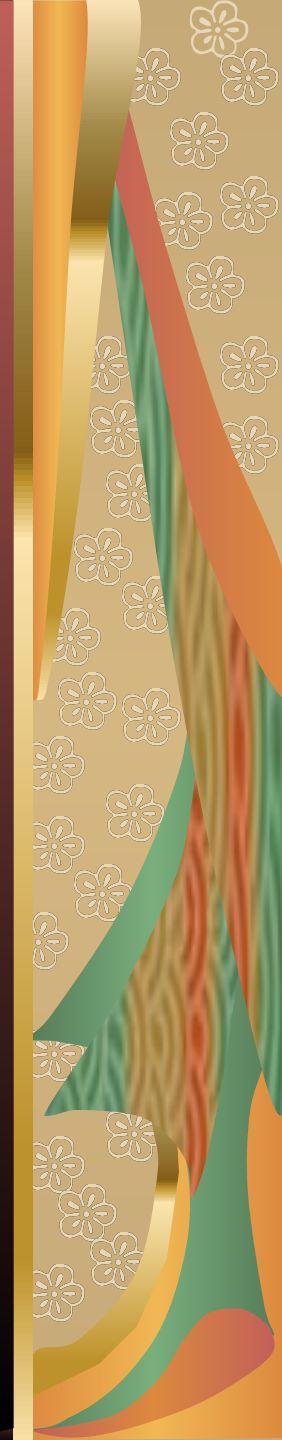


Заикание



ПЛАН

- Исторический аспект изучения заикания
- Этиология заикания
- Патогенез заикания
- Клиника заикания
- Диагностика заикания
- Лечение заикания



Литература

- 1. Белякова Л. И., Дьякова Е. А. Логопедия. Заикание М. : Академия, 2003.
- 2. Логопедия /авт.-сост. В. И. Руденко - Ростов на/Д. : Феникс, 2011
- 3. Пятница Т. В. Логопедия в таблицах, схемах, цифрах Ростов на/Д. : Феникс, 2011.
- 4. Филатова Ю.О. Клаттеринг в XXI веке/ Дефектология, 2007, №5, с.91 – 94



Темп речи

- принято определять как скорость протекания речи во времени или как число звуковых единиц (звук, слог, слово), произносимых в единицу времени.
- У взрослого темп речи в спокойном состоянии варьируется от 90 до 175 слогов в минуту.
- В практике выделяют три основных вида темпа: нормальный, быстрый и медленный. Темп речи играет значительную роль в передаче эмоционально-модальной информации.
- Резкие отклонения темпа речи от средних величин – как ускорение, так и замедление – мешают восприятию смысловой стороны высказывания.



Ритм речи

- – это речевая упорядоченность, закономерность расчленения временных последовательностей на группу акцентов.
- **Темпоритмическая организация речи** – подконтрольная говорящему динамическая система, которая представляет собой совокупность свойств речевого потока и характеризуется устойчивым ритмом и свободно варьируемым темпом, адекватным возрастным особенностям.



Темпо-ритмическое нарушение

- – это сложное психофизиологическое расстройство, которое связано с нарушениями в плавности речи.
- Плавность речи связано в первую очередь с интонационной выразительностью речи, где особое значение имеет её темпо-ритмическая организация.



Заикание

- Сложное полиэтиологическое нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.



Распространенность

- Заиканием страдают около 2% детей и до 1,5% взрослых. Среди детей, страдающих заиканием, соотношение девочек и мальчиков составляет примерно 1 к 3–4.
- С возрастом заикание уменьшается или исчезает совсем
- У мужчин встречается чаще, чем у женщин в соотношении 2,2–5,3 к 1.



Знаменитости, страдавшие от заикания

- От заикания страдали, но победили свой недуг, известные личности: Исаак Ньютон, Уинстон Черчилль, король Георг VI, Элвис Пресли, Сэмюель Л. Джексон, Мэрилин Монро, Жерар Депардьё, Энтони Хопкинс и другие.
- Интересный случай произошёл с Брюсом Уилиссом: заикание у него развилось в старших классах после развода родителей. Однако, участвуя в постановках театрального кружка, он заметил, что на сцене перестаёт заикаться. Именно этот факт подстегнул его к усиленным занятиям в театральном кружке и определил дальнейший выбор профессии.



- ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ
ИЗУЧЕНИЯ ЗАИКАНИЯ



- Проблему заикания можно считать одной из самых древних в истории развития учения о расстройствах речи.
- В древние времена в заикании преимущественно усматривали болезнь, связанную с накоплением влаги в головном мозге (Гиппократ) или неправильным соотношением частей артикуляционного аппарата (Аристотель). Возможность нарушений в центральном или периферическом отделах речевого аппарата при заикании признавали Гален, Цельс, Авиценна.



- В начале XIX в. ряд французских исследователей, рассматривая заикание, объясняли его **различными отклонениями в деятельности периферического и центрального отделов речевого аппарата.**
- Вуазен (1821) механизм заикания связывал с недостаточностью церебральных реакций на мускульную систему органов речи, т. е. с деятельностью центральной нервной системы.
- Дело (1829) объяснял заикание как результат искажения звукопроизношения (ротацизм, ламбдацизм, сигматизм), органического поражения голосового аппарата или неполноценной работы головного мозга. Он первым отметил сосредоточение акустического внимания заикающегося на своей речи.
- Врач Коломба де л'Изер считал заикание особой контрактурой мышц вокального аппарата, возникающей вследствие его недостаточной иннервации.



- Часть исследователей связывала заикание с нарушениями в протекании психических процессов.
- Блюме считал, что заикание возникает от того, что человек или мыслит быстро, так что речевые органы не успевают и потому спотыкаются, или же, наоборот, речевые движения «опережают процесс мышления». И тогда из-за напряженного стремления выровнять это не соответствие мышцы речевого аппарата приходят в «судорогоподобное состояние».



- В России большинство исследователей рассматривали заикание как функциональное расстройство в сфере речи, судорожный невроз (И. А. Сикорский, 1889; И. К. Хмелевский, 1897; З. Андрес, 1894, и др.), или определяли его как страдание чисто психическое, выражающееся судорожными движениями в аппарате речи (Хр. Лагузен, 1838; Г. Д. Неткачев, 1909, 1913), как психоз (Гр. Каменка, 1900).



- Заикание как ассоциативное нарушение психологического характера. Это направление рассмотрено Т. Гепфнером и Э. Фрешельсом. Сторонниками были А. Либманн, Г. Д. Неткачев, Ю. А. Флоренская.
- Заикание как подсознательное проявление, развивающееся на почве психических травм, различных конфликтов с окружающей средой. Сторонниками этой теории были А. Адлер, Шнейдер



- Таким образом, в конце 19 начале 20 в. все определеннее становится мнение, что заикание - это сложное психофизическое расстройство. По мнению одних, в его основе лежат нарушения физиологического характера, а психологические проявления носят вторичный характер (А. Гутцман, 1879; А. Куссмауль, 1878; И. А. Сикорский, 1889, и др.).
- Другие первичными считали психологические особенности, а физиологические проявления - как следствие этих психологических недостатков (Хр. Лагузен, 1838; А. Коэн, 1878; Гр. Каменка, 1900; Г. Д. Неткачев, 1913, и др.). Делались попытки рассматривать заикание как невроз ожидания, невроз страха, невроз неполноценности, навязчивый невроз и пр.



- К 30-м годам и в последующие 50 - 60-е годы XX в. механизм заикания стали рассматривать, опираясь на **учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека и, в частности, о механизме невроза**. При этом одни исследователи рассматривали заикание как **симптом** невроза (Ю. А. Флоренская, Ю. А. Поворинский и др.), другие - как особую его **форму** (В. А. Гиляровский, М. Е. Хватцев, И П Тяпугин, М. С. Лебединский, С. С. Ляпидевский, А. И. Поварнин, Н. И. Жинкин, В. С. Кочергина и др.).
- У детей раннего возраста, по мнению некоторых авторов, механизм заикания целесообразно объяснить с **позиций реактивного невроза и невроза развития** (В. Н. Мясищев, 1960).
- Заикание -- это не симптом и не синдром, а заболевание центральной нервной системы в целом (В. С. Кочергина, 1962).



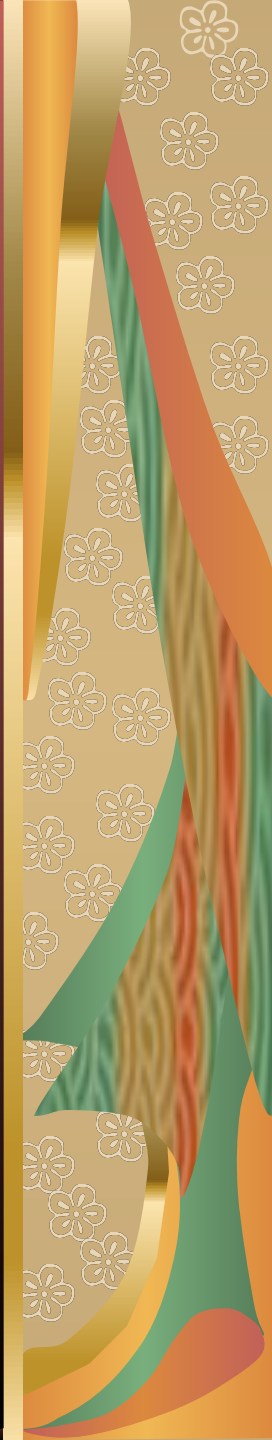
- Р. Е. Левина, рассматривая заикание как речевое недоразвитие, видит сущность его в преимущественном **нарушении коммуникативной функции речи**. Речевые затруднения, по мнению Р. Е. Левиной, зависят от различных условий: с одной стороны, от типа нервной системы, с другой - от разговорной среды, от общего и речевого режимов.
- Н. И. Жинкин с физиологических позиций анализа работы глотки находит, что феномен заикания может быть определен как нарушение непрерывности в отборе звуковых элементов при составлении разномеричного алгоритма слов, как **нарушение авторегулировки в управлении речедвижениями** на уровне слога.



- Наряду с невротическим заиканием стали изучаться и другие его формы при появлении речи после алалии и афазии; постконтузионное заикание; у олигофренов; у больных различными психозами; при тяжелых нарушениях звукопроизношения и при задержке развития речи; органическое (В. М. Аристов, А. В. Шокина, 1934; А. Аллистер, 1937; Е. Пишон и Б. Мезони, 1937; Р. М. Боскис, 1940; П. Н. Аникеев, 1946; Ю. А. Флоренская, 1949; А. Я. Страумит, 1951; Э. Гард, 1957; Б. Г. Ананьев, 1960, и др.).



- Одни исследователи полагают, что заикание в целом **включается в категорию органических заболеваний центральной нервной системы** и нарушения мозгового субстрата прямо затрагивают речевые области мозга или связанные с ними системы (В. Лав, 1947; Э. Гард, 1957; С. Скмоил и В. Ледезич, 1967). Другие рассматривают заикание как преимущественно **невротическое расстройство**, расценивая сами органические нарушения как «почву» для срыва высшей нервной деятельности и речевой функции (Р. Лухзингер и Г. Ландольд, 1951; М. Зеeman, 1952; М. Совак, 1957; М. Е. Хватцев, 1959; С. С. Ляпидевский и В. П. Баранова, 1963, и мн. др.).



- В 70-е годы в психиатрии были предложены клинические критерии для **разграничения невротических и невротоподобных расстройств** и наметилась тенденция и к разграничению заикания на невротическую и невротоподобную формы (Н. М. Асатиани, Б. З. Драпкин, В. Г. Казаков, Л. И. Белякова и др.).



- Представляют интерес нейрофизиологические исследования заикания при организации речевой деятельности (И. В. Данилов, И. М. Черепанов, 1970). Данные исследования показывают, что у заикающихся во время речи доминантное левое полушарие не может достаточно стойко выполнять свою ведущую роль по отношению к правому полушарию. Положение о взаимосвязи заикания с нечетко выраженной доминантностью речи подтверждают данные В. М. Шкловского.
- Исследования организации функции зрения у заикающихся (В. Суворова с соавт., 1984) показали, что им свойственна нетипичная латерализация речевой и зрительной функций. Выявленные аномалии можно рассматривать как следствие недостатков билатеральной регуляции зрительных процессов и отклонений в межполушарных отношениях.



ЭТИОЛОГИЯ ЗАИКАНИЯ



Предрасполагающие причины заикания

- наследственную отягощенность;
- заболевания, вызывающие энцефалопатию;
- внутриутробные, родовые травмы;
- переутомление и истощение нервной системы (как следствие инфекционных заболеваний).



Условия, способствующие возникновению заикания

- нарушение развития моторики и чувства ритма;
- недостаточность эмоционального развития;
- снижение фрустрационной толерантности;
- психические нарушения (невропатия)



Провоцирующие причины заикания

- одномоментная психическая травма (страх, испуг);
- билингвизм;
- подражание;
- тахилалия



Современные взгляды на этиологию заикания

- До настоящего времени нет единого взгляда на этиологию заикания. В то же время все исследователи сходятся во мнении, что при появлении заикания имеет значение ряд факторов.
- 1. Определенный возраст ребенка.
- 2. Состояние центральной нервной системы ребенка.
- 3. Индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза.
- 4. Особенности формирования функциональной асимметрии мозга.
- 5. Наличие психической травматизации.
- 6. Генетический фактор.
- 7. Половой диморфизм.



1. Определенный возраст ребенка.

- Первые признаки появляются в возрасте 2-6 лет.
- Такая возрастная избирательность связана с тем, что формирующиеся в дошкольном возрасте координаторные механизмы речевой деятельности находятся в стадии интенсивного формирования.
- Физиологические исследования свидетельствуют о том, что любая функциональная система, находящаяся в стадии интенсивного развития, является избирательно ранимой под влиянием вредоносных факторов.



Состояние ЦНС

- Органическое поражение головного мозга резидуального характера, возникающее во внутриутробном, пренатальном или постнатальном периодах развития.
- Это поражение чаще бывает диффузным, в то же время обычно отмечаются те или иные отклонения в состоянии моторных структур мозга.
- В целом для заикающихся характерна недостаточность двигательной сферы, выраженная в разной степени. Речь предъявляет высокие требования к тонко дифференцированной моторной деятельности,



Речевой онтогенез

- Для начала заикания особое значение имеет период интенсивного формирования речи.
- Выявляется несоответствие между недостаточно оформленным речевым дыханием и психической возможностью произнесения сложных фраз.
- Психическая сторона речи в этот период опережает возможности ее моторной реализации.
- Наряду с наличием высокой степени речевой мотивации имеется выраженная несформированность процесса внутреннеречевого программирования.
- С этим связано появление в речи у детей физиологических итераций в виде повторения слогов, слов, словосочетаний.
- Имеются необоснованные паузы и ошибки в лексико-грамматическом структурировании контекстного высказывания.



- Большое значение в появлении заикания может иметь и темп речевого развития. Появление развернутой фразовой речи к 1,6-1,8 года жизни делает формирующуюся функциональную систему речи более ранимой.
- Аналогичная ситуация возникает при некоторой задержке речевого развития. У детей с задержкой речевого развития нередко наблюдается интенсивное развитие фразовой речи в 3,5-4,5 года, что ослабляет координаторные механизмы формирующейся речевой системы и может способствовать появлению заикания.
- Фиксация внимания ребенка на итерациях может провоцировать появление заикания.
- Вредным также является и психологическое травмирование детей частыми указаниями на ошибки в их речи.



ФАМ головного мозга

- Электрофизиологические исследования свидетельствуют о том, что у заикающихся нарушается ведущая роль левого полушария в организации устной речи
- Ослабление взаимодействия между симметричными структурами мозга у заикающихся делает такую центральную нервную систему особо ранимой, что отражается на речевой функции.



Психогенные травмы

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



Генетический фактор

- Передается предрасположенность к заиканию
- Механизм передачи – аутосомно-рецессивный



Половой диморфизм

- У мальчиков заикание встречается в среднем в 4 раза чаще, чем у девочек.
- У заикающихся мужчин процент появления заикающихся мальчиков равен 22% и девочек — 9%.
- Для женщин: 36% заикающихся мальчиков и 17% заикающихся девочек.



Медиаторная

- У людей страдающих заиканием повышен уровень дофамина (медиатора, контролирующего работу головного мозга).



ПАТОГЕНЕЗ ЗАИКАНИЯ



Патогенез

- нарушение корково-подкоркового взаимодействия,
- результат зафиксированного рефлекса неправильной речи,
- функциональное расстройство речи, появившееся вследствие общего и речевого дизонтогенеза и дисгармоничного развития личности,
- нарушение мозгового кровообращения.



Современные взгляды на патогенез заикания

- Срыв индукционных взаимодействий коры головного мозга и подкорковых структур приводит к нарушению регуляции коры. В связи с этим происходят сдвиги в работе стриопаллидарной системы, которая отвечает за «предуготовность» к совершению движения.
- В движении участвуют две группы мышц — одни сокращаются, другие — расслабляются. Благодаря точному и согласованному перераспределению тонуса мышц, возможно совершение быстрых, точных и строго дифференцируемых движений.



- Стриопаллидарной системой осуществляется контроль над рациональным перераспределением тонуса мышц. Блокирование стриопаллидарного регулятора речи вследствие эмоционального перевозбуждения или анатомо-патологических повреждений мозга приводит к клоническим повторениям (тик) или тоническому спазму.
- Со временем патологический рефлекс — нарушение речевого автоматизма и гипертонус мускулатуры речевого аппарата — перерастает в условный рефлекс.



- Поражение преимущественно эмоциогенных структур мозга (лимбическая система) вызывает невротическое заикание
- Поражение преимущественно моторных структур мозга (стриопаллидарная система) вызывает неврозоподобное заикание
- Поражение эмоциогенных и моторных структур мозга вызывает неврозоподобное заикание с невротическими наслоениями



- В возникновении заикания у детей главную роль играет психомоторный уровень нервно-психического реагирования



КЛИНИКА ЗАЙКАНИЯ



Биологические (физиологические) и социальные (психологические) симптомы.

- К физиологическим симптомам относятся:
- речевые судороги
- нарушения ЦНС и физического здоровья
- общей и речевой моторики.
-



К психологическим симптомам относятся

- речевые запинки и другие нарушения экспрессивной речи,
- феномен фиксированности на своем дефекте
- логофобия
- уловки
- другие психические особенности.



Основным симптомом заикания

- являются судороги мышц речевого аппарата в виде.
- **Речевые судороги** – непроизвольного сокращения мышц в процессе речи или при попытке начать речь – возникают только в момент речи или при попытке начать речь и выражаются в непроизвольном сокращении мышц речевого аппарата.
- Судороги мышц речевого аппарата имеют различные тип, локализацию и силу выраженности. Выделяют два основных типа речевых судорог: **тонические** и **клонические** судороги мышц речевого аппарата.



Тонические речевые судороги

- характеризуются резким повышением тонуса мышц в нескольких группах.
- При этом наблюдается общая скованность заикающегося, лицо его отражает напряжение, рот либо полуоткрыт, либо закрыт с плотно сомкнутыми губами.
- Тонические речевые судороги проявляются в виде насильственного резкого повышения тонуса мышц
- захватывает обычно несколько мышечных групп (например, мышцы языка, губ, щек и т. п.).
- Акустически тоническая судорога проявляется в виде длительной паузы в речи либо в виде напряженной и протяженной вокализации.



Клонические речевые судороги

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



- Клонические и тонические речевые судороги могут наблюдаться у одного и того же заикающегося и проявляться во всех отделах речевого аппарата: **дыхательном, голосовом и артикуляционном.**
- В клинической картине заикания, особенно при хронизации речевого дефекта, чаще встречаются **смешанные** судороги: дыхательно-артикуляционные, дыхательно-голосовые, артикуляционно-голосовые и т. д.



Локализация судорог

- Дыхательные
- Голосовые
- Артикуляционные



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. Для нее характерны сильные сокращения мускулатуры брюшного пресса.
- **Респираторные судороги** возникают на вдохе и на выдохе



Судороги голосового аппарата

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



Смыкательная голосовая судорога

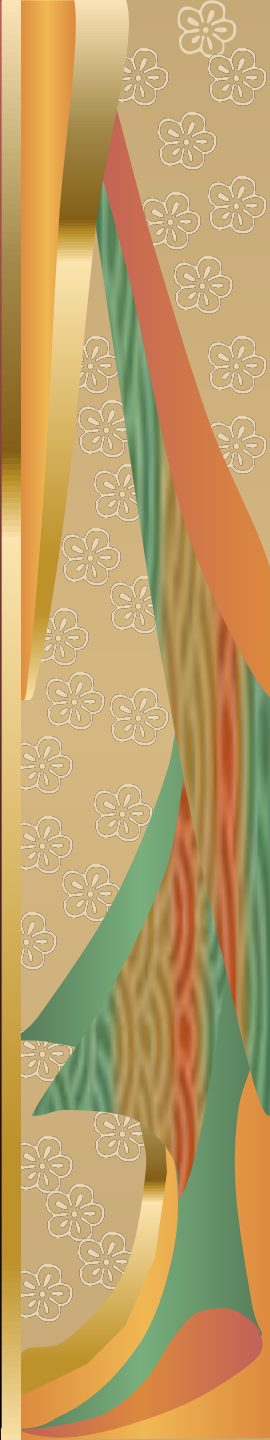
- возникает при попытке начать речь или в середине речевого высказывания, что внезапно прекращает голосоподачу. Голосовые складки в момент судороги резко смыкаются, препятствуя прохождению воздуха.



Вокальная судорога

- возникает в виде повышения тонуса голосовых мышц. Судорога возникает в процессе речи, как правило, на гласных звуках.
- Акустически вокальная судорога воспринимается как необычная продолжительность вокализации гласного звука.

-



Дрожащий, или толчкообразный, гортанный спазм

- возникает при произнесении или попытке произнесения гласных звуков.
- Во время дрожащего гортанного спазма голосовые складки то смыкаются, то размыкаются, в результате возникают нефонологические звуки.

-



Судороги артикуляционного аппарата

Артикуляционные судороги разделяют

- на лицевые (губы, нижняя челюсть),
 - язычные
- судороги мягкого нёба.



Лицевые судороги

- **Смыкательная судорога** губ проявляется в виде спазма круговой мышцы рта, в результате губы сильно сжимаются, другие лицевые мышцы могут не принимать участия в судороге. При попытке произнести звук щеки могут надуваться под напором воздуха, наполняющего полость рта.

-



- **Верхнегубная судорога** наблюдается редко. Проявляется спазмом мышц, поднимающих верхнюю губу, а иногда и крылья носа. Возникает чаще с одной стороны лица, при этом ротовая щель принимает косое направление.
- **Нижнегубная судорога** аналогична верхнегубной. Поражает одну или обе мышцы, опускающие угол рта. В том случае если поражаются обе мышцы, наблюдается резкий отворот нижней губы. Изолированно наблюдается редко.



- **Угловая судорога рта** характеризуется резким оттягиванием угла рта справа или слева вместе с приподнятием его. Ротовая щель перекашивается в сторону судорожно сокращенных мышц.
-



Сложная судорога лица

- Включает судороги лобных мышц, круговой мышцы век, ушных мышц.
- Сопровождает судорогу круговой мышцы рта.
- Проявляется спазмом мышц, поднимающих верхнюю губу, а иногда и крылья носа.



Язычные судороги

- **Судорога кончика языка** является наиболее часто встречаемой среди артикуляторных судорог. Кончик языка упирается с напряжением в твердое небо, в результате чего артикуляция приостанавливается, выдох (а, значит, и фонация) в этот момент прекращается, возникает необоснованная пауза.
- **Судорожный подъем корня языка** выражается в насильственном подъеме корня языка вверх и оттягивании назад. Во время судороги происходит смыкание корня языка с небом, в результате чего полностью блокируется прохождение воздушной струи через ротовое отверстие. Эта судорога возникает при произнесении заднеязычных звуков (г, к, х).



Изгоняющая судорога языка

- Характеризуется выталкиванием языка наружу в пространство между зубами.
- Она может быть тонической и клонической.
- При тонической судороге язык может находиться высунутым из полости рта, а при клонической — периодически выдвигаться вперед и затем с силой втягиваться внутрь.



Подъязычная судорога

- Характеризуется опусканием нижней челюсти и открытием полости рта.
- Эта судорога охватывает мышцы, связанные с подъязычной костью.
- При этой судороге часто наблюдается повторение слогов и придыхания.
- В основном сочетается с судорогами другой локализации.



Судорога мягкого неба

- Во время судороги мягкое небо то поднимается, то опускается, в результате чего вход в носовую полость то открывается, то закрывается.
- это придает звукам назализованный оттенок.
- Внешне судорога выражается внезапной остановкой речи и повторением звуков, похожих на “пм-пм” или “тн-тн”, “кн-кн” и т.п. в зависимости от положения языка и губ.



Появление судорог

- «Трудные звуки» - согласные взрывные звуки (к, г, п, б, т. д); реже и менее напряженно — щелевых.
- На звонких, как более координационно сложных, судороги проявляются чаще, чем на глухих, особенно при их сочетании с гласными,
- в начале слова, возглавляющего фразу, синтагму или абзац.



Особенности моторики

- характерными для заикания являются различные нарушения речевой и общей моторики, которые могут быть
- **Насильственными** (речевые судороги, тики, миоклонусы в мышцах лица, шеи)
- **произвольными** уловками.
- К уловкам относятся вспомогательные движения, к которым прибегают заикающиеся, чтобы замаскировать или облегчить свою трудную речь.
- Отмечается общее моторное напряжение, скованность движений или двигательное беспокойство, расторможенность, дискоординация или вялость, переключаемость и пр.



Дыхание

- Отмечается значительный расход воздуха на вдохе и выдохе, что обусловлено расстройством сопротивления в области артикуляции
- Нарушение речевого дыхания при заикании заключается в трудностях образования звуков.
- Для движения голосовых связок и образования шума используется вдыхаемый воздух.
- Укороченный выдох наблюдается не только во время речи, но и в покое.



- Психологические симптомы



Особенности речи

- В экспрессивной речи заикающихся детей отмечаются фонетико-фонематические и лексико-грамматические нарушения.
- Распространенность фонетико-фонематических нарушений заикающихся дошкольников составляет 66, 7%, среди младших школьников — 43, 1 %, средних — 14, 9 % и старших — 13, 1 %.
- Среди заикающихся дошкольников, помимо нарушений звукопроизношения, в 34 % случаев отмечаются отклонения в развитии речи, в сроках появления слов, формирования фразовой речи.



ФФД

- отражение объективно существующего речевого дефекта (речевых судорог) во всей психической деятельности заикающегося человека.
- Это результат процессов получения и переработки информации о речевых трудностях (или помехах) и связанных с ними неприятностях, трансформированных в психических процессах, состояниях и свойствах заикающегося и проявляющихся в его взаимодействии с окружающей социальной средой.



Логофобия- навязчивый страх речи

- рассматривается в виде **комплекса** патогенетических взаимосвязанных клинических проявлений
- в качестве определенной динамической **структуры** — логофобического синдрома



Динамика развития логофобического синдрома

- 1 этап – фобия проявляется при непосредственном контакте с патогенным или условно патогенным фактором;
- 2 этап – фобия возникает при ожидании столкновения с патогенной ситуацией;
- 3 этап – фобия возникает в индифферентной обстановке под влияние навязчивых представлений о возможном столкновении с психотравмирующей ситуацией.



Фазы развития заикания

- **1-ая фаза.** Наблюдаются небольшие эпизоды заикания, сокращение периодов плавной размеренной речи. Окончание первой фазы заикания определяют по следующим симптомам:
 - затруднения в произношении возникают чаще в начальных словах предложений;
 - эпизоды заикания возникают при произнесении союзов, предлогов и других кратких частей речи;
 - «коммуникативное давление» усугубляет заикание;
 - ребенок никак не реагирует на свои трудности с произнесением слов, разговаривает без смущения. Нет беспокойства, страха речи.



- **2-ая фаза.** Появляются проблемы в контактировании, некоторые сопутствующие движения. Постепенно повышается число ситуаций, сложных в плане общения.
- заикание приобретает хронический характер, но различается тяжесть приступов;
- проблемы с произнесением возникают чаще в многосложных словах, во время быстрой речи и значительно реже в кратких частях речи;
- ребенок осознает нарушения своей речи, но не считает себя заикающимся. Говорит непринужденно в любой ситуации.



- **3-я фаза. Закрепление судорожного синдрома.** Однако пациенты не испытывают страха речи и какой-либо неловкости. Они используют любую возможность для общения. Предложение о лечении не вызывает какой-либо поддержки или энтузиазма со стороны пациента. Они как будто дают себе установку на спокойствие.
- пациенты осознают, что по причине заикания некоторые ситуации становятся затруднительными в плане общения;
- появляются трудности в связи с произнесением определенных звуков, слов;
- попытки заменить «проблемные» слова другими.



- **4-ая фаза.** На этой стадии заикание — личностная проблема.
- Появляются выраженные эмоциональные реакции на заикание и, как следствие, избегание речевых ситуаций. Если раньше пациент прибегал к замене «проблемных» звуков (слов) периодически, то теперь он делает это постоянно. Он начинает обращать внимание на реакцию окружающих на его заикание.
- Характерные черты 4-ой фазы заикания:
 - ожидание заикания (антиципация);
 - затруднения при произнесении определенных звуков (слов) принимают хронического характера;
 - логофобия (страх речи);
 - ответы на вопросы становятся уклончивыми.



Динамика развития заикания

- Регрессиентный,
- Стационарный,
- Прогрессиентный,
- Рецидивирующий,
- Волнообразный.



- Клинические формы заикания



Невротическая форма заикания

- 1.Тенденция к раннему речевому развитию до появления заикания.
- 2.Наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения.
- 3.Характерологические свойства (впечатлительность, тревожность и т. п.).
- 4.Преимущественно психогенное начало речевой патологии (психическая острая или хроническая травматизация).
- 5.Заикание может появиться в возрасте от 2 до 6 лет.
- 6.Большая зависимость степени судорожных запинок от эмоционального состояния заикающегося и условий речевого общения.
- 7.Возможность плавной речи при определенных условиях (речь наедине с собой, в условиях эмоционального комфорта, при отвлечении активного внимания от процесса говорения и пр.).



Неврозоподобная форма заикания

- 1. До появления заикания отмечается тенденция к некоторой задержке речевого развития, нарушение звукопроизношения.
- 2. Отмечается патология моторных функций разной степени выраженности.
- 3. Судорожные запинки появляются у детей в возрасте 3–4 лет.
- 4. Появление судорожных запинок совпадает с фазой развития фразовой речи.
- 5. Начало заикания постепенное, вне связи с психотравмирующей ситуацией.



Дифференциальная диагностика заикания

- Темпо-ритмические нарушения речи (тахилалия, полтерн, баттаризм)
- Клаттеринг –синдром
- Невротическое и неврозоподобное заикание
- Синдром Жюль де ля Туретта
- Спастическая дисфония



Клаттеринг –синдром

- Аутосомно-доминантный тип наследования
- Основным признаком является постоянно ускоренный темп речи, делающий речь малопонятной.
- Ускоренный темп речи сочетается с речевой дизритмией - нарушения плавности речи, включая повторения, паузы, непредусмотренные смысловым содержанием, вставки звуков, слогов или слов, а так же непостоянные пропуски и смещения звуков и слогов.
- характерны персеверации – повторения звуков, слогов слов и фраз
- нарушения артикуляции непостоянны



- Запинки не носят **судорожного характера**
- не имеют **постоянного места**
- Характерно поведение пересмотра
- Сочетается с **органическим** поражением головного мозга
- Характерный внешний вид



Синдром Жилья де ля Туретта

- Нет точных данных о механизме наследования
- Разнообразные тики – моторные и/или звуковые
- Характерно распространение сверху вниз
- Тики однообразные, временно подавляемые, неритмичные и часто им предшествует непреодолимое побуждение



Виды тиков

- **1. Моторные и двигательные.** Начинаются в возрасте от 2 до 8 лет. Сначала проявляются в области лица: частое моргание, зажмуривание, шмыганье носом. Позже картина усиливается, и тики распространяются вниз, вовлекая последовательно мышцы шеи, плечевого пояса, верхних и нижних конечностей, туловища.
- **2. Вокальные и голосовые.** Проявляются рано, около двух лет, но силу набирают после формирования моторных тиков, лет в 12. Сопровождается чаще всего с выкрикиванием нецензурных слов или социально неуместных и оскорбительных высказываний.



- 3. Простые и сложные:
- -Простые двигательные тики задействуют только одну группу мышц, в то время как сложные двигательные тики могут быть сочетанием многих простых двигательных тиков или серий движений, которые задействуют больше одной группы мышц.
- -Простые голосовые тики задействуют простые звуки, которые получаются при прохождении воздуха через нос или рот. Сложные голосовые тики включают в себя слова, фразы и предложения.



- Копролалия (ругательства)
- Копропраксия
- Эхолалия
- Палилалия – повторение одного слова



Спастическая дисфония

- расстройство двигательной функции голосовых связок, выражается в произвольных движениях голосовых связок.
- Спастическая дисфония проявляется напряженно-сдавленной, прерывистой фонацией по типу спастического заикания, существенно затрудняющей вербальное общение.



Типы расстройства:

- **Аддукционный тип спастической дисфонии** - характеризуется тем, что во время произнесения звука голосовые складки смыкаются вместе, что встречается в 85 – 90 %.
- **Абдукционный тип спастической дисфонии** – это когда голосовые связки наоборот размыкаются.
- Обычно спастическая дисфония встречается у взрослых в возрасте 30 – 40 лет.
- Причина этого заболевания пока что неизвестна, так же как невыяснены факторы, влияющие на возникновение этой патологии.
- Данное заболевание не передается по наследству.



Возможные причины

- Психологическая травма,
- Стрессовые перегрузки,
- Перенапряжение голосовых связок.



СИМПТОМЫ

- При аддукционном типе спастической дисфонии отмечается натянутый, напряженный, неестественный голос. Это происходит в результате того, что голосовые связки смыкаются слишком близко.
- При абдукционном типе спастической дисфонии связки удаляются друг от друга, в результате чего голос становится как бы беззвучным, воздушным.



- Трудности общения с незнакомыми или публичные выступления. Особенное затруднение вызывает общение по телефону.
- Другие функции гортани, такие как дыхание, не нарушены.
- Иногда голос может быть нормальным при пении или смехе, однако во время обычного разговора проявляется его патология.
- Это свойство данного заболевания в сочетании с изменением характеристик голоса при эмоциональном напряжении, иногда приводит к ошибочному представлению о психических причинах ее возникновения.



СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗАИКАЮЩИХСЯ ДЕТЕЙ

- 1. Анкетные данные.
- 2. Анамнез. При сборе анамнеза обратить внимание на время появления заикания, причины его возникновения, особенности проявления и течения, на особенности эмоционально-волевой сферы.
- 3. Проявление заикания:
 - § место возникновения судорог (дыхательные, голосовые, артикуляционные, смешанные);
 - § форма судорог (клоническая, тоническая, смешанная);
 - § частота проявления судорог и сохраненные речевые возможности (определяются уровни свободной речи, начиная со спонтанной и заканчивая сопряженной формой речи);
 - § наличие трудных звуков, их сочетаний, слов;
 - § наличие сопутствующих насильственных и ненасильственных двигательных нарушений;
 - § наличие речевых уловок (эмболофразия).



- 4. Импрессивная и экспрессивная речь:
 - § словарный запас;
 - § слоговая структура слова;
 - § грамматический строй речи;
 - § связная речь;
 - § звукопроизношение.
- 5. Строение артикуляционного аппарата.
 - Необходимость обследования строения артикуляционного аппарата возникает в тех случаях, если у ребенка отмечаются недостатки звукопроизношения.



- 6. Моторика артикуляционного аппарата.
- 7. Общая моторика и мелкая моторика рук. Обследование общей и речевой моторики имеет значение как для уточнения форм заикания, так и для дифференцированного подхода при проведении артикуляционной гимнастики, логоритмических занятий.
- 8. Просодическая сторона речи. Обращаем внимание на темп, ритм, выразительность речи, состояние голоса.
- 9. Слуховая функция:
 - § состояние физического слуха;
 - § состояние фонематического слуха, анализа и синтеза.



- 11. Психическое состояние. Обследование познавательной деятельности способствует дифференциальной диагностике невротической и неврозоподобной форм заикания.
- Обследование эмоционально-волевой сферы заикающихся, прежде всего определение степени фиксированности на дефекте, необходимо для совершенствования коррекционно-воспитательного воздействия, т. к. известно, что эффективность устранения заикания во многом определяется степенью фиксированности на дефекте.



- Заключение о состоянии речи.
- Необходимо указать форму судорог (тоническая, клоническая, смешанная), вид судорог (дыхательный, голосовой, артикуляционный, смешанный), степень заикания (легкая, средняя, тяжелая), сопутствующие речевые нарушения (дислалия, дизартрия, алалия), степень фиксированности на дефекте (нулевая, умеренная, выраженная).
- Клинический диагноз (невротическая, неврозоподобная форма заикания) ставит врач-невропатолог. Данные обследования логопеда уточняют этот диагноз.



Логопедическое заключение

- Заикание тоно-клонического типа, артикуляторно-дыхательной формы, выраженное в средней степени тяжести. Невротическая форма заикания.
- Заикание тоно-клонического типа, дыхательно-артикуляторно-голосовой формы в легкой степени, неврозоподобная форма заикания. ФФНР, стертая дизартрия.



Современный комплексный подход к преодолению заикания

- Это лечебно-педагогическое воздействие на разные стороны психофизического состояния заикающегося разными средствами и разными специалистами.



- И.А.Сикорский
- В.А.Гиляровский, М.В. Серебровская, Ю.А.Флоренская, Ф. А.Рау, М.И.Пайкин, М.Е.Хватцев, Н. П.Тяпугин, Н.А.Власов, М.С. Лебединский, С.С.Ляпидевский, В. С.Кочергина, В.И.Селиверстов, В. М.Шкловский, Ю.Б.Некрасова, А.И. Лубенская, Л.З.Андропова, Л.И. Белякова, Е.А.Дьякова, Л. Я. Миссуловин.



- И.А.Сикорский в **лечение заикания** включал:
- а) гимнастику речи (система упражнений дыхания, голоса, артикуляции, различных форм речи);
- б) психотерапевтическое лечение (создание соответствующих окружающих больного условий, последовательное усложнение речевых занятий, воздействие на настроение больного и пр.);
- в) фармацевтическое и динамическое лечение (медикаменты, физиотерапия, двигательные упражнения).
- Многоплановость лечебного воздействия, по И. А.Сикорскому, впервые стала комплексной системой преодоления заикания.



Цель

- устранение или ослабление судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики;
- оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом;
- избавление ребенка от неправильного отношения к своему речевому дефекту;
- перевоспитание его личности, формирование правильного социального поведения.



Коррекционно-воспитательное направление

- Основной задачей коррекционно-воспитательной работы, которую преимущественно проводит и направляет логопед, является устранение речевых дефектов (перевоспитание неправильной речи) и психологических изменений у заикающихся.



Лечебно-оздоровительное направление

- Основной задачей лечебно-оздоровительной работы, которую преимущественно проводит и направляет врач, является укрепление и оздоровление нервной системы и физического здоровья заикающегося, устранение и лечение отклонений и патологических проявлений в их психофизическом состоянии (ослабление или снятие речевых судорог, расстройств вегетативной нервной системы, нарушений моторики и др.).

