работы является усложнение речевой задачи, в которой объединяются отработанные ранее предложения, причем вначале объединяются фразы, имеющие одинаковые глаголы, но разные существительные. Ребенку предлагается соответствующий наглядный материал, который помогает сформулировать фразу типа: “Мальчик идет, и девочка идет”.

Упражнение 7

В ответе ребенка объединяются две фразы, ранее отработанные отдельно, которые содержат одинаковые существительные, но разные глаголы (“Эта птичка сидит, а эта птичка летит”), а затем вводятся прилагательные (“Этот автобус красный, а этот синий”).

Упражнение 8

Объединяются две ранее отработанные фразы, содержащие разные существительные и разные глаголы (“Лиса бежит, а птичка летит”. “Коля умывается, а Света причесывается”), с опорой на наглядный материал.

Упражнение 9

Составление небольшого рассказа на основе отработанных ранее предложений (“Это Коля, а это Света. Коля умывается, а Света причесывается”).

Упражнение 10

Отдельно проводится обучение ребенка составлению рассказа по картинке. Эта работа имеет те же этапы, которые описаны ранее.

В помощь ребенку можно предложить графическое изображение фразы, которую он должен составить:

“Это девочка. — — Девочка играет. — — Девочка играет с собакой. — — — Девочка играет с собакой на поляне. (Если ребенок не знаком с грамотой, в графической схеме предлоги не выделяются, а включаются в фонетическое слово.)
— — — — —

В комплексных психолого-педагогических системах реабилитации заикающихся выделяют несколько постепенно усложняющихся этапов развития планирующей функции речи, которая реализуется на материале сопряженной, отраженной, ответно-вопросной, пересказа, рассказе, спонтанной формах речи (Н.А. Власова, 1983; В.И. Селиверстов, 1994).

Сопряженная речь — проговаривание ребенком слова (фразы) одновременно с логопедом. При этом ребенку рекомендуется смотреть на артикуляцию логопеда. Обычно у детей в процессе сопряженной речи судорожных запинок не наблюдается. Возможность произнести слово, а тем более фразу без заикания имеет большое психотерапевтическое значение. Отработка этого вида речи проходит в игровой ситуации, с непосредственным предъявлением называемых предметов. Логопед, демонстрируя игрушку или картинку, четко произносит: “Вот мяч, повтори вместе со мной — вот мяч”. Постепенно количество слов во фразе может увеличиваться до 4-5-ти и более.

Отраженная речь — представляет собой повторение вслед за логопедом слов (фраз). В этом виде речи, так же как и в сопряженной речи, как правило, заикания не наблюдается. В этот период работы над речью вводится отраженное повторение небольших стихотворений, состоящих из 2-4-х строк.

Ответы на вопросы по знакомым картинкам. Вопрос задается таким образом, чтобы ребенок мог использовать в своем ответе слова, которые содержал вопрос, добавляя лишь одно хорошо известное ему слово (“Кто играет с котенком?” “Девочка играет с котенком”). Постепенно, по мере выработки навыка плавной речи, ответы ребенка становятся все более самостоятельными и распространенными. Этот этап хорошо подготавливает детей к самостоятельному описанию картинок.

Самостоятельное описание картинок. Дети обучаются описывать знакомые картинки, игрушки, предметы. Они обучаются самостоятельному построению фразы. В этот период для работы над речью используется процесс и результат изобразительной деятельности ребенка (рисунок, лепка, конструирование и т.п.). В диалоге логопед уточняет процесс деятельности ребенка, материал, кото-

рым он пользуется. Если ребенок справляется с заданиями, рекомендуется переходить к обсуждению результатов деятельности. На этом этапе ребенок самостоятельно строит фразу. Данный вид речевых упражнений готовит ребенка к пересказу небольших текстов.

На всех этих трех этапах большое внимание уделяется развитию и обогащению словаря заикающихся детей.

Пересказ прослушанного небольшого текста. Предлагаемые детям рассказы должны иметь четкую композицию и последовательность действий. Полезно обыгрывание сюжета рассказа при помощи игрушек, картинок. Одним из видов игровой деятельности детей может быть инсценировка прослушанного детьми рассказа. Особое внимание уделяется на этом этапе правильному грамматическому оформлению фразы. Пересказ прослушанного текста является переходным этапом к рассказу и спонтанной речи.

Спонтанная речь является наиболее сложной для ребенка. Занятия по развитию спонтанной речи проводятся в виде сюжетно-ролевых игр. Например, “овощной магазин”, где детям поручаются разные роли, благодаря которым строится самостоятельный диалог.

На этом этапе предусматривается использование самостоятельной речи детей при выполнении ими различных поручений, а также вводятся самостоятельные игры-диалоги (например “Телефон”, “Покупатель и продавец” и т.п.).

На заключительном этапе работы дети составляют самостоятельные творческие рассказы без наглядного материала на тему, предложенную логопедом.

Методики, разработанные Н.А. Чевелевой (1978), С.А. Мироновой, А.В. Ястребовой (1980), направлены также на развитие планирующей функции речи.

В этих методиках указана необходимость последовательного усложнения программы высказывания в процессе обучения заикающихся детей навыкам свободной речи от простейшей ситуативной ее формы до контекстной. Построение коррекционной работы с учетом постепенного развития планирующей функции речи дает возможность снизить аффективные реакции заикающегося ребенка, связанные с поиском слова (Р.Е. Левина).

Для обучения подростков и взрослых заикающихся внутреннеречевому планированию на первом этапе в качестве образца логопедом дается жесткая модель высказывания по тематике, грамматическим конструкциям и частично — лексике. Например: “Меня зовут... Я живу на улице... Я учусь...”. При этом в планируемых фразах количество слов должно быть ограничено (на первых этапах коррекционной работы синтагма должна состоять из 3-4-х слов). Внимание заикающегося обращается на необходимость наличия паузы между синтагмами, во время которой он должен осуществить внутреннее программирование следующей части высказывания.

Естественно, что паузы между синтагмами должны быть длительнее, чем в норме. Заикающемуся объясняется значение паузы как для плавности речевого потока, так и для смыслового оформления высказывания.

Задачи по активации внутреннего программирования реализуются на постепенно усложняющемся речевом материале (стихи, чтение текста, пересказ, спонтанная речь). Тренировки позволяют автоматизировать этот процесс, что позволяет внутреннее проговаривание сворачивать. Длительность межфразовых и межсинтагменных пауз постепенно приближается к норме.

Известно, что для нормальной речи характерно наличие хезитационных пауз, их функция связана с поиском слова или грамматической конструкции. Эти паузы не имеют четкой локализации в структуре фразы. В процессе коррекционной работы внимание заикающихся фиксируется только на синтагматических паузах. Это связано с необходимостью обучить заикающихся достаточно жесткому планированию высказывания. При жестком планировании высказывания локализация синтагматических пауз и хезитационных должна совпадать, что умень-

шает риск нарушения плавности речи и появления судорожных запинок.

Последующие этапы работы со взрослыми заикающимися должны включать в себя процесс обучения планированию, как отдельного высказывания, так и целого текста. Особое значение имеет активизация пассивного словарного запаса и тренировка использования сложных грамматических конструкций. Необходимо специально тренировать активный осознанный контроль за смысловой стороной высказывания.

3.2.8. Инструментальные методы воздействия

а) Технические средства обучения

Новая страница в изучении патогенетических механизмов заикания была открыта в связи с описанием влияния задержки акустической речевой афферентации на плавность речи (Lee, 1951), которая в дальнейшем получила название “задержка обратной речевой связи” или “эффект Ли”. Этот эффект проявляется в том, что одновременное прослушивание через наушники собственной речи (с помощью специально сконструированной аппаратуры), которая подается с задержкой в 80-200 мс, вызывает запинки артикуляторных мышц, напоминающие заикание.

На основе этого открытия польским физиком Б. Адамчиком (1959-1994) сконструирован “Эхо”-аппарат, который работает по принципу “регуляции обратной связи”.

В литературе имеются многочисленные сведения о положительном действии такой аппаратуры на речь заикающихся. В практической логопедии используется разнообразная аппаратура, в основе работы которой лежит эффект Ли (“Аир”, “Эхо” и др.). С помощью применения такой аппаратуры речь замедляется, увеличивается сила голоса, улучшается артикуляция звуков речи. Однако возникает некоторая монотонность речи. На первых этапах реабилитационного процесса (10-14 дней) рекомендуется применять данную аппаратуру в течение одного занятия неоднократно по 5-7 мин, делая перерывы. Постепенно задержка речи уменьшается с учетом индивидуальных особенностей заикающихся.

Одновременно с применением аппаратуры проводятся психотерапевтические беседы, с помощью которых дается правильная психологическая установка на

необходимость применения аппаратуры для выработки новых речевых навыков и их автоматизации. Достижение плавной речи с помощью такой аппаратуры является переходной стадией в логопедической работе к самостоятельной плавной речи в разных ситуациях. У части заикающихся при использовании “Аир” или “Эхо” появляется чувство уверенности в том, что у них имеется техническое средство, которое помогает им говорить плавно, не испытывая страха речи и чувства неполноценности. Важно, чтобы заикающиеся поняли, что к аппарату необходимо “приспособиться”, а логопед должен уметь подобрать индивидуально оптимальную для каждого заикающегося задержку речи, которая может у разных лиц довольно широко варьировать от 80 до 180 мс. В процессе реабилитации с использованием таких аппаратов в дальнейшем следует обращать внимание на выработку интонационной выразительности речи, а следовательно, сосредотачивать внимание заикающегося не только на плавности речевого высказывания, но и его содержании. При применении аппаратуры речевые задания должны соответствовать основным этапам логопедической работы (от сопряженной речи к спонтанной). Однако применение подобной аппаратуры улучшает речь не у всех заикающихся (М.Е. Хватцев, 1965; И.В. Данилов И.В., Черепанов И.М., 1970; Л.Я. Миссуловин, 1979).

Другим инструментальным методом является звукоусиление речи заикающихся через громкоговорители. При использовании такой аппаратуры заикающиеся меньше напрягают мускулатуру, чаще пользуются мягкой атакой звука, что в целом благотворно отражается на плавности речи (В.А. Раздольский, 1966).

К специфическим техническим средствам относятся также аппараты, использующие эффект звукозаглушения устной речи. Принципом действия этой аппаратуры является снижение и даже отключение слухового контроля за качеством своей речи, что облегчает некоторым заикающимся выполнение логопедических заданий. В процессе коррекционной работы сила заглушения речи постепенно уменьшается. Этот метод позволяет заикающемуся снизить контроль за процессом произнесения, т.е. моторной программы высказывания.

Технические средства коррекции заикания продолжают совершенствоваться. В настоящее время существуют разработки специфической аппаратуры на основе персональных компьютеров. В них используются “отставленная речь”, которую можно легко моделировать в большом диапазоне от 50 до 150 мс, “маскирующий шум”, силу которого также можно регулировать, и ритмическая подача звукового сигнала, который можно легко регулировать по интенсивности и ритму.

В настоящее время широкое распространение получают разнообразные компьютерные программы, использующие эффект “Видимой речи”. Логопедические технологии, использующие эффект “Видимой речи”, являются высоко результативными.

В целях выработки длительного речевого выдоха, коррекции интонационно-мелодической стороны речи и нормализации процесса паузирования используются ряд модулей программы “Видимая речь”.

1. Работа с модулем “Длительный речевой выдох”

Цель работы заключается в выработке умения произвольно регулировать длительность и силу выдоха. Тренинг включает в себя серию игр, в процессе которых необходимо умение экономно распределять выдыхаемый воздух с определенной силой и длительностью. Выполнение задания контролируется визуально, что существенно помогает выработке новых навыков.

2. Работа с модулем “Изменение высоты голоса” Цель работы заключается в тренировке и умении произвольно повышать и понижать высоту голоса. Тренинг включает в себя серию игр, в которых за ограниченный промежуток времени необходимо несколько раз плавно изменить высоту звучания голоса, обходя “препятствия”, которые изображены на экране.

3. Работа с модулем “Интонация”

Цель работы заключается в выработке правильного интонации. В процессе тренинга заикающийся получает информацию в виде количественного показателя частоты основного тона при произнесении фраз с различной интонацией (завершенности, незавершенности, восклицательной, вопросительной и т.п.) и корректирует данный показатель в соответствии с эталоном.

4. Работа с модулем “Громкость и высота” Цель работы заключается в коррекции процесса паузирования, темпа и слитности речи. Использование данного модуля позволяет заикающимся увидеть на экране компьютера графическую запись собственной речи (где по горизонтали фиксируется длительность звучания голоса и длительность пауз, а по вертикали — интенсивность звучания голоса), а также сравнить эталонный образец речи, предложенный логопедом, с собственной речью. Данный модуль предусматривает параллельную запись речи на магнитофон, что дает возможность тренирующемуся осуществить визуальный и аудиовизуальный контроль за речью.

При работе над процессом паузирования на данном модуле тренинг заикающихся заключается в удержании заданной длительности интервербальных пауз в соответствии с их синтагматической обусловленностью. Отрабатывается адекватная длительность интравербальных пауз, отражающих время произнесения смычных согласных звуков, которые для заикающихся являются трудными в произносительном плане.

В результате работы с компьютерной программой “Видимая речь” имеется возможность получения ряда объективных количественных параметров речи заикающихся. Сюда входит: частота основного тона, степень владения произвольным и непроизвольным изменениями высоты звучания голоса, длительность пауз, темп речи.

В логопедической практике широко используется звукозаписывающая аппаратура, например, магнитофон, что позволяет пациентам анализировать свою речь и активно сотрудничать с логопедом. На первых занятиях с использованием магнитофона логопед, используя облегченные формы и условия речи, создает благоприятный психотерапевтический фон, убеждающий пациента в его возможности говорить плавно.

Выработке навыков плавной речи способствуют “обучающие магнитофонные занятия”. Логопед предварительно проводит беседу о значении и качествах

плавной речи, после чего заикающиеся прослушивают соответствующие образцы правильной речи. Затем заикающиеся, предварительно отработав текст, сложность которого зависит от этапа речевых занятий, выступают перед микрофоном. Логопед, прослушивая запись, обращает внимание на темп и плавность речи заикающегося, звучность и выразительность голоса, грамматическое оформление фразы.

Такие обучающие магнитофонные занятия позволяют заикающимся активно управлять своим речевым поведением: темпом и плавностью речи, звучностью голоса, правильным лексико-грамматическим оформлением фразы (см. В.И. Селиверстов, 1995).

б) Использование приемов логопедического массажа при заикании

Одним из инструментальных методов воздействия в комплексной медико-педагогической системе реабилитации заикающихся является логопедический массаж, т.е. совокупность приемов механического воздействия на различные участки поверхности тела, которые связаны с обеспечением речевой деятельности человека. Физиологическое действие логопедического массажа на организм заикающегося является достаточно широким.

Во время массажа происходит раздражение рецепторов в коже и мышцах, что приводит к улучшению кровоснабжения тканей, их питания, усилению оттока крови по венам, улучшению лимфотока и обменных процессов.

Дифференцированное применение различных приемов массажа позволяет понизить тонус мышц при их спастичности и, напротив, повысить его при снижении, помогает формированию и осуществлению активных произвольных координированных движений органов артикуляции.

Как правило, под влиянием логопедического массажа у заикающихся уменьшается скованность артикуляционных движений, возникает чувство приятного тепла в области лица, шеи, грудной клетки. В целом эмоциональное состояние заикающихся улучшается. Таким образом, массаж оказывает положительное воздействие на организм в целом, главным образом вызывая благоприятные изменения в нервной и мышечной системах, которые играют главную роль в речевом процессе.

Массаж может осуществлять логопед или дефектолог, который владеет техникой логопедического массажа, т.е. прошедший специальную подготовку. Также массаж может осуществляться родителями, специально проинструктированными и обученными логопедом.

Методику логопедического массажа при заикании см. в Приложении № 7.

3.3 Воспитание личности заикающихся

Заикание существенно отражается на формировании личности. При хронификации этой речевой патологии часто наблюдается нарушение системы отношений, что приводит к патологическим формам поведения и сужению рамок социальной адаптации.

По мнению В.Н. Мясищева (1960), личность раскрывается как сложная система отношений, она развивается в процессе ее деятельности и общения с другими людьми. Речь наиболее тесным образом связана с личностью человека, так как важнейшим проявлением языка является его коммуникативная функция, чаще всего реализуемая в процессе диалогического взаимодействия. Нарушение общения, которое наблюдается при заикании, меняет условия формирования личности, ее сознание и самосознание.

У детей с невротической формой заикания общественные отношения (с родителями и сверстниками) нарушаются постепенно по мере хронификации речевой патологии и осложнений ее вторичными явлениями. При невротоподобной форме заикания развитие общественных отношений существенно отстает в своем развитии от нормы.

Известно, что в дошкольном возрасте многие заикающиеся дети характеризуются такими особенностями поведения, как тревожность, мнительность, боязливость и пр. С возрастом появляется неуверенность в своих силах, а позже развивается низкая самооценка и боязнь речевого общения. Все эти особенности развития личности заикающихся приводят к нарушению социальной адаптации.

Следовательно, реабилитационные воздействия на заикающегося не могут ограничиваться только воспитанием плавной речи. Значительную роль играет воспитание личности.

Целью этого направления реабилитационной работы является развитие у заикающихся социальных взаимоотношений. Для детей дошкольного возраста это направление важно как подготовка к обучению и взаимодействию с учителем и соучениками, к активной общественной деятельности в школе. У подростков и взрослых — это воспитание адекватного отношения к себе, окружающим их лицам, и взаимоотношений с ними.

Работа в данном направлении осуществляется с помощью различных психологических, психотерапевтических и коррекционных педагогических воздействий.

Психотерапевтическое направление реабилитационной работы складывается из общей, частной и специальной психотерапии. Психотерапевтические методы воздействия применяются дифференцировано, в зависимости от формы заикания и этапа реабилитационной работы.

Общая психотерапия предполагает создание особого положительного эмоционального фона окружающей обстановки, что является благоприятной почвой для использования приемов частной психотерапии.

К частной психотерапии относится рациональная, суггестивная, тренировочная психотерапия и трудотерапия. Рациональная психотерапия состоит в доступном разъяснении заикающимся сущности его страдания, в воспитании адекватного отношения к речевому дефекту, в возможности его излечения. Рациональная психотерапия проводится индивидуально и коллективно и направляется главным образом на переориентацию личности заикающегося по отношению к своему

речевому дефекту, как главному фактору, тормозящему реализацию жизненных планов.

Суггестивная психотерапия (термин “суггестия” означает внушение) может проводиться в бодрствующем состоянии или в состоянии дремоты. В процессе данного вида психотерапии заикающимся внушаются мысли о выздоровлении, о возможности плавной речи в любой ситуации и т.п.

Одним из ведущих методов суггестивной психотерапии является аутогенная тренировка, которая направлена на обучение заикающихся навыкам саморегуляции.

Среди методов психотерапии важное место в работе с заикающимися занимает коллективная психотерапия. Этот вид психотерапии предусматривает лечебное влияние коллектива на каждого члена группы. Она включает проведение специальной работы по устранению отрицательного влияния пациентов друг на друга, оказание помощи заикающимся в утверждении своей роли в коллективе, умении согласовывать свои желания с требованиями коллектива, что в конечном счете ведет к адаптации их к обычным жизненным условиям. Коллективная психотерапия воплощается в таких видах работы, как библиотерапия, трудотерапия, организация соревнований логопедических групп заикающихся по всем разделам обучения и т.п.

Для заикающихся дошкольного возраста наибольшее значение имеет общая психотерапия.

Этот вид психотерапии предполагает создание особой атмосферы взаимоотношений как в детском саду, так и в семье. Такие условия достигаются за счет осуществления всеми сотрудниками воспитательного учреждения и родными ребенка единых требований к поведению ребенка, выполнению им режимных моментов и речевого поведения в соответствии с этапом коррекционной работы.

Обстановка, окружающая заикающегося ребенка, должна быть доброжелательной и спокойной. Речь всех окружающих ребенка лиц должна быть негромкой, спокойной, размеренной. Для заикающегося дошкольника, в особенности, если он впервые поступает в детский сад, важны ласковые интонации в голосе персонала и улыбающиеся приветливые лица. Следует как можно чаще ребенка поощрять, особенно при проявлении им инициативы, четкого выполнения правил поведения и т.д. Положительный эмоциональный климат воспитательного учреждения и семьи способствует развитию у ребенка чувства уверенности в себе, повышает его самооценку.

На логопедических занятиях с заикающимися дошкольниками необходимо также поощрять даже незначительные достижения ребенка, воспитывая уверенность в своих силах.

Психологическое воздействие на заикающихся дошкольников осуществляется в основном в игровой деятельности как ведущей деятельности этого возраста.

Учитывая то, что эволюционное заикание начинается в дошкольном возрасте, коррекционно-воспитательный процесс по формированию личности заикающихся должен начинаться одновременно с логопедическими воздействиями.

Игра используется как средство воспитания заикающихся детей и коррекции личностных отклонений. Специалист должен отчетливо представлять разницу между игровыми упражнениями (которые широко используются в логопедической работе с заикающимися) и игровой деятельностью.

Игровая деятельность, в отличие от игровых упражнений, предполагает определенную систему взаимоотношений играющих, где имеется ролевое распределение, развитие и завершение игры, а также оценка исполнения роли каждого играющего. Характер игры, ролевое распределение, речевая активность детей, степень самостоятельности зависят от возраста детей, психофизических возможностей и этапа логопедической работы. При этом следует учитывать основные дидактические принципы педагогики воспитания: постепенное усложнение сюжета игры, речевого материала и методики проведения. Для воспитания заикающихся детей особое значение имеют игры, которые формируют активное поведение детей, их общение со сверстниками и взрослыми.

Используя игровую деятельность в коррекционных целях, необходимо помнить, что перенос реальности в игру, а затем перенос игры в реальность позволяет ребенку вживаться в роль и вести себя соответственно этой роли. Это позволяет ребенку приобретать умение менять свое поведение в зависимости от ситуации, ориентироваться в поведении партнеров, гибко использовать как средства вербального, так и невербального общения. Игровая деятельность, применяемая в коррекционных методиках воспитания личности, позволяет заикающемуся идентифицировать себя с положительным героем, занимать активную позицию, позволяющую ему самовыражаться.

В ролевой игре важное значение имеет взаимопонимание ребенка с логопедом, создание логопедом модели общения в игровой ситуации. Эта модель общения в дальнейшем постепенно должна становиться образцом для подражания в общении в повседневной жизни.

В ролевой игре логопед показывает модели решения конфликтных ситуаций, что позволяет постепенно воспитывать адаптивные черты поведения заикающихся (Е.Ю. Рау, 1992 и др.).

На первом этапе логопедической работы, когда осуществляется “царский речевой режим”, используются игры, направленные на развитие невербальных форм общения. На этом этапе могут допускаться односложные ответы (“Да”, “Нет”), а через некоторое время шепотная речь. Для реализации этих задач логопед словесно рисует занимательный игровой сюжет, в котором дети принимают участие, выполняя соответствующую сюжету роль с помощью движений, жестов и мимики.

Например:

Игра: “Зайцы и лиса”.

Логопед: Наступило утро, все зайчики проснулись, потянулись, пошевелили ушками, протерли глазки, носик, помыли лапки, потопали ножками и поскакали на полянку. Вдруг из-за куста выглянула лиса. Зайчики испугались, присели, ушки подняли вверх, слушают и смотрят внимательно... и т.д.

Соответственно тексту и инструкциям логопеда или воспитателя дети выполняют соответствующие движения. Вначале это происходит по образцу, который показывает специалист, а затем и самостоятельно, соответственно инструкции.

При проведении таких игр внимание специалиста должно быть направлено на развитие выразительности движений и мимики. Постепенно должны вводиться игры, включающие общение персонажей между собой, например: “Дедка и репка”, “Курочка ряба” и пр. В процессе игровой деятельности у детей с невротической формой заикания снимается эмоциональное напряжение, снижается фиксация на дефекте. Обогащаются и становятся свободнее возможности невербального общения. Дети этой группы с удовольствием имитируют особенности поведения разных животных и их общение между собой.

У детей с невротической формой заикания с помощью невербальных игр создаются условия для развития выразительности жестикულიции и мимики. Постепенно у них формируются умения использовать эти навыки для общения.

Невербальные игры, проводимые на этом этапе, способствуют формированию коллективной деятельности детей, умению подчинять свое поведение общим целям коллектива.

При переходе на облегченные формы речи (сопряженная, отраженная, вопросно-ответная) воспитательная роль игры усложняется. С помощью игры воспитывается возможность произвольного поведения. Дети учатся выполнять требования, которые исходят не только от взрослого, но и от сверстника.

На этом этапе выбирается водящий в играх с помощью считалок (ритмизированная речь в сочетании с движением руки). В этот период приобретают актуальность игры-драматизации, настольный и кукольный театр и т.п., в которых используются облегченные формы речи.

При воспитании самостоятельной речи круг игровых ситуаций существенно расширяется. Выполнение ролей в сюжетно-ролевых играх воспитывает у детей способность организовать общение в конкретной жизненной ситуации (продавец и покупатель, больной и доктор, дочка и мама и т.п.).

Переход к творческой игре создает условия развития фантазии, творческой активности, организационных способностей ребенка. Творческая игра в наибольшей мере, чем другие игры, способствует развитию общения, осознанию своей роли в коллективе сверстников, т.е. развитию адекватного социального поведения.

Более подробно с методикой воспитательной работы, направленной на воспитание личности заикающегося ребенка, можно ознакомиться в работах Г.А. Волковой “Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников”, В.И. Селиверстова “Заикание у детей”, 1993;

И. Г. Выгодской и др. “Преодоление заикания у дошкольников в игровых ситуациях”, 1993.

Иная система воспитания и коррекции личности требуется при заикании у подростков. Наряду с необходимостью восстановления коммуникативной функции речи при заикании у подростков требуется реконструкция социальной значимости личности.

В первую очередь для восстановления социальной значимости личности необходима психолого-педагогическая реабилитация, т.е. адаптация подростка к тем социальным условиям, которые имеют для него особое значение (семья, школа, техникум и т.п.).

Психолого-педагогическая реабилитация включает в себя обучение подростка способам саморегуляции эмоционального состояния, овладение специализированной аутогенной тренировкой, способами самоконтроля, обучение навыкам поведения и общения со сверстниками и взрослыми.

При невротическом заикании у подростков психологическая реабилитация предполагает проведение социальной и групповой психотерапии. Важно фиксировать внимание подростка на положительных качествах его личности;

воспитывать у них навыки общения со сверстниками и взрослыми, адекватно строить свое общение и не избегать его, воспитывать умение учитывать интересы коллектива, в котором они учатся или работают, развивать уверенность в себе и в своих возможностях преодолеть заикание.

Психолого-педагогическая реабилитация проводится на протяжении всего курса реабилитации. При невротическом заикании интенсивность психологического воздействия должна быть выше, чем логопедического.

Большое значение в психологической реабилитации имеет специализированная аутогенная тренировка, благодаря которой заикающийся убеждается в возможности говорить плавно, и становится возможным развитие адекватного поведения в трудных ситуациях общения. Эта группа заикающихся нуждается в постоянной психологической поддержке.

Тщательное изучение анамнеза заикающихся не только в отношении его психофизического и речевого развития, условий появления заикания и его динамики, но и в отношении особенностей поведения, склонностей, взаимоотношений с родителями и сверстниками, отношения к своему речевому дефекту, самооценке позволяют специалисту более или менее полно представить развивающуюся личность и наметить план коррекционного воспитательного воздействия.

С подростками используются тематические игры, направленные на воспитание адекватных форм психологической защиты. В таких играх создаются модели группового конфликта, например: “ошибка”, “неудача”, “обида”, “застенчивость” и т.п. Большую роль играет обсуждение игры, в котором затрагиваются вопросы отношения к себе и окружающим, чувство долга и ответственность. Ролевые игры с моделированием различных ситуаций общения могут заканчиваться функциональными тренировками, что ведет к адаптации подростков в реальных ситуациях общения.

Большую помощь в проведении этой работы дают дневниковые записи самонаблюдения и самоанализа, выполняемые по заданию специалиста.

Воспитание личности заикающегося подростка осуществляется благодаря использованию различных видов психотерапии (общей, частной и специальной) и психологических тренировок.

Кроме этого, каждое логопедическое занятие должно быть пронизано как психотерапевтическими, так и психологическими воздействиями, направленными на психологическую и социальную адаптацию заикающегося.

В этом возрасте, кроме общего психотерапевтического воздействия (окружающая обстановка), особое значение приобретает рациональная психотерапия, как один из видов частной психотерапии. Этот вид психотерапии может проводиться как коллективно, так и индивидуально.

Рациональная психотерапия состоит в разъяснении заикающемуся сущности его речевой патологии, воспитании убежденности в возможности избавления от судорожных запинок. Этот вид психотерапии проводится в виде бесед, в которых подчеркивается значение соблюдения оздоровительного режима, необходимости соблюдения правил “речевого” поведения. Методами рациональной психотерапии у подростков воспитываются такие качества личности, как настойчивость, терпение, выдержка, умение преодолевать трудности в жизни. Целью этих бесед, в конечном счете, является изменение отношения к заиканию. Необходимо добиваться того, чтобы речевой дефект в сознании подростка не был бы препятствием, тормозящим реализацию жизненных планов. (Подробнее о методах воспитания и перевоспитания личности заикающихся подростков см. “Заикание у подростков”, сост. М.И. Буянов, 1989.)

У взрослых заикающихся процесс воспитания личности связан главным образом с перестройкой нарушенных отношений личности. Многоплановость клинических проявлений заикания у взрослых проявляется в изменении процесса общения в ряде его звеньев. Прежде всего, это изменение эмоционального отношения к общению (логофобия); неадекватная оценка коммуникативной ситуации и себя как субъекта общения, избегание ряда речевых ситуаций, сужение круга речевых контактов.

В связи с этим наряду с логопедической коррекцией существенную роль в реабилитационном процессе приобретает психотерапевтическое и психологическое воздействие на личность заикающихся. Это способствует восстановлению личностного и социального состояния заикающегося. Помимо общей и рациональной психотерапии, у взрослых заикающихся широко используется специализированная аутогенная тренировка и гипнотерапия.

Методы психотерапевтического и психологического воздействия на взрослых заикающихся подробно описаны в работах В.М. Шкловского, 1994; Л.З. Арутюнян, 1994; Л. М. Кроля, Е.А. Михайловой, 1985, О.Н. Романенко, 1995 и др.

3.4 Системы комплексных реабилитационных психолого-педагогических воздействий

Комплексный метод реабилитации заикающихся признается отечественными специалистами наиболее эффективным. В нем можно выделить три основных направления: логопедическое, психотерапевтическое и клиническое. Впервые мысль о комплексном методе реабилитации была выдвинута столетие назад Н.А. Сикорским. Это положение позднее развивается В.А. Гиляровским с сотрудниками (Н.А. Власова, Е.Ф. Рау, Е. Гринер и др.).

Под комплексным методом реабилитации заикающихся предполагается проведение коррекционной работы в вышеупомянутых трех направлениях. Это означает, что помимо общего оздоровления организма (режим, физические упражнения, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение), целенаправленного развития моторики (координация и ритмизация движений, развитие мелкой артикуляционной моторики и т.п.), речевого дыхания, навыков саморегуляции мышечного тонуса и эмоционального состояния (психотерапия и, в частности, аутогенная

тренировка), большое значение придается воспитанию личности и развитию социальных взаимоотношений.

В рамках комплексного метода реабилитации существуют разные системы коррекционной работы. В каждой из систем одно из направлений комплексного метода (логопедическое, психотерапевтическое или клиническое) является доминирующим.

3.4.1. Комплексные системы реабилитации заикания у дошкольников

Одной из первых комплексных систем коррекционной работы с заикающимися дошкольниками в отечественной логопедии является система, предложенная Н.А. Власовой и Е.Ф. Рау (1933, 1959, 1983), которая не потеряла актуальности до настоящего времени. Авторами впервые обосновывается ряд принципов комплексного метода реабилитации заикающихся: 1) до начала коррекционной работы необходимо проведение тщательного медико-психолого-педагогического обследования; 2) коррекционные воздействия должны направляться не только на развитие навыка плавной речи, но на весь организм и личность заикающегося в целом; 3) логопедической работе по развитию навыка плавной речи должен предшествовать “охранительный речевой режим”; 4) развитие навыка плавной речи включает постепенное усложнение “степени самостоятельности речи”: сопряженная, отраженная, краткие ответы на вопросы по знакомой картинке, самостоятельное описание знакомой картинке, пересказ прослушанного небольшого рассказа, рассказ по знакомой картинке и речь в беседе (спонтанная).

По мнению этих авторов, реабилитация заикающихся детей должна проводиться в коллективе в условиях учреждений типа дневного стационара или детского сада с лечебным уклоном.

Организация “охранительного речевого режима” подробно представлена в п. 3.2.1.

Н.А. Власова (1959, 1983) рекомендует проводить данный режим в самом начале коррекционной работы. В этот период начинается постепенное введение простейших видов речи: сопряженной и позднее отраженной.

Последовательность использования различных видов речи соответствует основным этапам коррекционной работы.

Особое внимание в этой комплексной системе реабилитации уделяется развитию памяти, внимания, мыслительных операций. Особый акцент именно на этих видах деятельности рекомендуется делать в работе с детьми, страдающими неврозоподобной формой заикания.

Кроме этого, система реабилитации включает такие разделы: работа по развитию общей и мелкой моторики, которая осуществляется на логоритмических занятиях, в ручном труде и изобразительной деятельности детей, работа по исправлению звукопроизношения, работа по развитию речи детей, ее лексического наполнения и грамматического оформления.

Основные положения этой системы до настоящего времени широко используются логопедами в практической работе с заикающимися разных возрастных групп. (Более подробное описание методики см.: Заикание. Ред. Н.А. Власова, К.П. Беккер, 1983.)

Комплексный подход в реабилитации заикающихся преимущественно в амбулаторных и стационарных условиях медицинских учреждений разработан В.И. Селиверстовым (1968, 1994).

В.И. Селиверстов особо подчеркивает необходимость индивидуализации коррекционного воздействия при разработке задач и сроков коррекционного воздействия. В его системе придается большое значение активному и сознательному участию детей в процессе работы над своей речью и поведением.

Данная система логопедических занятий предусматривает регулярное и обязательное использование магнитофона на всех этапах работы с заикающимися детьми. Это позволяет детям активизировать свое внимание на “речевых ошибках”, как собственных, так и других детей, правильно оценивать свои достижения и недостатки и т.п. Родители становятся активными помощниками логопеда в решении коррекционно-воспитательных задач.

Логопедические занятия с заикающимися строятся в зависимости от речевых возможностей индивидуума, т.е. с опорой на уровень сохранный, свободной от заикания речи. Речевые упражнения предлагаются в соответствии со степенью самостоятельности речи, ее подготовленности, структурной сложности, громкости, а также с учетом речевых ситуаций.

Построение комплексного реабилитационного воздействия делится автором на три этапа:

1. Подготовительный этап. Наряду с оздоровительными мероприятиями и щадящим речевым режимом, в этот период начинают работу по развитию моторики, расширению словарного запаса. Логопедическая работа ведется только с использованием тех видов речи, в которых речевые судороги у заикающегося не проявляются, т.е. осуществляется сугубо индивидуальный подход.

2. Тренировочный этап. Наряду с моторикой, осуществляется целенаправленное развитие активного внимания, памяти и других психических функций. Логопедические занятия включают дальнейшее формирование лексико-грамматической стороны речи. В процесс логопедической тренировки постепенно включаются те виды речи, в которых у ребенка ранее отмечались запинки, т. е. осуществляется “наступление на больные участки речи”. 3. Заключительный этап. Продолжается комплексное психолого-педагогическое воздействие на личность заикающегося в целом. На этом этапе закрепляются навыки свободной речи в повседневной деятельности.

Система логопедических занятий предусматривает также постепенное нарастание сложности речевых ситуаций. В данной системе логопедические занятия включают методический материал, в котором строго учитываются возрастные особенности детей и задачи программы воспитания в детском саду.

Курс амбулаторных занятий рассчитан на 3-4 месяца (32-36 занятий). Подготовительный период занимает около 7-8 занятий. В это время в домашних условиях родители обеспечивают щадящий режим, который включает спокойную обстановку, твердый режим дня и по возможности ограничение речевого общения с окружающими. На логопедических занятиях этого периода решаются несколько задач: логопед стимулирует ребенка на активную работу над своей речью и убеждает в положительном исходе специальных занятий.

Кроме этого, дети заучивают специальные психотерапевтические тексты для утреннего и вечернего (перед сном) проговаривания, которые составляются логопедом в соответствии с возрастом ребенка. В процессе занятий внимание ребенка фиксируется на понятиях “красивой и правильной речи”. В эти понятия входит звучность, выразительность, неторопливый темп и плавность. Обращается внимание на спокойное, непринужденное и свободное поведение ребенка при общении.

Речевые задания включают речевые “зарядки”, т.е. произнесение гласных звуков и их сочетаний с согласными; стихотворные тексты в сочетании с движениями; проговаривание автоматизированных рядов (счет, дни недели, месяцы и т.д.); упражнения на сопряженно-отраженном виде речи, ответы на конкретные вопросы, беззвучное артикулирование, шепотную и ритмизированную речь.

Тренировка речи детей проводится с учетом разных условий: при различном положении ребенка (сидя, стоя, в движении и т.п.), в процессе разных видов занятий (лепка, рисование и т.п.), в различных дидактических играх.

Тренировочный период (20-22 занятия). В этот период дети тренируются в тех видах речи и ситуациях, которые являются для них трудными. Это предполагает постепенный переход от ответов на вопросы к спонтанной речи, от тихой к громкой речи, от спокойных занятий к эмоциональным и т.п. Соответственно на этом этапе вводятся подвижные игры, ролевые и творческие. Закрепление полученных речевых навыков переносится из кабинетных условий в жизненные ситуации (магазин, музей, прогулка). Закрепление полученных навыков осуществляется благодаря активной помощи родителей.

В закрепительный период речи (6-9 занятий) плавная речь ребенка закрепляется в более трудных условиях. На логопедических занятиях используются такие формы

речи как беседы, рассказы и пр. Активно используются ролевые и творческие игры. Курс логопедических занятий завершается концертом, в котором участвуют все дети.

На всех этапах коррекционной работы, предлагаемой В.И. Селиверстовым, большое значение придается работе логопеда с родителями. Так, в подготовительный период логопед проводит беседы с родителями о сущности заикания, о значении и целях логопедических занятий и определяет роль родителей в лечебно-педагогическом процессе, так что родители с самого первого дня становятся активными помощниками логопеда. Такие беседы проводятся как коллективно, так и индивидуально. Родители регулярно посещают открытые логопедические занятия на всех этапах коррекционной работы.

Одно из направлений коррекционно-педагогической работы с заикающимися детьми связано с психологической школой Р.Е. Левиной. Плеяда ученых, воспитанных этой школой, разрабатывает целостную систему воздействия на заикающихся дошкольников и школьников (НА Чевелева, А.В. Ястребова, С.А. Миронова, О.С. Бот, Л.Ф. Спирина). Данные исследователи исходят из представлений о том, что

заикающиеся дети, как правило, обладают достаточным словарным запасом, иногда превосходящим возрастную норму, в то же время они недостаточно адекватно используют словарный запас, неконкретно формулируют мысль, недостаточно выдерживают логическую последовательность речи.

В соответствии с этим, для нормального речевого общения детям, страдающим заиканием, необходимо корректировать не только речевые запинки, но и психическую деятельность (внимание, память, мышление), а также развивать планирующую функцию речи.

В системах реабилитационного воздействия, разработанных данными авторами, объединено обучение и воспитание, содержание которых соответствует программам дошкольных и школьных учреждений, с логопедической работой по развитию у заикающихся связной речи и перевоспитанием особенностей протекания психических процессов. Для коррекции речи у заикающихся использованы закономерности речевого онтогенеза, т.е. развитие речи от ситуативной к контекстной.

Н.А. Чевелева (1976) при работе с заикающимися дошкольниками включает 5 периодов развития связной речи.

1 период — пропедевтический;

2 период — сопровождающей или констатирующей речи;

3 период — завершающей или речи по следам зрительных представлений;

4 период — планирующей речи или речи, лишенной зрительной опоры;

5 период — закрепление навыков связной речи.

В пропедевтический период детям прививаются навыки организованного поведения. Вводится режим ограничения речи детей.

В период сопровождающей речи допускается собственная речь детей только в ситуации совершаемых ими действий на логопедических занятиях.

В периоде завершающей речи дети используют речь, которая сопровождает их действия, и описательную речь по отношению к выполненному действию.

В следующем периоде предваряющей речи наряду с формами речи, которые использовались ранее, у ребенка развивается умение вслух планировать предстоящую работу.

На заключительном этапе развития речи закрепляются полученные ранее навыки самостоятельной развернутой конкретной речи.

На основе “Программы воспитания и обучения в детском саду” для средней, старшей и подготовительной групп С.А. Мироновой (1975, 1979) предложена система воспитания и обучения, где ставятся задачи как программные, так и коррекционные. В коррекционных целях используется перестановка видов программных задач и увеличиваются сроки усвоения детьми более трудного речевого программного материала. Кроме этого, в начале учебного года дети повторяют речевой материал предыдущей возрастной группы.

В коррекционные задачи первого квартала входят расширение словаря, уточнение значения слов, активизация пассивного словарного запаса. Все эти задачи реализуются при использовании простейших видов ситуативной речи на всех занятиях, которые проводят как логопед, так и воспитатели.

Во втором квартале заикающихся детей обучают конструированию простой и распространенной фразы, грамматическому оформлению фразы, построению сложноподчиненных конструкций, умению составлять связный рассказ. В этом квартале закрепляются навыки пользования ситуативной речью. Происходит переход к элементарной контекстной речи.

В третьем квартале задачи развития речи заикающихся становятся идентичными задачам массового детского сада. Заикающиеся обучаются составлению рассказов по

наглядной опоре, по вопросам логопеда, пересказу и самостоятельному рассказу.

В заключительном четвертом квартале продолжается работа над обогащением лексико-грамматического строя речи. Коррекционные задачи направлены на умение выстраивать логическую последовательность передаваемого сюжета.

Для заикающихся детей дошкольного возраста, 2-4 лет, система коррекционно-педагогических воздействий имеет свою специфику. Особенности логопедической работы в детьми такого возраста представлены Л.М. Крапивиной (1992).

Логопедические занятия с детьми 2-4-х лет проводятся в условиях ясельной группы детского сада. Количество детей на логопедических занятиях должно

составлять не более 3-5-ти человек. Реабилитационное воздействие является комплексным и включает логопедические занятия, логоритмические, музыкальные, физкультурные занятия и обучение детей элементам мышечного расслабления.

Основными задачами коррекционного воздействия являются: развитие общей, тонкой и артикуляционной моторики, фонационного дыхания, интонационной стороны речи, развитие и уточнение словаря и грамматических конструкций, развитие диалогической речи. Коррекционно-педагогическое воздействие на детей осуществляется дифференцировано, в зависимости от клинической формы заикания.

Так, у детей с неврозоподобной формой заикания (они, как правило, имеют возраст 3,5-4 года) много времени уделяется нормализации звукопроизносительной стороны речи, развитию словаря. При невротической форме заикания у детей обращается внимание на нормализацию отношений родителей к ребенку, общее оздоровление организма ребенка (в особенности его нервной системы), особое значение уделяется психотерапевтическому воздействию, как части логопедической работы.

3.4.2. Комплексные системы реабилитации заикающихся подростков и взрослых

Система реабилитации для заикающихся подростков разработана главным образом для медицинских учреждений. Это связано с тем, что при реабилитации заикающихся подростков большое значение имеют различные виды психотерапевтической помощи, включая и гипнотическое воздействие.

В настоящее время в литературе представлена система реабилитации для заикающихся подростков, разработанная М.И. Буяновым, Б.З. Драпкиным, Е.В. Богдановой, Н.Б. Жихаревой и др. (см. Заикание у подростков. М., 1989; ред. М.И. Буянов).

Данная система реабилитации складывается из тесного взаимодействия трех основных направлений: психотерапевтического, логопедического, психологического. Эти воздействия проводятся на фоне общеоздоровительного лечения с помощью лекарственных препаратов, лечебной физкультуры, физиотерапии и т.п.

Особое место в этой системе занимает психотерапия, которая включает как общую, так и частную: рациональную, суггестивную и трудотерапию.

Если общая психотерапия, используемая при заикании как у детей, так и у взрослых, состоит из создания положительного эмоционального фона окружающей обстановки, то частная психотерапия в основном проводится, начиная с подросткового возраста. С помощью рациональной терапии подростку разъясняются причины его речевой патологии, последовательно и постепенно воспитывается адекватная оценка своих возможностей и адекватное отношение к себе и речевому дефекту. С помощью этого вида психотерапии идет воспитание личности заикающегося подростка в целях переосмысления своей позиции к речевому дефекту, своего положения среди сверстников, своих возможностей получения образования, выбора профессии, устройства семьи.

В процессе суггестивной терапии, которая проводится обычно в бодрствующем состоянии заикающихся подростков, внушаются мысли о возможности полного избавления от речевой патологии, о полноценности и самооценности личности подростка, о его собственном умении сделать свою речь плавной в любой ситуации, о его способности регулировать свое эмоциональное состояние и поведение и т.п.

Одним из важных методов суггестивной терапии, применяемом при заикании у подростков, является аутогенная тренировка.

Большое значение в реабилитационной работе с подростками придается методу коллективной психотерапии. Учитывая особенности социализации заикающихся подростков, в этом виде психотерапии развивается утверждение роли подростка в коллективе сверстников, обсуждается и утверждается мысль о необходимости согласовывать свои действия с коллективом, героические примеры поведения из жизни литературных героев в процессе коллективной психотерапии становятся образцом для подражания.

Библиотерапия в подростковом возрасте оставляет глубокий след, помогает подросткам в формировании личности.

Проведение так называемых функциональных тренировок в процессе школьного урока, посещения музея, читального зала, участие в дискуссиях позволяют подросткам использовать новые речевые и психологические стереотипы в ситуациях, прежде их травмировавших и провоцировавших заикание.

Логопедическая коррекция заикания у подростков предусматривает на первом этапе формирование техники речи, которая включает в себя постановку дыхания, голоса и работу над артикуляцией. Обучение строится на материале упрощенных форм речевых заданий. Логопедическая работа проводится одновременно с психотерапией.

На втором этапе логопедической коррекции используются освоенные формы техники речи на более сложном речевом материале: чтение текстов и их пересказ. На этом этапе особое внимание уделяется также пониманию подростками содержания и смысла текста. На логопедических занятиях отрабатывается материал, который подросток затем будет отвечать в школе на уроках.

На третьем этапе логопедической работы проводится автоматизация новых навыков речи и использование их в различных видах речевой деятельности, в том числе и в спонтанной речи в различных ситуациях общения. Особое внимание уделяется воспитанию психологической устойчивости к речевым и другим трудностям, рациональному преодолению стрессовых ситуаций.

Общий комплекс мероприятий по реабилитации заикающихся включает работу с семьей. На протяжении всего курса реабилитации родители подростка могут посещать логопедические занятия, регулярно получают сведения от логопеда о работе с подростком, его успехах и трудностях. Родители должны знать, какие требования необходимо предъявлять к речи подростка.

Разработанная В.М. Шкловским комплексная система реабилитации заикающихся рассчитана на подростков и взрослых. (В.М. Шкловский, 1994). В ней объединена и тесно взаимосвязана работа логопеда, психиатра, психотерапевта и невропатолога. Реализация данной системы предусматривает пребывание заикающихся в стационарных условиях, в связи с чем правомерно говорить о лечении заикания.

Курс лечения рассчитан на 2,5-3 месяца и включает 4 этапа: диагностический; перестройку патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности; закрепление достигнутых результатов; диспансеризацию и профилактику рецидивов.

Диагностический этап (10-15 дней) включает тщательное изучение каждого заикающегося невропатологом,

психиатром, психотерапевтом, психологом, логопедом, нейропсихологом. В результате чего устанавливается диагноз и намечается план лечения.

Этап перестройки речевых навыков и нарушенных отношений личности продолжается 30-45 дней. В это время проводятся логопедические занятия по отработке речевых техник: нормализация дыхательной и голосовой функций, выработка речевых эталонов. Одновременно с логопедической работой начинается аутогенная тренировка и личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, проводятся сеансы внушения в бодрственном состоянии, индивидуальная и групповая психотерапия.

На третьем и четвертом этапах (30 дней) проводится тренировка речи в обычной для заикающегося жизненной обстановке, благодаря чему воспитывается речевая активность и укрепляется уверенность в том, что заикающийся может самостоятельно справиться с нарушениями речи в любых ситуациях общения.

После окончания лечения пациенты получают необходимые консультации, организуются встречи заикающихся.

В.М. Шкловский особое внимание обращает на необходимость дальнейшей диспансеризации заикающихся, что служит профилактикой рецидивов заикания.

Система комплексной медико-педагогической реабилитации взрослых заикающихся, проводимая в условиях стационара и разработанная коллективом "Лаборатории патологии речи" под руководством Н.М. Асатиани (см. кн. "Заикание" под ред. Н.А. Власовой, К.П. Беккера, 1983) имеет свои отличительные особенности. В основу данной системы лечения заикания положен подход разработанный Н.А. Власовой. Курс реабилитации включает комплекс медико-педагогических мероприятий, включающих медикаментозное, психотерапевтическое, логопедическое и логоритмическое воздействие.

Перед началом курса лечения проводится сбор анамнеза. С этой целью заикающимся за месяц до стационарирования рассылаются специальные анкеты, что дает обширную предварительную информацию о каждом заикающемся.

При поступлении заикающихся в стационар проводится подробное медицинское и логопедическое обследование, в результате которого осуществляется

дифференциальная диагностика и определяется план индивидуальной работы с заикающимся в рамках комплексного медико-педагогического метода.

Курс реабилитации в условиях стационара длится 45 дней и подразделяется на несколько этапов.

1. Подготовительный этап (5-7 дней). На этом этапе с целью угашения патологических навыков в первую неделю пребывания в клинике организуется “режим молчания” и режим “ограничения речи”, на фоне которых начинают проводить психологические, психотерапевтические и логопедические занятия.

2. Этап активной терапии (20 дней). На этом этапе проводятся систематические коллективные и индивидуальные занятия с логопедом, специализированная аутогенная тренировка, индивидуальная психотерапия и медикаментозное лечение.

3. Этап активных тренировок (10 дней). На этом этапе вводятся функциональные тренировки, во время которых пациенты тренируют свою речь за пределами стационара (разговор на улице с прохожим, по телефону, в магазине и т.п.). Все лечебные воздействия направлены на реализацию речевого общения пациентов в усложняющихся речевых ситуациях.

4. Заключительный этап. Данный этап включает подготовку пациентов к наиболее сложной для них речевой ситуации — публичному выступлению перед многолюдной аудиторией, которое проводится в виде концертной программы. Все звенья комплексного лечебно-педагогического воздействия направлены на подготовку пациентов к этому серьезному речевому испытанию.

5. Перед выпиской из стационара каждый из специалистов проводит с пациентами индивидуальную беседу, в ходе которой даются рекомендации по дальнейшей самостоятельной работе пациентов. Логопедическая работа, предусмотренная данной системой, базируется на поэтапной отработке различных видов речи: сопряженной, отраженной, чтение стихов и прозы, вопросно-ответной и спонтанной.

Проводится работа по постановке диафрагмального дыхания, удлинению продолжительности фазы выдоха, развитию навыков рациональной голосоподачи, артикуляции, развитию просодических компонентов речи.

Немаловажное место в системе занимает логопедическая ритмика.

При психотерапевтическом воздействии больший акцент делается на методиках, стимулирующих активность пациентов, а именно рациональной психотерапии и специализированной аутогенной тренировке.

Данная система предусматривает проведение реабилитационной работы с учетом клинической разнородности пациентов. Так, с пациентами, страдающими невротической формой заикания, проводится массивная психотерапевтическая работа, которая в процессе логопедической работы принимает характер усложненных функциональных тренировок вне стен стационара, а в условиях логопедического кабинета используется метод моделирования различных ситуаций общения.

Для пациентов с неврозоподобной формой заикания основным направлением логопедической работы является нормализация двигательных речевых стереотипов, расширение словарного запаса и развитие речи как средства общения.

Эти пациенты в большей мере нуждаются в индивидуальных логопедических занятиях. Напротив, психотерапевтические мероприятия, проводимые с ними, редуцированы.

Таким образом, особенностью данной системы комплексного медико-педагогического воздействия на взрослых заикающихся является обязательная дифференциация заикающихся с учетом клинической принадлежности, а также применение всего арсенала комплексного медико-педагогического метода: психотерапии, лекарственной терапии, логопедических и логоритмических занятий, функциональных тренировок, индивидуальных, групповых и коллективных занятий, лечебной физкультуры, физиотерапии и общеукрепляющего лечения.

Особая система реабилитации заикающихся разработана Ю.Б. Некрасовой (1985, 1992).

Эта система носит название социореабилитационной и включает пропедевтический этап, сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии и этап активной логопсихотерапии.

Система социореабилитации по Ю.Б. Некрасовой представляет собой целенаправленное воздействие на личностные характеристики заикающихся, в ходе которого проводятся непрерывные наблюдения за результатами используемых логопсихотерапевтических воздействий, их дозировкой.

В ходе пропедевтического этапа у заикающихся формируется увлеченность предстоящей работой, увеличение интенсивности “положительных психических состояний”.

На втором этапе основным приемом является сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии. В процессе сеанса происходит усиление отрицательных проблемных и положительных оздоровительных психических состояний. Основная цель сеанса — осуществление первичной работы по начальной реконструкции личности (М.Н. Дубровский). Сеанс проводится в сложной ситуации публичного выступления. После сеанса эмоционально-стрессовой терапии у заикающихся появляется новое психическое состояние, которое позволяет им с доверием и интересом включиться в активную логопсихотерапию.

На третьем этапе осуществляется перевоспитание личности заикающегося, благодаря использованию библиотерапии, символотерапии и кинезитерапии. В этот период заикающиеся обучаются навыкам саморегуляции и техникам речи. Активно используется парадоксальная дыхательная гимнастика по А.Н. Стрельниковой.

В результате реализации системы, предложенной Ю.Б. Некрасовой, у пациентов развивается потребность в творческом отношении к жизни, к своим проблемам и к своей речи. У них появляется возможность самостоятельно решать свои проблемы, тем самым достигается основная задача данной системы.

Система комплексной реабилитации заикающихся, предложенная Л.З. Арутюнян, определяется автором, как комплексная методика устойчивой нормализации речи при заикании (Л.З.Арутюнян. “Как лечить заикание”. М., 1993).

Коррекционная работа идет по трем направлениям:

1) логопедическая работа, направленная на устранение речевых судорог; 2) психотерапия, направленная на редукцию чувства тревоги в связи с актом речи; 3) психологическая работа, направленная на осознание своего состояния и уверенности в реальной возможности выздоровления.

Особенностью данной логопедической методики является синхронизация речи с движениями пальцев ведущей руки, определяющими ритмико-интонационный рисунок фразы. Первоначально такая речь реализуется в замедленном темпе. Применение метода синхронизации движения пальцев руки и речи в замедленном темпе позволяет заикающимся с первых же занятий иметь речь без судорожных запинок.

На подготовительном этапе проводится дестабилизация устойчивого патологического состояния, мобилизация внутренних психологических резервов с помощью психотерапевтических воздействий. Важным итогом занятий является изменение отношения пациента к себе и своему дефекту, что достигается переводом его из состоя-

ния “пассивного страдания” в состояние активной борьбы с недугом.

На основном этапе реабилитационной работы у пациентов вырабатывается новый речедвигательный навык посредством синхронизации речи с движениями пальцев руки. На этом этапе формируется новое психологическое состояние, в котором речь заикающихся связывается с чувством спокойствия, правильным интонированием, мимикой, жестом, уверенной осанкой и т.д. Новый речевой стереотип укрепляется в функциональных тренировках различной степени сложности.

После окончания основного курса пациенты проходят несколько микрокурсов, в процессе которых происходит закрепление достигнутых результатов, постепенное увеличение объема самостоятельной работы над речью. Целью таких микрокурсов также является выработка естественной интонационно окрашенной речи. На последующих микрокурсах логопед развивает навыки критического анализа собственных поступков, а также возможность справляться с затруднениями. В целом курс реабилитации, включая и микрокурсы, проходит на протяжении года. Новые навыки речи многократно проверяются в разнообразных ситуациях. В результате проведенного курса у заикающихся устанавливается не только плавная речь, но и исчезает состояние тревоги, связанное со страхом речи.

3.5. 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 двуязычием также находятся в ситуации риска заикания (см. подробнее в главе 2.2.).

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 роль в организации речедвигательных автоматизмов таких детей. Речь взрослых должна быть спокойной и неторопливой, с четким проговариванием слов и предложений. Для таких детей полезны игры с ритмическими движениями, ритмическим проговариванием отдельных слов и коротких фраз. Очень важно обратить внимание на процесс становления 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 звукопроизводительную 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 с двуязычием (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 развиваться 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.

Профилактика хронификации заикания

При “остром” начале заикания, что бывает, как правило, после испуга, необходимо срочно создать условия для нормализации эмоционального состояния ребенка, особенно в тех случаях, если после испуга наблюдался мутизм.

Таковыми условиями может быть смена обстановки, в которой произошла психическая травма, на нейтральную;

создание специального охранительного режима с пролонгированным сном и снижением уровня поступающей информации. Желательна консультация логопеда и психоневролога.

При появлении судорожных запинок родители не должны внешне проявлять своего беспокойства, тем более не должны делать замечаний по поводу речи ребенка, требовать от него плавной речи, правильного произношения звуков, слов и т.п. Недопустимы передразнивания и насмешки. В инициальный период заикания следует ограничить речевое общение с ребенком и разговаривать с ним лишь в необходимых случаях. Речь окружающих при этом должна быть негромкой и

спокойной. Так как в процессе игры наедине с собой заикающиеся дети оречевляют свои действия без запинок, то следует поощрять разнообразные

виды игровой деятельности ребенка наедине: рисование, мозаика, строительные игры и пр.

Нельзя запретить ребенку говорить, если у него возникает такая потребность. Следует в этих случаях переводить форму речевой активности ребенка из монологической в диалогическую, с тем чтобы упростить как форму общения, так и лексико-грамматическое оформление высказываний ребенка.

Логопед может рекомендовать родителям использовать как ритмизированную речь, так и пение в общении с ребенком, разучивать с ним стихи, имеющие короткую строку, четкий ритм и соответствующие возрасту ребенка содержание. Полезно ребенку выполнять ритмические движения под музыку (маршировать, хлопать в ладоши, и пр.). При этом ритм выполнения движений должен быть выбран так, чтобы ребенок выполнял это без напряжения, с удовольствием.

Все дисциплинарные требования должны предъявляться спокойным тоном, не носить характера безапелляционных приказов. Если ребенок сопротивляется выполнению требований, следует переключить его внимание на другую деятельность.

Логопед должен объяснить родителям, что заикание у ребенка можно устранить, правильно выполняя рекомендации.

Предупреждение рецидивов заикания

Несмотря на эффективность коррекционно-педагогической работы с заикающимися детьми в дошкольном возрасте, в школьном возрасте у таких детей могут быть рецидивы заикания.

Следует учесть, что несмотря на избавление от судорожных запинок, у таких детей остается низкий уровень адаптивных возможностей центральной нервной системы. В связи с этим усиление эмоциональной, психической и физической нагрузок может вызвать рецидив заикания.

Наиболее часто первый рецидив наступает при поступлении ребенка в школу.

Для того чтобы предупредить рецидив заикания, необходимо особым образом готовить такого ребенка к школе.

Еще до 1 сентября ребенок должен посетить школу и класс, в котором он будет учиться. Он может походить по классу, посидеть за партой, узнать, где находится туалет. Кроме этого, необходимо заранее познакомить ребенка с педагогом. Педагог должен знать о том, что ребенок в прошлом заикался и потому требует к себе особого отношения.

Такого ребенка нельзя спрашивать первым, настаивать на ответе, если ребенок молчит, требовать от него развернутых устных ответов. При этом необходимо максимально поощрять активность ребенка. Рекомендуется в первое время

вызывать маленького школьника к ответам перед классом только с чтением стихов.

Если у учащегося будут судорожные речевые запинки, не следует торопить его с ответом. В случаях возникновения рецидива заикания не следует отстранять заикающегося от устных ответов перед классом. Можно рекомендовать родителям, чтобы ребенок готовил все домашние задания вслух.

При ослаблении ребенка после соматических или инфекционных заболеваний необходимо проведение щадящего общего и речевого режима.

Желательно, чтобы ребенок, в прошлом страдавший заиканием, наблюдался логопедом и психоневрологом в течение 1-1,5 лет.

Следующим “опасным” для рецидива заикания возрастом является пре- и пубертатный возраст. В этот период психосоматического развития усложняются формы общения, возрастают требования к собственной речи, у подростка нарастает эмоциональное напряжение, связанное с эндокринной перестройкой организма. Нередко наблюдаются переживания подростка, связанные с его социальным статусом среди сверстников. В этот период могут быть рецидивы заикания. Необходимо сразу же обратиться за лечебно-педагогической помощью.

Для того чтобы избежать возможных рецидивов заикания, рекомендуется длительное диспансерное наблюдение логопедом и психоневрологом (психологом), а также периодическая психолого-педагогическая поддержка в виде логопедических занятий и психотерапии.

Для взрослых практикуются поддерживающие психолого-педагогические курсы типа “группы поддержки” или долечивания, или “группы открытых дверей”. Такие группы организуются обычно при крупных консультативных и реабилитационных центрах.

Предупреждение нарушений социальной адаптации заикающихся начинается в дошкольном возрасте. Неуверенные, тревожные по характеру дети (такими чертами характеризуются, как правило, заикающиеся с невротической формой речевой патологии) нуждаются в психологической поддержке родителей, воспитателей и учителей.

Специальные воспитательные мероприятия направляются на выработку таких черт характера, как уверенность в себе, активность, самостоятельность в выборе решений и действиях (см. Главу 3 “Воспитание личности заикающегося”). Заикание не должно влиять на выбор профессии, тем не менее, при хроническом течении заикания не рекомендуются профессии с большой речевой и психической нагрузкой.

Подросткам и взрослым, прошедшим курс психолого-педагогической реабилитации, полезно иметь памятку следующего содержания.

Памятка(Составители памятки логопеды Е.С. Лопотко, Л.А. Соколова.)

для подростков и взрослых заикающихся, прошедших курс психолого-педагогической реабилитации

I. Оздоровление нервной системы

Речь тесно связана с общим физическим состоянием организма и состоянием нервной системы. Поэтому, работая над речью, следует позаботиться о своем режиме и образе жизни:

а) необходимо решительно отказаться от курения, употребления алкоголя и прочих излишеств, подрывающих здоровье и истощающих нервную систему; б) для оздоровления организма нужны регулярное питание, разумное чередование труда и отдыха, сна и бодрствования. Надо помнить, что всякое возбуждение перед сном мешает уснуть, а хроническое недосыпание крайне вредно; в) необходимо избегать эмоциональных перегрузок. В случаях волнений, переживаний, усталости следует переключиться на другую деятельность, так как умственное и физическое переутомление влияет на речь;

г) утренняя гимнастика и водные процедуры приносят большую пользу в закаливании и укреплении нервной системы. Они способствуют установлению и сохранению нормального ритма работы и нормальной речи в течение всего дня.

Умеренные занятия физкультурой, закаливание организма оказывают благоприятное воздействие на координацию движений, а следовательно, улучшают и речевую функцию.

II. Преодоление психических реакций, вызванных заиканием

Серьезным препятствием в борьбе с речевыми нарушениями могут быть отрицательные эмоциональные переживания. Поэтому необходимо обстоятельно продумать

все, что нарушает душевный покой, объективно и беспристрастно обсудить причины неустройства своей жизни. При желании всегда можно найти разумный выход из трудного положения. Надо стать выше мелочей. Добиваться того, чтобы в повседневной жизни чувствовать себя спокойно, уравновешенно, уверенно.

Не считайте основной причиной своих жизненных трудностей заикание. Не делайте секретом свои трудности в речи, объясните товарищам по работе, друзьям и близким, что лечитесь от заикания.

Воспитывайте в себе смелость, решительность, выдержку и волю. Не отступайте от намеченной цели, верьте в свои силы и возможности.

Учитесь побеждать плохое настроение, обидчивость и раздражительность. Научитесь владеть собой и сохранять спокойствие в любых ситуациях. В этом вам поможет аутогенная тренировка, если вы регулярно занимаетесь ею.

III. Работа над речью в домашних условиях

Для закрепления навыка плавной речи необходимо ежедневно тренировать правильную речь.

— Лучшее время для тренировки — это утренние часы перед работой или учебой.

— Начинать работу над речью лучше с пения (используя веселые, плавные и ритмичные песни).

— Далее работайте над чтением стихов, произнесением чистоговорок, пословиц и небольших текстов в умеренном темпе, строго придерживаясь правил речи.

— Включайте в самостоятельные занятия логопедическую ритмику с музыкальным сопровождением. Помните, что ритмические движения положительно влияют на нормализацию речевой функции.

— Постоянно закрепляйте освоенные навыки речи в процессе общения с людьми.

IV. Основные правила речи

1. Правильная поза тела улучшает жизненные процессы и влияет на организацию речи. При разговоре необходимо придать телу спокойную и удобную позу: ноги стоят крепко, грудь и плечи развернуты, голова поднята.

2. При разговоре следует смотреть на собеседника, держаться уверенно и спокойно.

3. Говорите медленно, плавно, слитно, предварительно обдумав фразу, которую хотите сказать.

4. Говорите выразительно: для этой цели делайте слоговые и логические ударения, придавайте фразам интонацию, соответствующую смыслу высказывания.

5. Начало слов и фраз произносите тихо, плавно, с мягкой голосоподачей, без напряжения, гласные произносите протяжно, согласные — легко, без “нажима”.

6. Длинную фразу делите на смысловые отрезки. Каждый такой отрезок произносите как короткую фразу. Между отрезками фразы соблюдайте паузы.

7. Старайтесь всегда говорить спокойно и несколько замедленно.

8. При неудачах — остановитесь, а затем продолжайте говорить более медленно, пока не почувствуете полную уверенность в речи.

Помните, что устранение заикания — дело сложное и требует перестройки речевых навыков, к которым Вы привыкли.

Для успеха требуется время, знание средств и способов устранения заикания.

Работайте над речью спокойно и настойчиво. Не падайте духом при неудачах — помните, что трудности преодолеваются постепенно.

Чаще читайте книги, очерки о волевых, сильных людях, делайте для себя нужные выводы.

ГЛАВА 4 Организация учебного процесса по курсу “Заикание”

В соответствии с учебным планом логопедического отделения дефектологического факультета курс “Заикание” предназначен для студентов IV курса и базируется на знаниях курса “Анатомо-физиологических и клинических основ коррекционной педагогики”, а также разделов логопедии по темам: “Дислалия”, “Дизартрия”, “Нарушения голоса”.

Курс предполагает обучение студентов следующим знаниям:

- структура речевого нарушения при заикании, его причины и механизмы;*
- психолого-педагогические критерии дифференциации основных клинических форм заикания;*
- содержание и методики комплексного психолого-педагогического обследования заикающихся;*
- основные направления и содержание дифференцированной лечебно-педагогической работы с заикающимися детьми, подростками и взрослыми в условиях медицинского стационара;*
- особенности речи заикающихся дошкольников и системы коррекционно-педагогической работы в условиях детского сада;*
- содержание и методы логопедической работы по преодолению заикания у учащихся общеобразовательной и специальной школы;*
- содержание и методы логопедической работы по преодолению заикания у взрослых;*
- мероприятия по предупреждению возникновения заикания у детей, профилактике рецидивов и организации системы логопедической помощи заикающимся.*

В процессе изучения данного курса у студентов формируются следующие умения:

- обследование заикающегося ребенка;*
- обоснование основных направлений дифференциального коррекционного воздействия в работе с заикающимися;*
- анализ результатов комплексного обследования;*
- составление развернутого плана-конспекта логопедического занятия с заикающимися детьми на разных этапах коррекционного обучения;*

— целенаправленное наблюдение логопедических занятий, анализ их структуры и содержания. В целях закрепления теоретических знаний и формирования практических умений в план практических и лабораторных занятий включаются деловые игры, анализ логопедических занятий с заикающимися, а также задания для самостоятельной работы студентов и контрольные вопросы.

4.1 Организация деловых игр

Деловая игра с моделированием ситуации логопедического приема заикающегося ребенка

Цель игры: уточнение и расширение знаний студентов о психолого-педагогических критериях, дифференциации невротической и неврозоподобной форм заикания.

В процессе деловой игры вырабатываются первоначальные умения сбора анамнеза и анализа психомоторного и речевого развития заикающихся.

Программа деловой игры

1. Преподаватель объясняет задачу — моделирование ситуации логопедического приема заикающегося ребенка.

2. Роли распределяются следующим образом: 1-й студент — “логопед”, 2-й студент — “мать ребенка”, 3-й студент — “заикающийся ребенок”.

3. По правилам игры “логопед” ставит вопросы, направленные на выявление признаков невротического или неврозоподобного заикания, “мать” дает развернутое описание раннего моторного и речевого развития ребенка, условий его воспитания, времени возникновения, предполагаемых причин и течения заикания, психолого-педагогической характеристики ребенка. “Ребенок” в ответ на “обследование”, проводимое “логопедом”, дает описание психомоторики и речи, особенностей проявления заикания. В процессе игры все студенты меняются ролями. Они должны внимательно следить за игрой “Прием ребенка логопедом”, участвовать в анализе и оценке психомоторного и речевого развития “заикающегося ребенка”, определением клинической формы заикания.

Игра повторяется по мере усвоения нового учебного материала, и роль “дошкольника” сменяется ролью “подростка” или “взрослого”. Аналогичным образом можно моделировать ситуации отработки ряда приемов логопедической технологии.

Деловая игра с моделированием ситуации логопедического приема заикающегося ребенка

Цели игры: уточнить теоретические знания студентов о мерах по предупреждению возникновения заикания у детей.

В процессе деловой игры вырабатываются первоначальные умения работы с родителями заикающегося ребенка.

Программа деловой игры

Активно участвуют все студенты. Три студента являются ведущими: 1-й — “логопед”, 2-й — “мать ребенка”, 3-й — “ребенок”. Порядок проведения игры.

1. “Логопед” задает “матери” вопросы, направленные на выявление причин возникновения заикания.

2. “Мать” должна перечислить факторы, способствующие возникновению заикания, а также задать “ло-

гопеду” вопросы, касающиеся дальнейшего обучения и воспитания “ребенка”.

3. “Ребенок” в ответ на “обследование”, проведенное “логопедом”, дает описание психомоторики и речи, особенностей проявления заикания.

4. “Логопед” дает “матери” советы по обучению и воспитанию “ребенка” с целью предупреждения дальнейшего развития речевого нарушения, рекомендует тип специального учреждения, в котором могут быть созданы оптимальные условия для преодоления заикания у “данного ребенка”. В процессе игры студенты меняются ролями, вся группа должна внимательно следить за “приемом логопеда”, анализировать результаты обследования и адекватность рекомендаций “логопеда”, а также быть готовым менять любого ее участника по указанию преподавателя.



Результаты наблюдений и анализа занятий студент регистрирует в тетради для лабораторных занятий в следующем порядке:

Дата и время наблюдения (начало, конец), средняя, старшая, подготовительная к школе группа №___ для заикающихся детей.

Логопед _____

Ф.И.О.

Название, тема, цель, план занятия

Для удобства наблюдения и анализа занятия студент ведет свои записи по следующей схеме:

Этапы занятия, их длительность	Используемые методы приемы	Поведение и речь детей	Вопросы, предложения
--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------	-------------------------

Примерная схема анализа логопедического занятия

1. Подготовка плана и конспекта занятия, использование консультаций, литературы, степень освоения конспекта, знание состава детей группы.
2. Соответствие темы, цели и содержания занятия программе, перспективному плану работы, речевому профилю и возрасту детей данной группы; дозировка нового материала, связь изучаемого материала с предыдущим и последующим, правильность подбора лексического материала, единство коррекционных, образовательных и воспитательных задач.
3. Организация занятия: количество детей, эстетичность обстановки, оборудование занятия, качество наглядных пособий и дидактического материала.
4. Структура занятия: основные этапы занятия, их логическая последовательность, четкость перехода от одного этапа занятия к другому, продолжительность всего занятия и его этапов, своевременность проведения физкультминутки, подведение итогов занятия, соответствие фактического хода занятия запланированному, отступления от конспекта, их причины.
5. Методы и приемы обучения: разнообразие, взаимосвязь, обоснованность, приемы привлечения внимания детей, обеспечение эмоциональности и интереса, приемы активизации познавательной деятельности, опора на разнообразные формы активности (слуховую, зрительную, двигательно-моторную) с целью предупреждения утомляемости детей, методика использования оборудования, сочетание индивидуальной и фронтальной работы, воспитательные моменты, применение специальных методических приемов, контроль за речью детей, выявление и своевременное исправление допущенных ошибок, адекватность предъявляемых требований с учетом речевых возможностей и особенностей личности каждого ребенка, доступность и четкость формулировки вопросов, наводящие вопросы, подсказывающий характер вопросов, включение элементов рациональной психотерапии.
6. Качество работы, речь и поведение детей в процессе занятия, заинтересованность, активность, сосредоточенность, устойчивость их внимания в начале занятия и на остальных этапах, причины отклонений в поведении и деятельности детей, проявления заикания и их причины, качество знаний, умений и навыков, полученных и закреплённых детьми на занятии.
7. Характеристика логопеда. Контакт с группой, умение организовывать детей для работы, повышать их активность, интерес и внимание, умение найти правильный подход к отдельным детям с учетом их индивидуальных способностей, настойчивость в достижении цели, педагогический такт. Внешний вид и речь логопеда (доступность, логичность, эмоциональность и краткость речи логопеда, дикция, сила голоса, темп, ритм, интонационная выразительность речи).
8. Результаты занятия (выполнение плана, достижение цели, эффективность использования приемов).
9. Педагогические выводы и предложения (положительные стороны и недостатки занятия, предложения по закреплению положительных сторон и рекомендации по дальнейшему совершенствованию).

4.3 Задания для самостоятельной работы

- 1. Конспектирование специальной литературы.*
- 2. Составить таблицу “Сравнительная характеристика заикающегося с невротической и неврозоподобной формами речевой патологии”.*
- 3. Составить протокол обследования заикающихся детей дошкольного и младшего школьного возраста, подготовить материалы для обследования.*
- 4. Составить таблицу “Основные направления комплексной лечебно-педагогической работы с заикающимися детьми”.*
- 5. Оформить план-конспект просмотренных занятий с заикающимися дошкольниками с подробным его анализом.*
- 6. Составить таблицу “Этапы логопедической работы с заикающимися дошкольниками” с отражением в ней программного содержания и коррекционных задач каждого этапа.*
- 7. Разработать конспект логопедических занятий на различных этапах коррекционного обучения.*
- 8. Подобрать игры и упражнения для осуществления коррекционно-педагогической работы с заикающимися дошкольниками, направленной на нормализацию общего и речевого поведения.*
- 9. Конспектирование программно-методической литературы.*
- 10. Составить на основе протокола обследования развернутую психолого-педагогическую характеристику заикающегося ребенка с логопедическим наблюдением и перспективным планом коррекционного воздействия.*
- 11. Составить таблицу “Этапы логопедической работы по коррекции заикания у учащихся общеобразовательной школы” с отражением в ней основных задач, моделей общения и речевого поведения учащихся на различных этапах коррекционного воздействия.*
- 12. Составить таблицу “Система логопедической работы по исправлению заикания у школьников в процессе обучения” с отражением в ней задач и краткого содержания периодов коррекционного обучения.*
- 13. Составить развернутую психолого-педагогическую характеристику обследованного учащегося с логопедическим заключением и перспективным планом коррекционного воздействия.*
- 14. Составить план-конспект просмотренного логопедического занятия с заикающимися школьниками с подробным его анализом.*
- 15. Составить таблицу “Основные направления комплексной лечебно-педагогической работы с заикающимися подростками”.*

16. Составить развернутую психолого-педагогическую характеристику заикающегося подростка.
17. Составить план-конспект просмотренных занятий с заикающимися подростками с подробным его анализом.
18. Составить таблицу “Этапы комплексной лечебно-педагогической работы по устранению заикания у взрослых”.
19. Составить план-конспект просмотренных занятий с заикающимися взрослыми с подробным его анализом.
20. Составить таблицу “Организация логопедической помощи заикающимся”.
21. Подготовить текст беседы с родителями и воспитателями “О заикании у детей”.

4.4. Контрольные вопросы по курсу “Заикание”

1. Каково строение периферического речевого аппарата?
2. В чем состоит различие между произвольными и произвольными движениями? К какому типу движений относится речевая артикуляция?
3. Назовите основные параметры акустических характеристик устной речи.
4. Дайте определение плавности речи.
5. Какие положения П.К. Анохина составляют основу представлений о функциональной системе речедвигательного акта?
6. Как можно применить положения о функциональной системе П.К. Анохина к пониманию патогенетических механизмов заикания?
7. Какими параметрами характеризуется крик здорового ребенка? Какую основную функцию он несет?
8. В каком возрасте появляются у ребенка гуление и лепет и чем они различаются?
9. Как соотносятся фазы моторного развития ребенка с фазами речевого развития? До какого возраста прослеживается их сопряженность?
10. Назовите основные этапы развития речи ребенка.
11. Почему возраст от 1 до 6 лет является сензитивным периодом в развитии речи?
12. Что такое физиологические итерации? В какой период развития речи они возникают?
13. Дайте определение заикания.

14. Назовите основные клинические признаки заикания.
15. Дайте характеристику основных признаков судорожной активности мышц периферического речевого аппарата.
16. Охарактеризуйте речевое дыхание у заикающихся.
17. Назовите симптомы логофобии. В каком возрасте заикающихся она проявляется?
18. Охарактеризуйте типы течения заикания.
19. Объясните какова роль генетических механизмов в развитии заикающихся.
20. Опишите роль биологических и социальных факторов в развитии заикания.
21. Какова роль индивидуальных особенностей речевого онтогенеза в возникновении заикания?
22. Назовите факторы риска, которые могут способствовать возникновению невротических и неврозоподобных форм речевой патологии.
23. Дайте определение невротической и неврозоподобной форм заикания.
24. Перечислите факторы риска возникновения невротической формы заикания у детей.
25. Дайте психолого-педагогическую характеристику детей, с невротической формой заикания.
26. Каковы особенности психического состояния детей до и после появления невротической формы заикания?
27. Какова динамика невротической формы заикания? Возможна ли “спонтанная” нормализация речи? Что способствует хронификации данной речевой патологии?
28. Каковы особенности поведения дошкольников, страдающих невротической формой заикания?
29. Расскажите, как влияет логофобия на поведение подростков и взрослых.
30. Каковы особенности поведения подростков, страдающих невротической формой заикания?
31. Перечислите факторы риска у детей с неврозоподобной формой заикания.
32. Каковы особенности раннего психомоторного и речевого развития детей с неврозоподобной формой заикания?
33. Опишите динамику неврозоподобной формы заикания.

34. Каковы особенности поведения дошкольников и детей подросткового возраста, страдающих неврозоподобной формой заикания?
35. Каково своеобразие формирования программы действия в речедвигательной функциональной системе при невротическом заикании?
36. Расскажите, как проявляется сосуществование двух (нормальной и патологической) программ действия в речевой функциональной системе при невротическом заикании. Каковы условия их проявления?
37. Каковы отличия от нормы в формировании речедвигательной функциональной системы у детей с неврозоподобной формой заикания?
38. Обоснуйте принципы дифференцированного психолого-педагогического воздействия на заикающихся с разными клиническими формами заикания.
39. Какие меры необходимо предпринять при “остром” начале заикания у детей дошкольного возраста?
40. Какова организация логопедических занятий с заикающимися дошкольниками, страдающими невротической формой заикания?
41. Раскройте значение психотерапии в системе реабилитации заикающихся с невротической формой заикания.
42. В чем состоит прием угашения страха речи у взрослых заикающихся?
43. Осветите систему функциональных тренировок и их роль в реабилитации заикающихся.
44. Каково значение логоритмики в системе коррекционных воздействий на заикающихся.
45. Раскройте основные принципы комплексной психолого-педагогической реабилитации заикания.
46. Каковы основные направления коррекционно-педагогического воздействия при неврозоподобной форме заикания?
47. Определите значение логоритмики в системе реабилитационных мероприятий при невротической и неврозоподобной формах заикания.
48. Каково значение индивидуальных логопедических занятий при неврозоподобной форме заикания?
49. Перечислите методические приемы формирования навыка плавной речи.
50. Обоснуйте необходимость применения методического приема торможения речедвигательных стереотипов.
51. Как организовать охранительный режим для заикающихся дошкольников, подростков, взрослых?

52. Какие существуют методы регуляции эмоционального состояния у заикающихся?
53. Назовите основные методические приемы формирования речевого дыхания у заикающихся.
54. Опишите основные приемы формирования навыков рациональной голосоподачи и голосоуправления у заикающихся.
55. Опишите основные методические приемы развития просодической стороны речи у заикающихся.
56. Назовите основные направления работы по развитию моторных функций организма у заикающихся.
57. Каковы основные этапы развития планирующей функции речи?
58. Каковы задачи воспитания личности заикающихся?
59. Опишите основные приемы воспитания личности дошкольников.
60. Назовите и дайте содержательную характеристику основных видов психотерапии, используемой при реабилитации заикающихся.
61. Раскройте основные положения комплексной психолого-педагогической системы реабилитации заикающихся, предложенной Н.А. Власовой и Е.Ф. Рау.
62. Раскройте основные положения психолого-педагогической системы реабилитации заикающихся, разработанной В.И. Селиверстовым.
63. Раскройте основные теоретические положения, разработанные Р.Е. Левиной, используемые в коррекционной работе с заикающимися дошкольниками и школьниками (методики Н.А. Чевелевой, С.А. Мироновой, А.В. Ястребова).
64. Раскройте основные положения системы психолого-педагогической реабилитации, разработанной В.М. Шкловским.
65. Раскройте основные положения системы комплексной медико-педагогической реабилитации взрослых заикающихся, разработанной коллективом "Лаборатории патологии речи" под руководством Н.М. Асатиани.
66. Каковы основные направления системы социореабилитации взрослых заикающихся, разработанной Ю.Б. Некрасовой.
67. Раскройте основные положения "Комплексной методики устойчивой нормализации речи при заикании", разработанной Л.З. Арутюнян.
68. Перечислите основные направления профилактики заикания.
69. Каково значение двуязычия в семье, как фактора риска возникновения заикания? Опишите пути профилактики нарушения развития речи.

70. Раскройте значение воспитания личности при профилактике заикания.
71. Раскройте роль речевого окружения в профилактике заикания.
72. Перечислите основные направления логопедической работы по профилактике хронификации заикания.
73. Как предупредить рецидивы заикания?
74. Каковы могут быть меры по предупреждению нарушений социальной адаптации заикающихся дошкольников, подростков и взрослых?

Практический материал, используемый в работе с заикающимися

Методический материал для практической работы с заикающимися представлен в литературе достаточно широко. Здесь приводятся основные типы упражнений, которые помогут практически освоить основные логопедические технологии, применяемые в работе с заикающимися.

Приложение № 1. Приемы активизации невербальных способов общения

Упражнения для заикающихся дошкольников (М. И. Чистякова. Психогимнастика М., 1990)

Методические рекомендации: содержание этюдов не читается детям, а эмоционально пересказывается предложенная в каком-нибудь этюде ситуация — это лишь “закваска” для создания множества вариантов на заданную тему.

Упражнение № 1. Лисичка подслушивает

(для детей 3-4 лет)

Лисичка стоит у окна избушки, в которой живут котик с петушком, и подслушивает, о чем они говорят.

Выразительные движения. Голова наклонена в сторону (слушает, подставляет ухо), взгляд направлен в другую сторону, рот полуоткрыт.

Поза. Нога выставлена вперед, корпус тела слегка наклонен вперед.

Упражнение № 2. Удивление

(для детей 4-5 лет)

Мальчик очень удивился: он увидел, как фокусник посадил в пустой чемодан кошку и закрыл его, а когда открыл чемодан, кошки там не было... Из чемодана выпрыгнула собака.

Мимика: Рот раскрыт, брови и верхние веки приподняты.

Упражнение № 3. Цветок

(для детей 4-5 лет)

Теплый луч) пал на землю и согрел в земле семечко. Из семечка проклюнулся росток. Из ростка вырос прекрасный цветок. Нежится цветок на солнце, подставляет теплу и свету каждый свой лепесток, поворачивая свою головку вслед за солнцем.

Выразительные движения. Сесть на корточки, голову и руки опустить; поднимается голова, распрямляется корпус, руки поднимаются в стороны — цветок расцвел; голова слегка откидывается назад, медленно поворачивается вслед за солнцем.

Мимика. Глаза полужакрыты, улыбка, мышцы лица расслаблены.

Упражнение № 4. Смелый заяц

(для детей 4-5 лет)

Заяц любил стоять на пеньке и громко петь песни и читать стихи. Он не боялся, что его может услышать волк.

Упражнение № 5. Два сердитых мальчика

(для детей 4-5 лет)

Мальчики поссорились. Они очень сердиты, сдвинули брови, размахивают руками, наступают друг на друга, вот-вот подерутся...

Упражнение № 6. Негаданная радость

(для детей 5-6 лет)

В комнату вошла мама, с улыбкой посмотрела на своих мальчиков и сказала:

— Заканчивайте, ребята, свою игру. Через час мы идем в цирк!

Мама подняла руку и показала билеты. Мальчики сначала замерли, а потом пустились плясать вокруг мамы.

Выразительные движения.

1. Закусить нижнюю губу, поднять брови, улыбаться.

2. Смех, потирают руки одну о другую, причем одна рука может быть сжата в кулак. Можно хлопать в ладоши, прыгать, пританцовывать.

Упражнение № 7. Хорошее настроение (для детей 5-6 лет)

Мама послала сына в булочную: “Купи печенье и конфеты, — сказала она. — Мы поьем с тобой чаю и пойдем в зоологический сад”. Мальчик взял у мамы деньги, сумку и вприпрыжку побежал в магазин. У него было очень хорошее настроение.

Выразительные движения. Походка:

быстрый шаг, иногда переходящий на подскоки.

Мимика. Улыбка.

Во время этюда звучит музыка Д. Львова-Компанейца “Хорошее настроение”.

Упражнение № 8. Соленый чай

(для детей 5-6 лет)

Бабушка потеряла очки, и поэтому она не заметила, что насыпала в сахарницу вместо сахарного песка мелкую соль.

Внук захотел пить. Он налил себе в чашку горячего чая и не глядя, положил в него две ложечки сахарного песка, помешал и сделал первый глоток. До чего же противно стало у него во рту!

Выразительные движения. Голова наклонена назад, брови нахмурены, глаза сощурены, верхняя губа подтягивается к носу, нос сморщен — ребенок выглядит так, словно он подавился и сплевывает.

Упражнение № 9. Грязная бумажка

(для детей 5-6 лет) На полу в коридоре лежит грязная бумажка. Ее надо поднять и выбросить. Мальчик брезглив... Ему кажется, что эта бумажка из туалета. Наконец он пересиливает свое отвращение, берет бумажку кончиками двух пальцев и, отведя руку в сторону, относит ее в ведро для мусора.

Упражнение № 10. Собака принюхивается

(для детей 6- 7 лет)

Охотничья собака, увидев дичь, моментально застыла в напряженной позе. Морда у нее вытянулась вперед, уши наострились, глаза неподвижно глядят на добычу, а нос бесшумно втягивает приятный и дразнящий запах.

Выразительные движения:

Поза. Положение стоя, одна нога чуть впереди другой, руки заложены за спину, подбородок поднят.

Мимика. Уверенный взгляд.

Упражнения для заикающихся подростков и взрослых (О К. Романенко Практическая гештальттерапия М. 1995)

Упражнение № 1.

Описание. Сосредоточение на своих мышцах. Определение напряженных мышц. Выражение состояния партнеру невербально. Участники свободно двигаются.

Инструкция: “Свободно перемещаясь в пространстве, определите, какие мышцы напряжены больше, меньше или как-то иначе ощущаются. Сосредоточьтесь на них. Представьте, что вы есть эти мышцы и от их имени выразите свои мышечные ощущения. Что мышцы могли сказать, если бы говорили? Выразите эти чувства-мысли в движении. Продолжая движение, найдите партнера, вам приятного, и расскажите ему о своих мышечных ощущениях. Рассказывать можно с помощью рук, головы, ног, перемещениями в пространстве и др. Дайте свободу своему телу, слушайте свое тело, забудьте, как вы двигаетесь ежедневно. Представьте, что вы в невесомости и ваши движения одинаково равновероятны. Партнер внимательно “слушает” ваше сообщение, чувствует его и пытается вторить вашим движениям, какими бы странным они ему ни казались. Затем вы меняетесь ролями. Ваш партнер рассказывает о себе, а вы “слушаете” его тело и пытаетесь понять его переживания. Затем вы вновь двигаетесь в пространстве в любом выбранном вами направлении. Все, что вы делаете, диктуется импульсами вашего тела. Найдите другого партнера, выразите ему свои чувства после того, как вы определили другую группу мышечных проблем. Поиск партнера для общения совершается импульсивно в ходе движения, когда вы, проходя мимо него, чувствуете, что с ним можно говорить о том, что с вами происходит сейчас”.

Замечания ведущему. Помогайте участникам сосредоточиваться на ощущениях внутренней зоны. Обратите внимание на тех, чьи движения особенно скованы. Помогите им, манипулируя их телом. Поддерживайте любое телесное проявление.

Упражнение № 2

Описание. Работа с чувствами и состояниями. Выражение состояний. Развитие невербальной экспрессии.

Инструкция. “Сосредоточьтесь на своих эмоциональных состояниях в данный момент. Попробуйте определить их для себя. Найдите партнера так же, как и в предыдущем упражнении. Выразите эмоции партнеру с помощью языка тела. Работайте мышцами лица, руками, ногами, используйте своего партнера для передачи ваших эмоций. Партнер внимательно “слушает” ваши чувства, затем показывает вам, как он их понял. Вы определяете насколько точно вас поняли. Затем меняетесь ролями. Следующий шаг: вспомните ваше состояние сегодня утром. Расскажите о нем выбранному вами человеку. Вспомните, что было вчера, расскажите. Представьте, как вы хотите себя чувствовать завтра, при разговоре с начальством, во время диалога по телефону с другом, с незнакомым человеком, с родителями, и поделитесь своими ощущениями с партнером. Можно вначале представить, как вы

делаете это обычно и рассказать об этом, а затем изобразить, как бы вам хотелось, чтобы это происходило. Обязательно поделитесь с тем, кто вам приятен и убедитесь, что вас правильно поняли”.

Замечания ведущему. Упражнение выполняется до тех пор, пока партнеры не договорятся. В трудных случаях побуждайте участника искать нового партнера или станьте его партнером сами. Здесь важно продемонстрировать им возможности их тела, научить пользоваться пространством, партнером и снять оценочные установки. Упражнение выполняется в зависимости от способностей участников, как угодно долго.

Упражнение № 3

Описание. Изображение движений животных. Участники образуют круг. Пересекают его, изображая животных.

Инструкция: “Останьтесь в большом кругу. Представьте себя каким-либо животным и воспроизведите его пластику. Войдите в образ и поживите в нем. Двигайтесь так, как вы чувствуете себя в образе. Что дал вам образ задуманного животного, что можно заимствовать в его движениях? Теперь выберите образ, как вам кажется, близкий вам. Поживите в нем. Что вы чувствуете? Выберите образ животного, противоположного вам по характеру. Поживите в нем. Если это ваш “враг”, поищите его сильные и слабые стороны. Прочувствуйте их. Найдите другие образы”.

Замечания ведущему. Упражнение направлено на развитие свободы движений. На осознание своего тела, его особенностей. Принятие

своего физического “Я”. В ходе выполнения не стоит подталкивать нерешительных) участников, лучше поддерживать всякое проявление активности. Любое изображение принимается. Стоит несколько раз подчеркнуть, что точность изображения не является целью работы. Самое важное на этом этапе: чувствовать и двигаться.

Приложение № 2. Специализированная аутогенная тренировка для взрослых заикающихся (А И Лубенская “Аутогенная тренировка в системе логопедических занятий со взрослыми заикающимися” Дисс канд пед наук, 1974)

Эта методика ставит общие задачи, характерные для всех существующих вариантов АТ, и частные, характерные только для данной модификации. Решение этих задач направлено на нормализацию речевого поведения взрослых заикающихся. Целью общих задач является снижение мышечного тонуса и эмоционального напряжения Частных — коррекция напряжения артикуляторной и вокальной мускулатуры, регуляция дыхания, преодоление чувства собственной неполноценности и логофобии.

Эти задачи решаются в процессе поэтапного обучения больных приемам саморегуляции, речевых тренировок и бесед психотерапевтического и разъясняющего характера. В модификации АТ Лубенской А.И. основными методическими приемами являются “Формула спокойствия” и имаготерапия.

Занятия специального курса АТ проводятся по следующей схеме:

- 1. Расширенная формула спокойствия.*
- 2. Произвольная регуляция мышечного тонуса.*
- 3. Речевая тренировка.*
- 4. Расширенная формула спокойствия.*
- 5. Двигательные упражнения.*

6. Самоотчеты больных.

Весь курс АТ занимает около 2-х месяцев и делится на 3 этапа:

1 этап — 12-14 коллективных занятий;

2 этап — 18-20 коллективных занятий;

3 этап — 8-10 коллективных занятий.

Это деление происходит вследствие учета постепенного усложнения материала. Например, на втором этапе работы Расширенная формула спокойствия заменяется Сокращенной (“Успокаиваюсь. Отдыхаю. Дыхание. Сердце. Успокаиваюсь. Отдыхаю”). На последнем этапе работы Сокращенная формула спокойствия и все формулы, направленные на расслабление, заменяются Краткой формулой спокойствия (“Спокоен. Собран. Сосредоточен”). Каждая формула вслед за ведущим повторяется тренирующимися мысленно 3 раза. Все предлагаемые больным упражнения перемежаются самовнушениями. Постепенно изменяются условия работы. Если на первом этапе заикающиеся располагаются в креслах, то в дальнейшем, при автоматизации навыков саморегуляции в процессе речевой деятельности, тренирующиеся работают стоя и в движении.

Эти изменения дают возможность сблизить “обыгрываемые” ситуации с обычными условиями общения.

Занятия заканчиваются двигательными упражнениями, которые позволяют осуществить постепенный переход к нормальному мышечному тону.

В каждую коллективную тренировку входят также вступительная и заключительная беседы. Во вступительной беседе ведущий сообщает тренирующимся план занятий, в заключительной — подводит итоги, выясняются жалобы и даются задания для самостоятельной работы.

В ходе речевых тренировок заикающиеся постепенно переходят от мысленного проговаривания к шепотной и громкой речи, от коллективной работы к индивидуальной и от сопряженного проговаривания речевого материала к спонтанной речи и к публичным выступлениям.

На первом этапе заикающиеся осваивают основные приемы саморегуляции: расширенную формулу спокойствия, навыки релаксации и управления вазовегетативными реакциями (дыханием, ритмом сердечной деятельности, сосудистым тонусом). Больным при этом внушается ощущение тепла в верхних конечностях и в подложечной области. Овладение этими навыками особенно необходимо той группе заикающихся, которые связывают заикание с субъективным ощущением напряжения в груди, с недостаточностью речевого дыхания.

Так, например, первое занятие 1 этапа начинается со вступительной беседы, в которой ведущий рассказывает о содержании “расширенной формулы спокойствия” и о связи речевого, эмоционального и мышечного состояния человека. Затем заикающиеся переходят к тренировке навыков саморегуляции.

Ведущий медленно, негромко произносит расширенную формулу спокойствия:

я успокаиваюсь,

я отдыхаю,

дыхание ровное, спокойное, ритмичное,

сердце бьется ровно, спокойно, ритмично,

я успокаиваюсь,

я отдыхаю.

Произнося эти формулы, тренирующиеся сосредоточиваются на тех функциях и ощущениях, о которых идет речь. Затем заикающимся предлагается переключить внимание на правую руку (для левшей — на левую). Ведущим даются формулы:

напрягаю правую руку (1 раз)

напрягаю кисть (3 раза)

напрягаю предплечье (3 раза)

напрягаю плечо (3 раза)

правая рука напряжена (1 раз)

При этом тренирующиеся сжимают пальцы в кулак, напрягают мышцы рук в соответствии с инструкциями, повторяя мысленно за ведущим самовнушение. Связав состояние напряжения с его словесным обозначением, тренирующийся произвольно расслабляет правую руку:

расслабляю правую руку (1 раз)

расслабляю плечо (3 раза)

расслабляю предплечье (3 раза)

расслабляю кисть (3 раза)

правая рука расслаблена (1 раз)

Наступившее расслабление фиксируется в мышечной памяти больного путем соотнесения релаксации со словом. Соотнесение слова с реальным ощущением способствует созданию условно-рефлекторной связи, которая в будущем обеспечит реализацию мышечных реакций в ответ на самовнушение.

Уже на третьем коллективном занятии тренирующиеся вызывают расслабление правой руки при помощи самовнушения. На этом же занятии вызывается ощущение тяжести в правой руке. На четвертом и пятом занятиях те же ощущения вызываются последовательно в правой, а затем в левой руке.

Затем заикающиеся обучаются формулам самовнушения, которые направлены на расслабление мышц брюшного пресса, грудной мускулатуры, а также формулами, обеспечивающими регуляцию сосудистого тонуса.

С этой целью используются следующие самовнушения:

правая рука расслабляется,

мои руки расслабляются,

руки наполняются теплом (отрабатывается на 6-7-ми

коллективных занятиях),

легкое приятное тепло в области

солнечного сплетения (отрабатывается на 8-10-ти

коллективных занятиях),

все тело наполняется теплом,

лоб приятно прохладен (отрабатывается на 5-6-ти

коллективных занятиях),

тепло струится вверх,

грудь наполняется теплом,

мышцы груди и плечевого пояса,

расслабляются (отрабатывается на 11-13-ти коллективных занятиях).

Для усиления яркости вызываемых ощущений больным предлагается представление тех ситуаций, для которых характерно вызываемое ощущение.

Например, при вызывании тепла в руках тренирующимся рекомендуется представить себя греющим руки у костра, на солнце, в теплой воде и т.д. При этом каждому необходимо обращаться к той ситуации, которая для него наиболее привычна.

На первом этапе тренировки часто используются такие формулы внушения: “С каждым днем, с каждым занятием ВАШИ самовнушения реализуются ВСЕ БЫСТРЕЕ И БЫСТРЕЕ”. “С каждым днем, с каждым занятием ощущения, вызванные ВАШИМ СЛОВОМ, ВАШИМ СОБСТВЕННЫМ СЛОВОМ, становятся все более четкими, яркими, привычными”.

Функциональные тренировки начинаются с первых занятий, но носят еще пассивный характер.

Речевая работа первого этапа проводится по следующему плану:

1. Работа над темпом и ритмом речи.

2. Работа над мягким вводом в речь и речевым дыханием. Речевым материалом служат вначале формулы самовнушений, которые тренирующиеся повторяют мысленно за ведущим. С 6-7 занятия материалом являются специально подобранные тексты, которые предварительно отрабатываются на логопедических занятиях.

Учитывая, что дыхание человека, находящегося в состоянии релаксации, значительно укорачивается, заикающимся вначале предлагаются стихотворения с длиной строки, не превышающей 4-5 слогов (А.С. Пушкин “Адели”). По мере возрастающей речевой активности и приближения к состоянию клинического бодрствования дыхание их удлиняется, в результате чего они получают возможность проговаривать на одном выдохе стихотворную строку в 7-9 слогов (М. Светлов “Гренада”; Д. Самойлов “Названья зим”).

Полученные на АТ навыки закрепляются на логопедических занятиях. Таким образом, речевой материал проходит три ступени обработки:

логопедическое занятие — АТ — логопедическое занятие.

Это позволяет полученные навыки сразу же активизировать.

Второй этап является очень важным как в психотерапевтическом, так и в речевом плане.

В процессе тренировок на этом этапе решается одна из частных задач саморегуляции — отработка навыков локальной релаксации групп мышц, в которых возникает судорожность. Работа приобретает характер направленной органотренировки по группе “Речь”.

Занятия на втором этапе строятся по следующему плану:

1. Вступительная беседа.

2. Расширенная формула спокойствия.

3. Расслабление верхних конечностей брюшного пресса и грудной мускулатуры.

4. Формула спокойствия.

5. Гетерогенные внушения, направленные на усиление терапевтического эффекта самовнушений.

6. Представление трудной речевой ситуации.

7. Формула спокойствия.

8. Речевая тренировка.

9. Расширенная формула спокойствия.

10. Гетерогенные внушения, фиксирующие речевые достижения тренирующихся и утверждающие возможность их реализации в обычных жизненных ситуациях.

11. Двигательные упражнения.

12. Заключительная беседа.

13. Отчеты больных.

Условие проведения речевых тренировок несколько изменяются: тренирующиеся начинают на втором этапе работать с открытыми глазами.

Основная особенность этого этапа заключается во введении представлений патогенных речевых ситуаций, в удлинении и усложнении речевых тренировок и в закреплении речевых достижений заикающихся путем гетерогенных внушений. Правомерность использования приема представлений для выработки новых форм реагирования на патогенные в прошлом ситуации опирается на положения, которые были высказаны Валуевой М.Н. (1967). А именно: представление эмоционально окрашенных ситуаций способно вызывать у индивида эмоциональные и вегетативные сдвиги, аналогичные возникающим в реальной обстановке.

Представление трудной для заикающихся речевой ситуации создается за счет ее вербализации. Ярким образным языком ведущий рисует словесный портрет патогенной речевой ситуации.

Например. Предлагаемая ситуация — посещение магазина. Ведущий обращается к заикающимся: “Ваша задача — пройти по отделам, посмотреть, что есть на прилавке. Вы подходите к одному отделу, затем к другому... Выбираете, что вам нужно купить, и подходите к кассе... Занимаете очередь... Впереди вас два человека. Вы — третий. Очередь продвигается... Вы слышите голос кассира. Она говорит громко, нетерпеливо... Это волнует вас... Вы чувствуете (дается описание состояния волнения). Почувствовав привычное для этой ситуации волнение, вы успокаиваете себя, обращаясь к формуле спокойствия”.

Как только в самоотчетах появляются записи об успешном преодолении волнения, перед заикающимися ставится задача повышенной сложности: представить ситуацию и себя в роли АКТИВНОГО собеседника.

Например. Ситуация та же. Задача: “Воспользовавшись формулами самовнушения (“спокоен”, “совершенно спокоен” и пр.) обратиться к кассиру, назвав необходимую сумму.

Представления новых форм эмоционального и речевого реагирования вначале закрепляются на логопедических занятиях, а затем актуализируются на функциональных речевых тренировках и в обычных жизненных ситуациях. Таким образом используется ступенчатая система контроля и подкрепления (представления — логопедические занятия — функциональные тренировки в реальных условиях — представления). Она позволяет добиться постепенного угашения невротических и вазовегетативных реакций, характерных для данной личности, и разрушения патологических условных связей между эмоциональными, речевыми реакциями и патогенными ситуациями.

Для преодоления судорожности речедвигательного аппарата заикающиеся используют приемы локальной релаксации. Их цель — обеспечить возможность самостоятельной регуляции тонуса мышц артикуляционного и вокального аппаратов.

При этом тренирующимся предлагают следующие самовнушения:

мышцы глотки расслабляются,

язык расслабляется,

нижняя челюсть расслабляется,

чувствую легкое приятное тепло в задней стенке глотки и в корне языка.

В речевом плане это этап напряженных речевых тренировок различной сложности.

Новым является то, что речевой материал готовится к логопедическим занятиям на АТ, представления направлены на выработку новых речевых стереотипов, преодоление логофобии.

Во время тренировок заикающиеся постепенно переходят от легкого дремотного состояния к клиническому “бодрствованию”, от мысленного проговаривания — к активной речевой деятельности.

Речевые тренировки второго этапа проходят по следующей схеме:

- 1. Выработка новых речевых стереотипов (переход от мысленного проговаривания к сопряженно-отраженной и шепотной речи).*
- 2. Закрепление речевых навыков, выработанных на первом занятии АТ и на логопедических занятиях (коллективное чтение текстов, шепотная речь, переходящая в громкую).*
- 3. Подготовка к логопедическим занятиям, одновременная работа всех членов группы (речь громкая).*
- 4. Индивидуальные выступления (речь громкая).*

Речевой материал постепенно усложняется. Заикающиеся выступают с чтением текстов, отрабатываемых ими для логопедических занятий, участвуют в импровизации по предложенной теме. В конце занятий, в ходе гетерогенных внушений, ведущий обязательно обращает внимание заикающихся на свободу речевого акта.

Для автоматизации навыков саморегуляции на данном этапе вводятся физкультминутки — небольшой комплекс физических упражнений, вызывающий повышение общего мышечного напряжения, изменение ритма дыхания и сердечной деятельности.

После зарядки с помощью формул самовнушения тренирующиеся самостоятельно нормализуют свое состояние, обеспечивая возможность речевого общения. Для проведения внушений и самовнушений они вновь погружаются в состояние релаксации.

На третьем этапе в ходе аутогенных тренировок заикающиеся овладевают сокращенными формулами самовнушения, приемами активной регуляции мышечного тонуса и активизации навыков локальной релаксации в процессе речевой деятельности.

Расширенная формула спокойствия заменяется короткими формулировками: “Спокоен, собран, сосредоточен”. Формулы, направленные на расслабление отдельных мышечных групп заменяются короткими самовнушениями: “Живот, грудь, горло, челюсть, губы, язык расслаблены”.

На этом этапе вводятся индивидуальные самовнушения, направленные на преодоление болезненного отношения к речевому дефекту, к собеседнику или к аудитории, которое характерно для данного индивида.

В ходе речевых тренировок третьего этапа полученные навыки саморегуляции активно используются в процессе речевой деятельности. С этой целью тренирующимся предлагается вступать в короткие речевые контакты — диалоги вначале с ведущим, позже с товарищами по группе. Заикающиеся отвечают на поставленные вопросы, разыгрывают сценки с предложенным здесь же сюжетом, тренируют речевые навыки на фоне представления патогенных речевых ситуаций, готовятся к публичным выступлениям. При этом они встают, садятся и снова встают, переходят от группы к группе. Осуществление плавной речи на фоне несколько сниженного мышечного тонуса и состояния эмоционального равновесия обычно не вызывают затруднения.

Речевые тренировки проходят по следующему плану:

- 1. Речевая зарядка (коллективное чтение текстов).*
- 2. Индивидуальная работа — тренировка речевых навыков на фоне представлений трудных речевых ситуаций.*
- 3. Коллективная работа — короткие речевые контакты.*
- 4. Физкультминутка. Использование навыков локальной релаксации.*
- 5. Коллективная работа:*
 - 1) беседы, телефонные разговоры;*
 - 2) импровизации по теме. Проводимые таким образом тренировки обеспечивают возможность автоматизации навыков саморегуляции эмоционального и речевого поведения заикающихся в постепенно усложняющихся условиях.*

Упражнения для формирования речевого дыхания у подростков и взрослых (Н.П. Вербовая, О.М. Головина, В.В. Урнова. Искусство речи. М., 1977.)

Упражнение 1

Встать прямо. Правую руку положить на область движения диафрагмы. Сделать выдох и, когда появится желание вдохнуть, сделать глубокий вдох носом так, чтобы было приятное, легкое ощущение вдоха, без напряжения. Выдыхать следует через рот. Затем выждать естественную в цикле дыхания паузу, снова сделать вдох и затем выдох. Упражнение нужно проделать три раза без перерыва.

При выполнении данного упражнения нужно внимательно следить за тем, чтобы двигалась диафрагма, и оставались спокойными плечи.

Упражнение 2

А) Встать парами: 1 человек—дышит диафрагмой, второй — кладет руки ему на плечи и грудь и проверяет дыхание.

Б) Встать прямо. Кисти рук лежат на нижних ребрах грудной клетки — большой палец впереди, четыре пальца — на спине. Сделать выдох (вообще все упражнения по дыханию нужно начинать с выдоха). Затем сделать вдох носом, затем выдохнуть через рот. Повторить упражнение три раза.

Упражнение 3

Стоять прямо. После предварительного выдоха взять дыхание через нос, последить, правильно ли работают диафрагма, нижние ребра и мышцы живота. Плечи должны быть спокойны. Прежде чем начать выдох, сделать небольшую остановку, которая явится как бы подготовкой к выдоху. Положение мышц диафрагмы при остановке перед выдохом будем называть “опорой дыхания”. Научиться сохранять опору дыхания при выдохе очень важно, так как правильная опора дыхания организует работу голосовых связок на хорошей воздушной струе. После остановки начать выдох через узкое отверстие, образованное губами. При выдохе должно быть такое ощущение, как будто струя воздуха является продолжением воздушного столба, идущего от диафрагмы. Выдох идет легко, постепенно и плавно. Упражнение проделать три-четыре раза. Следить за тем, чтобы не было напряжения в верхней части грудной клетки и в шее. Освободить мышцы шеи, покачивая головой вправо, влево, по кругу, вниз. Прodelать это упражнение и сидя.

Упражнение 4

Медленный вдох (В дальнейшем мы не будем напоминать, что перед вдохом, естественно, следует сделать выдох.) через нос и медленный выдох через узкое отверстие, образованное губами, на свечу (“Свеча”, в данном случае, может быть и воображаемой.), которая стоит недалеко от вас. Пламя ее должно плавно отклониться по ходу течения воздушной струи (от вас). Затем сно-

ва сделать медленный вдох и дуть также медленно на свечу, которая стоит дальше, чем в первом случае. Снова медленный вдох и медленный выдох на свечу, стоящую уже на более далеком расстоянии. Вы ощущаете, что в зависимости от удаления свечи мышцы живота будут испытывать все большее напряжение. Голову вперед не тянуть.

Упражнение 5

Делать быстрый вдох носом, затем паузу и быстрый выдох на свечу, стоящую близко, чтобы загасить ее. Отодвинуть свечу и, делая быстрый вдох, также загасить свечу. Поставить свечу еще дальше, сделать вдох и снова загасить свечу. Мышцы живота работают с хорошей активностью.

Упражнение 6

Для того чтобы приучить себя к контролю над взаимосвязью произвольного вдоха и выдоха, подчиним их счету. Определим длительность вдоха на счет “три”, а длительность выдоха — на счет “шесть”. Чтобы зафиксировать состояние мышц после вдоха в момент подготовки их к выдоху, даем маленькую паузу на счет “один”. Все упражнение будет протекать в такой последовательности: вдох — три единицы, пауза — одна единица, выдох — шесть единиц. Счет вести про себя. Вдох делать носом, а выдох ртом, как бы выдувая воздух на поставленную перед ртом ладонь. Упражнение выполняется три-четыре раза.

Упражнение 7

Данное упражнение рассчитано на тренировку выдоха при образовании одного из согласных звуков — звука Ф, в дальнейшем можно его делать на некоторых других согласных с правильной их установкой.

Встать прямо. Сделать выдох, а затем вдох и начать выдох на звуке Ф. Следить за тем, чтобы не надувались щеки — выдыхаемая струя выходит только через щель, образованную зубами и нижней губой. Следить за опорой дыхания. Вдох делать носом, губы при вдохе должны быть сомкнуты. Упражнение проделать три-четыре раза подряд, следить, чтобы выдох длился не меньше восьми-девяти единиц счета.

Упражнение 8

Исходное положение то же, что и в предыдущем упражнении, но выдох рассчитан на длительность в двенадцать единиц, и эти двенадцать единиц равномерно распределяются между четырьмя звуками: Ф, С, Ш и Х, на каждый звук падает три единицы счета. Упражнение также проделывается три-четыре раза. Следить за опорой дыхания.

Упражнение 9

Сделать быстрый вдох, и на одном выдохе произносить несколько раз подряд звук П. Грудную клетку не сжимать, должны хорошо работать губы. Затем, также быстро вдохнув, на одном выдохе произносить столько раз, на сколько хватит дыхания, группу согласных: ПТК.

Упражнение 10

Полный вдох берется на три единицы, с остановками после каждой единицы, таким образом вдох происходит в несколько приемов. Во время остановки сохраняется то положение дыхательных мышц, на котором их застает остановка. Вдох делать носом, выдох — через узкое отверстие губ

длительностью десять-двенадцать единиц. Последовательность упражнения: вдох — одна остановка — вдох — одна остановка — вдох — одна остановка — выдох десять-двенадцать единиц.

Упражнение 11

Выдох идет при счете вслух до восьми. В упражнении нужно следить за тем, чтобы заданное количество счета шло, как одна фраза, без пауз между словами. Считать ровно, без крика, с хорошей дикцией. Впоследствии счет следует довести до пятнадцати-двадцати-двадцати пяти. При счете стараться подольше сохранять состояние дыхательных мышц живота и грудной клетки в положении вдоха, но не задерживать сам выдох.

Приложение № 4. Парадоксальная дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой (И.Н. Кочеткова. Парадоксальная гимнастика Стрельниковой. М., 1989.)

В логопедической работе над речевым дыханием заикающихся детей, подростков и взрослых широко используется парадоксальная дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой.

В гимнастике основное внимание уделяется вдоху. Вдох производится очень коротко, мгновенно, эмоционально и активно. Главное, по мнению А.Н. Стрельниковой, — это уметь затаить дыхание, “спрятать” дыхание. О выдохе совершенно не думать. Выдох уходит самопроизвольно.

При обучении гимнастике А.Н. Стрельникова советует выполнять 4 основных правила.

Правило № 1

“Гарью пахнет! Тревога!” И резко, шумно, на всю квартиру, нюхайте воздух, как собака след. Чем естественнее, тем лучше.

Самая грубая ошибка — тянуть вдох, чтобы взять воздуха побольше. Вдох короткий, как укол, активный и чем естественнее, тем лучше. Думайте только о вдохе. Чувство тревоги организует активный вдох лучше, чем рассуждения о нем. Поэтому, не стесняясь, яростно, до грубости, нюхайте воздух.

Правило № 2

Выдох — результат вдоха. Не мешайте выдоху уходить после каждого вдоха как угодно, сколько угодно — но

лучше ртом, чем носом. Не помогайте ему. Думайте только: “Гарью пахнет! Тревога!” И следите за тем только, чтобы вдох шел одновременно с движением. Выдох уйдет самопроизвольно. Во время гимнастики рот должен быть слегка приоткрыт. Увлекайтесь вдохом и движением, не будьте скучно-равнодушным. Играйте в дикаря, как играют дети, и все получится. Движения создают короткому вдоху достаточный объем и глубину без особых усилий.

Правило № 3

Повторяйте вдохи так, как будто вы накачиваете шину в темпоритме песен и плясок. И, тренируя движения и вдохи, считайте на 2, 4 и 8. Темп — 60-72 вдоха в минуту. Вдохи громче выдохов. Норма урока — 1000-1200 вдохов, можно и больше — 2000 вдохов. Пауза между дозами вдохов — 1-3 секунды.

Правило № 4

Подряд делайте столько вдохов, сколько в данный момент можете сделать легко.

Весь комплекс содержит 8 упражнений. В начале — разминка. Встаньте прямо. Руки по швам. Ноги на ширине плеч. Делайте короткие, как укол, вдохи громко, шмыгая носом. Не стесняйтесь. Заставьте крылья носа соединяться в момент вдоха, а не расширяйте их. Тренируйте по 2, по 4 вдоха подряд в темпе прогулочного шага “сотню” вдохов. Можно и больше, чтобы ощутить, что ноздри двигаются и

слушаются вас. Вдох, как укол, мгновенный. Думайте: “Гарью пахнет! Откуда?”

Чтобы понять нашу гимнастику, делайте шаг на месте и одновременно с каждым шагом — вдох. Правой-левой, правой-левой, вдох-вдох, вдох-вдох. А не вдох-выдох, как в обычной гимнастике.

Сделайте 96 (сотню) шагов-вдохов в прогулочном темпе. Можно, стоя на месте, можно при ходьбе по комнате, можно переминаясь с ноги на ногу: вперед-назад, вперед-назад, тяжесть тела то на ноге, стоящей впереди, то на ноге, стоящей сзади. В темпе шагов делать длинные вдохи невозможно. Думайте: “Ноги накачивают в меня воздух”. Это помогает. С каждым шагом — вдох, короткий, как укол, и шумный.

Освоив движение, поднимая правую ногу, чуть-чуть приседайте на левой, поднимая левую — на правой. Получится танец рок-н-ролл. Следите за тем, чтобы движения и вдохи шли одновременно. Не мешайте и не помогайте выходить выдохам после каждого вдоха. Повторяйте вдохи ритмично и часто. Делайте их столько, сколько сможете сделать легко.

Движения головы

1. Повороты. Поворачивайте голову вправо-влево, резко, в темпе шагов. И одновременно с каждым поворотом — вдох носом. Короткий, как укол, шумный. 96 вдохов. Думайте:

“Гарью пахнет! Откуда? Слева? Справа?” Нюхайте воздух.

2. “Ушки”. Покачивайте головой, как будто кому-то говорите: “Ай-яй-яй, как не стыдно!” Следите, чтобы тело не поворачивалось. Пра-

вое ухо идет к правому плечу, левое — к левому. Плечи неподвижны. Одновременно с каждым покачиванием — вдох. 3. “Малый маятник”. Кивайте головой вперед-назад, вдох-вдох. Думайте: “Откуда пахнет гарью? Снизу? Сверху?”

Главные движения

1. “Кошка”. Ноги на ширине плеч. Вспомните кошку, которая подкрадывается к воробью. Повторяйте ее движения — чуть-чуть приседая, поворачивайтесь то вправо, то влево. Тяжесть тела переносите то на правую ногу, то на левую. На ту, в какую сторону вы повернулись. И шумно нюхайте воздух справа, слева, в темпе шагов.

2. “Насос”. Возьмите в руки свернутую газету или палочку, как рукоятку насоса, и думайте, что накачиваете шину автомобиля. Вдох — в крайней точке наклона. Кончился наклон — кончился вдох. Не тяните его, разгибаясь, и не разгибайтесь до конца. Шину надо быстро накачать и ехать дальше. Повторяйте вдохи одновременно с наклонами часто, ритмично и легко. Голову не поднимать. Смотреть вниз на воображаемый насос. Вдох, как укол, мгновенный. Из всех наших движений-вдохов, это — самое результативное. “Насос” особенно эффективен при заикании.

3. “Обними плечи”. Поднимите руки на уровень плеч. Согните их в локтях. Поверните ладони к себе и поставьте их перед грудью, чуть ниже шеи. Бросайте руки навстречу друг другу так, чтобы левая обнимала правое плечо, а правая — левую подмышку, то есть, чтобы руки шли параллельно друг другу. Темп шагов. Одновременно

с каждым броском, когда руки теснее всего сошлись, повторите короткие шумные вдохи. Думайте: “Плечи помогают вдоху”. Руки не уводите далеко от тела. Они — рядом. Локти не разгибайте.

4. “Большой маятник”. Это движение слитное, похожее на маятник: “насос”- “обними плечи”, “насос”- “обними плечи”. Темп шагов. Наклон вперед, руки тянутся к земле — вдох, наклон назад, руки обнимают плечи — тоже вдох. Вперед-назад, вдох-вдох, тик-так, тик-так, как маятник.

5. “Полуприседы”. Одна нога впереди, другая сзади. Вес тела на ноге, стоящей впереди, нога сзади чуть касается пола, как перед стартом. Выполняйте легкий, чуть заметный присед, как бы пританцовывая на месте, и одновременно с каждым приседом повторяйте вдох — короткий, легкий. Освоив движение, добавьте одновременные встречные движения рук.

Заикающимся А.Н. Стрельникова советует сочетать движения с произнесением различных звуков на вдохе.

При выполнении упражнения “насос” на каждый наклон на выдохе произносятся гласные звуки или звуковой ряд. Затем рекомендуется произносить следующие звуко сочетания: три, тре, тра, тру; кри, кре, кра, кру; при, пре, пра, пруж и т.п.

На следующих тренировках добавляются и другие сочетания (в произвольной дозировке): рир, рур, рер, рар;

лил, лул, лел, лал; мим, мум, мем, мам; нин, нун, нен, нан;

вив, вув, вев, вав; фиф, фуф, феф, фаф; зиз, зуз, зез, заз;

жиж, жууж, жеж, жаж; иии, шуш, шеш, шаш; чич, чуч, чеч, чач; щии, щуш, щеш, щаш.

Далее следует специальная тренировка “затаенного” дыхания: короткий вдох с наклоном, дыхание максималь-

но задерживается, не разгибаясь, надо вслух считать до восьми, постепенно количество произнесенных на одном выдохе “восьмерок” увеличивается. На одном крепко задержанном вдохе надо набрать как можно больше “восьмерок”. С третьей или четвертой тренировки произнесение заикающимся “восьмерок” сочетается не только с наклонами, но и с упражнением “полуприседы”. Главное, по мнению А.Н. Стрельниковой, почувствовать “схваченное в кулак” дыхание и проявить выдержку, повторяя вслух максимальное количество восьмерок на крепко задержанном дыхании. Разумеется, “восьмеркам” на каждой тренировке предшествует весь комплекс перечисленных выше упражнений.

А.Н. Стрельникова указывает, что дети охотно делают эту гимнастику, особенно если она идет в музыкальном сопровождении. Но темп для них должен быть медленнее. Торопить их нельзя. Урок следует превратить в игру. Например, изображать кошку, которая показывает зубки и пытается поймать воробья. И нюхает, нюхает воздух. Пусть они выполняют приседы, танцуют, как дикари вокруг костра. Такие занятия лучше проводить в группе с несколькими детьми.

Приложение № 5. Упражнения для работы над голосом (Н.П. Вербовая, О.М. Головина, В.В.Урнова. Искусство речи. М., 1977.)

Упражнение 1

Речевой аппарат устанавливается для произнесения звука А (расстояние между зубами равно двум пальцам, язык лежит плоско, кончик у нижних передних резцов), но губы в отличие от положения при звуке А сомкнуты; гортань должна быть опущена, глотка раскрыта, маленький язычок и небная занавеска подняты.

Проверить опущенное состояние глотки можно следующим образом: положить палец на хрящ гортани (адамово яблоко) и сделать глубокий вдох носом. Если палец ощутит движение хряща вниз, то это значит, что гортань опустилась и приняла нужное для свободного течения звука положение, глотка при этом раскрылась, как она обычно раскрывается при зевке: небная занавеска и маленький язычок поднялись вверх.

Встать прямо, проверить, нет ли мышечного напряжения шеи, головы, рук, всего тела;

гортань и речевой аппарат установить в основное положение для свободного звукоотечения. Сделать вдох через нос и, сохраняя основное положение, послать выдыхаемую на звуке М струю так, чтобы ощутить звучание в верхних передних зубах. Звучащая струя воздуха как бы идет от диафрагмы и “ударяется” в верхние передние зубы. Звук должен быть легким

и не очень продолжительным. Приложив руку к губам и верхней челюсти, можно ощутить некоторое дрожание-вибрирование. Это значит, что звук идет верно, без препятствий, что он попал в маску, то есть в кости лица, и отражается в ней.

Упражнение 2

Вывести в маску звук *М*, который как бы разрывает сомкнутые губы гласным звуком *А*. Нижняя челюсть, естественно, опускается. Звук должен быть довольно продолжительным; следить за тем, чтобы при разрыве губ не появлялось призвучивания гнусавости, которая вызывается тем, что небная занавеска не поднимается и не закрывает прохода звука в носовую полость. Сочетание звуков *МА* взять в разных высотах.

Упражнение 3

На одном дыхании вывести сочетание звука *М* с тремя гласными — *А, О, У* и *И, Э, Ы*. Стараться все звуки произносить на одной высоте и направлять в маску. Следить за отсутствием напряжения, опорой и точной артикуляцией всех звуков.

Протяженность звуков характеризует определенную мелодию, которую принято называть “распевной интонацией”, так как это звучание приближается к протяжному певческому. В отличие от “распевной интонации” в тренировке голоса развивается такое звучание, которое называется “речевой интонацией”. “Речевая интонация” отличается отсутствием протяженного звучания гласных и приближается к разговорной мелодии.

Упражнение 4

Задача упражнения — добиться правильного посыла звука в маску в речевой и распевной интонациях. На одной высоте нужно постараться произнести сочетание звука *М* с тремя любыми (более верными) гласными, затем новый вдох — и новое сочетание.

Последовательность упражнения:

- а) вдох носом;
- б) на одном вдохе — *МА, МО, МУ* или *НА, НО, НУ*;
- в) вдох носом;
- г) на одном выдохе — *МИ, МЭ, МЫ* или *НИ, НЭ, НЫ*.

В процессе упражнения необходимо следить за тем, чтобы не форсировать звук, посылать его в маску, держать опору.

Проделать упражнение в различных высотах.

Упражнение 5

Произносить на одном выдохе следующие согласные: *ЖЖЖЖЖЖЖЖ* — *ЗЗЗЗЗЗЗЗЗЗ* — *НННННННННН*. Эти звуки по своей тембральной окраске тяготеют к различным резонаторам: *Ж* — ближе грудному звучанию, *З* — середине или “смешанному”, среднему резонатору, *Н* — верхнему (головному, лицевому). Произнося подряд все согласные, постарайтесь проверить вибрацию звука во всех резонаторных полостях, прикладывая руку к груди, к лицевым костям (иначе маска). Попробуйте переводить звучание всех согласных в различные резонаторы.

Упражнение 6

На звуке У воспроизведите гудок трех теплоходов: большого, среднего и маленького. Последовательность гудков безразлична. Вы должны услышать три различные высоты вашего голоса. Проверьте резонаторы. Хорошо вытягивайте губы вперед при образовании звука У. Три услышанные и верно воспроизведенные высоты будут в какой-то степени определять диапазон вашего речевого голоса.

Упражнение 7

Взять воображаемый мяч, определить для себя какой он величины и начать “играть”, ударяя им об пол. При этом считать до десяти, на каждый счет ударяя по мячу, чтобы он “отскакивал” от пола. Затем, также считая до десяти, подбрасывать мяч на каждый счет вверх, потом снова ударять мячом об пол и считать до десяти. Каждый раз считать на одном выдохе. Повторить эту игру несколько раз. Вы услышите, что с изменением полета мяча изменится и высота вашего голоса: мяч внизу — звук голоса ниже, мячверху — звук голоса выше. Следить, чтобы звук не был напряженным, не тянуть сильно вверх шею, когда мяч летит вверх.

Упражнение 8

Собака (назовем ее Бобик) убежала, ее надо вернуть домой. Звать будем три раза:

один раз с далекого расстояния, затем с более близкого, и, наконец, собака будет около вас. Повторять кличку собаки несколько раз в быстром темпе, кроме последнего (собака около вас). Последовательность упражнения: произнести слово “Бобик” на одном дыхании десять раз (собака далеко) — остановка — произнести слово “Бобик” десять раз (собака подошла ближе) — остановка — повторить кличку несколько раз, но более медленно (собака подошла к вам). В упражнении должна меняться высота звука.

Упражнение 9

Принцип и задача те же, что и в предыдущем упражнении, но теперь собака бежит на зов без остановки, поэтому повторять ее кличку от высоких нот к низким через средние без остановки на одном дыхании. Произносить кличку столько раз, насколько хватит дыхания.

Упражнение 10

Вспомнив различие высот вашего голоса, которое появилось в предыдущих упражнениях, посчитайте до десяти на одном дыхании в трех различных высотах; после каждого счета до десяти нужно делать остановку, чтобы взять дыхание и услышать следующую высоту.

Упражнение 11

Произнести фразу “Я вам приказываю” с повышением по строчкам, начав с удобной нижней высоты. Всего пройти пять-шесть ступеней, не уходя в крик.

Произнести данную фразу, оправдывая ситуацию (оправданием может быть, например, то обстоятельство, что приказ не выполняется).

Упражнение 12

В упражнении участвуют два человека. У первого фраза “Накажу!”, у второго “Нет!”. Первый произносит свою фразу в повышении по строчкам, второй идет на понижение. Первый приказывает, второй отвечает. Необходимо оправдать диалог предлагаемыми обстоятельствами.

Приложение № 6. Упражнения для использования на логоритмических занятиях (Воспитание и обучение детей с расстройствами речи. Под ред. С.С. Ляпидевского и В.И. Селиверстова. М., Просвещение, 1968.)

Упражнения на сочетание музыки с движениями

Сочетание характера музыки с движениями

- 1. Дети ходят под музыку или удары барабана в любом направлении, меняя темп движений в зависимости от быстроты музыки.*
- 2. Дети, построившись в ряд, на темп марша подражают маршировке бойцов.*
- 3. Дети строятся в несколько кружков. По сигналу, данному на барабанах или рояле, дети разбегаются по комнате. По следующему сигналу дети снова строятся в кружки в том же составе.*
- 4. Дети ходят колонной по кругу под музыку. В зависимости от характера музыки они исполняют различные движения, подражая медведю, зайцу, полету птицы, коню и др.*
- 5. Исполняется маршевая, танцевальная и колыбельная музыка. Дети стоят в кругу. Они определяют характер музыки и выполняют соответствующие движения.*

Сочетание темпа музыки с темпом движений

- 1. Дети, встав парами друг за другом и держась за руки, идут по кругу, изображая лошадь и кучера. С переходом на быстрый темп, бегут.*
- 2. Дети стоят в шеренге, и каждому дается обруч (мяч). На медленный темп дети, держа обруч над головой, медленно опускают его и поднимают.*
- 3. Дети идут колонной по кругу. Первый останавливается в одном углу, второй — в следующем, третий — в четвертом, пятый — в первом, шестой — во втором и т.д. Таким образом, дети окажутся в конце маршировки стоящими в четырех углах колонны, лицом к центру. После этого первый, идя по кругу, соберет всех детей в колонну, присоединяя по очереди по одному из каждого угла.*
- 4. Дети идут под музыку в колонне по одному через середину. Дойдя до противоположной стороны комнаты, расходятся: один — налево, один — направо, в обход комнаты. Встретившись, идут попарно в колонне через середину. Снова расходятся по одному в обход комнаты и, встречаясь, образуют колонну по одному, как вначале.*

5. Дети, сидящие на маленьких стульях, под медленный темп музыки поднимают обе ноги на сиденье стула и опускают, это движение повторяется 2 раза. Под быстрый темп музыки делают “бег на месте” (движения), высоко поднимая колени, не вставая со стула.

6. Дети построены в две шеренги, сидя на полу, вытянув ноги, лицом друг к другу на расстоянии 3-4 шагов. На медленный темп перекачивают мячи друг другу, с переходом на быстрый темп оставляют мячи на полу и бегом меняются местами.

7. Дети идут парами в темпе марша. При переходе на быстрый темп все пары останавливаются, поднимают сцепленные руки и образуют ворота, в которые пробегает первая пара и становится последней. Повторяется всеми парами.

8. Под медленный темп музыки дети, стоя в кругу, ударяют мяч об пол и ловят обеими руками.

С переходом музыки на быстрый темп дети берут мяч в правую руку, высоко поднимают его и бегут по кругу. С возобновлением музыки медленного темпа дети опять ударяют мяч об пол.

9. Под марш дети идут по начерченной мелом линии. При переходе музыки на быстрый темп дети бегут к обручу, лежащему в центре комнаты, берутся за него руками (по указанию воспитателя), бегут по кругу, держась за обруч, пока не услышат изменение темпа музыки. Кладут обруч на пол и идут опять друг за другом по линии.

10. Дети идут по кругу под марш, потом музыка меняется и дети разбегаются свободно по комнате, как только музыка смолкает, дети приседают на корточки. Снова звучит марш, дети встают, делают поворот и идут по кругу.

11. Дети стоят парами в колонне, повернувшись лицом друг к другу. Каждой паре дается скакалка. На медленный темп музыки дети правой рукой медленно вращают скакалку; на быстрый — вращение скакалки соответственно ускоряется. Музыка замолкает, дети переключают скакалку в левую руку, и с началом звучания вращение скакалки возобновляется.

12. Под марш дети идут цепочкой, взявшись за руки. Музыка меняется, дети останавливаются, поднимают руки и образуют ворота. Впереди стоящий перебегают через всю цепь ворот и становится последним в цепочке. Звучит снова марш, дети снова идут цепочкой.

13. По кругу стоят стулья на расстоянии 2-3 шагов один от другого. Под марш дети идут между стульями. При смене музыки на более быстрый темп дети бегут по внешнему кругу. Музыка смолкает, дети садятся на стулья.

14. Возжак с бубном в руке задает свой темп. Вся группа детей идет за возжаком. По сигналу педагога возжак останавливается и упражнение возобновляется с новым возжаком.

15. Дети бегут и одновременно делают хлопки (по одному хлопку на два шага). На речевую команду “гоп” переходят с бега на шаг, при этом делают два хлопка на один шаг.

16. Дети идут по кругу в темпе, задаваемом педагогом на рояле или барабане. Вне круга на стуле лежит другой барабан. Музыка замолкает. Дети останавливаются, и тот, кто останавливался около барабана, ударяет в него, передавая темп начатой музыки. Педагог дает новый темп, и дети опять идут по кругу.

17. Один ребенок дает в своем темпе хлопки, стоящий за ним сейчас же повторяет хлопки в этом же темпе, за ним следующий и т.д. Педагог дает сигнал, дети прекращают упражнение. Когда педагог опускает снова флаг, упражнение возобновляется следующим ребенком, который задает свой темп.

18. Дети становятся в два круга. Внутренний круг двигается в темпе марша вправо, а внешний одновременно в темпе бега — влево: по сигналу роли кругов меняются.

19. Дети сидят в кругу на полу на одинаковом расстоянии друг от друга, вытянув ноги к центру. Один ребенок, высоко поднимая ноги (сгибая колени), перешагивает через ноги каждого сидящего, стараясь это делать в темпе музыки. На остановку в музыке он останавливается и меняется с тем, перед которым остановился. И упражнение продолжается.

20. Дети, смотря на движение палочки педагога, передают темп хлопками. Темп

равномерный, а с постепенным ускорением и замедлением. Это упражнение, помимо хлопков, можно сопровождать повторением условного слога (например: та-та или ля-ля) для того, чтобы ребенок уловил постепенно изменяющуюся скорость в процессе произношения.

Сочетание ритма музыки с ритмом движений

1. Дети стоят шеренгой вдоль стен. 3 такта стоят на месте. Идут 2 такта шеренгой вперед и 2 такта назад. Повторяют это движение два раза. Затем поворачиваются вправо и в течение 4 тактов переходят колонной к следующей стене и выстраиваются вдоль нее. Маршировка шеренгой вперед и назад и переход к следующей стене повторяются до возвращения к исходному положению.

2. Дети стоят двумя шеренгами друг за другом. 2-я шеренга образует ворота. 3 такта стоят на месте, 2-я шеренга проходит вперед под воротами 1-й шеренги и образует, в свою очередь, ворота. Затем 1-я шеренга проходит под воротами 2-й и снова образует ворота. Это поочередное движение шеренгами повторяется два раза. Потом в течение 4 тактов обе шеренги отступают к исходному положению.

3. Дети сидят в кругу попарно, обращены лицом друг к другу. Поочередно указательным пальцем грозят друг другу сначала правой рукой, а затем левой по 2 такта. На остановку поворачиваются спинами друг к другу и, оказавшись с новым соседом, продолжают так же исполнять этот ритм.

4. Дети стоят в кругу, один держит мяч. На 2 такта плавно поднимает над головой, затем на 2 такта передает мяч рядом стоящему ребен-

ку. Второй передает 3-му и т.д. до конца, пока мяч не придет обратно к 1-му ребенку.

5. Дети стоят по кругу. Свободное качание обеих рук вперед и назад (8 тактов).

6. Дети маршируют по кругу в течение 8 тактов, затем прыгают на месте на двух или на одной ноге — также 8 тактов.

7. Дети держатся попарно за обе руки. Четыре раза поднимаются и опускаются на носки и два раза приседают в соответствии с ритмом музыки.

8. Дети стоят в кругу, держась за руки. На один-два делают два шага к центру, на три опускают руки, на четыре делают прыжок на двух ногах с поворотом к центру и берутся за руки, так же идут от центра.

9. Дети стоят парами по кругу, взявшись за руки. Первый такт, опустив руки, кружатся вокруг себя вправо. При повторении музыки, во втором такте, пары кружатся влево.

10. Дети стоят парами лицом друг к другу, держась обеими руками. Первый такт сопровождается прыжками на месте с поочередным выставлением вперед то одной, то другой ноги. На второй такт берутся правыми руками и кружатся на месте, потом берутся опять обеими руками.

11. Дети стоят по кругу, с внешней стороны круга около каждого на полу лежит флажок. Дети делают три шага и одновременно с третьим шагом наклоняются и берут с пола флажки. На второй такт скачут по кругу с высоко поднятым флажком. Потом опять делают три шага и кладут флажок.

Упражнения на координацию речи с движениями

1. Дети стоят по кругу и бросают мяч вправо (влево), в зависимости от того, что каждому из них хочется, а затем через круг любому, при этом говорят: “Я бросаю мяч вправо, я катаю через круг”.

2. Дети маршируют по кругу. В середине — “пруд”.

По дорожке вдоль пруда

Я гуляю иногда,

Но подальше от воды,

Чтобы не было беды!

3. Двое детей становятся друг за другом. Первый идет по кругу очень большими шагами. Одновременно говорит: “Дядя Степа длинноногий по дороге зашагал”. Второй бежит за ним по кругу и говорит: ((Мальчик-с-пальчик по дорожке вслед за дядей побежал”. Первый. Дядя Степа оглянулся, но ни слова не сказал.

Второй. Мальчик-с-пальчик усмехнулся — дядю Степу он догнал.

4. Дети в руках держат воображаемую щетку и делают движения, как бы чистят зубы, говоря: “Раз, два, три — зубы щеткой крепко три!”

5. Дети становятся в круг лицом друг к другу на расстоянии вытянутых рук. При слове “опусти” делают шаг назад и опускают руки. Затем, подставляя ногу, говоря “подними”, поднимают руки. Затем — шаг назад, говоря “закрой”, прижимают руки к груди и, подставляя ногу, говорят “открой”, руки опять вытягивают в сторону.

6. Дети сидят на стульях, изображая поезд: делают движения руками, сопровождая каждое

движение словом “чух”, по сигналу дети останавливают движение и говорят: “Паровоз, паровоз, вот он папу привез”.

7. Дети сидят в кругу на стульях. Один из детей с флажком идет за стульями, говорит: “Я иду тихо, тихо”. Останавливается за стулом одного ребенка, стучит флажком о стул, говоря:

“Я стучу громко — тук, тук, тук\” Передает флажок и садится на стул, по которому стучал.

8. “Стук, стук молотком — строим, строим дом”, — дети хором говорят стихи с постепенным нарастанием голоса. На слова “стук, стук молотком” дети стучат об пол, на слова “строим, строим, строим дом” постепенно выпрямляются, сила голоса нарастает и, поднимая правые руки и соединяя их в центре, дети образуют “дом”.

9. Один из детей, пастух, ходит среди ребят, расположившихся на полу (лугу). Пастух играет на дудочке и говорит:

Ай ду-ду, ай ду-ду,

Я все стадо стерегу,

Ай ду-ду, ай ду-ду,

На зеленом на лугу. Роль пастуха дети исполняют поочередно.

10. Дети группой сидят на полу в середине комнаты и говорят:

Эй, самолет, плавно лети!

Вверх, вниз, вверх, вниз. Сопровождаются слова поворотами головы, как бы следя за самолетом.

11. Дети ходят по кругу на носках:

Маме надо отдыхать, Маме хочется поспать, Я на цыпочках хожу, Я ее не разбужу.

12. Дети стоят на одной ноге. Руки вытянуты

в стороны.

*Очень трудно так стоять, ножку на пол не спускать. И не падать, не качаться,
За соседа не держаться.*

13. Дети вытягивают руки в стороны, сжимают кисть в кулак, разжимают и кладут на пояс:

Руки в стороны, в кулачок. Разжимай — и на бочок.

14. Дети садятся на корточки, прижимая головы книзу и обхватив руками колени, потом постепенно выпрямляются, становятся на носки и тянутся сколько возможно вверх, поднимая руки. Выполнять движения, сопровождая соответственно словами:

Сначала буду маленький, к коленочкам прижмусь, Потом я вырасту большой, до лампы дотянусь!

15. Дети делают прыжки ногами врозь и вместе. (Текст произносит педагог или другие дети.) Ножки вместе, ножки врозь, ножки прямо,

ножки вкось,

Ножки здесь и ножки там, что за шум и что за гам!

16. Дети делают два раза движения — на носки и возвращение в исходное положение и два полуприседа, опять два раза на носки и одно глубокое приседание. Выполнять движения соответственно словам:

Ванька, встань-ка, Ванька, встань-ка, Приседай-ка, приседай-ка, Будь послушен, ишь какой, нам не справиться с тобой!

17. Делают круги руками.

Быстро вертится крыло, мелет мельница зерно,

А из смолотой муки испекут нам пирожки!

Исходное положение руки назад. На указанный акцент руки должны быть внизу.

18. Дети делают движения руками, изображая паровоз:

Едем, едем, долго едем. Очень длинен этот путь. Скоро до Москвы доедем, Там мы сможем отдохнуть.

19. Дети, подражая движению дворника с метлой, говорят:

Подметаю я свой двор, Собираю в кучу сор. Будут все меня хвалить, “Молодец” мне говорить! На акцент метла движется влево.

20. Дети держатся попарно за правую руку, подражая движению пыльщиков, и говорят:

Пили, пила, пили живей, Мы домик строим для зверей. В нем серый зайчик станет жить. И с нами будет он дружить. Движения рук вперед и назад совпадают с акцентом.

21. Дети “вбивают молоточком гвозди в стену”, говорят:

Молоточком я стучу (два удара), В стенку гвоздь вколочу (два удара). Гвоздь вбиваю сильнее (два удара) Для картинке моей! (два удара).

22. Дети стоят по кругу. Играют в мяч:

Мячик мой, лети высоко (бросок вверх). Мячик мой, лети далеко (бросок через круг), По полу беги скорей (перекатывают через круг). Скок об пол, смелей, смелей (бросок четыре раза об пол).

23. Дети перебрасывают мяч от соседа к соседу в правую или в левую сторону.

Целый день я лечу,

Целый день я скачу,

Больше прыгать не могу,

Ах, сейчас я упаду! На последнем слоге каждой строки мяч ударяется об пол.

24. Игра сопровождается стихами С. Маршака “Мой веселый, звонкий мяч...”. Слова произносятся тем ребенком, который бросает мяч.

25. Дети стоят по кругу и перекатывают обруч (мяч) через круг, говоря: “Лови” (“Коля, лови”; “Коля, лови мячик” и т.д.).

26. На ковре, на расстоянии одного шага, лежат семь больших кубиков. Ребенок наступает по очереди на каждый кубик, говоря:

Я по камешкам пройду, через речку перейду. Последний шаг с кубика на пол.

27. “Стрекозы”. Дети встают в круг. На слова “Я летала, я летала, устали на знала” делают летательные движения. “Села, посидела, опять полетела” (останавливаются и опускаются на одно колено):

Я подруг себе нашла,

Весело нам было. Дети делают летательные движения.

Хоровод кругом вела,

Солнышко светило. Берутся за руки и водят хоровод.

28. “Заяц”. Все дети сидят и читают стишок:

Заяц белый, заяц белый,

Ты куда за лыком бегал? Один из детей, заяц, скачет по комнате в ритме стиха:

Заяц белый отвечал:

“Я не бегал, а скакал”. Заяц останавливается и отвечает на вопрос детей.

29. Дети изображают все, о чем говорится в стишке, движения выполняются в ритме стиха:

Моем шею,

Моем уши,

Вытираемся посуше.

Не спеша, не спеша.

Мы и зубы чистим тоже,

Порошком, порошком.

30. “Мяч”. На каждое слово мяч перебрасывается через круг.

Мяч летает полосатый.

В мяч играют медвежата.

31. “Гусь”. Дети ходят по кругу, изображая гуся. На каждое ударное слово они делают очередной шаг:

Гусь гуляет по дорожке,

Гусь играет т гармошке (руки в стороны).

И гордится гармонист:

Я га-га-га голосист!

32. “Дятел”. Дети, изображая стук дятла по дереву, ударяют правой рукой, в форме клюва, по ладони левой руки. Движения выполняются на акцент:

Я по дереву стучу,

Червячка добыть хочу,

Хоть и скрылся под корой,

Все равно он будет мой.

33. “Маляр”.

Красить комнаты пора —

Пригласили маляра.

Он приходит в новый дом

С яркой краской и ведром. Дети медленно поднимают и опускают правую руку (на акцент), изображая движения маляра.

Приложение № 7. Логопедический массаж при заикании (Методика логопедического массажа модифицирована Е.А. Дьяковой)

Логопедический массаж при заикании проводится наряду с логопедическими занятиями, психотерапевтическим, медикаментозным и физиотерапевтическим воздействиями. Логопедический массаж, как правило, предваряет иные логопедические приемы, используемые на занятиях.

Массаж выполняется в основном в области головы, шеи и верхнего плечевого пояса. При проведении логопедического массажа логопед должен хорошо представлять себе механизм нарушения, а также знать анатомию мимических и артикуляционных мышц, мышц шеи, а также область распространения черепно-мозговых нервов. В особенности важно четко представлять область иннервации тройничного и лицевого нервов.

При заикании принято использование в основном двух видов массажа: сегментарного и точечного, а также их сочетаний.

Методика сегментарного массажа

Сегментарный массаж позволяет изолированно воздействовать на отдельные мышцы, обеспечивающие речевую деятельность.

Массаж проводится в чистом, уютном, теплом и хорошо проветренном помещении.

Руки логопеда должны быть чистыми, теплыми, без ссадин, царапин или каких-либо очагов воспаления, с коротко стриженными ногтями, без украшений, мешающих проведению массажа. Перед массажем руки можно слегка смазать “Детским” кремом или использовать “Детскую присыпку”.

Массаж рекомендуется проводить ежедневно или через день. Обычно назначают 10-20 процедур. Длительность процедуры может варьироваться в зависимости от возраста пациента и неврологической симптоматики. Обычно массаж начинается с 5-7 минут и может доводиться до 20-25 минут. При хроническом течении заикания рекомендуются повторные курсы массажа.

Массаж следует начинать с принятия правильной позы, или позы покоя. Принятие правильной позы способствует расслаблению мышц и не затрудняет дыхание.

Можно начало массажа предварять фразами, которые способствуют успокоению, расслаблению.

“Успокаиваешься, отдыхаешь. Дыхание ровное, спокойное, ритмичное. Ты спокоен и расслаблен. Глаза закрыты. Дышишь легко и свободно. Твои мышцы расслаблены. Ты отдыхаешь. Тебе хорошо и спокойно”. Голос логопеда при этом должен быть тихим, мягким, успокаивающим.

Оптимальны следующие положения тела при сегментарном массаже:

1. положение заикающегося на спине, руки вдоль тела, ноги лежат свободно, носки несколько разведены. Под головой находится небольшая плоская подушка, которая доходит до верхнего края лопаток. Специалист занимает положение за головой пациента.

2. поза — полусидя, в кресле с высоким подголовником. Специалист занимает положение за спиной пациента.

Основные приемы сегментарного массажа:

1. поглаживание: а) поверхностное поглаживание;

б) глубокое охватывающее поглаживание.

2. растирание.

3. разминание.

4. вибрация или поколачивание.

5. плотное нажатие.

1. Поглаживание. Это обязательный прием, с которого начинают каждую процедуру. Он чередуется с другими приемами и заканчивает каждый массажный комплекс. Значимость приема заключается в следующем: при поглаживании усиливается кровообращение в поверхностно расположенных сосудах, снижается мышечный тонус, регулируется дыхание.

Движения осуществляются выпрямленной кистью, первый палец отведен, остальные согнуты. Прилагаемое усилие не должно вызывать смещение кожи.

Поглаживание подразделяется на поверхностное и глубокое (охватывающее). В виде вспомогательного приема используется “граблеобразное” поглаживание.

а) Поверхностное поглаживание

Это наиболее мягкий, щадящий прием. Ладони специалиста расслаблены. Прием применяется для снижения тонуса мышц лицевой и артикуляционной мускулатуры.

б) Глубокое поглаживание — более интенсивный прием. Он применяется для воздействия на рецепторы глубоко “заложённых” мышц и сосудов, тем самым оказывает некоторое возбуждающее воздействие на центральную нервную систему. Глубокое поглаживание надо осуществлять в доступных для изолированного воздействия мышцах.

в) “Граблеобразное” поглаживание в основном используется при массаже волосистой части головы. При выполнении этого движения пальцы широко разведены. Прием выполняется подушечками пальцев в продольном, поперечном, зигзагообразном и круговом направлениях.

2. Растирание— выполняется с применением значительной силы давления на массируемую область, что вызывает смещение и растяжение массируемых тканей. Оно значительно усиливает кровообращение, обменные и трофические процессы в тканях, сократительную функцию мышц, повышает тонус. Прием выполняется подушечками пальцев, ребром ладони или всей ладонной поверхностью. Движение осуществляется в прямом или спиралевидном направлении.

3. Разминание — максимально активизирует работу мышц. Оно проводится путем сдвигания, растяжения, разминания тканей. Массажные движения выполняются в продольном, поперечном, но чаще в спиралевидном направлениях.

4. Вибрация или поколачивание. Оказывает различное воздействие. Сильная, жесткая вибрация повышает тонус мышц, а легкая, слабая — снижает их тонус.

Прием вибрации осуществляется одним, двумя или всеми пальцами, придавая тканям колебательные движения различной частоты и амплитуды. Движения могут проводиться одной рукой, двумя руками одновременно или последовательно параллельно с двух сторон. Вибрация изменяет внутритканевый обмен, улучшает трофику тканей.

5. Плотное нажатие. Улучшает кровообращение, лимфообращение, обменные процессы. Можно использовать в местах выхода пучков нервных окончаний. Это так называемые “биологически активные точки”. Плотным нажатием этих мест заканчивается, как правило, любое поглаживание.

Выбор приемов массажа осуществляется дифференцирование, в зависимости от распределения тонуса мышц.

При заикании в основном используются такие приемы, как: поверхностное охватывающее поглаживание, слабая вибрация и плотное нажатие. В меньшей степени используются остальные приемы.

Самостоятельно отдельные приемы в практике массажа, как правило, не применяются, а используются в виде комплексов приемов.

Диагностика состояния мышц

Для правильного выбора приемов и дозировки корректирующего логопедического массажа для заикающихся необходимо определить состояние тонуса мышц:

— мышц шеи и верхнего плечевого пояса;

— мимических мышц;

— артикуляционных мышц;

— мышц языка.

Это устанавливается путем: а) осмотра; б) пальпации; в) выполнения динамических и статических упражнений, используемых при обследовании состояния указанных групп мышц пациента.

Необходимо учитывать эмоциональное состояние заикающегося и его личностные особенности.

КОМПЛЕКС МАССАЖНЫХ ДВИЖЕНИЙ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ПРИ ЗАИКании

Общие указания к проведению расслабляющего массажа

1. Массаж производится в медленном темпе.
2. Расслаблению мышц способствует музыкальное сопровождение (тихая музыка с медленным, плавным ритмом) или проговаривание логопедом, проводящим массаж, формул спокойствия аутогенной тренировки.
3. Массаж должен вызывать у заикающегося приятные ощущения тепла и покоя.
4. Руки массажиста должны быть обязательно теплыми.

Расслабление мышц шеи

У заикающихся часто отмечается выраженный тонус в мышцах шеи и верхнего плечевого пояса. Расслабление мышц шеи рефлекторно снижает тонус корня языка, способствует активизации движений нижней челюсти (снятие “мышечных зажимов”).

Рекомендуется проводить следующий комплекс массажных движений:

- 1) Медленно поглаживать шею ладонями

обеих рук сверху вниз:

а) в области горла попеременно то правой, то левой рукой (избегая надавливания на область щитовидной железы);

б) от околоушной области лица по боковой поверхности шеи до подмышечной впадины (снимает тонус с грудинно-ключично-сосцевидной мышцы). 2) Положить обе руки на заднюю часть шеи, близкую к затылку, руки скользят по боковой части шеи вниз до подмышечной впадины (снимают тонус с трапецевидной мышцы).

Дополнительно после массажа можно использовать упражнения, способствующие расслаблению шейных мышц:

а) голову уронили вперед — “уснули”;

б) голову слегка запрокинули; из этого положения движения вправо-влево и вниз.

в) голову опустили, затем “уронили”.

Расслабление лицевой мускулатуры

1) Массаж начинается от середины лба по направлению к вискам (рис. 1).

Вариант движения: от середины лба к ушным раковинам (рис. 1^а).

2) Вторым направлением расслабляющего массажа является движение от бровей к волосистой части головы. Движения производятся обеими руками равномерно с обеих сторон (рис. 2).

В точках окончания движения производится незначительное нажатие пальцами.

3. Движение от подбородка с двух сторон к височным впадинам, с фиксацией пальцев в углублениях у козелка и мочки уха (рис. 3).

4. Движение от спинки носа к ушной раковине (рис. 4).

5. Движение от середины верхней губы до ушных раковин (рис. 5).

6. Движение от средней линии лба вниз через височные впадины по щекам к середине подбородка (рис. 6).



Рис. 1



Рис. 1^а



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7

7. Поглаживание от середины подбородка по нижней губе, по носогубной складке, по боковым поверхностям носа через переносицу к середине лба и по лбу к височным впадинам, закончить движение легким прижатием кожи (рис. 7).

Эти движения выполняются в основном указательным, средним и безымянным пальцами. Каждое движение заканчивается легким нажатием подушечками пальцев в фиксированных местах окончания движения. Движения № 3, 4, 5 повторяются с использованием приема легкой вибрации.

Массаж для расслабления круговой мышцы глаза

1. Поглаживание подушечками второго и третьего пальцев обеих рук; одновременно скользить от виска по нижнему веку к внутреннему углу глаза. Дойдя до внутренних углов глаз, вторым и третьим пальцами легко скользить по брови по направлению к виску. Заканчивать движение легким прижиманием кожи на висках (рис. 8).

2. Поглаживание круговых мышц глаз. Подушечками четвертых пальцев обеих рук одновременно производить поглаживание от виска по нижнему веку к

внутреннему углу глаза. Затем плавно переходить на верхнее веко и поглаживать его очень легко, не нажимая на глазное яблоко (рис. 9).

Расслабляющий массаж мышц губ

Проводятся легкие движения в следующих направлениях:

- 1. По верхней губе от угла рта к середине (рис. 10).*
- 2. По нижней губе от угла рта к середине (рис. 11).*
- 3. От середины верхней губы на подбородок (рис. 12).*
- 4. Указательные и средние пальцы логопед располагает около углов рта и слегка растягивает губы, как при улыбке. Обратным движением губы возвращаются в исходное положение. Движения легкие и плавные (рис. 13).*
- 5. Поглаживание носогубных складок от крыльев носа к углам рта (рис. 14).*
- 6. Вторым и третьим пальцами легкое постукивание круговой мышцы губ по часовой стрелке (рис. 15).*

Массажные движения проводятся при различном положении рта: закрытом, и слегка приоткрытом.

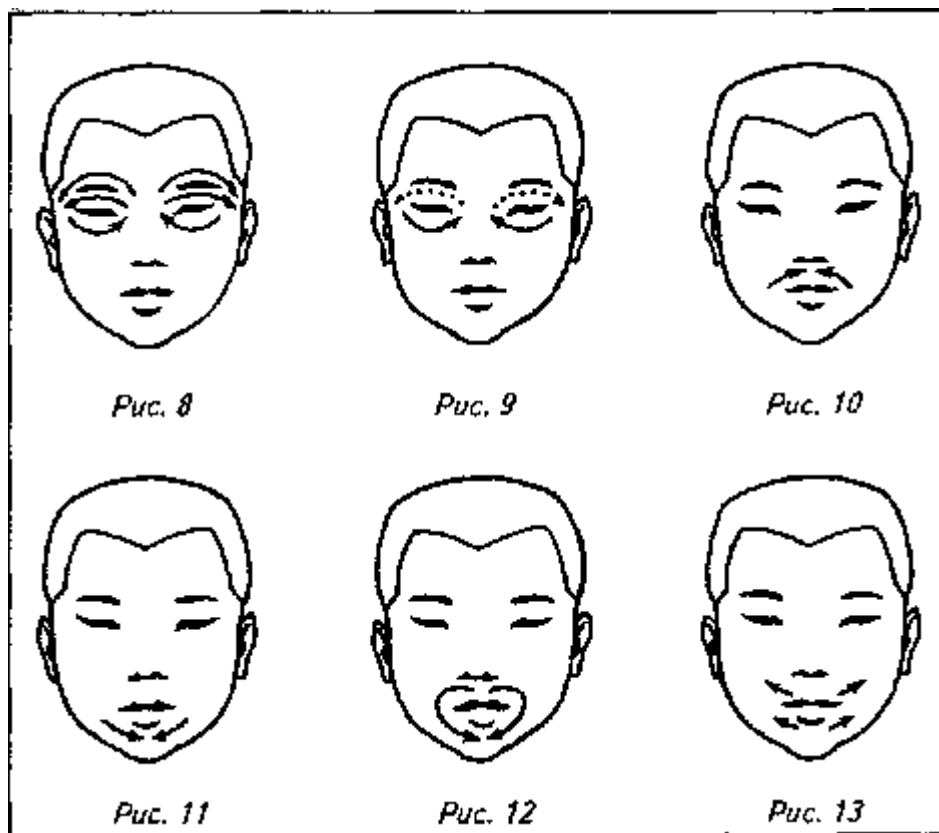




Рис. 14



Рис. 15

Массаж гортани

Осторожно захватить гортань большим, а также указательным и средним пальцами и производить легкие ритмичные движения в поперечном направлении. В процессе массажа заикающийся может пропевать гласные звуки.

Последовательность воздействия на массируемые области в процессе одного сеанса массажа может быть следующая:

- 1) мышцы шеи;*
- 2) мышцы верхнего плечевого пояса;*
- 3) мимическая мускулатура;*
- 4) мышцы губ;*
- 5) область гортани.*

С заикающимися проводится главным образом массаж, направленный на расслабление мышц и устранение так называемых мышечных зажимов.

Этот вид массажа (расслабляющий) благотворно воздействует, главным образом, на заикающихся с невротической формой речевой патологии.

При неврозоподобной форме заикания нередко отмечаются остаточные паретические

явления в артикуляционной мускулатуре, которые могут быть выражены как спастичностью, так и вялостью артикуляционных мышц.

В особенности часто эти явления наблюдаются в мышцах языка. В этих случаях в комплекс массажных движений включается специальный дифференцированный массаж пораженных мышц.

Методика точечного массажа (Массаж биологически активных точек)

Воздействие на биологически активные точки (БАТ) представляет собой один из методов рефлексорной терапии.

Основной целью специального точечного массажа при заикании являются:

— релаксация мышц, обеспечивающих работу голосового, дыхательного и артикуляционного аппаратов;

— нормализация эмоционального состояния заикающихся.

Путем нажатия на БАТ вызываются определенные рефлекторные реакции в соответствующих органах или мышцах.

Одним из условий эффективности точечного массажа служит правильное определение локализации биологически активной точки (БАТ).

При определении нужной точки ориентирами служат различные анатомические образования: впадины, мышцы, сухожилия, кости и пр.

Приемы точечного массажа для детей те же, что и для взрослых, но надавливание на точки не должно быть интенсивным.

Основные приемы точечного массажа

Основными при коррекции заикания являются два приема:

1. Поглаживание — подушечкой указательного, среднего или безымянного пальцев производят круговые движения в области БАТ, при этом прилагаемое усилие не должно вызывать смещения тканей.

Движение должно осуществляться медленно и непрерывно, что способствует расслаблению мышц.

2. Разминание — производят вращательное движение с надавливанием, палец не должен смещаться с проекции точки. Частота вращения 30-60 оборотов в минуту.

Поскольку для заикающихся основной задачей является релаксация мышц, участвующих в речевом процессе, то воздействия на точку производятся следующим образом: надавливание на точку подушечкой пальцев осуществляется легко, вращательные движения должны быть медленными, плавными, по часовой стрелке, около 30 сек с постепенным увеличением силы давления. Затем следует слегка ослабить силу давления. Не убирая палец, можно сделать остановку на 1-2 сек и повторять движения 3-4 раза, так что воздействие на одну точку может продолжаться в течение 3-5 мин. После того, как палец снят с точки, на коже не должно быть заметной ямки.

Рассмотрим БАТ в комплексе по принципу воздействия:

Комплекс БАТ 1 — снятие напряжения с мышц артикуляционной мускулатуры (рис. 16):

а) одиночная точка под носом в верхней трети вертикальной борозды по верхней губе;

б) одиночная точка в центре подбородочно-губной складки;

в) парные точки снаружи от угла рта на 1 см, на вертикальной линии от зрачка;

Комплекс БАТ 2 — связан с состоянием мышц глотки и гортани. Способствует снятию напряжения с голосового аппарата (рис. 17):

а) точка на средней линии шеи, между нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща;

б) точка примерно на 0,7 см выше верхнего края яремной вырезки грудины.

БАТ 3 — связана с состоянием мышц глотки, гортани и корня языка, способствует расслаблению данных мышц (рис. 18). Массировать аккуратно, так как легко возникают неприятные ощущения.

Точка располагается на средней линии шеи или посередине верхнего края подъязычной кости.

БАТ 4 — способствует снятию напряжения с мышц нижней челюсти (рис. 19).

Точка на середине наиболее выступающей части подбородка.

Комплекс БАТ 5 — способствует снятию напряжения с мышц нижней челюсти (рис. 20):

а) парные точки спереди от козелка уха, во впадине, которая образуется нижним краем скуловой кости и вырезкой нижней челюсти;

б) парные точки на уровне нижнего края прикрепления мочки уха.

Комплекс БАТ 6 — направлен на регуляцию ритма дыхания и снятие напряжения с мышц верхнего плечевого пояса (рис. 21):

а) точка находится на уровне ладони, приложенной к ключицам;

б) точка на уровне расположения сосков в центре грудины;

в) парные точки находятся в образующемся углублении при положении сведенных плеч.

Комплекс БАТ 7 — точки общего действия, воздействуют на мышцы голосового аппарата, повышают работоспособность при умственном утомлении (рис. 22):

а) парные точки ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости на 4 поперечных пальца у переднего края большеберцовой мышцы;

б) парные точки между I и II пястными костями, ближе к середине II пястной кости, в ямке.

БАТ 8 — “точка жизни”.

Одиночная точка на темени, ближе к макушке, во впадине на “прямом проборе” — там, где его пересечет линия, проведенная от уха к уху вертикально вверх через верхние точки ушных раковин (рис. 23).



Рис. 16



Рис. 17



Рис. 18



Рис. 19



Рис. 20

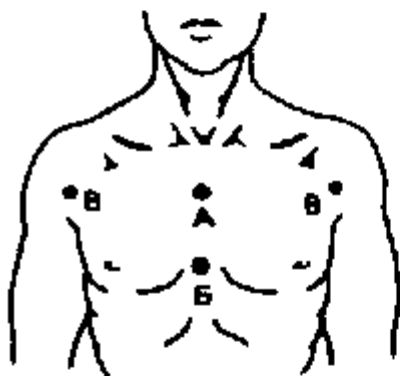


Рис. 21



Рис. 22



Рис. 23

При проведении точечного массажа необходимо учитывать следующее:

- 1) На первых сеансах массируют не более 3-4-х точек, постепенно увеличивая их количество.
- 2) Симметричные точки массируют попарно и одновременно.
- 3) Точечный массаж рекомендуется сочетать с сегментарным.
- 4) Массаж, как правило, предшествует логопедическому занятию.

В редких случаях он может составить заключительный этап занятия.

5) Массаж рекомендуется проводить курсом: между 1 и 2 курсом перерыв 2 недели; между 2 и 3 перерыв может составлять около 3-х месяцев. Курсы повторяются каждые 3-6 месяцев. Процедуры следует проводить через день. Перерыв между сеансами массажа, проводимого курсом, не должен превышать 3-х дней.

6) Ребенок во время точечного массажа должен быть расслаблен и спокоен. Точечный массаж при заикании полезно проводить на фоне релаксации. Для этой цели можно использовать специально подобранную музыку, а также проводить массаж на фоне аутогенной тренировки.

Список литературы

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.—1975.
2. Арутюнян Л.З. Как лечить заикание. М. — 1993.
3. Асатиани Н.М. Заикание у взрослых. // Заикание. Под ред. Н.А. Власовой, К.П. Беккера. М. — 1983. С. 180-221.
4. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейро-лингвистический анализ синтаксиса. М., 1989.
5. Белякова Л.И. Проблемный подход к анализу патогенетических механизмов заикания. // Заикание: проблемы теории и практики. Под ред. Беляковой Л.И. М.— 1992. С. 3-20.
6. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Речевые паузы в нормальной речи и при заикании. // Вопросы психологии. № 3, 1993. С.88-94.
7. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Сравнительный анализ речевых параметров у лиц с нормальной речью и заикающихся. // Психоллингвистика и современная логопедия. Под ред. Халиловой Л.Б. М.—1997. С. 156-169.
8. Берштейн Н.А. Очерки по физиологии движения и физиологии активности. М. — 1966.
9. Блысина И.В., Ковшиков В.А. Массаж в коррекции артикуляторных расстройств. С-Пб. — 1995.
10. Болдырева Т.А. Динамика формирования личности заикающихся. // Заикание. Проблемы теории и практики. Под ред. Беляковой Л.Б. М— 1992. С. 76-87.
11. Буль П.И. Основы психотерапии. Л. — Медицина. — 1974.
12. Вербовая Н.П., Головина О.М., Урнова В.В. Искусство речи. М. —1977.
13. Вессарт О.В. Лингвистические факторы, провоцирующие возникновение запинок при заикании. // Сб. Заикание. Экспериментальные исследования и методы реабилитации. М. — 1986. С. 37-45.
14. Вильсон Д.К.. Нарушения голоса у детей. М. — 1990.

15. Власова Н.А. Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. М. — 1959.
16. Волкова Г.А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. М. — 1983.
17. Воспитание и обучение детей с расстройствами речи. Под ред. С.С. Ляпидевского и В.И. Селиверстова. М., Просвещение, 1968.
18. Выгодская И.Б., Пеллингер Е.А., Успенская Л.П. Устранение заикания у дошкольников в игре. Пособие для логопедов. М.—1984.
19. Выгодский Л.С. Развитие высших психических функций. М. — 1960.
20. Гринер В.А. Логопедическая ритмика для дошкольников. М., 1958.
21. Групповая психотерапия. Под ред. Карвасарского Б.Д., Ледера С. М. — 1990.
22. Данилов И.В., Черепанов И.М. Патопсихология логоневрозов. Л. —1970.
23. Драпкин Б.З. Психотерапия в комплексном лечении заикания у подростков. // Клиника и терапия заикания. М. — 1984.
24. Дьякова Е. А. Речевые ошибки и особенности процесса речеобразования у заикающихся. // Заикание. Проблемы теории и практики. Под ред. Л.И.Беляковой. М.-1992. С.38-50.
25. Жинкин Н.И. Речь как проводник информации. М., 1982.
26. Заикание у подростков. Книга для логопеда. Из опыта работы. // Сост. Буянов М.И. — М. — 1989
27. Заикание: проблемы теории и практики. Под ред. Беляковой Л.И. М. — 1992.
28. Зимняя И.А. Основы теории речевой деятельности. М.—1974.
29. Игры в логопедической работе с детьми: Книга для логопеда // Ред. сост. В.И. Селиверстов. М., 1987.
30. Калачева И.О. Использование семейной психотерапии в процессе реабилитации детей раннего возраста, страдающих заиканием.// Заикание: проблемы теории и практики. М.—1992. С. 100-107.
31. Клиника и терапия заикания. Под ред. Г.В. Морозова. М.— 1984.
32. Клиника, дифференциальная диагностика и принципы комплексной терапии затяжных форм заикания у взрослых в условиях стационара. Методические рекомендации. Сост.: Асатиани Н.М., Казаков В.Г., Лубенская А.И., Оганесян Е.В. М.— 1980.
33. Козлянинова И.П., Чарели Э.М. Речевой голос и его воспитание. М. — 1985.

34. Кочеткова И.И. Парадоксальная гимнастика Стрельниковой. М. — 1989.
35. Крапивина Л.М. Методические рекомендации по организации и содержанию логопедических занятий с заикающимися преддошкольного возраста. // Заикание: проблемы теории и практики. Под ред. Беяковой Л.И. — М. — 1992. С. 126-141.
36. Кузьмин Ю.М. Модели нормального процесса речи и механизмы речевых нарушений. // В сб.: Механизмы речевого процесса и реабилитация больных с речевыми нарушениями. Сб. научн. трудов. 1989. С. 5-24.
37. Левина Р.Е. Заикание у детей. // В кн.: Преодоление заикания у детей. Под ред. Левиной Р.Е. М., 1975. — С. 3-22.
38. Леонтьев А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания. М., 1969.
39. Лечебно-педагогическая работа с детьми дошкольного возраста, страдающими заиканием (методические рекомендации). Сост.:
- Н.А. Власова, И.О. Калачева, А.А. Макровская. М. — 1979.
40. Логопедия. Под ред. Волковой Л.С. М. — 1989.
41. Лохов М.И. Психофизиологические механизмы коррекции речи при заикании. С.-Пб. — 1994.
42. Лурия А.Д. Основы нейропсихологии. М. — 1973.
43. Методы групповой психотерапевтической работы с больными, страдающими заиканием (методические рекомендации). Сост.:
- Шкловский В.М., Кроть Л.М., Михайлова Е.Л. М. — 1985.
44. Миронова С.А. Исправление заикания у дошкольников в процессе обучения. // Преодоление заикания у дошкольников. Под ред. Левиной Р.Е. М. — 1975. С. 23-135.
45. Миссуловин Л.Я. Лечение заикания. // М. — 1988.
46. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л. — 1960.
47. Некрасова Ю.Б. Психологические основы процесса социореабилитации заикающихся. Автореф. дисс. д-ра психологических наук. М., 1992.
48. Носенко Э. Л. Эмоциональное состояние и речь. Киев. — 1981.
49. Обучение и воспитание заикающихся дошкольников: Программа для специальных дошкольных учреждений. М. — 1983.
50. Оганесян Е.В. Логопедическая ритмика. М. — 1998.
51. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Р.Е. Левиной. М., 1968.

52. Пеллингер Е.Л., Успенская Л.П. Как помочь заикающимся школьникам. М. — 1995.
53. Рау Е.Ф. Система работы по устранению недостатков речи у детей дошкольного и школьного возраста. М. — 1965.
54. Рау Е.Ю. Роль игровой психотерапии в устранении заикания у дошкольников. // Психотерапия в дефектологии. Сост. Вайзман Н.П. М.— 1992.
55. Романенко О.К. Практическая гештальттерапия. М. — 1995.
56. Рычкова Н.А. Логопедическая ритмика. Диагностика и коррекция произвольных движений у детей, страдающих заиканием. / Методические рекомендации. М. — 1997.
57. Саитбаева Э.Р. Психолингвистический анализ связной речи заикающихся дошкольников в сравнении с нормой. // Заикание: проблемы теории и практики. Под ред. Беляковой Л.И. М. — 1992. С.20-37.
58. Селиверстов В.И. Заикание у детей. Пособие для логопедов. //М.—1994.
59. Сикорский И.А. О заикании. С.-Пб. 1889.
60. Станишевская Н.Н. Психологическое исследование личности взрослых больных, страдающих заиканием. // В сб.: Клиника и терапия заикания. Сборник научн. трудов. Под ред. Морозова Г.В. М., 1984.—С. 98-106.
- 61 Чевелева Н.А. Исправление заикания у дошкольников в процессе обучения. М. — 1965
- 62 Чевелева Н.А. Исправление заикания у школьников в процессе обучения М — 1978
- 63 Чистякова М.И. Психогимнастика М — 1990.
- 64 Шкловский В.М Заикание М — 1994.
- 65 Шкловский В.М. Психотерапия в комплексной системе терапии логоневрозов. // Руководство по психотерапии М — 1974 С. 197-209.
- 66 Ястребова А.В. Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы Пособие для учителей-логопедов М — Просвещение 1980.—С. 5-14