***Лекции по изучению курса «Логопедия: Заикание, нарушения темпа речи»***

**Лекция 1**

**«История изучения проблематики заикания»**

Трудности решения проблемы заикания в значительной степени связаны с многочисленными причинами, обусловливающими его возникновение. Эти трудности объясняются сочетанием при заикании как собственно речевых нарушений различной степени выраженности, так и участием в генезисе заболевания и в клинической картине психологических факторов, во многом определяющих его течение, компенсацию и декомпенсацию.

Лица, страдающие заиканием, лишены возможности нормального речевого общения с окружающими, заикание является серьезным препятствием для выполнения производственных обязанностей, получения образования, устройства личной жизни. Постоянные затруднения в речи травмируют больных, вызывают невротические реакции. Кроме того, оно является причиной освобождения от службы в рядах армии большой группы физически здоровых молодых людей. Заикание обычно возникает в раннем детстве в периоде формирования и развития фразовой речи. Его причинами часто могут быть испуг, перенапряжение речевой функции, как правило, чаще у детей (психотравма с органическим поражением центральной нервной системы). Недостаточность ЦНС может развиваться в результате неблагоприятно протекавшей беременности, тяжелых родов, частых болезней, травм головного мозга в раннем детстве. Следует учитывать также роль наследственной предрасположенности.

На протяжении многих лет заикание рассматривалось как изолированный вид патологии, выражающийся в дефекте экспрессивной речи. Тем не менее уже в начале XIX века в работах Р.Шультесса (1830) было показано, какое большое место в клинике заикания занимают невротические реакции. Именно тогда впервые было подчеркнуто, что одним из существенных проявлений заикания является страх речи.

Впервые значимость психологической стороны в клинике речевой патологии было изучено Липманном (1903) и подробно развито Г.Д.Неткачевым (1909), который сформулировал новую систему лечения заикания и назвал ее «новым психологическим методом лечения заикания».

Фрешельс (1924) наиболее широко развил и разработал психологическое направление в изучении заикания. Прежде всего, это направление определялось тем, что подчеркивалась неразрывная связь самого дефекта речи (заикания) и личности заикающегося. Связь эта характеризовалась ведущим влиянием заикания на характер развития личности заикающегося, деформацией общения и, как следствие этого — дисгармоническим развитием личности. Заикание, его течение в периоды обострения начинает зависеть от личностных особенностей заикающегося.

Индивидуально-психологический метод лечения заикания с большим акцентом на психологический механизм речи принадлежит Г.Д.Неткачеву (1909). Выступая против дидактического метода, он использовал «метод психологического, лечения заикания». Он считал, что «речь представляет синтез всех элементов и выражается всегда цельным психологическим процессом — думать и говорить». Поэтому требуется лечить самого заикающегося, а не его речь.

Развитие науки в начале XX века в области психологии, физиологии, медицины во многом повлияло на изменение направлений исследования заикания и характер, его лечения. Если до этого периода любой физический недостаток рассматривался как биологическая проблема, то теперь это стало проблемой социальной.

Л.С.Выготский (1924) писал, что «всякий телесный недостаток... не только изменяет отношение человека к миру, но прежде всего сказывается на отношениях с людьми». Дефект «реализуется как социальная ненормальность поведения», изменяет «социальную установку в среде». Поэтому изменился и характер терапии заикания: индивидуальная работа стала дополняться коллективными занятиями (И.И.Тартаковский, 1934; Н.Н.Тяпугин, 1949).

Пропагандируя коллективно-психологический метод, основанный на «принципах самолечения» с решающим влиянием коллективной психотерапии, И.И.Тартаковский подчеркивал, что осанка, походка, мимика и жесты (то есть невербальные средства общения) существенно влияют на речь. Особая ценность этого метода заключалась в повышении активности заикающихся, в выработке у них коллективной целеустремленности к преодолению речевых трудностей, дисциплины в работе над речью, коррекции своего поведения в целом.

В.А.Гиляровский (1932) придавал большое значение влиянию коллектива, его благоприятному воздействию, «взаимной индукции в специально подобранном и хорошо организованном коллективе».9

Понимание заикания как функционального расстройства в свете учения И.П.Павлова о неврозах более остро поставило проблему профилактики.

Несмотря на то, что в то время уже были работы, рассматривающие заикание, как речевое нарушение, свойственное детскому возрасту, традиционный взгляд оставался прежним: заикание у детей — это временный физиологический момент, который может пройти самостоятельно, когда речевая функция будет полностью сформирована. В.А.Гиляровский первый предложил лечить заикание через перевоспитание личности заикающегося ребенка. Конкретным примером служил комплексный метод, разработанный совместно с Н.А.Власовой (1932). Были разработаны логопедические приемы работы с заикающимися детьми, включающие занятия по многостороннему развитию личности ребенка, его мышления, памяти, внимания, общего речевого развития и моторики.

Начиная с середины 60-х годов XX века в логопедии утвердился взгляд на заикание, как на нарушение коммуникативной функции речи (Р.Е.Левина, Н.А.Чевелева, А.В.Ястребова, С.А.Смирнова, И.Ю.Абелева и др.). Исследования заикающихся детей (Р.Е. Левина, 1963, 1968; Н.А. Чевелева, 1978) показали, что заикание у младших дошкольников проявляется в большей степени в моменты развития интенсивного непосредственного речевого общения с окружающими. Это позволяет сделать вывод о том, что «заикание возникает при переходе ребенка к развернутой, самостоятельной речи, отражает затруднения в формировании коммуникативной ее функции» (Р.Е. Левина, 1963).

Исследование детей в возрасте четырех-семи лет (Волкова, 1982, 1983) выявляет несформированность у них навыков коллективного общения, определенное недоразвитие поведения. Особенно выделяется снижение игровой активности. Уже в этом возрасте у заикающихся детей фиксируется потребность выполнять второстепенные роли. Подражательность, характерная для дошкольников, у заикающихся детей развита недостаточно. Обращает на себя внимание неполное повторение, искажение, излишняя детализация, изменение порядка действий. Подобные характеристики без коррекционного воздействия на заикающихся детей могут сохраниться и даже усугубиться в школьном возрасте.

Так, основным моментом в характеристике личности заикающихся детей Г.Г.Рождественская (1960) выделяет «синдром школьной дезадаптации», который начинает формироваться в пятых-девятых классах. Так как в подростковом возрасте появляется более ясное осознание своего речевого дефекта, нарушение коммуникативного поведения у подростка становится более заметным. Трудности в общении заикающегося подростка отрицательно влияют на процесс формирования его личности.

Таким образом, исследования заикающихся детей и подростков дают возможность выделить три основных фактора, влияющих на неправильное формирование личности заикающегося: характер переживания речевого дефекта; состояние познавательных процессов, обусловленное невротической или органической симптоматикой; внешние социальные условия развития ребенка, сформировавшие уровень его собственной активности.

**Лекция 2**

**«Заикание. Этиология. Патогенез»**

Логопед, который помогает заикающимся детям, подросткам, взрослым преодолевать речевые трудности, должен быть одновременно и психотерапевтом. Способность к сопереживающему пониманию, гибкость, пластичность эмоций, чуткость, отзывчивость, чувство такта, разумная требовательность, широкая эрудиция, доброта, человеческая глубина, увлеченность, «захваченность» творческим процессом преодоления, — вот та личностная палитра, которая необходима любому специалисту, приближающемуся к проблеме заикания.  
  
Сторонники перцептивного дефекта (Mysak, 1960, Yates, 1963, Timmons, Boudeau, 1972) выявили у заикающихся нарушения обратной слуховой связи, причиной которой многие авторы считали наличие у заикающихся психического напряжения. Особо выделялись нарушения внимания как функции контроля и организации речевой деятельности (Hoeptner, Martin, Starr, 1963). Эти нарушения прежде всего проявлялись в «синтаксической дезорганизации» и в неспособности организовать беседу (Starr, 1963, Dugas, Soulas, 1970). Трудности восприятия любой информации у заикающихся зарубежные авторы рассматривают с точки зрения психологии и объясняют (Rieber, 1965, Silverman, 1980) недостаточностью свободы выражения и скованностью, которые являются проявлением более глубоких стремлений, в частности — бегством от свободы и легкости общения с окружающими. Избегание личной ответственности, понимаемой как характеристика определенной свободы и контроля за собой, своим поведением, приводит к вере в «магическое слово» и определяет в конечном счете пассивность заикающихся. E. Lenon (1962) отмечал повышенную возбудимость заикающихся, их нетерпимость к критике. Вследствие неправильных оценок у них формируется чувство собственной неполноценности, которое особенно ярко проявляется в подростковом возрасте. Исследуя волевые процессы у заикающихся, Г. И. Ангушев (1971) старался дать им более глубокую характеристику. Так, он отмечал, что особенности воли заикающихся проявляются в непостоянстве, отсутствии законченности действий, недостаточной плавности и быстроте координации по сравнению с незаикающимися  
В то же время двигательная импульсивность, устойчивость к преодолению препятствий и интерес к подробностям более свойственны заикающимся, чем незаикающимся В работах психолога В. А. Калягина (1983) еще раз подтверждается, что у взрослых заикающихся имеются определенные нарушения познавательных процессов. Выявляются замедление темпа сенсомоторных реакций, снижение объема внимания и процесса запоминания на фоне органических поражений ЦНС. У большинства заикающихся выявляется невротическая симптоматика: повышение невротизма, психастении, тревожности, но при этом эмоциональное состояние не отличается от нормы. Особенности личности заикающихся часто исследуют с помощью различных опросников (Б. К. Осокин, 1973; И. В. Блейхер, 1976; И. Ю. Лавкай, А. Ф. Чернопольская, 1976), и как основная характеристика выступает повышение показателя невротизма. Но при этом имеются работы, указывающие на необходимость качественной оценки тревожности каждого отдельного пациента (В. А. Калягин, 1983).  
  
Таким образом, выявленные нарушения личности взрослых заикающихся, приводящие к изменению характера общения, придающие ему иной смысл и содержание, усугубляются своеобразными нарушениями познавательных процессов: памяти, внимания, мыслительных процессов, работоспособности. Слуховая и зрительная невосприимчивость заикающихся, трудности слуховой обратной связи, а также более медленное реагирование на слуховые задачи деформируют воспринимаемую информацию, что приводит к неверному планированию поведения и в значительной мере затрудняют полноценное общение. Немаловажным фактом является и уровень паралингвистических возможностей, недоразвитие которых во многом способствует трудностям восприятия речевого поведения заикающихся окружающими, его неправильной оценке.

Механизмы заикания Проблема заикания занимает умы не одного поколения людей, отражением этого являются многочисленные теории, претендующие на выяснение механизмов заикания. Большинство отечественных ученых относит заикание к неврозам. При этом одни исследователи склонны рассматривать заикание как симптом невроза (Ю. А. Флоренская, Ю. А. Поворинский), другие — как особую форму будущего невроза (В. А. Гиляровский, М. Е. Хватцев, С. С. Ляпидевский Н. И. Жинкин и др.). Патогенез заикания, условно обозначаемого как органическое, близок к механизму подкорковых дизартрии. Он состоит в нарушении координации процессов дыхания, голосоведения и артикуляции. Такое заикание можно обозначить как дизритмическую дизартрию. По мнению Н. И. Жинкина, М. Зеймана, В. М. Шкловского механизм заикания представляет собой случай специфической патологической формы срыва индукционных отношений между корой головного мозга и подкорковыми структурами. В силу создавшихся условий, при которых нарушается нормальная регуляция коры, имеют место отрицательные сдвиги в деятельности стриопаллидарной системы. Стриопаллидарная система находится в подкорковой области, в толще белого вещества больших полушарий головного мозга. Она представляет собой скопление серого вещества, образующее базальные ядра. С развитием головного мозга стриопаллидарная система перешла в подчинение к коре головного мозга. Она обеспечивает фон «предуготовности» к совершению движения; на этом фоне осуществляются контролируемые корой головного мозга быстрые, точные, строго дифференцируемые движения. Для совершения движения необходимо, чтобы одни мышцы сокращались, а другие расслаблялись. Иными словами, необходимо точное и согласованное перераспределение мышечного тонуса. Такое перераспределение тонуса мышц как раз и осуществляется стриопаллидарной системой. Совершенствование движений в процессе обучения приводит к их автоматизации, к формированию двигательных стереотипов. Заикание является следствием динамических нарушений стриопаллидарного регулятора речи, вызванных сильными, резкими эмоциями или анатомо-патологическими повреждениями мозга. Если этот 11 регулятор блокируется, то в результате нарушается равновесие мышечного тонуса артикуляционных, голосовых и дыхательных мышц, что выражается в форме клонических повторений по типу тика или тонического спазма. При нарушениях стриопаллидарной системы возникает расстройство речевого автоматизма и повышается тонус мускулатуры речевого аппарата. Постепенно патологический рефлекс закрепляется в качестве условного рефлекса. По мнению Т. Г. Визель, в некоторых случаях причина заикания заключается в ненормативном характере взаимодействий полушарий мозга, возникает межполушарный конфликт. В борьбу за приоритет вступают правополушарный способ говорения — ритмизированная речь — и левополушарный способ — неритмизированная, апериодическая речь. У заикающихся каждое полушарие в отдельности функционирует нормально. Со стороны левого полушария не отмечается дефектов речевого развития. Правое полушарие также способно к ритмическим видам деятельности: к музыке, рисованию и т.д. Речь детей в просодическом отношении ритмически правильно организована и нюансирована. Функциональная состоятельность каждого полушария и приводит к конфликту в «борьбе за лидерство». Правое полушарие должно подчиниться смысловой программе левого, т.е. смысл должен стать доминантным, а ритм субдоминантным. «Сопротивление» правого полушария переходу на субдоминантное положение и является основным механизмом развивающегося в этих случаях заикания. Таким образом, причиной заикания является нарушение нормативных закономерностей полушарной материализации ритмического компонента просодии. В настоящее время можно выделить две группы причин заикания — предрасполагающие и производящие или провоцирующие. При этом некоторые этиологические факторы могут как способствовать возникновению заикания, так и непосредственно вызывать его. К предрасполагающим причинам относятся невропатическая отягощенность родителей; невропатические особенности самого заикающегося; наследственная отягощенность; физические заболевания с энцефалопатическими последствиями и внутриутробные и родовые травмы; повреждение подкорковых механизмов, регулирующих движения; истощение или переутомление нервной системы в результате инфекционных заболеваний. Эти причины вызывают различные патологические сдвиги в соматической и психической сферах, приводят к задержке речевого развития, к речевым расстройствам и способствуют развитию заикания. К неблагоприятным условиям относятся: физическая ослабленность детей; возрастные особенности деятельности мозга; ускоренное развитие речи; скрытая психическая ущемленность ребенка; повышенная реактивность на почве ненормальных отношений с окружающими; 12 недостаточность положительных эмоциональных контактов; недостаточность развития моторики, чувства ритма. Достаточно какого-либо раздражителя из вышеперечисленных, чтобы вызвать нервный срыв и заикание. В группе провоцирующих (производящих) причин выделяют: · одномоментную психическую травму (испуг, страх); · многоязычие или двуязычие в семье; · ускоренный темп речи (тахилалия); · нарушение произносительной стороны речи; · подражание. Существует несколько пиков проявления заикания, связанных с изменением социально значимой ситуации (поступление в школу, пубертатный период, принятие самостоятельных решений в юношеском возрасте). Таким образом, на возникновение заикания влияет не одна причина, а сложный комплекс условий

Клиническая картина заикания В последнее время заикание рассматривается не просто как нарушение речи, а выступает как своеобразный клинический синдром, встречающийся при широком спектре патологии — от чисто психогенных форм до грубых органических заболеваний головного мозга. Б. Д. Карваеарский указывает, что у больных с неврозами астенические жалобы появляются гораздо чаще, чем у здоровых людей. Для астенического синдрома при заикании, как и при неврозах, типична следующая триада болезненных нарушений: собственно астения, вегетативные проявления и расстройство сна. В клинической картине заикания нередко обращают на себя внимание нарушения, сопровождающиеся тягостными аффективными состояниями, чувством бессилия перед своими расстройствами. Этой проблеме посвящены исследования ряда авторов, особое место среди которых занимают работы Г. Д. Неткачева по изучению внутренней картины болезни при заикании. Навязчивые движения или действия могут встречаться самостоятельно, но часто входят в сложную структуру фобического синдрома и выступают в качестве ритуалов.

Нарушения темпа и ритма речи Когда у некоторых людей от вялости или небрежности слова слипаются в одну бесформенную массу, я вспоминаю мух, попавших в мед, мне представляется осенняя слякоть и распутица, когда все сливается в тумане. К. С. Станиславский Среди различных речевых расстройств заикание можно рассматривать в ряду нарушений темпа и ритма речи. 13 Темп речи — это скорость протекания речи во времени, ее ускорение или замедление, обусловливающие степень артикуляционной напряженности и слуховой отчетливости. Темп относится к просодической стороне речи. Он может быть быстрым, скороговоркой, где слова выступают в редуцированной форме; медленным, когда наблюдается тягучая, монотонная, полная форма речи; прерывистым, когда речь разделяется на короткие, рубленые или не обоснованные по смыслу отрезки. Темп речи оказывает влияние на метрическую организацию речи, т.е. ритм. Ритм речи — это ее упорядоченность, закономерное расчленение временной последовательности на группы акцентов. Благоприятная скорость для субъективного ритмизирования, по наблюдениям Н. И. Жинкина, составляет от 100 до 200 ударов метронома в минуту (1 слог — 200 мл/сек или 0,2 сек.). Брадилалия — патологически замедленная, но правильно координированная речь. Синоним — брадифразия. По мнению некоторых авторов, в патогенезе брадилалии большое значение имеет патологическое усиление тормозного процесса, который доминирует над процессом возбуждения. Тахилалия — патологическое убыстрение темпа речи. Синоним — тахифразия. Тахилалия является стойким нарушением речи, имеющим тенденцию к рецидивам. Внешние проявления: расстройство речевого внимания; запинки; повторение, проглатывание и перестановки слогов или слов; аграмматизмы. Батгпаризм или кляттеринг — патологически обусловленное убыстрение речи, при котором слова произносятся нечетко, не договариваются. Речевое дыхание нарушено. Все это делает речь неразборчивой. А. Куссмауль отмечал, что в этом случае у человека нет времени ясно разделить слова и звуки, он глотает слоги и даже целые слова в конце фразы, сами фразы заменяются бормотанием. М. Е. Хватцев писал, что при этом расстройстве «слова... перепутываются и перемешиваются, проглатываются и не договариваются. Целый каскад звуков и слов произносится без передышки до полного истощения воздуха». Полтерн — то же, что тахилалия, при резком возбуждении лиц, страдающих ею, то есть патологически убыстренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера. М. Зееман (1965) уравнивает термины «полтерн» и «тахилалия». Основным симптомом «тахилалии — полтерна» он считает внутрисловесное повторение, т.е. персеверации; вторичными и сопутствующими симптомами этого расстройства являются проглатывание и повторение слогов, нарушение общей и речевой моторики, психологические изменения. Запинки, спотыкание, необоснованные паузы в словах и фразах, характеризующие прерывистый темп речи, по форме проявления могут выражаться: · в повторении отдельных звуков или звукосочетаний; · в прерывании речи необоснованным молчанием (паузы, остановки); 14 в трудном, с усилием произнесении одного или нескольких звуков. Прерывистый темп речи может быть обусловлен запинками судорожного и несудорожного характера. К запинкам судорожного характера можно отнести логоневроз и заикание, несудорожного — полтерн и физиологические итерации. Итерации — запинки несудорожного характера. М. Зееман отмечает, что повторение часто наблюдается в детской речи. Если нет осложнения, это повторение проходит, как только речевые условные рефлексы ребенка укрепляются и он может с достаточной уверенностью выражать свои мысли посредством речи. У детей с задержкой речевого развития нередко наблюдаются и запинки. Неумение сразу найти нужное слово, грамматически правильно построить фразу, ясно произнести тот или иной звук — все это может быть причиной необоснованных пауз, спотыкания, повторений. Нейромоторные расстройства речи Судорожные нейромоторные расстройства речи (речевые судороги) является типичным и обязательным симптомом заикания. Они различаются по форме, месту образования и частоте. По форме речевые судороги могут быть клоническими (навязчивое повторение стереотипных речевых движений: «та-та-та-та-релка»), тоническими (сильное, длительное сковывание движений: «п..пила») и смешанными, когда одновременно встречаются тонические и клонические судороги («п...пет-ту-тух»). Речевые судороги, их локализация До настоящего времени общепризнано, что классическое описание речевых судорог при заикании представлено в монографии И. А. Сикорского «О заикании». Им выделено 16 форм различных речевых судорог в зависимости от их локализации. 1. Судороги дыхательного аппарата Инспираторная судорога характеризуется внезапным резким вдохом, возникающим на разных этапах речевого высказывания, что приводит к необоснованной паузе. Экспираторная судорога характеризуется внезапным резким выдохом в процессе речевого высказывания. 2. Судороги голосового аппарата Судороги голосового аппарата возникают, как правило, при попытке произнесения гласного звука. Различают три основных вида судорог голосового аппарата. Смыкательная голосовая судорога является тонической по типу, возникает внезапно, прекращая голосоподачу. Основным признаком этого вида судорог 15 является полное отсутствие звука. В легких случаях гласные произносятся «жестко», с твердой голосоподачей, как будто «выдавливаются». Вокальная судорога возникает вследствие повышения тонуса голосовых мышц. По мнению Сикорского, 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. Дрожащий или толчкообразный гортанный спазм. Речь прерывается, возникает дрожащий или прерывистый звук, напоминающий блеяние козы или полоскание горла, что сопровождается полным отсутствием артикуляции. 3. Судороги артикуляционного аппарата Артикуляционные судороги разделяют на лицевые (губные, нижнечелюстные), язычные и судороги мягкого неба. 4. Лицевые судороги. Смыкательная судорога губ проявляется в виде спазма круговой мышцы рта. При этой судороге 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 проявляется спазмом мышц, поднимающих верхнюю губу, а иногда и крылья носа. Нижнегубная судорога аналогична верхнегубной. Поражает одну или две мышцы, опускающие угол рта. Угловая судорога рта характеризуется резким оттягиванием угла рта справа или слева вместе с приподнятием его. 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. Сложная судорога лица. По мнению Сикорского, не имеет самостоятельного значения, а представляет собой одно из проявлений выраженных в тяжелой степени различных лицевых судорог, включающих судороги лобных и ушных мышц. 5. Язычные судороги Язычные судороги составляют еще одну 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. 16 Судорожный подъем корня языка выражается в насильственном подъеме корня языка вверх и оттягивании его назад. 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. Подъязычная судорога характеризуется опусканием нижней челюсти и открытием полости рта. 6. Судорога мягкого неба. Данная судорога изолированно встречается крайне редко. Во время судороги мягкое небо то поднимается, то опускается, в результате чего вход в ротовую полость то открывается, то закрывается, что придает звукам назализованный оттенок. Внешне судорога выражается внезапной остановкой 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.

**Лекция 3**

**«Фазы развития заикания»**

Ребенок рождается с уготованным природой анатомо-физиологическим аппаратом, предназначенным для формирования речевых навыков. Если развитие речи и других высших психических функций не происходит в срок, то человек, как правило, остается неполноценным. В развитии наступают необратимые изменения, которые не удается компенсировать.

Первые проявления речи младенца носят рефлекторный характер, они выражают его психическое состояние: ощущение голода, боли, дискомфорта — ребенок начинает кричать. При выражении положительных эмоций у ребенка возникает гуканье, гуление и лепет, которые сопровождаются соответствующей мимикой и жестикуляцией. Большое значение имеет развитие общей моторики.

С первых дней жизни ребенок готовит свой артикуляционный и голосовой аппарат к речи. Сначала звуки произносятся рефлекторно. Далее устанавливаются ассоциации, ребенок вслушивается в свою речь и в речь окружающих. Позже начинает развиваться имитационная речь, подражание окружающим, особенно речи кормящей матери.

К концу первого года у ребенка в запасе примерно 8-10 слов. На втором году происходит увеличение их числа. Ребенок учится оперировать ими, усложняет, пробует различные сочетания, накапливая словарный запас, овладевает фразой.

Где-то с двух лет расширяются социально-психологические связи ребенка, словарный запас возрастает. Речь становится более осознанной, целенаправленной, проявляются первые желания и потребности. Возрастает роль психологических факторов, но вербализовать свои желания в полной мере ребенок еще не может, так как словарный запас ограничен, а стремление высказаться, объяснить, потребовать невероятно велико, особенно когда ребенок находится в возбужденном состоянии. Эмоции часто захлестывают его, он торопится, мысли (часто тени слов) бегут, они еще не оформлены в слова, слов не хватает, тогда ребенок начинает «захлебываться», волнуется, потому что его не понимают или резко одергивают, прерывают.

В этот начальный период формирования речи закладываются ее основы как функциональной системы. Спонтанные артикуляционные и языковые упражнения способствуют формированию и «автоматизации» центральных механизмов. Нарушение этого процесса вследствие различных причин (задержки речевого развития, стрессовые ситуации и т.д.) может привести к расстройству речи в виде нарушения темпа, ритма, плавности и слитности. Большое значение имеют личностные особенности ребенка, способ реагирования родителей и социально-психологические условия жизни.

Именно в период начального заикания специальная коррекционная работа является самой важной.

Если проанализировать становление процесса речи, то можно подойти к проблеме «первичного» и «вторичного» заикания, а также к фазам его развития.

Гуканье, гуление, лепетная речь, произнесение первых слов — это начальные этапы развития речи и языка. В процессе опробования различных вариантов артикуляции возникают различные сочетания звуков и слогов. Этот тренинг необходим для становления физиологических механизмов речи. Возможные срывы на этом пути определяются как первичное физиологическое заикание.

Вторичное заикание — формирование и хронизация речевого дефекта в виде истинного заикания, которое также имеет свою динамику.

Под влиянием эмоций, сопровождающих речь, нарушается дыхание. Постепенно появляются слова-уловки, «эмболы», синонимы, уклонения от ответа. Это специфические вторичные симптомы. Возникающая необходимость подбора и замены слов, ощущение неизбежности запинок, появление судорог приводят к смятению, которое влечет за собой нарушение мыслительного процесса, организуя внутренний порочный круг, усиливающий заикание. Более детально этот процесс рассматривается при описании фаз заикания (О. Bloodstein, 1965).

**Первая фаза развития заикания**

Заикание возникает эпизодически; периоды плавной речи сокращаются и наступают все реже, сама выраженность заикания флюктуирует по тяжести. В поздних периодах первой фазы заикание становится более постоянным и выраженным;

• запинки чаще возникают на начальных словах предложения. В начале первой фазы большинство заикающихся испытывают затруднения исключительно при произнесении первого слова в предложении;

• запинки возникают в основном при произнесении кратких частей речи, особенно предлогов, союзов и т.д.;

• заикание усиливается под воздействием так называемого «коммуникативного давления», то есть самые большие затруднения ребенок испытывает, когда он возбужден, торопится и пытается о чем-либо рассказать;

• ребенок обычно не реагирует на свое заикание и говорит во всех ситуациях свободно, без смущения. Заикание может спровоцировать кратковременная эмоциональная реакция. Но беспокойства, тревожности, страха речи нет. Нет переживания своего дефекта речи и неудач в общении.

**Вторая фаза развития заикания**

Для этой фазы характерны следующие особенности:

• нарушение речи становится хроническими, иногда тяжесть заикания меняется, судорожность речи может на короткое время исчезать;

• заикание проявляется при быстрой речи или в состоянии эмоционального возбуждения, чаще всего происходит на многосложных словах, значительно реже запинки встречаются на местоимениях и односложных словах. Они иногда остаются на первых словах предложения, но это уже не обязательные, а вероятные места запинок.

• речевой дефект осознается, дети считают себя заикающимися, но еще говорят свободно в любых ситуациях.

Могут наблюдаться затруднения в контактах, сопутствующие движения. Расширяется объем сложных для общения ситуаций. Заикающиеся отмечают, что они заикаются примерно одинаково и дома, и в общественных местах, и с друзьями. Речь не зависит от ситуации. Некоторые считают, что в особенно важных для них ситуациях могут «контролировать» свою речь, замедлять темп речи и тем самым уменьшить количество запинок. И, наоборот, речь ухудшается в момент расслабления, при общении с друзьями.

**Третья фаза развития заикания**

Эта фаза характеризуется следующими особенностями:

• определенные ситуации становятся трудными для общения, и это четко осознается заикающимися;

• возникают постоянные трудности, связанные с произнесением определенных слов и звуков;

• замены одних слов другими.

В этой фазе, несмотря на уже сформировавшиеся симптомы более сложных расстройств речи, крайне редко встречаются пациенты с выраженным переживанием страха речи или какой-то неловкости, чаще всего отсутствует тенденция избегания речи.

Третья фаза развития заикания — это практически полное становление судорожного синдрома, однако без избегания ситуаций и без страха речи.

O.Bloodstein отмечает весьма характерную особенность заикающихся в третьей фазе. Это парадоксальная установка на спокойствие, несмотря на сформировавшееся выраженное заикание. Заикающийся использует практически любую возможность для общения. Предложение начать лечение не вызывает энтузиазма и поддержки. Это характерно для детского и подросткового возраста, когда еще отсутствует мотивация для лечения, требующая волевых усилий и напряжения для систематического посещения занятий, а также зависящая от личностных особенностей.

**Четвертая фаза развития заикания**

На этой стадии заикание вырастает в большую личностную проблему. Можно указать следующие характерные его черты:

• возникает яркая антиципация (ожидание) заикания;

• становятся стандартными трудности при произнесении определенных слов, звуков в определенных ситуациях и при определенных слушателях;

• появляются уклончивые ответы; отмечаются другие затруднения и проявления страха речи;

• отмечается избегание определенных речевых ситуаций.

Отличительная черта четвертой фазы — наличие выраженных эмоциональных реакций на заикание, важнейшим проявлением чего становится избегание речевой ситуации. В этой фазе заикающийся предпочитает проехать несколько лишних остановок, чем спросить впередистоящих людей, выходят ли они на следующей остановке. Пациент испытывает выраженный страх перед кассиром в магазине, при разговоре по телефону. Особенно большое напряжение и страх он испытывает в школе, ожидая на уроке возможного вызова для ответа. Даже в компании друзей старается говорить меньше, чтобы избежать заикания. «Трудные» звуки и слова в этой фазе сопровождаются страхом, и если раньше заикающийся заменял слова от случая к случаю, то теперь он это делает систематически, чтобы избежать заикания. В этой фазе заикающиеся больше внимания начинают обращать на то, как окружающие реагируют на их речь, как они сами выглядят в глазах окружающих и собеседников.

Четвертая фаза развития заикания характерна для подростков и взрослых, однако ряд особенностей и черт этой фазы наблюдаются и у детей в возрасте 10-11 лет. Встречаются и совсем маленькие пациенты в возрасте пяти-семи лет, которые отказываются от общения и контактов с окружающими.

**Лекции 4-5**

**«Обзор методик коррекции заикания»**

Проблема лечения заикания и достижения стойких результатов издавна привлекала к себе внимание исследователей.

В середине прошлого века французский врач Блюме писал, что «всякий заикающийся, даже если он вполне вылечен, до конца жизни не застрахован от опасности вновь заболеть, если он не придерживается приемов, которые избавили его от болезни».

До настоящих дней одним из наиболее полных и фундаментальных исследований является монография И.А.Сикорского «О заикании» (1889).

Сикорский определял заикание как хронический невроз, функциональное расстройство в области речи. Одним из существенных признаков он считал судорогу в пределах одного или многих речевых механизмов. Особенности характера и темперамента заикающихся Сикорский относил к признакам, характеризующим предрасположение к болезни, и в первую очередь выделял робость и смущение, в некоторых случаях неуважение и даже презрение к самому себе, чрезмерную впечатлительность и неустойчивое настроение. Патологический характер, по мнению Сикорского, не вытекает из заикания, а, наоборот, предшествует болезни и усугубляет ее. Как считал Сикорский, от наличия таких патологических черт характера во многом зависит возможность излечения от заикания.

Сикорский указывал, что вопрос об излечимости заикания имеет важное научное и практическое значение. Многие исследователи пытались определить точный срок лечения. Немецкие врачи (Кленке, Отто, Коэн) назначали срок лечения от пяти до шести месяцев, Шервен — двадцатидневный срок, но затем рекомендовал самостоятельные занятия в течение четырех месяцев. Такое разнообразие сроков, как три недели и двадцать пять недель, очень красноречиво. Сикорский утверждал, что не может быть ничего ошибочнее назначения точных сроков лечения. Скорее всего, для надежного излечения необходимо не менее полугода.

Второй важный вопрос, который пытался выяснить Сикорский, — это вопрос излечимости заикания.

Сикорский считал, что ему не всегда удавалось вылечить заикание у детей или у людей необразованных. Первым, по его мнению, недоставало настойчивости и воли, вторым — желания. Далее Сикорский сопоставил статистические данные нескольких исследователей (Блюме, Коломбо, Коэна) и получал следующие результаты:

излечение — примерно три пятых больных;

улучшение — чуть меньше одной пятой;

неизлечимость — чуть больше одной пятой больных.

На основании этих данных Сикорский сделал вывод, что лечение заикания можно признать задачей благодарной. И далее он высказал следующую мысль: «Принимая во внимание, что до настоящего времени лечение было довольно односторонним, и самый невроз не был изучен, можно выразить полную научную уверенность, что при надлежащей постановке дела в наше время можно достигнуть более благоприятных результатов».

В 1830 году Коломбо (Colombaut) опубликовал работу «О заикании и других дефектах речи». Он считал, что заикание — приобретенный дефект: «Речь является результатом воспитания, а не врожденной способностью, даром природы». Коломбо разработал метод лечения заикания, который способствовал усвоению навыка изменения темпа и ритма речи, которому он придавал большое значение. Основой его метода явились ритмическое дыхание и ритмическая речь. Коломбо отметил, что заикание усиливается в результате устал ости или болезни, но иногда во время появления какого-либо нового заболевания исчезает совсем.

В 1838 году в Петербурге вышла монография Х.Лагузена «Способ лечения заикания». Он выделил заикание как самостоятельное расстройство речи. Отмечая, что заикание не зависит от анатомических дефектов артикуляционного аппарата, он считал основной его причиной аффекты — испуг, гнев, стыд, страх и др. Автор рассматривал подражание в качестве основных моментов, определяющих возникновение заикания в семьях, в которых родители страдают этим дефектом, и отрицал ведущую роль наследственности в его возникновении. Автор рекомендовал не начинать лечения до тех пор, пока у больного не созреет желание лечиться и полная уверенность в том, что он в состоянии выполнить все предъявляемые ему требования. Он советовал заикающимся читать по слогам, монотонно, без повышения и понижения голоса, подкладывая под язык свиток плотно скатанного холста толщиной в мизинец, длиной не шире рта; при чтении рекомендовалось отбивать ритм. Х.Лагузен настаивал на сопряженном чтении, пока заикающийся не овладеет необходимыми навыками. Когда заикающийся на собственном опыте убедится, что он может читать и говорить, у него исчезает «боязнь и представление» и появляется уверенность в собственных силах. При положительном эффекте он предостерегал от быстрого прекращения занятий, так как «сила привычки заикаться может быть подавлена совершенно только привычкой правильного выговора». После излечения автор рекомендовал избегать аффектов и торопливой небрежной речи. Он не определял сроки, необходимые для лечения; по его мнению, это зависело не столько от вида заикания, сколько от характера больного.

В 1862 году была опубликована книга Кленке (Klenke), в которой он излагал систему так называемого психического и дыхательного метода лечения заикания. Кленке выделил пять форм заикания: нервную, дыхательную, конституционную, заикание, возникающее из-за особого темперамента, и заикание вследствие привычки. Он одним из первых настаивал на предварительном общеукрепляющем лечении, в особенности нервной системы. Кленке считал, что заикание — это симптом общего или психологического заболевания.

В 1886 году в Вене была опубликована книга Р.Коэна (Cohen) «Паргология и терапия речевых аномалий», в которой автор предполагал ритмизировать речь заикающихся с помощью метронома, а темпо-ритмические упражнения предлагал проводить в группе.

В конце XIX века вопросы клиники, патогенеза и лечения заикания, а также вопросы профилактики рецидивов обсуждались в работе И.К.Хмелевского «Заикание: его сущность, предупреждение и лечение» (1897). Он считал заикание судорожным неврозом и относил его к категории функциональных болезней, к «болезням центра речи», подчеркивая, что при этом нет органических нарушений в коре головного мозга.

Хмелевский впервые четко сформулировал необходимость применения комплексной системы лечения заикания. Он предостерегал от увлечения универсальными методами и требовал индивидуального подхода к больному.

По мнению Хмелевского, продолжительность лечения заикания весьма различна и зависит от формы заикания, психических особенностей, воли и настойчивости больного, а также от осложнений другими болезнями. «Продолжительность лечения в каждом случае может быть определена лишь приблизительно, так как только по истечении известного срока, когда врач ближе ознакомится с больным и его недугом, он в состоянии подвести его под ту или иную категорию в смысле излечения». Больные, находящиеся в стационаре, излечиваются в более короткий срок, чем амбулаторные больные. Хмелевский считал, что в легких случаях бывает достаточно шести недель; случаи средние, осложненные физическими болезнями, требуют трех месяцев, более тяжелые формы заикания — шести месяцев и даже более. '

Хмелевский указывал, что для закрепления приобретенных результатов нужны время и подходящие условия: нужно образовать новые устойчивые связи, привычки, поэтому необходимо наблюдение над собой, соблюдение режима, повторные упражнения. По окончании курса лечения пациент должен продолжать упражнения дома ежедневно и приходить к врачу раз в неделю для контроля и получения нужных инструкций. Таким образом, связь заикающегося с врачом не прекращается и дает возможность своевременно принимать меры в случае возникновения рецидивов. Данная система работы с заикающимися была заимствована Хмелевским у немецкого врача Гутцмана (1888).

Хмелевский считал, что чрезвычайно редко лечение заикания не дает никакого результата. Гораздо чаще имеют место случаи неполного излечения. Иногда бывает нелегко убедить больного выполнять все предписания: удерживаться от разговоров, вести правильный образ жизни, посвящать упражнениям достаточное время и т. д.

Кроме того, по мнению Хмелевского, значительная часть больных оставляет лечение немедленно по достижении более или менее резкого улучшения, а обещания продолжать занятия дома и следовать наставлениям врача так и остаются обещаниями. Хмелевский считал, что особенные трудности представляет лечение детей, успех которого во многом зависит от их воспитания, а также от уровня их психического развития.

Хмелевский отмечал, что опасаться рецидивов заикания следует, если пациент имеет невропатический темперамент, страдает органическими болезнями, особенно «если условия жизни требуют большого напряжения физических и душевных сил». Рецидивы, впрочем, менее жестоки, чем первоначальная болезнь, и, главное, легче поддаются лечению. «Во всяком случае, каждый, подвергавшийся лечению заикания, имеет достаточный запас сведений и приемов, чтобы помочь себе в трудные моменты и не допустить значительного проявления судорог».

Другой русский психиатр, Г.Каменка (1900, 1902), полагал, что заикание мало отличается от «психозов, известных под именем навязчивых идей или насильственных представлений». Фактическую неспособность к речи вызывает одно представление о неспособности к речи. Автор считает заикание недугом «особенно мучительным и опасным, который может отражаться рядом серьезных патологических влияний на всем развитии больного». Г.Каменка впервые высказал мнение о необходимости проведения коллективных занятий и требовал активного участия больных в лечебном процессе.

В начале XX века появились работы Жане, Дюбуа, Дежерина о роли «психологических закономерностей» в происхождении и сущности неврозов. С этого времени начинает развиваться психологическое направление в исследовании заикания.

В 1909-1913 годах появились работы Г.Д.Неткачева. Он предлагает «новый психологический способ лечения заикания», отвергая все предыдущие дидактические методы не только как бесполезные, но и приносящие вред больному.

Неткачев считал, что заикание с психологической точки зрения представляет болезнь личности, неспособной подчинить своей воле собственную судорожно расстроенную функцию речи и лишенной в то же время правильной ориентировки в понимании как своего недуга, так и условий своего существования в окружающей социальной среде. На этом основании Неткачев делает вывод, что задача психического лечения и будет состоять в том, чтобы вполне перевоспитать личность пациента и восстановить в ней утраченное спокойствие, смелость, уверенность, устранить угнетающие эмоции страха, робости, воздействие окружающей среды.

Неткачев предлагал лечить больного человека, а не одну только речь. Ежедневная тренировка, практика в разговорной речи дома и в обществе, речи, освобожденной от навязчивых мыслей, уловок, навязчивого страха, а также практика смелого поведения — залог успеха. Заикающийся должен вести дневник для записи своих достижений и неудач. Неткачев предложил обширную программу лечения больных заиканием, которая представляет детальную разработку психотерапевтического воздействия на больного в состоянии бодрости. Он сочетал методы индивидуальной и коллективной психотерапии.

Рассматривая вышеизложенные работы, нельзя не отметить распространенности взглядов на заикание как на расстройство чисто невротической природы. Это стремление вместить все многообразие психопатологии в узкие рамки одной нозологической группы невроза нередко встречается до настоящего времени. Однако несмотря на указанную тенденцию, большая часть приведенных исследований описывала сложную, многообразную и полиморфную психопатологию заикающихся больных. Вместе с тем, в ряде работ из общей клинической картины искусственно вычленялись наиболее яркие, бросающиеся в глаза симптомы — нейромоторные расстройства, логофобия, — и этим расстройствам придавалось решающее этиопатогенетическое значение, что встретило обоснованную критику (Ю.А.Флоренская, 1935, 1936; М.Е.Хватцев, 1951; Ю.А.Поворинский, 1952, 1959 и др.).

Появление психоаналитической концепции Фрейда и его последователей также отразилось на учении о заикании. Заикание рассматривалось как выражение внутренних конфликтов — в основном сексуального порядка — через нарушение речи. А.Адлер (1920) считал заикание «психическим инфантилизмом», полагая, что при столкновении с трудностями человек всегда стремится к возвращению в счастливое и беззаботное детство, и чем сильнее подобное стремление, тем легче появляются снова те речевые нарушения, которые человек уже однажды (в детстве) преодолел. Таким образом, для заикающихся характерно стремление в прошлое и сохранение определенных детских черт. Близок к психоаналитическим трактовкам и К.Шнайдер. Больной, по его мнению, не может беспрепятственно произносить отдельные слова, касающиеся «табу». Бессознательная и сознательная воля идут в противоположных направлениях. Этот конфликт между речью и молчанием несознателен, ибо он вытеснен.

О.Лауби (1914) указывал на нарушения плавности речи в детском возрасте, но не считал это заиканием. «О действительном заикании мы можем говорить только тогда», — писал он, — «когда вследствие особого внимания пациента к процессу произношения, который должен протекать автоматически, в мышцах речевого аппарата появляются судороги, устранение которых не зависит от воли пациента». Определяя сущность заикания, он также придерживался психоаналитических позиций.

Л.Франк (1927) оценивает заикание как плоды состояний страха, вытесненных в бессознательное, откуда они стремятся снова проникнуть в сознание опять в виде страха. Психоневротическое предрасположение, наклонность к возникновению одной и той же формы невроза, как, например, заикание, чрезвычайно легко передается по наследству. «Мы постоянно наблюдаем», — писал он, — «семьи, все члены которых охвачены приблизительно одной и той же фобией».

Кориент (1943) рассматривал заикание как психоневроз, возникающий вследствие задержки тенденции получать удовлетворение во время раннего (дополового) вскармливания. Заикающийся не преодолел дополовые тенденции во время развития взрослого организма. В речи больных поддерживается иллюзия кормления и продолжения ротового удовлетворения при помощи иллюзорной замены материнской груди заиканием. Таким образом, заключает Кориент, заикающийся сохраняет себе мать во взрослой жизни. В центральной точке клинической картины болезни всегда стоит страх перед психическим предательством (страх выдать себя).

Штекель признавал, что сексуальные комплексы не только обусловливают заикание, но они играют и «главную роль». Он пришел к выводу, что только психоанализ воздействует на основу страдания, и в будущем терапия заикания будет только психоаналитической. Однако Э.Фрешельс (1959), ссылаясь на мнение З.Фрейда, считал заикание одной из неблагоприятных форм невроза в смысле его лечения психоанализом. Бергман и Трайн (1940) считали заикание этапом нормального речевого развития.

В.А.Гиляровский (1931, 1932), проанализировав 100 случаев заикания у детей, говорил об особой форме невроза, рассматривая заикание как частичное проявление общей слабости моторики. Отмечая влияние речевого недоразвития на формирование личности, он указывал на формирование психастенического склада личности. Этим он объяснял неустойчивость результатов лечения взрослых заикающихся, призывал к лечению в детском возрасте и, самое главное, к оздоровлению окружающей среды, к проведению работы с родителями.

Что касается лечебно-коррекционной работы с заикающимися, то она осуществлялась как педагогами-логопедами, так и врачами. В 1930 году В.А.Гиляровским и Н.А.Власовой был введен комплексный метод воздействия на заикающихся детей. Коррекция речевого дефекта подразумевала также развитие мышления, движений, воли, характера.

Н.А.Чевелева (1962) предложила эффективную систему исправления речи у заикающихся детей дошкольного возраста в процессе ручной деятельности, направленной на последовательный, постепенный переход от наглядных, ситуационных форм речевого общения к речи контекстной. Онтогенетически все высшие психические функции (в том числе и речь) рождаются из практической деятельности детей (в наглядно-действенном плане). Хорошо известно, что действие и речь на ранних этапах развития ребенка неразделимы, слиты в единый комплекс. Эта закономерность использовалась Чевелевой в занятиях с заикающимися детьми дошкольного возраста. Постепенно речь «отрывалась» от непосредственного действия. Далее речь закреплялась уже по представлению о том, что выполняли перед этим. Таким образом, «сопровождающая» форма речи превращалась в «завершающую», а затем в «предваряющую». Чевелева подчеркивала высокую эффективность занятий, опирающихся на закономерности речевого онтогенеза.

А.В.Крапухин (1975) в работе с заикающимися подростками выделяет пантомиму, которая может быть использована как активная форма тренировки координации движений. В.И.Добридень и Ю.С.Шевченко (1979) в работе с подростками указывали на то, что «в комплексном лечении определенное место занимает игровая терапия», позволяющая «преодолевать волевую незрелость, недостаточность мотивации деятельности, повышенную утомляемость и пресыщаемость подростков, придавая логопедическому тренажу эмоционально-привлекательную форму».

При выборе конкретных приемов коррекции личностных особенностей и невербальных форм общения особый интерес представляет вопрос об использовании двигательных методик психотерапии. Г.Юнова (1975), останавливаясь на проблеме невербального поведения (общения) и его применения в терапии, отмечала, что психотерапевты преднаучного периода, опираясь на интуицию, отметили связи между двигательной экспрессией и психическим состоянием и использовали это в своих целях. Автор подчеркивала, что «с невербальной коммуникацией непосредственно связана незначительная часть движения — 7%, это прежде всего движения головы и рук, употребляемых для подчеркивания акцентируемых слов». Невербальная техника стала в последнее время нераздельной частью различных психотерапевтических школ и направлений: арттерапии, музыкотерапии и логоритмики. Юнова отмечала, что, во-первых, двигательные невербальные техники не являются самостоятельными видами психотерапии, во-вторых, большая их часть предназначена для работы с целой группой; в-третьих, невербальная техника делает возможным сильное переживание, освобождая глубокие и богатые эмоции. Юнова приводит классификацию отдельных техник, использующих упражнения на снятие напряжения дыхания, осознание собственного тела во всех ситуациях и при всяких движениях, контактах с предметом, а также использующих силу тяжести. Говоря о практическом применении невербальных техник, Юнова отмечала, что максимальный психотерапевтический эффект можно получить благодаря соединению невербальных методов с вербальным обсуждением вызванных переживаний, чувств, воспоминаний.

Важной задачей психотерапии как звена системы лечебно-восстановительного воздействия при неврозах является выявление и коррекция зафиксированных психологических защитных механизмов, осознание больными стоящих за ними неправильных отношений и мотивов, а также выработка адекватных установок (Б.Д.Карвасарский, В.А.Ташлыков, Г.Л.Исурина, 1983). Групповая психотерапия, помимо задач изменения личности, решает задачи по расширению возможностей паралингвистической стороны речевого поведения и формирования внутренней коммуникации как сознательной регуляции внешней формы поведения.

В работе с группой взрослых заикающихся можно отметить основные психологические подходы В.М.Шкловского, Е.Л.Михайловой, И.И.Фридман, Л.М.Кроля, О.Г.Ревзиной (1979), а также Ю.Б.Некрасовой (1983), Е.Ю.Рау (1983), Е.В.Харитонова (1983). Авторы этих работ выделяют отдельные аспекты изменения личности заикающихся, поэтому их реабилитационная работа направлена в основном на коррекцию какой-нибудь одной из ее характеристик.

В работах Шкловского с сотрудниками (1979-2003) обращается внимание на специфику групповых занятий со взрослыми заикающимися. Авторы подчеркивают, что теоретико-методические принципы и практика групповой психотерапии при неврозах, разработанные Б.Д.Карвасарским (1979), А.В.Петровским (1979), С.Кратохвилом (1972), С.Ледером (1979), К.Хеком (1979) и др., легли в основу их работы со взрослыми лицами, страдающими заиканием. Е.Л.Михайлова и И.К.Фридман (1979) выделили ряд специфических моментов, которые необходимо учитывать в проведении групповой психотерапии с заикающимися: 1) реальные речевые трудности; 2) фиксация на дефекте, ее защитный характер; 3) нарушение социальной перцепции и экспрессивного поведения; 4) однородность группы, как фактор, способствующий большей фиксации на дефекте. В работе с заикающимися авторы используют значительный арсенал невербальных техник, раскрывающих коммуникативные возможности пациентов. Л.М.Кроль и О.Г.Ревзина используют семиотический подход в разработке методики групповой психотерапии, направленной на восстановление или формирование способностей понимания определенной «символики» невербального поведения. Соединение семиотики с психотерапией является одной из модификаций методов групповой психотерапии при заикании.

Изучению психических состояний и их динамики в процессе социореабилитации заикающихся посвящены работы Ю.Б.Некрасовой (1983). Основным направлением в работе автора является создание у заикающихся особой «установки на выздоровление» или «лечебной перспективы», воли к выздоровлению по Сикорскому. Использование игровой психотерапии в работе с заикающимися разработано Е.В.Харитоновым. Избавление от логофобии — реальная цель игровой психотерапии.

В 60-70-е годы большое значение стало придаваться изучению заикания при различных нервно-психических заболеваниях. Из клиники В.А.Гиляровского вышли работы В.С.Кочергиной (1960), а также М.С.Лебединского, Ф.П.Янович, Г.П.Платоновой (1960), в которых предлагалось различать среди заикающихся невротиков, психопатов и больных с органическими нарушениями.

С 70-х годов в отечественной литературе в клинических исследованиях стало доминировать представление о необходимости разделения эволюционного заикания на невротическую и неврозоподобную формы (В.В.Ковалев, 1971, 1974; Н.М.Асатиани с сотр., 1973-1984).

Клинико-физиологическое исследование патогенетических механизмов заикания, проведенное Л.И.Беляковой (1973-1978) показало, что при заикании на невротическом фоне имеется патологическая активность эмоциогенных структур мозга. При заикании на органическом фоне основным патогенетическим механизмом является нарушение состояния моторных структур мозга органо-функционального характера и связанное с этим нарушение речевого развития.

Исследования, проведенные в 80-е годы (Е.В.Оганесян, 1983, 1984; Н.А.Рычкова, 1983, 1984; Т.А.Болдырева, 1983, 1984, 1985), подтверждают необходимость применения дифференцированных приемов работы как со взрослыми заикающимися, так и с заикающимися детьми с учетом их возможностей, что в свою очередь способствует повышению эффективности терапии заикания.

Многочисленные литературные данные показывают, что заикающимся свойственны определенные нарушения личности и познавательных процессов, влияющие на полноценность процесса общения, а также расстройства вербальных и невербальных средств коммуникации. Что касается коррекционной работы, то здесь за основу часто берутся теории зарубежных авторов, основанные на принципах необихевиоризма.

Комплексный подход к преодолению рецидивов заикания в логопедии связан с именами Н.П.Тяпугина, И.И.Тартаковского, Ю.А.Флоренской, М.Е.Хватцева.

Н.П.Тяпугин опубликовал ряд работ по заиканию с 1928 по 1952 гг. В вопросах этиологии и патогенеза заикания он был последователем Г.Д.Неткачева, И.П. Павлова, объясняя заикание и возникающие при этом уловки, сопутствующие движения с позиций физиологии И.П. Павлова — образованием патологических условных рефлексов.

Тяпугин впервые подробно разработал и изложил в литературе коллективно-психологический метод лечения заикания, а также предложил методы работы по преодолению рецидивов. Больные с заиканием объединялись в группы «Оздоровление речи» и работали под руководством инструктора, бывшего пациента, лечившегося в этом же коллективе. Девиз группы: «Через оздоровление психики — к Здоровой речи».

Тяпугин считал, что пребывание и занятия больного в коллективе имеют колоссальное значение по следующим причинам:

• больной попадает в социальную среду, отрыв от которой вследствие своей болезни он чувствует особенно сильно;

• больной оказывается среди равных себе — товарищей по несчастью, что дает ему сознание уверенности в себе, необходимые для лечения силы;

• больной, привыкший к постоянному самоанализу, к постоянному болезненному переживанию своих поступков и своего поведения, здесь, в коллективе, отвлекается от своей болезни, больше думая о других;

• в коллективе больные взаимно поддерживают друг друга в трудных ситуациях, радуются и заряжаются бодростью от успехов; ошибки одного предупреждают ошибки других, опыт одного учит остальных;

• работу больных направляет руководитель, который сам в прошлом, страдал заиканием;

• лечебное воздействие, которое обусловлено внушением и без которого не обходится ни одна психотерапия, в условиях коллектива проявляется наиболее сильно.

Врач в таком коллективе обследует и наблюдает больных, направляет работу учреждения и групповые занятия, проводит индивидуальную работу с больными. Индивидуальные обследования осуществляются в условиях коллективного обсуждения, где каждый получает урок для себя.

Коллективно-психологический метод, предложенный Тяпугиным, включал следующие виды работ: объяснение больному его заболевания; медленная речь и звуковые упражнения (главное правило: «если хочешь говорить быстро — говори медленно»); работа с имеющимися у больного мыслями о заикании и фобиями речи («картины воображения»: пациент пытается представить себя другим человеком); самовнушение (аутотренинг утром и вечером); «раскрепощение тела»; практика смелого поведения; общественная работа.

Подводя итоги, Тяпугин обратился к вопросу о сроках лечения. Он считал, что двухмесячный срок является достаточным для того, чтобы больной усвоил метод и проделал работу над собой. Но это не значит, что больной полностью вылечился. Тяпугин отмечал, что нужный успех в лечении с трудом достигается, если: имеется особо тяжелая форма болезни; не созданы благоприятные условия среды; заикание является симптомом другой болезни; больной не проявляет активности в работе над собой.

Больного с самого начала предупреждают о том, что занятия в коллективе — это школа, позволяющая ему преодолеть заикание, но при этом требующая прежде всего самостоятельности и активности со стороны самого пациента.

В начале лечения большинство больных дает быстрое и резкое улучшение. Но это улучшение есть только временный эффект, вызванный самим фактом лечения, «праздничным» настроением больного. Поэтому, когда наступают «будни» в работе, то происходит ухудшение, которое очень огорчает больных. Чтобы предотвратить разочарование пациента, необходимо своевременно предупредить его, что лечение заикания требует серьезной работы по перестройке личности, которая и дает желанные и прочные результаты.

По мнению Тяпугина, больные по выходе из групп еще нуждаются в большой работе над собой, чтобы добиться прочных и устойчивых результатов. Все зависит, считает он, от тяжести болезни, от индивидуальных качеств больного, а также от среды, в которой он находится.

Тяпугин пишет, что рецидивы возможны тогда, когда у больного в силу каких-либо причин наступает ослабление его нервно-психического состояния, когда больной прекращает самостоятельную работу, не проявляет активности и т.д. Однако во время возвратов болезнь уже не носит прежнего характера, а представляется ослабленной. Если он сам предпринимает соответствующие меры или возвращается в клинику, то тогда обычно в тот или другой срок он справляется с рецидивом. То обстоятельство, что во время работы в коллективе больной не прерывает связь со своей обычной средой, способствует предупреждению рецидива.

Для предупреждения рецидивов больной получает рекомендации от специалистов относительно дальнейшей самостоятельной работы, соблюдения режимных моментов.

Идею коллективной психотерапии с самого начала приветствовали А.Б.Залкинд, Ф.А.Рау, Л.М.Розенцвейг, М.Б.Кроль, Д.В.Фельдберг, Д.И.Азбукин, В.К.Сережников, Л.А.Квинт, Ю.В.Канабих, А.К.Шнейдер.

Коллективно-психологический метод лечения заикания, впервые достаточно подробно описанный и изложенный в советской литературе Н.П.Тяпугиным, получил дальнейшее развитие в работе И.И.Тартаковского «Коллективный метод лечения заикания» (1934).

Тартаковским было создано общество взаимопомощи заикающихся «Здоровая речь». Он считал, что само определение психоневроза как социальной болезни общества с неизбежностью толкает невротика в коллектив. Индивидуальная психотерапия восстанавливает нарушенные функции больного в искусственной среде, за пределами которой, в своей обычной обстановке, больной не застрахован от рецидива.

В основе психотерапии заикания Тартаковский видел совместный труд в коллективе с конкретной целью — исцелиться. Он считал, что невротика можно только постепенно вводить в здоровый социальный коллектив, через ряд промежуточных звеньев, все усложняющихся ситуаций. Таким образом невротик неизбежно придет к коренной ломке старой психологии, к переоценке ценностей, прошлого. По мнению Тартаковского, зияющую пропасть между невротиком и обществом восполняет коллективная психотерапия.

Коллективно-психологический метод лечения заикания Тартаковского построен по принципу самолечения, на инициативности и активности больных. Это не исключает помощи специалиста-консультанта в случае необходимости.

Основные принципы общества «Здоровая речь»:

- строжайшая дисциплина, обязательное выполнение коллективных решений;

- солидарность, дружба;

- специальный коллективный договор, скрепляющий коллектив на добровольных началах;

- наличие в коллективе излечившихся или почти излечившихся от заикания;

- сменяемость руководителей, т. е. поочередное руководство занятиями коллектива всеми его участниками;

- бесплатность занятий.

Тартаковский считал, что при рецидиве болезни, причиной которого могут быть физическая болезнь, психическая травма, плохие бытовые условия, неоконченный курс лечения, больному для восстановления утраченных навыков правильной речи достаточно вернуться в коллектив.

Идея коллективной психотерапии нашла впоследствии множество горячих сторонников среди авторитетных ученых и специалистов.

Позднее, в 1948-1949 годах, к вопросу лечения заикания коллективно-психологическим методом обратилась Ю.А.Флоренская из Московского государственного института нервно-психиатрической профилактики.

Ю.А.Флоренская определяла коллективно-психологический метод как синтетический, так как в лечении больных должны принимать участие и врачи, и логопеды, и психологи. Участие больных в деле лечения заикания Флоренская склонна считать решающим фактором в преодолении заикания и в профилактике рецидивов заболевания.

По мнению Флоренской, коллективно-психологический метод лечения основан на правильной организации самого коллектива больных: ни педагогические, ни психологические требования не позволяют совмещать детей со взрослыми, социально отсталых примитивов с высококультурными и образованными людьми.

Флоренская считала, что особую группу составляют повторные больные. Обследование пациентов, прошедших курс лечения, выявило, что при огромном терапевтическом воздействии метода больные нуждаются в последующем профилактическом наблюдении специалистов. Особенно благотворно действуют в тяжелых случаях кратковременные повторные курсы лечения: согласно катамнестическим сведениям относительно особенно тяжелых больных, каждый из таких непродолжительных курсов лечения дает определенный и неоспоримый процент стойкого улучшения, который, однако, несколько ниже улучшения, полученного больным при окончании каждого курса лечения.

Флоренская полагала, что повторное лечение не только желательно, но даже необходимо для некоторых пациентов, но присутствие их в общей группе первичных больных вредно отражается на обеих сторонах, а именно: дискредитирует метод в глазах одних и не дает достаточного результата у других. Поэтому необходимо создавать особые группы, так называемые группы повышенного типа. В этих группах производится не повторение старой программы, а развитие ее обязательно на новом психолого-педагогическом и речевом материале.

По мнению Флоренской, при заикании резко нарушена социальная функция речи, то есть речи как связи между «Я» и обществом.

Устранение одного из этих компонентов, то есть «Я» или «общества» сразу восстанавливает декомпенсированную функцию. В самом деле, актер свободно выступает на сцене постольку, поскольку он говорит за другое лицо, поскольку его «Я» отсутствует. Лишь только вокруг больного появляется среда, он становится самим собой, иными словами, лишь только его «Я» противопоставляется обществу и приходит в речевой контакт с ним, как появляется заикание. ,

Таким образом, коллективный метод лечения заикания можно рассматривать как совершенно неотъемлемый элемент в борьбе с психопатологическим наслоением на речь — он является тем связующим звеном, через посредство которого происходит восстановление контакта личности с обществом.

Ю.А.Флоренская считала, что лечение не должно затягиваться на слишком большой срок, так как в этом случае больные отходят от жизни, отвыкают от правильной регулярной работы и создают себе установку на хроническое лечение; подобные больные при всякой попытке оторвать их от лечебного учреждения дают рецидивы заболевания, вынуждая тем самым специалистов продолжать их лечение; исходя из этих наблюдений Флоренская предлагала дробные курсы лечения с периодическими перерывами и обязательным вступлением в жизнь.

И в наши дни многие специалисты обращаются к анализу причин различной эффективности терапии при заикании.

И.Ю.Лавкай (1973) отмечает, что для успеха лечения имеет значение и правильный подбор групп, и анализ особенностей характера, личностных притязаний. Успех терапии, по мнению автора, определяется совокупностью нескольких факторов, своевременный учет которых может сделать терапию более эффективной. Рецидивы болезни выявляются у больных, у которых была определена высокая степень невротизации и выраженная логофобия. Лавкай делает вывод, что существует большая зависимость успеха лечения от заинтересованности самого больного, что во многом определяется личностными особенностями.

Ю.И.Кузьмин (1992) с целью повышения эффективности лечения и профилактики рецидивов заикания предлагает усилить акцент в работе по снятию сенсибилизации к меняющимся речевым ситуациям. Поэтому целью заключительного этапа работы он видит выработку навыков правильной речи в стрессовых ситуациях: речевые тренировки и психологические игры в условиях стационара, публичные выступления, функциональные тренировки вне стационара. Степень сложности заданий постепенно увеличивается.

В.А.Ковшиков в ряде работ обращается к проблеме профилактической работы с заикающимися после окончания обязательного комплексного курса лечения.

Длительность течения, тяжесть и полиморфность симптоматики заикания обусловливают его стойкость. Поэтому, по мнению Ковшикова, в течение продолжительного времени необходима постоянная профилактическая работа, которая имеет разнообразные формы:

- при полном устранении заикания поддерживающая терапия ограничивается консультациями;

- при значительном улучшении к консультациям присоединяются специальные речевые упражнения, развернутая комплексная психотерапия и в нужных случаях — медикаментозное и физиотерапевтическое лечение;

- с пациентами, достигшими незначительных успехов, проводятся индивидуальные и коллективные занятия.

После окончания курса их включают в группы, которые продолжают курс лечения. Программа индивидуальной работы с этой категорией заикающихся более расширенная и углубленная. Отрабатываются все необходимые для свободной речи компоненты: мягкое голосовое начало со свободным выдохом, слитность речевого потока, разнообразная интонация, умение управлять моторикой во время речи и т.д. Кроме речевых упражнений применяется рациональная психотерапия, аутотренинг, систематическое неврологическое лечение.

Большое внимание уделяется занятиям вне кабинета: на улице, в общественных местах, в учебных заведениях, на работе. Подбираются ситуации, в которых пациент чувствует себя неуверенно. Заикающиеся, тренируясь в управлении своей речью и поведением, задают незнакомым людям разнообразные вопросы, завязывают с ними короткие беседы.

К проблеме рецидивов заикания и их профилактики неоднократно обращается в своих работах Л.З.Арутюнян (Андронова). Заикание, по мнению автора, — это целостная система, стремящаяся к самовосстановлению и самоподдержанию. Она считает, что самый ответственный этап лечения только начинается с того момента, когда, окончив основной курс, пациент возвращается к обычной жизни, так как продолжается мощный отрыв от заикания. Только в условиях реальной жизни формируемый навык проверяется на прочность. Арутюнян (Андронова) предлагает ввести поддерживающие микрокурсы лечения. Основной курс амбулаторного лечения занимает 24 дня. Затем в течение года проводится пять поддерживающих микрокурсов (по пять дней). Цель основного этапа Арутюнян (Андронова) видит в выработке у пациентов нового речедвигательного навыка, чувства спокойствия, правильного интонирования, мимики, жеста, уверенной осанки и т.д., а также в укреплений нового речевого стереотипа в функциональных тренировках различной сложности. Тем самым осуществляется решающий отрыв от заикания. На поддерживающих микрокурсах происходит закрепление достигнутого, обсуждаются результаты адаптации нового стереотипа к условиям реальной жизни, успехи и неудачи каждого члена группы. Значительное место отводится активирующим беседам, созданию у группы правильной установки на дальнейшую работу.

В последующих микрокурсах увеличивается объем самостоятельной работы, закрепляются интонационные и импровизационные навыки на уровне монологического и диалогического текста. Практикуется чтение и обсуждение литературы психологического содержания. Таким образом, у членов группы развивается навык критического анализа собственных поступков, понимание роли другого в коммуникации.

Арутюнян (Андронова) главную задачу заключительного этапа видит в автоматизации нового речедвигательного навыка, закреплении его в разнообразных условиях общения. На протяжении года, в который укладывается основной курс и поддерживающие микрокурсы лечения, новые речевые навыки многократно проверяются в самых разнообразных ситуациях. Постепенно речь нормализуется.

К проблеме социореабилитации заикающихся постоянно обращалась в своих научных исследованиях Ю.Б.Некрасова. Она считала, что внимание исследователей чаще концентрировалось на психических состояниях, связанных с патологией, психологических проблемах и разного рода трудностях, между тем как исследование и поиск средств закрепления и развития психических состояний представляет особый интерес. Поэтому главной целью своей работы Некрасова видела изучение положительных, продуктивных состояний, развивающихся на фоне повышения эмоционального тонуса и уровня психической активности.

Разработанная Некрасовой методика системы логопсихотерапии позволяла вызывать, пролонгировать и закреплять положительные психические состояния и таким образом переводить личность на более высокий уровень развития. Главная задача: переход от прежнего устойчивого состояния болезни в устойчивое состояние здоровья. Финалом работы Некрасова считала возникновение устойчивого саногенного состояния, носящего следующие характеристики:

- доступность для осознания пациентом своих психических состояний, умение использовать их в дальнейшем в непосредственной деятельности и общении, то есть самоуправление психическим состоянием;

- включенность уже имеющегося у пациента внутреннего потенциала здоровья и направленность его на дальнейшее развитие, то есть эволюция внутренней картины здоровья;

- ориентация бывших заикающихся на сохранение и развитие полученных в ходе занятий навыков речи, знаний и умений, на наращивание психологической и речевой вооруженности. Такая ориентация неизбежно сочетается с ощущением необходимости постоянного движения, личностного роста, творчества;

- направленность состояний на разделенность их с другими людьми, на совместность переживания. Такая установка сочетается со стремлением к глубокому пониманию и принятию других людей.

По мнению Некрасовой система социореабилитации способствует формированию психических состояний особой эмоциональной включенности, вовлеченности на всех этапах работы, когда пациенты сами выходят на уровень творчества, начинают проявлять в нем потребность и реализовывать его в связанных с извлечением формах. Творческое развитие личности есть не побочный эффект лечения, а магистральный путь личностных изменений.

Проблема рецидивов заикания и возможности их преодоления привлекают внимание многих зарубежных исследователей. С 1928 по 1979 годы Bloodstein обследовал 117 заикающихся. Он обнаружил, что только в 46 случаях (это примерно две пятых больных) наступило стойкое улучшение состояния после лечения. Bloodstein использовал неопределенный термин «перестройка заикающегося», который мало что может прояснить в оценке состояния заикающегося после лечения или в определении, насколько устойчивыми были результаты лечения. Он с сожалением говорит, что оценка результатов терапевтического лечения свидетельствует, что процесс лечения заикания полон ошибок и заблуждений.

Из одиннадцати тестов, которые Bloodstein провел со своими пациентами, только пять указали на незначительный положительный результат после проведенного курса лечения.

Bloodstein считал, что курс лечения заикания должен быть не менее 18 месяцев, только в этом случае могут быть достигнуты стабильные результаты. Он также подчеркивал (как и Ingham, 1975), что состояние речи бывшего пациента должны обследовать вне клиники для того, чтобы составить объективное мнение о результатах работы, так как известно, что в условиях клиники пациенты говорят намного лучше. К сожалению, этот факт игнорируется многими клиницистами при оценке результатов лечения.

Costello (1980) подчеркивал, что «если заикание возвращается», то страдают и врач, и пациент: пациент страдает от того, что снова заикается после длительной и тяжелой работы по устранению заикания, лишается надежды на излечение, а специалист страдает от отсутствия надежных путей и средств для продолжения лечения. Shine (1980) настаивал на создании программы по реабилитации бывших пациентов клиники. Программа реабилитации рассчитана по меньшей мере на год после окончания курса лечения. В течение этого года пациент посещает специалистов еженедельно в первые полгода и один раз в две недели во второй половине года.

Andreus и Graig (1982) обследовали 56 пациентов в течение 18 месяцев после интенсивного лечения в госпитале в Сиднее. Они использовали несколько оценочных методов:

*Открытый клинический метод.*

Сотрудник клиники беседует с бывшим пациентом по телефону, и весь разговор записывается на магнитофон. Затем проводит анализ темпа, ритма, плавности речи, слоговой скорости в минуту. Пациент знает, что его записывают на пленку.

*Скрытый клинический метод.*

Специалист поручает пациенту, результат лечения у которого очевиден, позвонить пациенту, который еще испытывает значительные трудности, и предлагает ему побеседовать с целью тренировки. Второй пациент не знает, что его записывают на магнитофон.

*Неклинический скрытый метод.*

Незнакомый человек по просьбе специалиста звонит бывшим членам группы и завязывает беседу. Разговор записывается на пленку и затем подвергается тщательному анализу сотрудниками клиники, которые на основании выводов планируют дальнейшую работу с этой группой пациентов.

Некоторые специалисты используют эти методы обследования сразу после интенсивного терапевтического лечения. До поступления на лечение пациентов также обследуют и открытыми, и скрытыми методами. Психолог берет интервью у пациента, незаметно записывая его на магнитофон. Затем проводит анализ монологической и диалогической речи пациента и делает соответствующие выводы. Интересно, что каждый третий из пятнадцати обследуемых пациентов заикается намного больше при закрытом обследовании, чем при открытом.

R.Ingham (1975) в своих исследованиях показал, что в течение трех месяцев после курса интенсивного лечения у тех пациентов, которых обследовали скрытыми методами, скорость речи ниже и заикание сильнее выражено, чем у тех пациентов, которые подвергались открытым методам тестирования. Однако по истечении шести месяцев исследования Ingham не подтвердил большой статистической разницы между двумя этими группами. Таким образом, можно сделать вывод, что скрытые методы обследования могут помочь достичь хороших результатов в преодолении рецидивов заикания.

Многие специалисты высказывают разные мнения по поводу возможного исхода болезни и процесса ремиссии заикания. Так, Sheehan приводит некоторые требования для определения критериев исхода болезни:

- процесс обследования (лечения) должен находиться под постоянным контролем специалиста, от этого зависит степень успеха;

- исследователь должен постоянно сравнивать результаты экспериментов с результатами, полученными другими специалистами, и координировать с ними последующую работу;

- чем многограннее проводится обследование, тем выше результат лечения.

Специалисты разных стран постоянно задаются вопросом: существует ли перспектива стопроцентной реабилитации страдающих заиканием пациентов? При этом все специалисты единодушны в одном: после курса интенсивной терапии рецидивам в той или иной степени подвержены все пациенты. Главное — не дать углубиться процессу. Акцент в работе с пациентами в посттерапевтическом периоде необходимо делать на личностную мотивацию заикающихся.

Ingham (1980) предлагает два варианта контроля за сохранением положительного результата лечения. В своей работе он пользовался двумя списками пациентов, прошедших курс интенсивного лечения и находящихся в состоянии ремиссии. Пациенты, внесенные в первый список, обязаны посещать специалиста каждую неделю. Если положительный результат оказывается устойчивым, то разрыв между посещениями врача постепенно увеличивается и доходит до 32 недель. В каждое посещение пациенту предлагается ряд занятий, он проходит специальное тестирование; если с какими-то заданиями он не справляется, то его возвращают к началу цикла реабилитационного обучения.

Пациенты, занесенные во второй список, продолжают реабилитационный курс независимо от результатов тестирования. Положительным результатом лечения является отсутствие заикания при скорости речи 170-200 слогов в минуту. Контроль осуществляется при помощи специальной электронной аппаратуры. Оценка дается в трех направлениях:

- внутриклиническая оценка;

- внеклиническая оценка (пациенты сами оценивают свою речь в различных ситуациях: диалог по телефону, с родственниками, знакомыми, коллегами, малознакомыми людьми);

- контроль за речью пациентов скрытыми методами при беседе с ними по телефону и с записью этого диалога на магнитофон.

Электронный контроль показал, что пациенты, проходившие по первому списку (с возвратным посещением), показали более высокие результаты. Для более устойчивого закрепления положительных результатов Ingham (1980) предлагает комбинировать методы контроля и самоконтроля. На первой ступени взрослый пациент должен считать и фиксировать свои промахи и ошибки в течение одного дня. Одновременно специалист также считает его ошибки, если их подсчеты совпадают, то пациент переводится на вторую ступень. На этой ступени даются задания на два дня. По истечении двух дней, если пациент решает, что не справился с заданием второй ступени, он вновь отправляется на первую ступень. Но если он оценил свои успехи положительно, а это не совпадает с контрольными данными, то пациент все равно переводится на предыдущую ступень. Открытые и скрытые методы контроля, а также самоконтроль пациента способствуют закреплению положительных результатов примерно за шесть месяцев.

Martin и Haroldsen (1982) исследовали эффект самостимуляции в преодолении заикания. Эксперимент заключался в следующем: срывы и ошибки одной группы заикающихся считают пациенты параллельной группы. Другая же группа сама фиксирует свои ошибки. В этом случае удалось получить более устойчивые и стабильные результаты лечения. Эти данные подтверждают важность самоконтроля, самооценки и активной позиции пациентов при лечении заикания.

В 1979 году Perkins и ряд других авторов выдвинули предположение о причинах рецидивов заикания после успешного лечения.

Существует патофизиологическая база заикания, в связи с чем лечение заикания, профилактика рецидивов может быть очень длительным процессом, возможно, «длиной в целую жизнь». Perkins (1982) говорит об очевидной зависимости заикания от высших нейрофизиологических функций левого и правого полушария головного мозга. Moor и Haynes (1980) утверждают, что дисфункциональное вербальное поведение является результатом рассогласованности в работе полушарий головного мозга. В связи с этим Perkins говорит о том, что заикающиеся физиологически ограничены в средствах достижения плавности речи, поэтому больше других они должны опираться в работе по преодолению дефекта на компенсаторные умения и навыки, такие как скоростной контроль, ритм, темп, дыхание, голос.

В 1981 году Howie имел возможность сравнить две группы пациентов: первая группа прошла краткосрочный курс лечения (от трех до девяти недель), вторая группа — долгосрочный курс (от двенадцати до восемнадцати месяцев). Результат исследования показал, что пациенты, прошедшие долгосрочный курс, намного лучше овладели навыками плавной речи, скорость речи приближена к нормальной (естественной), подавляющее большинство пациентов обнаруживают значительное улучшение речи и автоматизацию полученных навыков только по истечении 12-16 месяцев после курса интенсивной терапии в процессе дополнительных занятий в группах поддерживающей терапии. Что касается сроков лечения заикания, то все специалисты единодушно приходят к выводу, что для лечения заикания необходимо не менее 100 часов.

George Shames (1990) дает следующее определение рецидива: «Рецидив — разрушение процесса торможения отрицательных стереотипов, возвращение к старому, прогресс регресса». Термин «рецидив» употребляется в теории и практике лечения заикания. Здесь термин «рецидив» означает возврат симптомов. По мнению Cooper (1987), рецидив всегда внутренне присутствует в поведении человека и имеет место после лечения. В большинстве случаев причина кроется в поведении человека.

Mowur (1981) указывает, что клиническая поддержка заикающихся должна быть долгой и исчезать медленно. Длительному улучшению плавности речи должно предшествовать базисное изменение поведения и личности пациента.

Prins (1980) указывает, что программы интенсивной логотерапии помогают справиться с заиканием. Изменения происходят настолько быстро, что пациент еще не в состоянии оценить их, не в состоянии автоматизировать полученные навыки самостоятельно. В результате заикающийся не может справиться с посттерапевтическими трудностями, происходит рецидив заикания.

Prins предлагает постепенное ослабление интенсивности лечения, с постепенным повышением самостоятельности пациента, ответственности за результат лечения. После окончания курса реабилитации бывшие пациенты должны постоянно контролировать свою речь. Некоторым это очень трудно, и заикание рецидивирует. Главная задача — довести самоконтроль до автоматического уровня.

Ruan и Van Kirk (1979) выдвигают несколько пунктов программы компенсации рецидивов:

- ежедневный мониторинг заикания;

- систематическое выполнение домашних заданий с постепенным усложнением видов работы;

- постоянный контакт с лечебным учреждением для контроля и статистических исследований;

- постоянная коррекция программы и уточнение сроков лечения.

Webster указывает, что если поведенческая мотивация достаточна, то после интенсивной терапии строгий контроль не обязателен, а только в рамках коррекции и помощи, так как приобретенные навыки быстро автоматизируются под контролем специалистов.

Ingham и Perkins предлагают разные виды поддержки после курса интенсивной терапии:

- группы взаимопомощи заикающихся;

- посещение клиники для контроля за совершенствованием речевых навыков;

- интенсивные речевые тренировки по автоматизации речевых навыков;

- консультации и обследование у лечащего врача;

- индивидуальная логотерапия.

Boberg (1980-1982) проанализировал все имеющиеся методики и программы. Одни из них помогают предотвратить рецидивы, другие — преодолеть их. На основании проделанного анализа Boberg приходит к выводу, что для профилактики рецидивов заикания необходимы постоянные контакты пациента со специалистами клиники, повышение мотивации и ответственности пациента за исход лечения, дальнейшая разработка новых программ поддерживающей терапии. По мнению Boberg, специалисты не должны допускать крупных рецидивов-провалов, для этого необходимо научиться распознавать рецидивы на начальной стадии их возникновения и сразу принимать экстренные меры по их преодолению.

Вызывает интерес мысль Boberg, что посттерапевтический мониторинг или практика закрепления полученных речевых навыков превращается для бывшего пациента в наказание, а не в награду за труды во время курса интенсивной терапии. Boberg предлагает так психологически настроить пациента, так ориентировать его, чтобы внутренняя мотивация совершенствования речевых навыков, полученных в ходе интенсивного лечения, стала для пациента жизненно необходимой потребностью. Если у пациента будет правильный психологический и поведенческий настрой, тогда сам пациент сможет преодолевать рецидивы, к чему его должен подготовить специалист и теоретически, и психологически.

Эту мысль продолжают Paykel и Tanner (1976). Они утверждают, что и радостные, и печальные события жизни влияют на ход посттерапевтического восстановительного периода. В зависимости от жизненной стойкости период обострения происходит у всех по-разному. Для успешного преодоления рецидивов необходим соответствующий психологический и поведенческий настрой, который в пациенте должны воспитывать специалисты. Большое значение имеет и правильное отношение членов семьи к пациенту.

Van Riper (1979) вообще ртказывался пользоваться термином «рецидив». По его мнению, поддерживающая терапия необходима каждому пациенту. Специалист должен учить пациента, какие меры необходимо предпринимать в случае ухудшения состояния в течение всей жизни. Он предупреждает каждого пациента о возможных «срывах» как о нормальном явлении.