

Серия «Логопедия: от теории к практике»

ЗАИКАНИЕ:

ПРОБЛЕМЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

Коллективная монография
под редакцией Л.И. Беляковой



Москва
2015

Авторы: С.Р. Асланова, О.А. Беглова, Л.И. Беякова, Т.А. Болдырева,
Е.А. Дьякова, А.П. Канари, Л.М. Крапивина, С.В. Леонова,
В.П. Мерзлякова, М.П. Осиповская, Е.Ю. Рау,
Э.Р. Саитбаева, Ю.О. Филатова, А.В. Харенкова,
Т.Г. Хатнюкова-Шишкова

Рецензенты: д-р пед. наук, проф. *Е.В. Оганесян*;
канд. пед. наук, проф. *В.И. Селиверстов*

312 Заикание: проблемы теории и практики: Коллективная монография / Под ред. Л.И. Беяковой. — М.: Национальный книжный центр, 2015. — 184 с. (Логопедия: от теории к практике.)
ISBN 978–5–4441–0122–3

Приведенные в книге материалы отражают результаты исследований, посвященных проблеме заикания, проведенных в рамках научной школы кафедры логопедии Московского педагогического государственного университета. В коллективной монографии содержатся результаты изучения речевой функции заикающихся, их личностных и поведенческих особенностей в клиническом, психофизиологическом, логопедическом, психологическом и психолингвистическом аспектах. Даны теоретические представления о формировании патологических функциональных систем при заикании и методические рекомендации, направленные на реабилитацию лиц, страдающих заиканием.

Книга адресована логопедам, врачам, психологам, а также может быть использована в качестве учебного пособия студентами-логопедами и учителями-логопедами.

ББК 74.3

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Проблемный подход к анализу патогенетических механизмов заикания <i>Белякова Л.И.</i>	6
Глава 1. Психолого-педагогические исследования заикающихся.	23
Инициальный период заикания у детей дошкольного возраста <i>Харенкова А.В.</i>	24
Самооценка как элемент психодиагностики личностно-коммуникативных нарушений заикающихся дошкольников (на основе анализа детских рисунков) <i>Канари А.П.</i>	33
Значение стресса и фрустрации в появлении и развитии невротической формы заикания <i>Рау Е.Ю.</i>	38
Динамика формирования личности заикающихся <i>Болдырева Т.А.</i>	50
Заикание и клаттеринг как сходные явления в дезорганизации ритмических процессов, обеспечивающих речь <i>Филатова Ю.О.</i>	61
Особенности развития речевого дыхания у дошкольников <i>Хатнюкова-Шишкова Т.Г.</i>	73
Глава 2. Психолингвистический анализ речи заикающихся.	79
Показатели неплавности речи у детей дошкольного возраста как признаки нормального и нарушенного ее развития <i>Асланова С.Р.</i>	80

Психолингвистический анализ связной речи заикающихся дошкольников в сравнении с нормой <i>Саитбаева Э.Р.</i>	89
Особенности связной речи заикающихся школьников-билингвов в сравнении с нормой <i>Осиновская М.П.</i>	105
Особенности структурирования монологического высказывания у заикающихся школьников <i>Леонова С.В.</i>	115
Речевые ошибки и особенности процесса речеобразования у заикающихся <i>Дьякова Е.А.</i>	122
Глава 3. Методы реабилитации заикающихся.	135
Организация и содержание логопедических занятий с заикающимися детьми преддошкольного возраста <i>Крапивина Л.М.</i>	136
Организация и содержание охранительного режима для детей группы риска заикания <i>Асланова С.Р., Крапивина Л.М.</i>	151
Дифференцированный клинико-психолого-педагогический подход в изучении и коррекции заикания у школьников <i>Леонова С.В.</i>	156
Личностно-ориентированный подход в системе устранения заикания у подростков и взрослых <i>Мерзлякова В.П.</i>	165
Интегративный подход к применению танцевально-двигательных техник при устранении заикания <i>Беглова О.А.</i>	171
Авторы	181

ВВЕДЕНИЕ

Коллективная монография содержит результаты исследований речевой функции заикающихся, их личностных и поведенческих особенностей в клиническом, психофизиологическом, логопедическом, психологическом и психолингвистическом аспектах. Даны теоретические представления о формировании патологических функциональных систем при заикании. Представлены авторские разработки методик коррекции заикания и воспитания личности заикающихся, а также методические рекомендации, направленные на реабилитацию детей и взрослых, страдающих заиканием.

Впервые сборник под названием «Заикание: проблемы теории и практики» был собран и опубликован в 1992 году. Сборник широко использовался логопедами-практиками, студентами, а также исследователями в области заикания. За прошедшие 20 лет на кафедре логопедии Московского педагогического государственного университета было защищено значительное число диссертаций на соискание ученой степени кандидата педагогических наук по тематике «Заикание». Переиздание книги связано с тем, что она стала библиографической редкостью, а главное, за прошедшее время теория и практика заикания существенно обогатились. Изменение содержания произошло за счет работ, осуществленных на кафедре логопедии Московского педагогического государственного университета. В коллективной монографии выдержан принципиальный подход к рассмотрению проблемы заикания, включающий: клинико-педагогическую дифференциацию заикания, оригинальные методы изучения и обучения заикающихся. Особый интерес в данном научном издании представляют работы, посвященные инициальному периоду заикания у детей, предупреждению развития заикания и содержанию логопедической помощи заикающихся детей дошкольного возраста.

Коллективная монография адресована логопедам, врачам и психологам, а также может быть использована в качестве учебного пособия для студентов-логопедов дефектологического факультета и учителями-логопедами.

ПРОБЛЕМНЫЙ ПОДХОД К АНАЛИЗУ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАИКАНИЯ

Л.И. Белякова

К проблеме заикания приковано пристальное внимание ученых разных стран мира в течение многих лет, но до настоящего времени она остается наименее расшифрованной среди других проблем речевой патологии. Появившиеся в последние годы в нашей стране прогрессивные идеи в отношении разных клинических форм заикания и разработка их диагностических критериев не получила еще достаточного развития в практике. Наличие разных точек зрения на патогенез заикания, отсутствие глубоких теоретических обоснований и недостаточная эффективность методов реабилитации заикающихся свидетельствуют о необходимости продолжения углубленного всестороннего изучения феномена заикания и заикающихся как носителей этой речевой патологии.

Несмотря на различие представлений о механизмах развития данной речевой аномалии, все исследователи сходятся на том, что заикание является расстройством деятельности нервной системы.

Заикание феноменологически представляет собой тонические и клонические судороги мышц речевого аппарата. Дискоординация в сокращении мышц речевого аппарата связана с тем, что моторные центры речи получают от разных полушарий мозга несогласованную во времени информацию [26].

Впервые заикание возникает обычно в возрасте двух-пяти лет, когда у ребенка-дошкольника формируется или уже сформировалась фразовая речь, а момент судорожного приступа строго ограничивается условиями речевого общения.

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, что 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 испытал бы чувства испуга или не бывал в ситуации психологически напряженных семейных отношений. Психический стресс в своем опыте имеет каждый ребенок, а эмоциогенные структуры его мозга испытывают периоды сильного возбуждения. Это означает, что гиперактивация эмоциогенных структур далеко не всегда заканчивается последующим развитием у ребенка патологических реакций и, тем более, заикания. При нормальном вызревании мозга уже в дошкольном возрасте в центральной нервной системе развиваются регулирующие тормозные процессы, достаточно сильные для того, чтобы подавить излишнее возбуждение в эмоциогенных структурах мозга, блокировать распространение этого возбуждения и не дать сформироваться очагу застойной патологической активности в этих отделах центральной нервной системы.

Анамнестические сведения о психическом развитии ребенка с невротической формой заикания свидетельствуют о том, что ещё до появления речевой патологии таким детям присуща особая эмоциональная реактивность: повышенная впечатлительность, тревожность, робость, низкий уровень адаптивных возможностей организма, что характеризует врожденные или рано приобретенные отклонения от нормы в состоянии центральной нервной системы, в особенности те ее структур, которые имеют отношение к эмоциям, а также к регулирующим тормозящим системам. По-видимому, в силу этих характеристик центральной нервной системы у таких детей под влиянием психического стресса может формироваться генератор патологически усиленного возбуждения в том отделе центральной нервной системы, который структурно и функционально «обеспечивает» эмоциональные реакции. Однако, вероятнее всего, и этих условий бывает ещё недостаточно для появления заикания: психический стресс нередко вызывает у детей общее невротическое состояние без появления речевой патологии. Значит, в дополнение к этому необходимы вторичные условия, при которых возникший под влиянием психического стресса генератор патологически усиленного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга смог бы активно влиять на другие образования центральной нервной системы, в том числе на структуры и системы, обеспечивающие речевую деятельность. Это влияние вовлекло бы их в патологическую реакцию и

объединило бы в новую организацию — патологическую функциональную систему речи с конечным патологическим результатом в виде судорожных речевых запинок при общении. Следовательно, для вовлечения в патологическую систему специфических речевых структур необходимо, чтобы они обладали предрасположенностью к этому или эндогенной «уязвимостью» (генетической либо другой). На наличие врожденной предрасположенности к заиканию говорят J. Aiuriaguerra [24], P. Petrak [25] и др.

Указанием на возможность особой ранимости речевой функциональной системы у детей с невротической формой заикания служит характер речевого онтогенеза до появления речевой патологии. У таких детей речь развивается рано — нередко в первые полтора — два года жизни, быстро («лавинообразно») накапливается большой словарный запас, рано формируется грамматический строй речи со сложными речевыми конструкциями, то есть развитие речевого общения опережает норму. В то же время артикуляторные механизмы, обеспечивающие базовый уровень экспрессивной речи, а, следовательно, и внутреннюю согласованность всех систем речи двигательного анализатора, остаются функционально незрелыми [6].

Эти явления дизонтогенеза речевых механизмов у детей с невротической формой заикания свидетельствуют об особом, отличном от нормы состоянии высших отделов центральной нервной системы, имеющих отношение к речевой деятельности.

Следует также учесть и возрастной период возникновения заикания (2-5 лет), играющий специфическую роль в формировании речи, так как он характеризуется самым напряженным темпом становления всех сторон сложнейшей функциональной системы речи.

Известно, что период наиболее интенсивного развития любой функциональной системы организма является уязвимым при воздействии патогенных факторов [1]. В этот период даже в норме отмечаются примеры «сбоя» психомоторных речевых механизмов в силу несформированности регулярных речевых механизмов (запинки несудорожного характера, итерации).

Таким образом, эндогенные механизмы, способствующие появлению невротической формы заикания, сложны и не сводятся к самому факту пережитой ребенком психической травмы.

У детей, перенесших психический стресс с последующим появлением заикания, защитные механизмы центральной нервной системы бывают развиты и достаточно сильны. Здоровые функциональные системы способны подавить возникший генератор патоло-

гически усиленного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга и формирующуюся патологическую функциональную систему речи. В этих случаях наблюдается заикание как эпизод или спонтанное регрессионное течение заикания. В других случаях современные адекватные коррекционные воздействия также способствуют нормализации речи.

У детей с невротической формой заикания при низком уровне компенсаторных возможностей мозга быстро формирующаяся патологическая функциональная система речи подавляет защитные механизмы и адаптивные формы перестройки нервной системы. Это способствует развитию патологического процесса и дальнейшей дезинтеграции деятельности центральной нервной системы в целом, что проявляется в хронификации заикания.

Немалую роль в хронификации заикания, помимо свойств самой центральной нервной системы, играет неправильное поведение родителей. Угроза и наказания за «плохую» речь, демонстративная тревожность по отношению к ребенку и его речи, перегруженность ребенка впечатлениями в период появления заикания — ухудшают состояние компенсаторных механизмов, усиливают эмоциональное возбуждение, а следовательно, способствуют дальнейшему закреплению патологической системы речевого акта.

Очевидная связь невротической формы заикания с эмоциональным состоянием позволяет считать, что генератор патологического возбуждения в эмоциогенных структурах мозга быстро становится детерминантой (детерминанта — формирующее, управляющее звено функциональной системы, выражение принципа внутрисистемных отношений [5, 13], которое в дальнейшем объединяет различные структуры центральной нервной системы, в том числе и речевые, в патологическую и определяет характер активности этих структур).

На начальной стадии формирования патологической речевой функциональной системы при невротической форме заикания судорожные запинки относительно редки, так как патологическая детерминанта на ранних стадиях развития нервных расстройств повышает свою активность только при действиях специфических раздражителей, какими являются повторный испуг и ситуации, вызывающие состояние эмоционального напряжения.

Формирование у детей дошкольного возраста новой патологической системы речи на фоне уже развитого базового уровня нормальной речи создает особые условия взаимовлияния и функционирования каждой из них.

Нормальная функциональная речевая система не останавливается в своем развитии: звукопроизношение и фонематический слух формируются нормально, обогащается номинативная сторона речи, уточняются и усложняются грамматические категории. Речевое общение в первое время после появления судорожных запинок мало отличается по интенсивности от нормы. В то же время у некоторых детей в моменты судорожных речевых запинок на лице бывает выражение испуга, иногда они прикрывают ладонью рот, жалуются, что «язычок не говорит». Эти аффективные реакции наблюдаются в первые 1-3 суток после начала заикания, затем они затухают. Часто с появлением заикания отмечается снижение силы голоса и переход временами на шепотную речь.

В старшем дошкольном возрасте, когда формируется монологическая речь, дети с невротической формой заикания хуже своих сверстников используют в устной монологической речи имеющийся в их распоряжении лексический и грамматический материал, с затруднением составляют рассказ по картинке и передают содержание прослушанного текста. Данные, полученные В. Матановой [16], Э.Р. Сайтбаевой, убедительно свидетельствуют о том, что у старших дошкольников с невротической формой заикания начинается искаженно развиваться планирование монологической речи. С возрастом эта тенденция становится ярко выраженной (Е.А. Дьякова).

Электрофизиологические исследования сократительной активности речевых мышц [5] указывают на то, что речедвигательные стереотипы, несмотря на принципиальное сходство с нормой (общий «рисунок» сокращения мышцы, латентные периоды, длительность и отсутствие последствия), более неустойчивы, чем в норме, легко нарушаются при усложнении речевой задачи. Все эти явления можно трактовать как угнетение, торможение и искажение под влиянием патологической речевой системы нормального хода созревания функциональной системы речи, базовый уровень которой сформировался до начала заикания.

Патологическая речевая система с конечным результатом — заиканием также испытывает тормозящие влияния со стороны нормальной функциональной речевой системы: в период усиления защитных механизмов центральной нервной системы и уменьшения в силу этого активности патологической детерминанты речь детей становится «гладкой». Чем дольше этот период длится, чем адекватнее педагогические, лечебные и психологические воздействия, тем

более стереотипными, зрелыми и устойчивыми к патологическим влияниям становятся нормальные речевые механизмы.

Существование двух речевых систем (патологической и нормальной) при невротической форме заикания отчетливо прослеживается даже при тяжелой степени этой речевой патологии. На фоне речи, искаженной не только речевыми судорогами, но и патологическим выбором лексических средств, наблюдается нормальное произнесение законченных фраз, по содержанию напоминающих ремарки к собственному высказыванию (Е.А. Дьякова).

Из клинических и психолого-педагогических наблюдений известно, что в препубертатном возрасте (11-12 лет) при невротической форме заикания возникает патологическая личностная реакция на речевой дефект с развитием логофобии (логофобия, выступающая здесь как невротическая фобия, выражается в «навязчивом переживании страха с четкой фабулой, обостряющимся в определенных ситуациях при наличии достаточной критики». — Б.Д. Карвасарский. Неврозы. М., 1980. С. 43), изменение общения, начало формирования патологических форм поведенческих реакций. Подростки резко снижают количество и качество общения (как речевого, так и неречевого), начинают уединяться, отказываются от ответов у доски в классе, в семье либо становятся конфликтными, либо отгораживаются от близких. Наличие речевого дефекта становится для заикающихся тяжелым психотравмирующим обстоятельством [3, 9, 10, 11], что иногда заканчивается суицидом (наблюдения логопеда Е.Ф. Громовой). Это свидетельствует о дальнейшей эндогенезации патологического процесса и появлении вторичных психологических детерминант, в свою очередь определяющих характер конечного патологического результата — заикания.

С возрастом при хроническом течении заикания боязнь речевого общения начинает носить для заикающегося яркий и тягостный характер, она наблюдается в непосредственной и устойчивой зависимости от индивидуально значимой ситуации речевого общения [3, 10]. Нередко в более старшем возрасте (в 20 лет и позже) логофобия начинает доминировать в клинической картине нервного расстройства, речевые судорожные запинки отходят как бы на второй план. Все переживания заикающихся заполнены страхом речи, они сводят общение к минимуму, иногда меняют не только место работы, но и профессию [9, 11]. В то же время даже мысленное представление ситуации речевого общения вызывает у таких лиц резко выраженные вегетативные расстройства: учащение пульса до 140 ударов в

минуту, поверхностное частое дыхание, ярко выраженные, кожно-гальванические реакции, резкое усиление фоновой мышечной активности, в первую очередь артикуляторных мышц. Произнесение в такие моменты (то есть в отсутствие реальной речевой ситуации) индифферентных по значению слов характеризуется патологическими отклонениями во многих физиологических показателях.

У взрослых, страдающих невротической формой заикания, существенно меняются фоновые (то есть находящиеся в «покое») характеристики физиологических показателей. Особенно ярко это проявляется на электроэнцефалограмме и электромиограмме артикуляторных мышц. Результаты исследования [5] свидетельствуют о нарушении устойчивости регуляторных систем мозга, снижении корковых тормозящих влияний, связанных с патологической активностью эмоциогенных структур мозга. Можно считать, что под влиянием патологической речевой системы возникают устойчивые изменения в коре больших полушарий и лимбических (эмоциогенных) структурах, что является одним из механизмов генерализации патологического процесса и формирования сложно взаимодействующих устойчивых патологических систем [8].

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 центральной нервной системы обуславливает сопряженное торможение других структур и таким образом доминирует над ними [22] в межсистемных отношениях), что клинически выражается сильным страхом речи при относительно легкой степени заикания. Эти особенности внутрисистемных и межсистемных отношений (собственно речевой патологической системы, нормальной речевой системы и системы психологического реагирования) во многом объясняет значительные трудности реабилитации взрослых заикающихся. Коррекционно-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 требует создания в первую очередь новых сильных очагов в эмоциогенных структурах мозга, что возможно при сильном эмоци-

ональном возбуждении, связанном, главным образом, с неречевыми видами деятельности [2, 18]. В дальнейшем необходима продолжительная педагогическая и психотерапевтическая работа по перевоспитанию личности, характера её эмоционального реагирования, поведенческих реакций и т.п. (Т. А. Болдырева и др.).

Торможение эмоциогенных речевых детерминант у взрослых является очень сложной задачей. Тем не менее применение специализированной аутогенной тренировки [15] и проведение на ее фоне восстановительной логопедической работы, направленной на регуляцию речедвигательных механизмов (логоритмика, пение, логопедические занятия), а также процессов, связанных с порождением речи, способствуют успешной реабилитации заикающихся.

Отсутствие патологической детерминанты, связанной с психологическим реагированием на речевой дефект, у заикающихся дошкольников позволяет сосредоточиться главным образом на логопедической работе, направленной на развитие речевой стереотипии и на формирование планирования монологической речи [14, 17, 23]. Различные виды психотерапии, период молчания, адекватно применяемый при этой форме заикания в начале коррекционного воздействия, позволяют уменьшить силу детерминанты в эмоциогенных структурах мозга, связанной с патологической системой речи у заикающихся дошкольников.

Другая клиническая форма заикания — *неврозоподобная* — в популяции встречается с той же частотой, что и невротическая.

При неврозоподобной форме заикания на первый взгляд трудно выявить непосредственную причину и условия появления судорожных речевых запинок. Заикание этой формы появляется у детей в дошкольном возрасте как бы исподволь, и родителями обнаруживается не сразу.

Как правило, у носителей данной речевой патологии в анамнезе есть признаки аномального протекания пре- или пеританального периода жизни. И в детском, и в зрелом возрасте неврологически и электрофизиологически (ЭЭГ) диагностируются 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, диспластичностью, плохим усвоением ритма и темпа, гиперкинезами различного типа [19, 20]. Поведение таких детей характеризуется обычно двигательной расторможенностью, у них

обнаруживается недостаточность активного внимания, снижение памяти и т.п. [12].

Речевой онтогенез до появления заикания у детей с неврозоподобной его формой существенно отличается от речевого развития детей с невротической формой заикания. Это относится как к темпу развития, так и к качественным характеристикам. Голосовые реакции и лепетные слова произносятся несколько сильным голосом, мало интонированы, плохо воспроизводятся мелодии. Дети начинают произносить слова после 2-2,5 лет, фразовая речь появляется — к 3-3,5 годам. Звукопроизношение имеет множественные нарушения.

Судорожные запинки впервые начинают проявляться в связи с развитием фразовой речи. Выраженные поначалу слабо, они быстро приобретают устойчивый характер, начинают сопровождаться насильственными движениями, речевыми эмболами.

Специальные 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, свидетельствующие о наличии патологической активности подкорковых моторных (стриопаллидарных) структур мозга и ослаблении регулирующих влияний со стороны его высших отделов [4]. Известно, что именно стрипаллидарные структуры имеют непосредственное отношение к регуляции деятельности мышц, создавая фон «покая» («оперантный покой»), на котором разворачивается сокращение мышцы, и влияют на характер сократительной активности. Все это имеет непосредственное отношение к речевой артикуляции, осуществляемой в результате сложной сенсомоторной системы. Есть основания полагать, что генератор патологического возбуждения при неврозоподобной форме заикания формируется вследствие органического поражения подкорковых моторных структур и нарушения корковых регулирующих влияний (предположительно, тоже органической природы).

Существует большое количество детей с клинически установленным диагнозом органического поражения центральной нервной системы, в том числе моторных систем мозга (например, детский церебральный паралич) 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 тонической (фоновой) и сократительной активности ре-

чевых мышц. Кроме того, известно, что компенсаторные механизмы мозга могут длительно (иногда на протяжении всей жизни) подавлять патологическую очаговую активность.

Неврозоподобное заикание появляется в процессе формирования фразовой речи, на этапе развития новых значительно более сложных координаторных взаимоотношений, необходимых для реализации психомоторного акта. Возможно, что этот феномен не является строго специфичным только для речевой моторной системы у лиц с неврозоподобной формой заикания.

Следует напомнить, что во всех возрастных периодах жизни лица с неврозоподобным заиканием с трудом усваивают новый ритм и темп движений, у них особо страдает тонкая моторика рук, движения сопровождаются различного рода гиперкинезами, то есть ярко выражено нарушение моторных функций, связанное, главным образом, с низким уровнем регуляторных процессов.

У детей с неврозоподобной формой заикания до появления фразовой речи (3-3,5 года) не бывает судорожных запинок. Это свидетельствует о том, что элементарная, словесная речь, даже при наличии значительных нарушений звукопроизношения, обеспечивается достаточно эффективными регуляторными механизмами, способствующими внутренней согласованности всех систем речедвигательного анализатора.

Сами судорожные запинки в речи не являются специфическими для такого нервного расстройства, как эволюционное заикание. Об этом свидетельствуют многочисленные наблюдения логопедов за речью взрослых и детей на «выходе» из афазии или алалии. В тех случаях, когда темп введения в речь новых слов высок и опережает автоматизацию речевых движений, появляются 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 движений артикуляторных органов.

Как правило, в этих случаях не формируется патологическая функциональная система с конечным результатом в виде заикания. Появившиеся в ходе интенсивного логопедического воздействия и, следовательно, имеющие в большой степени искусственный характер, судорожные запинки в дальнейшем компенсируются нервной системой и тем быстрее, чем в лучшем состоянии находятся регуляторные механизмы нервной системы, чем адекватнее будет коррекционно-педагогическая помощь.

При возникновении нервного расстройства, клинически проявляющегося в синдроме эволюционного заикания, в отличие от проходящих судорожных запинок у афатиков и алаликов, быстро формируется патологическая функциональная система речи с конечным патологическим результатом — судорожными речевыми запинками в процессе общения.

В то же время нельзя считать, что патологическая детерминанта в подкорковых структурах мозга сама по себе обуславливает специфичность всей патологической речевой системы, приводящей, например, к заиканию. Для появления заикания, этого специфического «выхода на периферию» при нервном расстройстве, и выбора «органа-мишени» [13] необходимы дополнительные условия. Видимо, новый этап развития центральной нервной системы с появлением фразовой речи сопровождается декомпенсацией регулирующих механизмов. Тем самым создаются условия для того, чтобы патологическая активность подкорковых моторных структур стала детерминирующей в развивающейся речевой системе и путем вовлечения разных (поврежденных и неповрежденных) образований центральной нервной системы начала бы формировать патологическую речевую систему.

Направленность патологического процесса зависит от того, в каком функциональном состоянии находятся структуры и функциональные системы мозга, вовлекаемые детерминантой в патологическую систему со специфическим патологическим результатом. Это предполагает наличие у детей с неврозоподобным заиканием эндогенных нарушений в собственно речевых зонах коры больших полушарий (о чем свидетельствует и речевой онтогенез до появления заикания).

Можно предоставить 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 и центральные эфферентные звенья, регулирующие самый высокий уровень координации «речевых» движений.

От всех звеньев системы идут обратные афферентации, которые в норме, как известно, содействуют формированию нормальной речи. В патологической системе они неэффективны вследствие недостаточности тормозных контролирующих влияний.

Благодаря пластическим свойствам центральной нервной системы, закрепляющим (в «памяти») только действующие связи, а

также вследствие постоянной активности внутри речевой системы патологических связей последние становятся с возрастом ребенка все более упроченными, а речь все чаще нарушается судорожными запинками.

Так как у таких детей общий интегративный тормозной контроль мозга также оказывается недостаточным, то патологическая система речи «спонтанно» не подавляется, неврозоподобная форма заикания обычно не имеет регрессиентного течения. В то же время максимально приближенные к началу заикания коррекционно-педагогические воздействия во многих случаях бывают высокоэффективны (Л.М. Крапивина^{*1}). Поскольку речевая кинестезия является основой согласованности систем речедвигательного анализатора [21], а речь этой группы заикающихся характеризуется нарушениями звукопроизношения и темпо-ритмической организации речевого потока, то логопедические занятия должны быть направлены на поэтапное формирование базового уровня речи. Педагогические приемы способствуют развитию регуляторных тормозных механизмов нервной деятельности.

Привлечение активного внимания ребенка к процессу артикуляции и слуховой оценке произносимых звуков стимулирует формирование контроля со стороны высших отделов мозга, обеспечивая закрепление в долговременной памяти нормализованных речевых кинестезий. В ряде случаев уже само введение в речь звуков, соответствующих языковой норме, влечет за собой распад патологической системы.

С возрастом, при отсутствии своевременных и 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 [7] (Э.Р. Саитбаева^{*}). У взрослых заикающихся эти явления резко выражены. Речь дезорганизуется не только на психомоторном уровне, но и на высших психических уровнях внутриречевого программирования (Е.А. Дьякова^{*}).

Патологическая речевая система при неврозоподобной форме заикания становится со временем ядром устойчивого патологиче-

¹ Этот значок обозначает наличие статьи в монографии

ского состояния. В 16-18 летнем возрасте при хроническом течении этой клинической формы заикания формируется психическая реакция на речевой дефект и связанная с ней вторичная детерминанта с очагом гиперактивного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга. Вслед за этим нередко происходит формирование логофобии, как правило, нерезко выраженной. Это влечет за собой изменение поведения, резкое сужение круга общения, снижение речевой активности. Для заикающихся этой группы характерны трудности адаптации к внешним условиям, связанные в большей мере с аффективной неустойчивостью, склонностью к дисфориям, ригидностью мышления, нарушением памяти и внимания, повышенной истощаемостью.

Большинство подростков и лиц зрелого возраста с неврозоподобной формой заикания нерегулярно посещают коррекционные и лечебные курсы, хотя отмечают, что логопедические занятия принесут им облегчение. Психотерапевтические и гипнотические воздействия, так же, как и аутогенная тренировка, обычно не дают сколько-нибудь выраженного эффекта.

Учитывая то, что при неврозоподобной форме заикания детерминанта патологической системы речи связана с поражением стриопаллидарных и корковых структур мозга и нарушением регуляторных влияний центральной нервной системы, следует отметить, что коррекционные мероприятия нужно начинать как можно раньше. Основную роль в педагогических методах воспитания и обучения должно играть развитие тормозных контролирующих механизмов психической деятельности (внимание, память, мышление и прочее), наряду с формированием нормальных речевых кинестезий и языковой способности ребенка в целом.

Кратко подытоживая вышесказанное, можно сделать вывод, что накопленный клинический, физиологический, психолого-педагогический опыт изучения заикающихся, 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 — стриопаллидарных и корковых структур мозга) является основой формирования психической реакции на речевой дефект и связанная с ней вторичная детерминанта с очагом гиперактивного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга.

подобной — 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 во многом стираются. Некоторые тенденции, едва намеченные в детском возрасте, например, нарушение монологической 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 методик 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 эмоциональных структур мозга, что может достигаться с помощью сочетания медикаментов и различных психотерапевтических приемов, от стресс-терапии и гипноза до аутогенной тренировки. Логопедические занятия на этом фоне проходят значительно эффективнее.

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

Учитывая то, что конечным результатом патологической системы является нарушение ритма протекания речевого психомотор-

ного акта, в комплекс лечебных и психолого-педагогических воздействий на речь и личность заикающихся 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 нормализующее действуют на протекание речевого акта.

Особое значение при этом имеет автоматизация движения пальцев доминантной руки в ритме структуры словесных инструкций различной степени сложности [2].

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

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. — М., 1980.
2. Арутюнян Л.Э. Комплексная система устойчивой нормализации речи заикающихся. — М., 1990.
3. Асатиани Н.М., Казаков В.Г. Клиническая характеристика взрослых больных с затяжным течением заикания // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1974. — № 4. — С. 560–565.
4. Белякова Л.И. Особенности электроэнцефалограммы больных с заиканием // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1975. — № 12. — С. 1834–1837.
5. Белякова Л.И. Клинико-физиологический анализ центральных патогенетических механизмов заикания. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Л., 1981.
6. Белякова Л.И. Роль эмоционального фактора в центральных механизмах заикания // Клиника и терапия заикания. — М., 1984. — С. 106–120.
7. Белякова Л.И., Матанова В. Импрессивная и экспрессивная сторона речи детей шестилетнего возраста с нормальной ре-

- чью и с заиканием // Вопросы психологии. — 1990. — № 4. — С. 61–67.
8. *Бехтерева Н.П., Камбарова Д.К., Поздеев В.К.* Устойчивое патологическое состояние при болезнях мозга. — М., 1978.
 9. *Болдырева Т.А.* Психологическое исследование и коррекционная работа в системе медико-педагогического лечения тяжелых форм заикания. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1989.
 10. *Драпкин Б.З.* Клинические особенности и терапия заикания у подростков // Коррекционное обучение при нарушениях речевой деятельности. — М., 1983. — С. 19–31.
 11. *Казаков В.Г.* Клиническая характеристика больных с затяжными формами заикания. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1973.
 12. *Калачева И.О.* Пограничные нервно-психические расстройства с синдромом заикания у детей дошкольного возраста (клиника, диагностика, лечение). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1988.
 13. *Крыжановский Г.Н.* Генераторные, детерминантные и системные механизмы расстройства центральной нервной системы // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1980. — № 10. — С. 3–10.
 14. *Левина Р.Е.* Преодоление заикания у дошкольников // Заикание у детей. — М., 1975. — С. 3–23.
 15. *Лубенская А.И.* Аутогенная тренировка в системе логопедической терапии заикания. Автореф. дис. ... канд. пед. наук. — М., 1974.
 16. *Матанова В.* Изучение особенностей речевого развития детей семилетнего возраста с заиканием // Всесоюзная научная конференция по теории и практике дефектологии. — М., 1989. — С. 29–30.
 17. *Миронова С.А.* Некоторые особенности коррекции заикания у детей с недоразвитием речи // Дошкольное воспитание. — 1983. — № 6. — С. 23–26.
 18. *Некрасова Ю.Б.* Групповая эмоционально-стрессовая терапия в коррекции психических состояний заикающихся // Вопросы психологии. — 1984. — № 2. — С. 75–82.
 19. *Оганесян Е.В., Белякова Л.И.* Обоснование принципов дифференцированного применения логопедической ритмики в коррекционной работе со взрослыми заикающимися // Дефектология. — 1982. — № 1. — С. 3–9.

20. Рычкова Н.А. Состояние произвольной двигательной деятельности и речи детей дошкольного возраста с невротической и неврозоподобной формой заикания // Дефектология. — 1981. — № 6. — С. 73–77.
21. Соколов А.Н. Внутренняя речь и мышление. — М., 1968.
22. Ухтомский А.А. Доминанта. — М.-Л., 1966.
23. Ястребова А.В. Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы. — М., 1980.
24. Ajuriaguerra J. *Le begaiement*. Dans: *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*. — Paris-N J., 1977. — S. 365–372.
25. Petrak P. Zur Umerziehung Stotternkinder innerhalb des Logopädischen. Prozess an einer Sprachheilschule. Diss. Humboldt-Universität zu Berlin. — Berlin, 1973.
26. Rastattes M.P., Dell K.W. Reaction times of moderate and severe Stutters to monaural verbal stimuli. // *Journal of Speech and Hearing Research*. — 1987. — 30 (1). — P. 21–27.

Глава 1

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАИКАЮЩИХСЯ

ИНИЦИАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А.В. Харенкова

Многочисленные исследователи считают, что заикание может развиться у ребенка только при нарушениях речевого, соматического или поведенческого благополучия [1, 4, 6, 7, 8]. В научной литературе по заиканию практически нет работ, которые указывали бы на подробный анализ поведения ребенка при первичном появлении судорожных запинок. В связи с этим данная тема представляется нам актуальной для получения более полной картины понимания такого феномена, как заикание.

Задачи нашего исследования:

- изучение условий речевого воспитания заикающихся детей в раннем дошкольном возрасте;
- анализ поведения родителей в инициальном периоде появления в речи детей различных видов неплавности, в том числе эпизодов, сопровождающихся судорогами мышц речевого аппарата;
- выявление связи между заиканием и наличием билингвизма в семье или обучением иностранному языку ребенка в возрасте 2–4 лет.

В настоящее время в приоритете у родителей детей младшего и среднего дошкольного возраста находятся развивающие занятия: изучение алфавита, обучение чтению, овладение математическими категориями, изучение иностранных языков. В первую очередь в беседе со многими родителями, у которых ребенок стал недавно заикаться, выяснилось, что помимо детского сада ребенок записан на разнообразные дополнительные занятия. Кроме того, ребенок часто посещает мероприятия с большим количеством людей, участвует в семейных походах в гипермаркеты, ежедневно проводит длительное время у телевизора. Все это оказывает чрезмерную нагрузку на его

нервную систему. Очевидно, что ребенок при таком типе воспитания перегружен, его режим подчинен расписанию обязательных занятий или утомительному времяпрепровождению, не соответствующих возможностям и интересам самого ребенка.

Педагогические наблюдения свидетельствуют об огромном значении игровой деятельности ребенка в развитии многочисленных умений, которые он может приобрести играя. В то же время условия специального обучения тем же умениям как правило утомительны, т.к. умственная и физическая деятельность ребенка регламентируется определенным временем (урок, занятие), контролируется, а достижения оцениваются.

Очевидным является стремление родителей дать ребенку самое лучшее образование, что часто, по сути, оказывается чрезмерным, значительно больше того, чем ребенок может полноценно усвоить, а значит негативным, ведущим к нарушениям как настроения, так и поведения. В этих случаях можно сказать о нарушении детско-родительских отношений: вместо заботы, ласкового тона, веселого участия в играх с ребенком — жесткое расписание, стремление везде успеть, неадекватные требования к выполнению правил поведения.

Все это может послужить основанием для возникновения у ребенка психоэмоционального напряжения. На этом фоне воздействие любого фактора стрессового характера (испуг, посещение яркого зрелищного мероприятия, соматическое заболевание или грубое поведение родителей) может привести к заиканию. Даже поступление в детский сад без предварительной подготовки может явиться таким психоэмоциональным фактором, который вызовет стрессовые реакции у ребенка. В этих случаях внезапно начавшееся заикание, как правило, сочетается с расстройствами другого характера: потеря аппетита, нарушения сна, повышенная утомляемость, энурез, раздражительность, плаксивость и т.д.

Наряду с этими неблагоприятными условиями воспитания бывают негативные явления в виде неправильной оценки родителями показателей плавности речи у своих детей. Они запрещают ребенку делать запинки и остановки в речи не только с помощью устрашающего тона голоса и слов, но иногда наказывают физически, считая речевые ошибки баловством, игрой. Так как такие родители обращают особое внимание на неизбежные для дошкольного возраста различные виды нарушений плавности речи [3], то тем самым фиксируют внимание ребенка на запинках или «обучают заикаться» (по W. Johnson [12]). В другом направлении действуют родители, кото-

рые стараются не придавать значения большому количеству повторов, остановкам в речи, произнесению слов на вдохе и даже запинкам судорожного характера. Они не замечают возникшую проблему, игнорируют и не понимают болезненного состояния ребенка, оставляя условия его воспитания прежними, что приводит к углублению патологического реагирования. Такие родители не обращаются к специалистам, считая, что возраст 2-4-х лет является преждевременным для занятий с логопедом, или надеются, что данная проблема разрешится «как-нибудь сама». Следует напомнить о том, что повторение «судорожных разрядов» в мышцах ведет к их фиксации и к спонтанному возникновению даже в отсутствии условий для повторений приступов заикания, что подтверждено работами физиологов [5].

Особое место в причинах появления заикания можно отнести одновременному усвоению ребенком двух языков, что в настоящее время является модным поветрием. Многочисленная научная литература свидетельствует о том, что проблема билингвизма тесно связана с проблемой возникновения речевых нарушений, особенное место среди которых занимает заикание [2, 4, 11, 13, 14]. Ситуация обучения второму языку бывает двоякой: ребенка могут целенаправленно обучать языку: няни-языковые носители, языковой детский сад, специальные педагог, приходящий к ребенку; а также ребенок может усваивать языки в семье, где мать и отец с ребенком и между собой говорят на разных языках. Оба типа ситуаций речевого воспитания вызывают напряжение нервной системы ребенка, в особенности в тех случаях, когда у него есть признаки какой-либо патологии в речи (задержка речевого развития, нарушения звукопроизношения, минимальные проявления дизартрии и пр.).

Таким образом, с одной стороны, двуязычие может стать фактором риска возникновения речевых нарушений. В этих случаях можно говорить о том, что организм ребенка не готов к чрезмерной психологической и эмоциональной нагрузке, его родная языковая система находится на этапе формирования, т.е. в сензитивном периоде своего развития, и активное внедрение другой языковой системы может действовать как стрессовый фактор. В результате этого ребенок начинает активно смешивать два языка, допускать большое количество грамматических, лексических и фонетических ошибок как на одном, так и на другом языке, что всегда бывает при усвоении двух языков. На данном этапе у ребенка может начать проявляться заикание. С другой стороны, исходное наличие различных

речевых расстройств усложняет овладение как родным, так и иностранным языком. Такие нарушения речевого развития как дизартрия, алалия, заикание будут затруднять усвоение родной речевой системы, не говоря уже о второй, иностранной.

Остро начавшееся заикание может протекать по-разному. В тех случаях, когда родители сразу обращаются к специалисту и получают квалифицированную консультацию, заикание может корригироваться. Это происходит тогда, когда в целом меняются условия общения членов семьи между собой, отсутствуют возбуждающие моменты и пр. В других же случаях, когда условия речевого и семейного воспитания не меняются, а родители пренебрегают советами специалистов, заикание может хронифицироваться.

Очевидно, что при появлении заикания особенности речевого и семейного воспитания должны быть учтены и родителями, и педагогами.

Первостепенную роль в коррекции и предупреждении заикания и его хронификации играет семья. Поскольку ребенок в раннем возрасте не может самостоятельно контролировать свое самочувствие, в том числе и усталость, а всё новое представляется ему интересным и увлекательным, то именно родители должны дозировать поступающую информацию, создавать благоприятную атмосферу для ее усвоения и контролировать время и объем ее поступления.

Если у дошкольника появилось заикание, то родителям необходимо объяснить условия возникновения и динамику этого расстройства. Чем чаще повторяются судорожные запинки, тем «прочнее» становится патологическое состояние речевой функции. Психотерапевтическая и логопедическая работа в таких семьях очень сложна, и ее эффективность будет зависеть от того, насколько точно родители могут выполнять требования и рекомендации логопеда и врача, т.к. даже на начальном этапе коррекционного воздействия оно должно быть комплексным.

Все вышесказанное позволяет выделить принципиальные условия воспитания и обучения ребенка, у которого остро появилось заикание, и дать основные рекомендации по поведению родителей в инициальный период заикания у детей дошкольного возраста.

Во-первых, особое значение для заикающихся детей имеет эмоционально-благоприятная обстановка в семье, — только родные и близкие ребенка могут ее создать. Заикающимся детям необходимо внимание взрослых членов семьи намного больше, чем детям, не имеющим таких нарушений. Однако эмоционально-благоприятная

обстановка не предполагает общего потакания ребенку. Хорошее настроение у ребенка в этот период приводит к улучшению его общего состояния: налаживаются аппетит и сон, он начинает чувствовать себя любимым и защищенным.

Несмотря на то, что в каждой семье возможны всякого рода разногласия, родители должны стремиться избавить ребенка от выяснения «взрослых» проблем. В процессе выяснения напряженных отношений между родителями, даже самые воспитанные из них повышают силу голоса, существенно изменяется его тембр, искажается выражение лица, мимика становится напряженно-злой. Нервная система ребенка в это время находится в крайнем возбуждении. Будучи не в состоянии понять ситуацию, ребенок спонтанно встает на сторону матери. Слезы на ее глазах (и особенно плач) ощущаются ребенком как жизненная катастрофа. Все нарушения в нервной системе, которые связаны с заиканием, начинают носить резко выраженный характер.

Во-вторых, нередко наблюдается картина несогласованного воспитания родителями, когда взрослые, не заботясь о ребенке, навязывают ему свое мнение и план действий, которые расходятся с мнением других участников воспитательного процесса (родители, прародители, родные, знакомые) и со стремлениями и желаниями самого ребенка. Видя такое отношение взрослых друг к другу и к себе, ребенок очень часто начинает пользоваться ситуацией, в последующем умело манипулируя родителями для достижения желаемого. Неправильным также является мнение, что «если мой ребенок болен, значит, я обязан дать ему все самое лучшее и все, что он желает». Такой стиль воспитания, наоборот, может спровоцировать появления негативных эмоций, если какая-то прихоть ребенка не сможет быть выполнена по каким-либо непонятным для него причинам.

Все перечисленные обстоятельства могут усиливать проявления заикания. Таким образом, можно считать, что в основе «закрепления» заикания лежат нарушенные детско-родительские отношения, неправильный стиль воспитания, неадекватная оценка родителями возможностей своего ребенка.

В-третьих, при воздействии неблагоприятных факторов в первую очередь нарушается ритм речевого высказывания у ребенка во фразовой речи, которая только недавно начала развиваться [9, 10]. Это означает, что основные воспитательные и педагогические мероприятия должны быть связаны с введением различного рода

воздействий, способствующих формированию ритмических процессов. Эти педагогические воздействия касаются организации ритма всей жизнедеятельности ребенка. Важным условием для этого является поддержание правильного режима дня: четкость, последовательность и планируемость времени отдыха и активной деятельности ребенка. Режим сна, приема пищи, организованных занятий, самостоятельной игры и прогулок способствуют регуляции всех жизненных функций организма. Ограничение времени просмотра телевизора и использования компьютера, увеличение проводимого в движении времени на свежем воздухе, полноценное питание помогают поддерживать гомеостаз организма ребенка, снимают эмоциональное напряжение, регулируют ритмическую активность мозга.

В-четвертых, если ребенок находится в условиях двуязычия, то его следует перевести на одну речевую систему. Как правило, рекомендуется выбрать тот язык, который для ребенка более прост в использовании, при общении на котором ребенок не испытывает дискомфорт, язык на котором говорят близкие для него люди (мать и отец). Следует понимать, что даже при относительно недолгом времени наличия судорожных запинок в речи ребенка, переход обратно к двуязычному общению требует от ребенка мобилизации ЦНС и может заново спровоцировать появления заикания.

В-пятых, необходимо создать щадящий речевой режим. В некоторых случаях после стрессового воздействия возникает мутизм, который может длиться от нескольких минут до 1–2-х дней. Родителям необходимо объяснить, что это реакция, которая свидетельствует о значительном перенапряжении нервной системы ребенка. В этот момент ребенок нуждается в большем внимании с их стороны. Ни в коем случае нельзя тормошить его, обрушивать массу вопросов. Следует общаться с ребенком, как с внезапно заболевшим, ограничить количество окружающих лиц, позволить ребенку отдохнуть от просмотров телевизора, от слушания книг, от разговоров. Следует окружить ребенка теплом и заботой, взять на руки, обнять, покачать, тихо побаюкать, дать теплое питье. Нужно вести себя так, чтобы ребенок не пугался своего молчания. Часто после мутизма у ребенка возникают судорожные повторы звуков или слогов, или их «протяжка». В этот период ребенку необходимо создать охранительный речевой режим, который предполагает использование речи только в очень редких ситуациях, общаясь в основном с использованием мимики, жестов и коротких слов. Как один из игровых приемов можно порекомендовать погружение в сказочный мир, где все дей-

ствия происходят в тишине. Для поддержания сказочной задумки родители так же должны «жить в этой сказке» и ограничивать свое общение и с ребенком, и с другими членами семьи в его присутствии. Единственно разрешенной формой речи может быть диалог, когда родители задают ребенку общие вопросы, ответами на которые могут послужить реплики «да» или «нет», или вопросы, в которых уже содержится ответ: «Ты будешь пить воду или компот?». Реплики, произносимые взрослыми, должны содержать положительную информацию и быть сказаны с доброжелательной интонацией. **Важно в этот острый период вернуться в речевом общении на тот этап развития речи ребенка, на котором у него не было заикания.** Так как заикание возникает на стадии фразовой речи, то следует перейти на речь, где присутствует одно слово или фраза, состоящая из двух коротких слов. Логопеду необходимо обучить родителей разным видам «речи» в охранительный период. Полезной и очень важной будет звукоподражательная работа с ребенком. Например, разнообразные игры, в которых ребенок подражает лаю собаки (*гав-гав*), звуку паровоза (*ту-ту*) и т.д., где возможна работа над интонационной стороной речи: ребенок «превращается» в собаку и на все вопросы и просьбы родителей реагирует звукоподражательным «*гав-гав*» с различной силой, продолжительностью темпом голосоподачи. Предположим, если ребенок хочет чего-то попросить, он, указывая на это рукой, начинает «гавкать»; если он хочет сказать «нет», он «гавкает» громко и медленно; если хочет сказать «да» — то тихо и медленно. Вариативность таких игр очень большая, а результатом является уход ребенка от неплавной речи. Для того, чтобы период речевого ограничения не стал психотравмой, необходимо подвести ребенка к тому, чтобы он сам захотел оказаться в «стране тишины». Естественно, в это время не следует водить малыша в детский сад; приглашать домой гостей; ходить на мероприятия, которые впоследствии могут его утомить; перегружать впечатлениями (читать новые для ребенка книги, смотреть новые мультфильмы) и, наоборот, старые игры, известные книги, любимые сказки полезно повторять.

В-шестых, после организации щадящего режима родителям, общаясь со своим ребенком, следует соблюдать речевые правила. Все дети дошкольного возраста копируют поведение и манеру речи своих родителей, нянь и других близких для них людей. Можно условно выделить несколько правил, следовать которым должны взрослые, в семье которых имеется заикающийся ребенок:

- интонация общения между членами семьи и при обращении к ребенку должна быть всегда доброжелательной и спокойной;
- темп речи взрослых не должен быть ускоренным;
- в тех случаях, когда у ребенка в речи появилась судорожная запинка, следует мягко перевести внимание ребенка на неожиданную тему разговора или действие;
- желательно в речи использовать такой стиль произношения, при котором произносятся все звуки в слове, а позже и все слова во фразе;
- фразы, обращенные к ребенку, должны быть четко сформулированы, иметь как логическую, так и интонационную завершенность;
- ребенок не будет волноваться и спешить в своем рассказе, если будет уверен, что его внимательно слушают: не следует договаривать за него начатую им фразу, торопить, и самое неприятное — смеяться над его речью или копировать ее;
- следует поощрять ребенка к диалогу (при этом важно, чтобы ребенок смотрел в глаза собеседнику в соответствии с русской манерой общения), стараясь не делать замечаний по поводу его ошибок в речи и тем более запинок, т.е. всякий раз одобрять его речь.

Весь этот период семья заикающегося ребенка должна находиться под наблюдением логопеда, так как его поведение и беседы с родителями имеют большой психотерапевтический аспект. Логопеду необходимо спокойно и обстоятельно объяснить родителям, что заикание исправимо и чем раньше начать логопедическую работу с ребенком и его семьей, тем легче ребенок перейдет на плавную речь. Быстрые успехи в коррекционной работе не означают, что логопедическую работу можно закончить. Все те речевые и поведенческие правила, которым ребенок и его родители обучены на занятиях, должны быть закреплены и даже автоматизированы.

В тех случаях, когда коррекционная работа по тем или иным обстоятельствам не может быть продолжительной по времени, то в первую очередь именно родители должны быть мотивированы на успех, т.к. семья является основой для полноценного и гармоничного развития здорового и счастливого ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белякова Л.И.* К вопросу о механизмах возникновения заикания // Дефектология. – 1974. – №5. – С. 10–17.
2. *Белякова Л.И.* Системный подход к анализу патогенетических механизмов заикания // Теоретические проблемы нарушений плавности речи / под ред. Ю.О. Филатовой. – М., 2012. – С. 15–33.
3. *Белякова Л.И., Асланова С.Р.* Характеристика показателей неплавности речи у дошкольников // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление / под ред. Ю.Ф. Гаркуши. 2-е изд. испр. – М., 2003. – С. 69–75.
4. *Белякова Л.И., Дьякова Е.А.* Заикание. Учебное пособие для ВУЗов. – М., 1998.
5. *Данилов И.В., Черепанов И.М.* Патофизиология логоневрозов. – Л., 1970.
6. Заикание: Проблемы теории и практики / под ред. Л.И. Беляковой. – М., 1992.
7. Логопедия / под ред. Л.С. Волковой. – М., 2004.
8. Логопедия: Заикание: Хрестоматия / сост. Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. – М., 2003.
9. *Павалаки И.Ф.* Темпо-ритмическая организация движений и речи заикающихся дошкольников. Дис. ... канд. пед. наук. – М., 1996.
10. *Филатова Ю.О.* Нарушение онтогенеза плавности речи // Дефектология. – 2003. – № 3. – С. 34–38.
11. *Adams C., Clarke E., Haynes R.* Inference and sentence comprehension in children with specific or pragmatic language impairments // International Journal of Language & Communication Disorders. – 2009. – 44. No. 3. – P. 301–318.
12. *Johnson W.* Stuttering in children and adults. – Minneapolis, 1955.
13. *Karniol R.* Stuttering out of bilingualism // First Language. – 1992. – No. 12. – P. 255–283.
14. *Van Borsel J., Maes E., Foulon S.* Stuttering and Bilingualism: A Review // Journal of Fluency Disorders. – 2001. – No. 26. – P. 179–205.