## С о д е р ж а н и е.

Стр.

1. Введение (история проблемы). 2
2. Заикание как один из периодов становления фразовой речи. 6
3. Онтогенез речи. Степень зрелости центральной нервной системы.
4. Бурное развитие речи.
5. Симптом заикания как норма у подростков и у взрослых.
6. Возможные причины возникновения патологического заикания. 15
7. Заикание как следствие минимальной мозговой дисфункции.
8. Возникновение заикания как следствие особенностей развития симпатоадреналиновой и гормональной систем.
9. Теоретические представления о механизме нарушения центральной 18

нервной регуляции речевой функции при заикании.

1. Развитие невротического заикания.
2. Заикание с органическим нарушением центральной нервной системы.
3. Симптоматика заикания. 22
4. Биологические (физиологические) и социальные (психологические) симптомы.
5. Фиксированность на дефекте и эмоциональное реагирование на дефект.
6. Классификация заикания. 29
7. По этиологическому признаку.
8. По анатомо-физиологическому признаку.
9. По клиническому признаку.
10. По форме заикания.
11. Другие аспекты классификации заикания. 30
12. Заикание в психологическом аспекте.
13. Заикание с точки зрения психолингвистики.
14. Степени и типы течения заикания. 33
15. Возможные методы коррекции заикания. 33
16. Терапевтические средства.
17. Хирургический метод.
18. Психотерапевтические воздействия.
19. Дидактические приемы
20. Система лечебно-педагогических мер.
21. Комплексный подход к преодолению заикания.
22. Заключение. 41
23. Литература. 44

## Введение (история проблемы).

Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц рече­вого аппарата. Синонимы: Balbuties, Disphemie, Spasmop-hemie, Lalonewros.

Проблема заикания считается одной из самых древних в истории развития учения о различных расстройствах речи. Разное пони­мание его сущности обусловлено уровнем развития науки и по­зиций, с которых авторы рассматривали и рассматривают это речевое расстройство.

В древние времена заикание считалось болезнью, которая связана с накоплением влажности в головном мозге (Гиппократ) или с неправильным соотнесением частей артику­ляционного аппарата (Аристотель). Вероятность нарушений в центральном или периферическом отделах речевого аппарата при заикании признавали Гален, Цельс, Авиценна.

На рубеже XVII—XVIII вв. заикание пытались объяснить как следствие несовершенства периферического аппарата речи. Так, например, Санторини считал, что заикание возникает при отвер­стии в твердом небе, через которое просачивается на язык слизь и эта слизь затрудняет речь. Вутцер объяснял это патологическим углублением в нижней челюсти, в котором прячется кончик языка при своем движении; Эрве-де-Шегуан считал, что причина заикания в неправильном соотно­шении между длиной языка и полостью рта или слишком плот­ным прикреплением его короткой уздечкой.

Другие исследователи связывали заикание с различными нарушениями в функционировании речевых органов: судорожное закрытие голо­совой щели; чрезмерно быстрый выдох; спазматическое сокращение мышц, удерживающих язык в полости рта; несогласованность про­цессов мышления и речи; нарушения в эмоционально-волевой сфере воли челове­ка, воздействующие на силу мышц речедвигательного механиз­ма и т. д.

Часть исследователей связывала заикание с нарушениями в протекании психических процессов. Например, Блюме считал, что заикание возникает от того, что речевые движения «опережают процесс мышле­ния». И тогда из-за напряженного стремления выровнять это не­соответствие мышцы речевого аппарата приходят в «судорогоподобное состояние».

В начале XIX в. ряд французских исследователей, уже уверенно объясняли заикание различными отклонениями в дея­тельности периферического и центрального отделов речевого аппарата. Так, врач Вуазен (1821) механизм заикания связывал с недостаточностью церебральных реакций на мускульную систе­му органов речи, т. е. с деятельностью центральной нервной системы. Врач Дело (1829) объяснял заикание как результат 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 голосового аппарата, возникающей вследствие его недостаточ­ной иннервации.

Большинство русских исследователей, например, И.А. Сикорский (1889) рассматривали за­икание как функциональное расстройство в сфере речи, судо­рожный невроз, или определяли его как страдание чисто психическое, выражающееся судорожными движениями в аппа­рате речи (Г. Д. Неткачев, 1909, 1913), как психоз (Гр.Каменка, 1900).

К началу XX в. все многообразие понимания механизмов за­икания можно свести к трем теоретическим направлениям:

1) Заикание как спастический невроз координации, происхо­дящий от раздражительной слабости речевых центров. Сикорский писал: «Заикание есть внезапное нарушение не­прерывности артикуляции, вызванное судорогой, наступившей в одном из отделов речевого аппарата как физиологического це­лого».[[1]](#footnote-1) Таким образом И.А. Сикорский, по нашему мнению, очень близко подошел к тому, что потом П.К. Анохин назовет «функциональной системой», т.е. И.А. Сикорский считал заикание нарушением деятельности целой речевой функциональной системы. Сторонники этой теории вначале подчеркивали врожден­ную раздражительную слабость аппарата, управляющего слого­вой координацией. В дальнейшем они объясняли заикание в свете невротизма: заикание — это судорогоподобные спазмы.

2) Заикание как ассоциативное нарушение психологическо­го характера. Т. Гепфнер и Э. Фрешельс выдвинули это направление, и последний считал заикание ассоциативной афазией.[[2]](#footnote-2) Сторонниками этой теории были Г. Д. Нетка­чев, Ю. А. Флоренская. Г.Д. Неткачев одним из первых предложил подход к преодолению заикания с психотерапевтической точки зрения, таким образом, психологический подход к пониманию механизмов заикания получил свое дальнейшее развитие.[[3]](#footnote-3)

3) Заикание как подсознательное проявление, развивающее­ся на почве психических травм, различных конфликтов с окружа­ющей средой.

Сторонники этой теории считали, что в заикании, с одной стороны, прояв­ляется желание индивида избежать всякой возможности сопри­косновения с окружающими, а с другой — возбудить сочувствие окружающих посредством такого демонстративного страдания.[[4]](#footnote-4)

Таким образом, в конце XIX — начале XX в. все определеннее становится мнение, что заикание — это **сложное психофизиологичес­кое расстройство**. По мнению одних, в его основе лежат нару­шения физиологического характера, а психологические проявле­ния носят вторичный характер. Другие первичными считали психологические особенности, а физиологические проявления — как следствие этих психологических недостатков. 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. Заикание, как и прочие неврозы, возникает вследствие различных причин, вызывающих перенапряжение процессов воз­буждения и торможения и образования патологического услов­ного рефлекса. [[5]](#footnote-5)

В отношении патофизиологических механизмов, которые имеются в основе нарушений высшей нервной деятельности вообще и в возникновении неврозов в частности, И.П. Павлов пишет: «нервная деятельность, как знают врачи, состоит из двух механизмов, из двух процессов: из раздражительного и тормозного. Теперь в отношении этих двух процессов мы отмечаем ***три*** основных момента: это именно: ***сила*** этих нервных процессов, как раздражительного, так и тормозного, ***подвижность*** этих процессов – инертность или лабильность, и, наконец, ***равновесие*** между этими процессами.

Конечно, на нормальном течении этих процессов с такими их свойствами и основывается нормальная высшая деятельность, употребляя обыкновенную терминологию – психическая деятельность не только животных, но и человека… Все эти процессы с их основными свойствами мы можем сбить с нормальной дороги, сделать патологическими. Для этого у нас имеются совершенно определенные приемы. Таких приемов три: это перенапряжение раздражительного процесса, перенапряжение тормозного процесса и перенапряжение подвижности этих процессов». [[6]](#footnote-6)

При изучении экспериментальных (на животных) неврозов И.П. Павлов установил, что причинами их являются:

а) действие исключительно сильных раздражителей (перенапряжение раздражительного процесса);

б) продолжительное действие или увеличение числа тормозных раздражителей (перенапряжение тормозных процессов);

в) одновременное действие противоположных – раздражительных и тормозных – процессов («сшибка») или непосредственное следование друг за другом противоположных нервных процессов, резкое и быстрое изменение динамического стереотипа (перенапряжение подвижности нервных процессов).

Согласно учению И.П. Павлова, и у человека в связи с воздействием на него таких же факторов тоже могут наступить расстройства высшей нервной деятельности, при которых отсутствует повреждение вещества нервной ткани, а имеются нарушения *функционального* характера, возникает невроз.

Отмечая, что законы, которые управляют деятельностью первой сигнальной системы, одинаковы и для второй сигнальной системы у человека, И.П. Павлов вместе с тем настойчиво указывал, что нельзя механически переносить на человека данные, полученные в экспериментах на животных. Высшая нервная деятельность человека в отличие от животных формируется под влиянием воздействия на него факторов социальной среды. Она неразрывно связана с трудом (у ребенка с игрой, обучением и воспитанием), общением людей между собой, с речью, с взаимодействием первой и второй сигнальных систем и пр. Неврозы, возникающие у человека, вследствие особенностей его высшей нервной деятельности имеют свои особые этиологические факторы уже социального порядка и свое особое клиническое выражение.

## Заикание как один из периодов становления фразовой речи.

### **Онтогенез речи. Степень зрелости центральной нервной системы.**

Современное понимание структурно-функциональной организации речи строится на основе учения И.П. Павлова о динамической локализации мозговых функций и обогащено рядом новых положений нейрофизиологии. С нашей точки зрения, самой плодотворной для понимания механизмов речевой функции и некоторых речевых расстройств является концепция о функциональных системах, наиболее полно разработанная П.К. Анохиным (1968). Согласно этой концепции, функциональная система любого поведенческого акта включает в себя, прежде всего афферентный синтез, который программирует действие на основе фило- и онтогенетической памяти, доминирующей мотивации, обстановочной афферентации и ориентировочного рефлекса. Принятие решения предполагает будущий результат, на модели которого и строится программа действия. Организующим фактором многих элементарных деятельностей, входящих в функциональную систему, является результат деятельности системы.[[7]](#footnote-7)

Применив эту схему к пониманию механизмов речи, можно предположить, что особое значение в функциональной системе речи приобретает формирование речевой онтогенетической памяти.

При нормальном созревании центральной нервной системы в пренатальном и начальном постнатальном периодах жизни ребенка происходит структурное и функциональное оформление церебральных механизмов, обеспечивающих разные стороны речевой деятельности. В возрасте от 18 месяцев до 5 лет происходит интенсивное развитие речи, формирование словесных связей в процессе общения. Постепенно в процессе онтогенеза осуществляется переход к усилению функциональной асимметрии от первоначально симметрических реакций. Эта закономерность созревания является процессом поздним и длительным. До 5-7 лет асимметричность неустойчива, чем, возможно и объясняется хрупкость и трудность интеграций, синтеза связей в мозге ребенка, что особенно сказывается на речевой функции. В период становления речевой функциональной системы, благодаря постоянной оценке результата действия, «перебираются все степени свободы и остаются только те, которые способствуют получению данного результата» (П.К. Анохин, 1968).[[8]](#footnote-8) Есть основание считать, что к 5-7 годам у человека формируется запрограммированная в конкретных афферентных параметрах речевая деятельность, имеющая чрезвычайно сложную сенсомоторную организацию со множеством иерархических уровней и высшим интегративным центром в коре больших полушарий головного мозга.

Речь является общественным явлением. По мере изменения окружающей действительности изменялся и организм человека. В результате совершенствования труда и речи продолжали развиваться и органы, осуществляющие эти функции, что в свою очередь делало возможным усовершенствование самих функций и открывало путь для появления новых психических качеств. Таким образом, филогенез человека является выражением взаимодействия общественных и биологических факторов на все более высоком уровне.

Особенности онтогенеза центральной нервной системы обуславливают особую ранимость детей этого возраста. Речевая функция как онтогенетическая, наиболее поздно созревающая и наиболее дифференцированная, представляется особенно хрупкой.[[9]](#footnote-9)

По мере формирования мозга у ребенка происходит накопление речевых условных связей. В речевом общении с окружающими вырабатывается все больше и больше этих связей. Речевые реакции ребенка становятся все более многочисленными, правильными, разносторонними и полными, обеспечивающими дальнейшее развитие его речи. Нормальный ребенок в 5-летнем возрасте свободно (конечно, в пределах доступных ему понятий и приобретенного опыта) говорит на родном языке, а в 6-7-летнем возрасте он уже правильно произносит слова.

По мере накопления человеком опыта и знаний, а по существу в течение всей жизни его речь продолжает развиваться и совершенствоваться.

Взаимодействие между первой и второй сигнальными системами у ребенка является еще несовершенным, связи между ними непрочны и при патологических изменениях высшей нервной деятельности ребенка это взаимодействие может нарушаться.[[10]](#footnote-10)

А.Г. Иванов-Смоленский, изучая законы взаимодействия корковых систем у человека, путем многолетних исследований и наблюдений установил следующие четыре стадии развития высшей нервной деятельности ребенка:

1. раздражения, поступающие в кору головного мозга ребенка только от непосредственных (несловесных – слуховых, звуковых, болевых, тактильных и др.) раздражителей, вызывают соответствующие им корковые реакции, выражающиеся в двигательных вегетативных и соматических явлениях; эта стадия является наиболее ранней, нервные процессы происходят при этом только в первой сигнальной системе;
2. раздражения, поступающие в кору головного мозга от словесных воздействий, вызывают соответствующую им корковую реакцию, выражающуюся в движениях (действиях) и вегетативных явлениях; в этой стадии нервные процессы протекают как во второй сигнальной системе (слово-раздражитель), так и в первой сигнальной системе (ответная реакция); между корковыми сигналами устанавливается динамическая связь и взаимодействие (путь от второй сигнальной системы к первой);
3. раздражения, поступающие в кору от непосредственных, конкретных раздражителей – слуховых, звуковых, зрительных, болевых и т.д., вызывают корковые реакции, выражающиеся уже в слове; наблюдается дальнейшее развитие связи и взаимодействие между сигнальными системами, но только путь связи иной: от первой сигнальной системы ко второй;
4. наконец, раздражения, поступающие в кору, могут выражаться только в словах, реакции на эти словесные раздражения выражаются тоже в словах; высшие нервные процессы происходят теперь главным образом во второй сигнальной системе.[[11]](#footnote-11)

Если у ребенка отсутствует слух, то речь у него без соответствующей помощи не появляется: он не слышит слова окружающих и не имеет поэтому примера для подражания.

### **Бурное развитие речи.**

Кроме того, гармоничное развитие ребенка происходит на основе унаследованных им предпосылок лишь тогда, когда он вырастает в человеческом обществе и с помощью взрослых познает окружающий мир.

С.Л. Рубинштейн убедительно доказывает, что овладение родной речью происходит в процессе мотивированной деятельности и социального общения. Первый контакт ребенка с общественной средой, как правило, создается матерью. Она заботится о его здоровье, хорошем самочувствии, прививает ребенку гигиенические навыки, а также первые нравственные нормы. Так ребенок соприкасается с определенными отношениями в окружающей его среде. Поскольку речь социально детерминирована и служит средством отражения общественного существования, важнейшими задачами воспитания являются:

* Создание положительной эмоциональной настроенности и активности и установление постоянной эмоциональной связи между ребенком и ухаживающим за ним взрослым;
* Побуждение к многосторонней активности, создающей основу процесса обучения и развития представлений об окружающей ребенка действительности, игровой ситуации, руководства играми, движениями и готовности к действиям руками;
* Обеспечение речевого развития путем систематического обращения к ребенку с ласковой речью, начиная с самых первых дней его жизни.[[12]](#footnote-12)

Тщательное наблюдение за речевым развитием, планомерное проведение мероприятий, воспитывающих речь, путем доступных ребенку разнообразных игр – это путь к стимулированию развития у ребенка процессов абстрагирования и обобщения и тем самым к осознанному процессу мышления и к развитию полноценной речи.

Период наиболее интенсивного развития речи представляет особую опасность в отношении заикания. Речь идет о так называемом периоде бурного развития речи на 3-м и 4-м году жизни ребенка, когда *коммуникативная*, *познавательная* и *регулирующая* функции речи быстро развиваются под влиянием речевого общения со взрослыми (А.Р. Лурия, 1955).

У многих детей в это время наблюдается повторение слогов и слов, которое при поверхностном рассмотрении сходно с заиканием. Но это – физиологическое явление (физиологические итерации), которое связано с недостаточной автоматизацией речевой моторики. Атактическое заикание относят за счет несоответствия между относительно большим объемом понимания речи и еще неполноценной способностью ее воспроизведения. Это состояние также можно охарактеризовать как простую речевую неготовность.

Если несколько глубже вникнуть во взаимосвязь между возникновением заикания и быстрым развитием речи, то можно увидеть некоторые важные моменты: в период бурного развития речи наблюдается значительное накопление словарного запаса, причем, наиболее интенсивное обогащение словаря наблюдается в период от 2,5 до 4,5 лет. Это является следствием активно задаваемых детьми вопросов: «А что это?» Одновременно с развитием речевой активности совершенствуются и общие двигательные возможности ребенка, особенно функция рук.[[13]](#footnote-13) На последующих этапах речевого развития дети начинают пользоваться спряжениями и склонениями (флексиями).

С.Л. Рубинштейн (1958) придает этому явлению большое значение, так как благодаря ему ребенок впервые может выразить свое отношение к предметам. Это и образует основу и содержание мышления.

Дети оперируют не просто приобретенными словами, их возможными грамматическими изменениями, а начинают обращаться с ними и пользоваться ими самостоятельно и творчески. К этому периоду относится активное детское словотворчество.

М.М. Кольцова объясняет эти явления тем, что значение слова начинает выделяться из непосредственно предметного комплекса раздражителей. Ребенок проявляет способность переносить значение слова на другую ситуацию и связывать его с ней, а это означает, что аналитико-синтетический процесс мыслительной деятельности значительно усложнился (под анализом понимается абстрагирование от несущественных признаков, а под синтезом – обобщение существенных признаков).

В целом к концу периода раннего детства и к началу дошкольного возраста мышление еще в основном образное и основано на конкретном, эмоциональном восприятии. Эти особенности мышления проявляются во всех видах деятельности ребенка дошкольного возраста. Цель, к которой стремится ребенок, часто превышает его возможности, а с другой стороны, его интеллектуальное развитие еще недостаточно для определения границ своих возможностей. Когда эти обстоятельства не принимают во внимание родители или воспитатели в их требованиях к ребенку, у последнего могут возникнуть сильные аффективные реакции. В такой ситуации возможен аффективный срыв, проявляющийся в какой-либо ситуации и сильно действующий на ребенка.

Аналогичные явления обнаруживаются и в речи, поскольку дети часто подкрепляют речью свои действия. Несмотря на полное усвоение смысловых связей, значительное увеличение словарного запаса и все учащающееся использование флексий, у детей в этом возрасте еще не всегда бывает достаточный речевой запас, чтобы придать содержанию своего мышления соответствующую форму. Словесные обозначения понятий более высоких ступеней интеграции не всегда правильны. Иногда понятия выражаются слишком узко, а иногда они недопустимо обобщаются. Многие дети с помощью все увеличивающейся способности к критике сами понимают по реакции своего партнера, по разговору свои, кажущиеся им недопустимыми, ошибки и уже сознательно воспринимают свой недостаток в подборе слов.

Ситуация усугубляется тем, что взрослые часто обращают внимание детей на такие ситуации и травмируют их, вместо того, чтобы незаметно помочь исправить ошибки. Дети реагируют на такие недостатки своей речи преимущественно аффективно, поэтому возникшее повторение слогов и слов можно рассматривать как выражение несовершенства, неуверенности речи и как стремление преодолеть свои дефекты. Понимание речи всегда предшествует овладению речью (и взрослые обладают большим пассивным запасом слов, чем активным), но влияние этой закономерности весьма различно в зависимости от возраста и развития человека.

Описанные итерации (повторения) возникают не так часто, больше проявляются в период интенсивного развития речи и имеют физиологический характер. Объяснение физиологических итераций в период интенсивного развития речи может быть следующим.

Использование речевого материала в качестве средства абстрактного мышления и обмена мыслями требует образования речевых условных связей высшего порядка. Речь предъявляет высокие требования к тонко дифференцированной моторной деятельности, совершенство которой зависит как от степени зрелости центральной нервной системы, так и от упражнений и связанных с этим развитием автоматизмов движений, что у детей в фазе быстрого развития речи оказывается еще недостаточным. Это приводит к тому, что у детей аффективно окрашенное стремление к речи может быть реализовано не всегда правильно.

Такая речевая неполноценность **нормальна**, она обусловлена фазой развития и более или менее проявляется у всех детей. Следует иметь в виду, что эта фаза может способствовать проявлению речевой недостаточности и переходу ее в патологическое явление. Управление развитием речи является сложной педагогической задачей, при решении которой, к сожалению, слишком часто взрослые допускают ошибки.

Социальные условия, в которых вырастает ребенок, имеют также большое значение для овладения речью.

### **Симптом заикания как норма у подростков и взрослых.**

В период активного развития эндокринной системы (пубертат) в организме происходит ряд изменений. В частности в области моторики у них отмечается временная дисгармоничность, движения их делаются угловатыми, меняется голос. Со стороны эмоционально-волевой сферы появляется повышенная возбудимость, ранимость, неустойчивость. Понижается нервно-психический тонус. Резко изменяется характер. В возникновении горьких переживаний у подростков приобретает значение главным образом социальный фактор – следовательно, очень значимой становится функция коммуникации. И здесь снова может произойти аффективный срыв, и, как следствие, может возникнуть симптом заикания. Сила, подвижность и равновесие тормозных и раздражительных процессов рассогласуются между собой и происходит сбой в функциональной речевой системе.

У взрослых людей в период каких-либо аффективных переживаний также может появиться симптом заикания.

Однако, также как и в случае с подростками, если патологический стереотип, на модели которого строится программа действия, не закрепляется, то можно рассматривать этот симптом не как патологию, а как внешнее проявление аффекта, проходящее постепенно с понижением аффективной реакции.

## Возможные причины возникновения патологического заикания.

К причинам заикания еще в XIX веке относили аффек­ты, стыд, испуг, гнев, страх, сильные ушибы головы, тяжелые болезни, подражание неправильной речи отца и матери (Хр. Лагузен,1838).

И. А. Сикорский (1889) первым подчеркнул, что заикание свойственно детскому возрасту, когда развитие речи еще не окончено. Реша­ющую роль И.А. Сикорский отводил наследственности, считая иные психоло­гические и биологические причины (испуг, ушиб, инфекционные болезни, подражание) лишь толчками, нарушающими равнове­сие неустойчивых у детей речевых механизмов.

Зарубежные исследователи середины ХХ века, в частности, Э. Фрешельс, в качестве причин возникнове­ния заикания выделяли неправильное воспитание детей, астенизацию организма вследствие инфекционных заболеваний, косноязычие, подражание, инфекции, падения, испуг, леворукость при переучивании.

### **Заикание как следствие минимальной мозговой дисфункции.**

Современное комплексное исследование больных с заиканием разного возраста и с различными сроками заболевания, проведенное в Центре патологии речи и нейрореабилитации(по данным И.П. Лукашевич, Р.И. Мачинской, Т.В. Фридман и В.М. Шкловского[[14]](#footnote-14)), позволило прийти к заключению, что существенными предпосылками возникно­вения заикания являются наследственная дефицитарность вегетативной нервной системы и дисфункция гипоталамо-стволовых отделов мозга, развивающиеся как следствие родовых ос­ложнений. Показано, что ведущей причиной возникновения заикания является действие стрессогенных факторов, которые из-за особенностей развития симпатоадреналовой и гормо­нальной систем наиболее опасно для мальчиков в возрасте от 2 до 5 лет. Неврологическая симптоматика, характеризующая состояние нижележащих (стволовых) отделов нервной сис­темы, была выявлена на ранних стадиях развития заикания и сохранялась на протяжении всего периода наблюдения. Симптомы, связанные с дисфункцией высших центров вегетативной регуляции на уровне диэнцефальных отделов мозга, усиливались с возрастом и наиболее от­четливо проявлялись у взрослых.

Комплексное (неврологическое, психологическое и ЭЭГ) исследование было выполнено на пациентах с синдромом заикания различного возраста и с различным сроком действия болезни. Это позволило авторам данного исследования заключить, что унаследованный дефицит автономной возбужденной системы, и дисфункция мозговой основы и гипоталамических структур из-за родовой травмы – ***необходимые предварительные*** ***условия*** заикания, а также то, что эмоциональное напряжение – основная причина заикания, и это особенно опасно для мальчиков возраста от 2 до 5 лет из-за особенностей ряда свойств регулирующей доводки нервно-гуморальной системы. Мозговые признаки дисфункции основы наблюдались у **всех** пациентов независимо от возраста. Признаки промежуточного мозга структурируют дисфункцию, расширяющуюся с возрастом и в связи со сроком действия заикания.

Изменение функционального состоя­ния этой системы у обследованных боль­ных заиканием подтвердилось также данными неврологических и психологи­ческих наблюдений. Так, основными симптомами, отмеченными у всех боль­ных, были множественные вегетативные нарушения, а также недостаточность тех черепно-мозговых нервов, в состав кото­рых входят вегетативные волокна (III, IV, VI, VII, IX, Х пар). Согласно данным пси­хологического обследования эмоцио­нально-аффективной сферы, в 80 % слу­чаев отмечались снижение эмоциональ­ного фона, неадекватное реагирование или эмоциональные пароксизмы.

Ре­зультаты нейропсихологического обсле­дования свидетельству­ют о преимущественной дефицитарности правополушарных высших психичес­ких функций. Эти результаты косвенно подтверждают возможное уча­стие диэнцефальных (в том числе гипота­ламических) отделов мозга в формирова­нии синдрома заикания, так как имеются данные о большей подверженности структур правого полушария влиянию со стороны диэнцефальных регуляторных систем.

### **Возникновение заикания, как следствие особенностей развития симпатоадреналовой и гормональной систем.**

Согласно данным анамнеза, у всех об­следованных нами больных с заиканием в истории развития были отмечены стрессогенные факторы — сильный ис­пуг (33 %), длительная психическая трав­ма (55 %) и в меньшем проценте случа­ев — высокая температура (физиологи­ческий стресс). Этот факт при сопостав­лении с представленными выше данными комплексного исследования позволил сформулировать гипотезу, согласно ко­торой основной причиной заикания яв­ляется дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового комплекса под влиянием пережитого стресса. Известно, что именно гипоталамо-гипофизарно надпочечниковый комплекс является основной регуляторной системой, обеспе­чивающей адаптацию организма к условиям стресса.

Предложенная гипотеза позволяет объяснить возрастную и половую специфичность синдрома заикания. Можно предположить, что возникновение заика­ния преимущественно в детском возрасте, и значительно больший процент мальчиков, чем девочек, среди заболевших, объ­ясняется особенностями развития симпатоадреналовой и гормональной систем.

Наиболее уязвимыми для стресса яв­ляются те функциональные системы и органы, которые имеют генетическую или приобретенную предрасположен­ность к повреждению, а также интенсив­но развивающиеся в данный момент структуры.

Именно на период с 2 до 5 лет — наиболее часто встречающийся возраст возникновения заикания — при­ходится скачок в развитии симпатоадреналовой системы, а гипоталамус оконча­тельно созревает к 13 — 14 годам, когда за­канчивается формирование гипоталамо-гипофизарных нейросекреторных свя­зей. Кроме того, в этом возрасте про­исходит интенсивное структурно-функ­циональное созревание коры больших полушарий, в том числе и в ассоциатив­ных речевых зонах, что влечет за со­бой формирование фразовой речи, в свою очередь требующей развития арти­куляционного аппарата. В связи с этим неслучайным представляется совпадение сроков появления симптомов заикания и фразовой речи.

Как уже отмечалось, другим отличи­тельным признаком синдрома заикания является преимущественная предраспо­ложенность к нему мальчиков, что указы­вает на роль половых гормонов в развитии этого заболевания. Действительно, важ­ную роль в реакции организма на стрессо­вую ситуацию играют надпочечники, и те же структуры в детском возрасте до поло­вого созревания секретируют половые гормоны. В то же время под контролем мужских гормонов андрогенов активиру­ется рост гортани, удлинение голосовых складок, меняется голос. Поскольку все эти процессы происходят при участии языкоглоточного ЧМН (IX—Х пары), то можно ожидать, что в условиях стресса, влияющего на состояние гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового комплекса, гормональные нарушения приводят к дис­функции гортанно-глоточного аппарата в первую очередь у мальчиков.

## Теоретические представления о механизме нарушения центральной регуляции речевой функции при заикании.

Судорожные проявления (заикание) в двигательном компоненте экспрессивной речи возникающие, как правило, в детском возрасте, свидетельствуют о том, что в период становления функциональной структуры речи ее связи избирательно непрочны по сравнению с другими функциональными системами, которые уже оформились функционально и структурно.

При возникновении заикания у ребенка до появления запинок в речи уже формируются, но еще не автоматизируются артикуляторно-дыхательные механизмы речеобразования. Вероятно, вследствие различных вредностей (наиболее частая причина – эмоциональный стресс) происходит изменение взаимоотношений различных уровней функциональной системы речи, ведущей к рассогласованию их деятельности и к подаче извращенного сигнала к действию на артикуляторные мышцы, внешним проявлением чего является заикание.

Согласно этому представлению, запинки в речи, благодаря обратной афферентации (кинестетической и слуховой), сообщающей действительные параметры результата действия, с возрастом перестраивают всю функциональную систему экспрессивной речи: возбуждается система ориентировочного рефлекса, посылаются дополнительные импульсы к моторным центрам речи, непосредственно не связанные с речевой деятельностью. Клиническим выражением этих процессов являются сопутствующие речи движения мимической и скелетной мускулатуры. Постепенно формируются патологически усиленные обстановочные афферентации.

В возникновении заикания первостепенную роль играют на­рушенные взаимоотношения нервных процессов (перенапряжение их силы и подвижности) в коре головного мозга. Нервный срыв в деятельности коры больших полушарий может быть обус­ловлен, с одной стороны, состоянием нервной системы, ее предрасположенностью к отклонениям от нормы. С другой стороны, нервный срыв может быть обусловлен неблагоприятными экзогенными факторами. Отражением нервного срыва является расстройство особо уязвимой и ранимой у ребенка области вы­сшей нервной деятельности — речи, что проявляется в наруше­нии координации речевых движений с явлениями аритмии и судорожности. Нарушение корковой деятельности в данном случае является ***пер­вичным*** и приводит к извращению индукционных отношений между корой и подкоркой и нарушению тех условно рефлекторных меха­низмов, которые регулируют деятельность подкорковых образо­ваний. В силу создавшихся условий, при которых нормальная регуляция коры нарушается, имеют место отрицательные сдви­ги в деятельности стриопаллидарной системы. Ее роль в меха­низме заикания достаточно важна, поскольку в норме эта систе­ма ответственна за темп и ритм дыхания, тонус артикуляторных мышц. ***Заикание возникает не при органических изменениях стриопаллидума, а при динамических отклонениях его функций.*** Эти взгляды отражают понимание механизма невротического заика­ния как своеобразного нарушения корково-подкорковых отноше­ний.

Речевые затруднения могут вызываться задержками развития речи, переходом на другой язык, случаями патологического раз­вития личности с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, необходимостью выразить сложную мысль и пр.

У взрослых заикающихся появляются отрицательные эмоции под влиянием как реальных, так и ожидаемых и представляемых трудных речевых реакций. У них возникают эмоциональное напряжение, вегетативные нарушения, логофобия и связанное с этими явлениями вторичное ухудшение экспрессивной речи. Клинически это больные, страдающие заиканием на фоне невротических расстройств, а само речевое нарушение можно квалифицировать как ***невротическое заикание***.[[15]](#footnote-15)

### **Развитие невротического заикания.**

Развитие невротического заикания может быть представлено в четырех основных периодах.

1. К первому периоду относятся те формы заикания, при которых имеется только начальная судорожность речевых движений и когда ребенок по-детски еще не замечает наступивших расстройств. В случае, если эти речевые расстройства не проходят, то болезнь переходит в следующий, второй период.
2. Ко второму периоду болезни относятся те затянувшиеся случаи заикания, когда ребенок уже начинает замечать затруднения в своей речи и невольно начинает применять для преодоления этих затруднений напряжение при звукопроизнесении. Возникают сопутствующие движения. Усиливается «нервность». Эта форма заикания бывает в дошкольном возрасте и в первые годы школы. В дальнейшем невроз начинает принимать более тяжелую форму.
3. В третьем периоде болезни, относящемся к подростковым и более поздним годам, на первый план выступают представления о трудности произнести слово и страх речи, которые вызывают усиление судорожности. Поведение больного заиканием обычно проходит теперь под знаком смущения, неуверенности, страха речи, уловок и постоянного наблюдения за своей речью. Изменяется характер больного, который приобретает астенические свойства.
4. В четвертом периоде заикание в громадном большинстве случаев начинает постепенно ослабевать. В зрелом возрасте заикание наблюдается крайне редко, а если и проявляется теперь, то представляет собой остатки старых навыков, как бы намек на то, что было.

Представленные здесь периоды развития заикания в действительности, конечно, не так строго разграничены, переходы постепенны, явления одного периода вплетаются в другой. Есть исключения, когда развитие невроза идет по иным путям.

### **Заикание с органическим нарушением центральной нервной системы.**

Наряду с невротическим заиканием стали изучаться и другие его формы, в том числе органическое;

Е. Пи­шон выделяет две формы **органического** заикания:

* первая по типу корковой афазии, когда нарушаются системы ассоциатив­ных волокон и страдает внутренняя речь;
* вторая представляет своеобразную моторную недостаточность речи по типу дизарт­рии и связана с поражением подкорковых образований.[[16]](#footnote-16)

У больных с заиканием при раннем органическом поражении центральной нервной системы, главным образом структур, обеспечивающих моторную деятельность, двигательные навыки отстают в развитии в раннем детстве (сидение, стояние, ходьба), и на всю жизнь остается моторная неловкость. Поражение моторной сферы особенно затрагивает речевую систему. На фоне позднего развития речи у таких больных наблюдается множество различных нарушений в произнесении звуков. Это происходит не за счет анатомической недостаточности артикуляционного аппарата, а ***за счет задержанного или неправильного формирования функционально-структурных связей.***

Заикание у детей с органическим поражением центральной нервной системы проявляется часто с самого начала становления речевой функции (именно проявляется, а не появляется). Это становится понятным, если учесть, что речевая кинестезия является основой внутренней согласованности систем речедвигательного анализатора. Становление речи в описанных условиях препятствует формированию нормальных речедвигательных стереотипов, так как с самого начала отсутствуют правильные кинестетические ощущения. Последнее, вероятно, приводит к извращению афферентного синтеза и формированию анормальной программы действия.

Видимо, неправильное формирование функциональной системы речи у больных с органическим поражением центральной нервной системы требует перестройки определенных связей главным образом в моторном отделе речевой функциональной системы. Таким образом, в тех случаях, когда нервные механизмы заикания идут по органо-функциональному пути, то изменение патологических взаимоотношений в функциональной системе речи должно осуществляться за счет выработки новых речеобразовательных механизмов.

## Симптоматика заикания.

Выделяя при всем многооб­разии клинической картины заикания физиологические и психические моменты, первичными считают расстройства физиологи­ческого характера.

На основе физиологических расстройств формируются пси­хологические особенности личности заикающегося, которые усу­губляют заикание, и тогда психологические изменения нередко выступа­ют на первый план.

Впервые наиболее полно симптоматика заикания была пред­ставлена в работе И. А. Сикорского «Заикание» (1889).

В настоящее время условно выделяются две группы симптомов, находящиеся в тесной взаимосвязи: биологические (физиологи­ческие) и социальные (психологические).

### **Биологические (физиологические) и социальные (психологические) симптомы.**

К ***физиологическим*** симптомам относятся:

речевые судороги, нарушения ЦНС и физического здоровья, общей и речевой моторики.

К ***психологическим:***

речевые запинки и другие нарушения экспрессивной речи, феномен фиксированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психоло­гические особенности.

Основным внешним физиологическим симптомом заикания являются судороги в процессе речевого акта. Их длительность в средних случаях колеблется в пределах от 0,2 секунд до 12,6 секунд. В тяжелых случаях достигают 90 секунд.

Судороги различаются по форме (тонические, клонические и смешанные), по локализации (дыха­тельные, голосовые, артикуляционные и смешанные) и по часто­те. При *тонических* судорогах наблюдается короткое толчкообразное или длительное спазматическое сокращение мышц — то­нус: «т-ополь» ( черта после буквы обозначает судорожно-затянутое произношение соответствующего звука). При *клонических* судорогах наблюдается ритми­ческое, с менее резко выраженным напряжением повторение одних и тех же судорожных движений мышц — клонус: «то-то-тополь». Такими судорогами обычно поражается весь дыхательно-голосо-артикуляционный аппарат, так как его функция управ­ляется целостно работающей центральной нервной системой и он, следовательно, в процессе речи работает как нерасчленимое целое (функциональная система).

В зависимости от преобладания в тех или иных органах речи судороги делят на: дыхательные, голосовые и артикуляци­онные.

Отмечаются три формы нарушения дыхания при заикании:

**экспираторная** форма (судорожный выдох),

**инспираторная** форма (судорожный вдох, иногда со всхлипыванием),

**респираторная** форма (судорожные вдох и выдох, нередко с разрывом слова).

Судороги в ***голосовом*** аппарате характеризуются следующим образом:

* смыкательная (судорожно сомкнутые голосовые склад­ки не могут своевременно разомкнуться — голос внезапно пре­рывается, или же образуется клоническая или затяжная судорога — получается блеющий прерывающийся («А-а-аня») или толчкообразный гласный звук («а. а. а.»);
* размыкательная (голосовая щель остается открытой — при этом наблюдается полное безмол­вие или шепотная речь);
* вокальная, свойственная детям (впервые выделена И.А. Сикорским)[[17]](#footnote-17). Дети протягивают гласные в словах.

В ***артикуляционном*** аппарате различаются судороги:

* губ­ные,
* язычные,
* мягкого нёба.

Чаще и резче они проявляются при произнесении согласных взрывных звуков (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, а также в начале слова, возглавляющего фразу, синтагму или абзац.

Следователь­но, помимо затруднений, обусловленных фонетической приро­дой самих трудных звуков, большую роль играют грамматичес­кие факторы: положение слова во фразе, структура текста и т. п. При этом надо учитывать содержание высказывания, так как известно, что заикание усиливается по мере семантического и эмо­ционального осложнения произносимого: заикаются реже при простом повествовании о хорошо известных вещах, чем при труд­ных рассуждениях и спорах. Ученики меньше заикаются при пе­ресказе хорошо подготовленного учебного материала. Извест­ное значение в отношении частоты заикания имеет ритм 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.

Нарушаются словесное ударение, интонация, ритм. Речь пре­рывиста, с необоснованными паузами, повторениями, изменяют­ся громкость и темп произношения, сила, высота и тембр голо­са, связанные с речевым намерением, эмоциональным состоя­нием заикающегося.

В проявлениях заикания характерными являются также раз­личные нарушения речевой и общей моторики, которые могут быть насильственными (речевые судороги, тики, миоклонусы в мышцах лица, шеи) и 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.

Еще в начале XX в. Э. Фрешельс подчеркивал, что «специфической основой заикания» является то психическое состояние, на основании которого возникает «сознание расст­ройства речи».[[18]](#footnote-18)

Н. И.Жинкин, рассматривая заикание как расстройст­во речевой саморегулировки, отмечает, что чем больше возрас­тает опасение за исход речи и чем в большей мере произнесе­ние оценивается как дефектное, тем сильнее нарушается рече­вая саморегулировка.

Это состояние через несколько повторе­ний превращается в патологический условный рефлекс и возни­кает все чаще, теперь уже перед началом речи. Процесс стано­вится циркулярным, так как дефект на приеме усиливает дефект на выходе.

### **Фиксированность на дефекте и эмоциональное реагирование на дефект.**

Исследователи заикания в понятие ***фиксированности на де­фекте*** вкладывают разное содержание: особое свойство внима­ния (устойчивое, застревающее, навязчивое, концентрированное), осознание дефекта, представление о нем, разное эмоциональ­ное отношение к нему (переживание, тревожность, боязливость, страх).

Можно представить психологическую модель воз­никновения и развития феномена фиксированности с позиции интегрального взаимодействия психических процессов, состоя­ний, свойств и действий у заикающихся. Различие между заикающимися и свободно говорящими выражается не в степени про­дуктивности той или иной деятельности, а в специфике ее про­текания. От первого непроизвольного ***эмоционального реагиро­вания на дефект*** у заикающихся детей постепенно формируется свое отношение к нему, связанное с эмоциональными пережива­ниями и отражаемое в волевых усилиях (действиях и поступках) в самостоятельной и безуспешной борьбе с заиканием. Понятие феномена *фиксированности* в данном случае можно определить так: это есть 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.

Важно найти ***критерии,*** которые характеризуют нарастающую сложность разных уровней (степеней) фиксированности на дефек­те. В качестве такого критерия могут быть использованы 3 вариан­та эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту (*без­различное,* *умеренно-сдержанное* и *безнадежно-отчаянное*) и 3 варианта волевых усилий в борьбе с ним (их *отсутствие, нали­чие* и *перерастание в навязчивые действия и состояния*). В связи с этим оправдано введение рабочего термина *«болезненная фик­сация»* для выделения соответственно трех групп заикающихся:

1. **Нулевая** степень болезненной фикса­ции: дети не испытывают ущемления от сознания дефекта либо вовсе не замечают его. Отсутствуют элементы стеснения, обид­чивости за свою неправильную речь, какие-либо попытки к пре­одолению дефекта.

2. **Умеренная** степень болезненной фикса­ции: старшие школьники и подростки переживают свой дефект, стесняются его, скрывают, прибегают к различным уловкам, ста­раются меньше общаться. Они знают о своем заикании, испыты­вают от этого ряд неудобств, стараются замаскировать свой не­достаток. На этой стадии может возникнуть первые признаки логофобии.

3. **Выраженная** степень болезненной фик­сации: у заикающихся переживания по поводу дефекта выли­ваются в постоянно тягостное чувство неполноценности, когда каждый поступок осмысливается через призму речевой неполно­ценности. Это чаще всего подростки. Они концентрируют внимание на речевых неудачах, глубоко переживают их, для них характерен уход в болезнь, болезненная мнительность, выраженная логофобия, страх перед людьми, ситуациями и пр.

Изучение феномена фиксированности заикающихся на своем дефекте позволило установить следующее: фиксированность является одним из основных факторов, усложняющих структуру дефекта и эффективность его преодоле­ния.

Отмечается связь с усложняющимся характером моторных нарушений. Тоническая судорога иногда может рассматриваться как попытка заикающегося бороться со своим недугом. Характер моторных нарушений у заикающихся обычно связан с эмоцио­нальным отношением к своему дефекту.

Эффективность логопедической работы с заикающимися детьми находится в обратной зависимости от разной степени их фиксированности на дефекте.

Также имеется прямая зависимость фиксированности на дефекте от возраста детей (или стажа заикания). Это объясняется наличием неблагоприятных фак­торов окружающей среды, совершенствованием и усложнением психической деятельности в связи с формированием личности детей, появлением сдвигов в нервной и эндокринной системах, связанных с пубертатным периодом.

Осознание речевого дефекта, неудачные попытки избавиться от него или хотя бы замаскировать порождают у заикающихся различные психологические особенности: уязвимость, без­защитность, боязливость, робость, внушаемость и др.

В зависимости от благоприятных или неблагоприятных соци­альных условий, в которых растет и воспитывается ребенок, а также от его преморбидных особенностей психические явления могут в разной степени и кратковременно проявляться или закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя в целом уже психологические осо­бенности заикающихся.

Попытки замаскировать речевые труд­ности порождают у заикающихся различные неречевые и рече­вые уловки, которые наблюдаются в общей моторике (движения руками, ногами, корпусом, головой и др.); реже — в речевой моторике (покусывания кончика языка, нижней губы, облизываиие губ, причмокивание, беззвучное артикулирование звуков и т. д.) в виде вспомогательных звуков, их сочетаний или слов (эмболы): *э, и, ну, вот, да* и т. д.

## Классификация заикания.

В большинстве существующих классификаций учитываются общие закономерности заикания детей дошкольного и школьно­го возраста. Первые попытки создания классификации относятся к 1937 го­ду.

### **По этиологическому признаку.**

1. Affister (1937, 1958) разделила всех заикающихся по этио­логическому признаку с учетом клинической картины нарушения на 4 группы:

* заикание, сопровождающееся аномалиями в струк­туре или функции органов, участвующих в речи;
* связанное с левшеством;
* по подражанию;
* сопровождающееся эмоцио­нальной неустойчивостью и эмоциональными расстройствами: логофобиями, чувством неполноценности и др.

### **По анатомо-физиологическому признаку.**

По анатомо-физиологическому признаку классифицировали заикание Е. С. Никитина и М. Ф. Брунс (1939). Они выделили 2 группы детей:

* дети с паллидарным синдромом — отмечают­ся психофизическая заторможенность, скованность, личностные нарушения, нарушения контакта с окружающими; дети становятся мрачными, не принимают участия в играх;
* дети со стриарным синдромом — им присуща психофизическая заторможенность, нервно-психические нарушения. Дети подвижны, непоседливы, заиканием не тяготятся, легко вступают в контакт.

### **По клиническому признаку.**

По клиническому признаку классификация заикания представ­лена в трудах В. С. Кочергиной (1959), Н. А. Власовой (1958) и др.[[19]](#footnote-19)

Так, В. С. Кочергина выделяет

* детей, у которых следствием заикания явилась неуравнове­шенность поведения;
* детей, у которых неуравновешенное поведение отмечается с детства и является индивидуальной особенностью их личности, а развитие заикания способствует усилению их неуравновешенности и по­явлению черт общей детской нервности;
* детей с повы­шенной возбудимостью, в анамнезе которых имеются неблагоприятные условия внутриутробного развития, родовые травмы, соматические заболевания, острые и хронические инфекции, сер­дечно-сосудистые заболевания, эндокринные расстройства, дис­трофии;
* детей, у которых до заикания имелись при­знаки тяжелого невроза, склонность к истерическим реакциям.

### **По форме заикания.**

В классификации, предложенной Н. А. Власовой и Э. Н. Герценштейн, учитываются в первую очередь форма заикания:

* то­ническая,
* клоническая.[[20]](#footnote-20)

В данной классификации учитываются также некоторые этиологические факторы, вто­ричные психические симптомы, степень успешности логопеди­ческого воздействия.

## Другие аспекты классификации заикания.

### **Заикание в психологическом аспекте.**

Проблемой заикания в психологическом аспекте для раскрытия его генезиса, для понимания поведения заикающихся в процессе коммуникации, для выявления их индивидуально-психологических особенностей занимались многие исследователи. Изучение у заикаю­щихся внимания, памяти, мышления, психомоторики показало, что у них изменена структура психической деятельности, ее само­регуляция. Они хуже выполняют ту деятельность, которая требует высокого уровня автоматизации (и соответственно — быстрого включения в деятельность), но различия в продуктивности между заикающимися и здоровыми исчезают, как только деятельность может выполняться на произвольном уровне. Исключение со­ставляет психомоторная деятельность: если у здоровых детей психомоторные акты совершаются в значительной мере автома­тически и не требуют произвольной регуляции, то для заикаю­щихся регуляция представляет сложную задачу, требующую про­извольного контроля.

Некоторые исследователи считают, что заикающиеся отлича­ются большей инертностью психических процессов, чем нормаль­но говорящие, им свойственны явления персеверации, связан­ной с подвижностью нервной системы.

Перспективно исследование личностных особенностей заика­ющихся как с помощью клинических наблюдений, так и с приме­нением экспериментально-психологических методик. С их по­мощью можно выявить тревожно-мнительный характер, подозритель­ность, фобические состояния; неуверенность, замкнутость, склон­ность к депрессии; пассивно-оборонительные и оборонительно-агрессивные реакции на дефект.

### **Заикание с точки зрения психолингвистики.**

Попробуем рассмотреть механизм заикания с позиций психолингвистики.

Данный аспект изучения предпола­гает выяснение того, на какой стадии возникновения речевого вы­сказывания начинаются судороги в речи заикающегося. Выделяют следующие фазы речевой коммуникации:

1. наличие потребности в речи, или коммуникативное наме­рение;

2) рождение замысла высказывания во внутренней речи;

1. звуковая реализация высказывания.

В разных структурах ре­чевой деятельности эти фазы различны по своей полноте и дли­тельности протекания и не всегда однозначно вытекают одна из другой. Но постоянно происходит сопоставление задуманного и осуществленного.[[21]](#footnote-21)

И. Ю. Абелева (и др.) считают, что заикание возника­ет в момент готовности к речи при наличии у говорящего комму­никативного намерения, программы речи и принципиального уме­ния говорить нормально. В трехчленную модель порождения речи автор предлагает включить фазу готовности к речи, на которой у заикающегося «ломается» весь произносительный механизм, все его системы: генераторная, резонаторная и энергетическая. Воз­никают судороги, явно проявляющиеся затем на четвертой, за­вершающей фазе.

Рассмотрев разные точки зрения на проблему заикания, можно сделать основной вывод, что механизмы возникновения заика­ния неоднородны.

В одних случаях заикание трактуется как сложное невроти­ческое расстройство, которое является результатом нарушения корково-подкоркового взаимодействия, расстройства единого авторегулируемого темпа речевых движений (голоса, дыхания, артикуляции).

В других случаях — как сложное невротическое расстройст­во, явившееся результатом зафиксированного рефлекса непра­вильной речи, первоначально возникшей вследствие речевых за­труднений разного генеза.

В третьих — как сложное, преимущественно функциональное расстройство речи, появившееся вследствие общего и речевого дизонтогенеза и дисгармоничного развития личности.

В четвертых — механизм заикания можно объяснить на осно­ве органических изменений центральной нервной системы. Воз­можны и другие объяснения. Но в любом случае необходимо учитывать нарушения физиологического и психологического ха­рактера, составляющие единство.

Таким образом, вопросы классификации заикания рассмат­риваются с разных позиций, но каждая из них является право­мерной, так как имеет свое научное обоснование.

## Степени и типы течения заикания.

Различают три ***степени*** заикания:

* легкая — заикаются лишь в возбужденном состоянии и при стремлении быстро вы­сказаться. В этом случае задержки легко преодолеваются;
* средняя — в спокойном состоянии и в привычной обстановке говорят легко и мало заикаются; в эмоциональном состоянии проявляется силь­ное заикание;
* тяжелая — заикаются в течение всей речи, постоянно, с сопутствующими движениями.

Выделяются следующие ***типы*** ***течения*** заикания:

* постоянный— заикание, возникнув, проявляется относительно посто­янно в различных формах речи, ситуациях и т.д.;
* волнообразный — заикание то усиливается, то ослабевает, но до конца не исчезает;
* рецидивирующий — исчезнув, заикание появляется вновь, т. е наступает рецидив, возврат заикания после довольно длительных периодов свободной, без запинки речи.

## Возможные методы коррекции заикания.

Становлению современного комплексного подхода к преодо­лению заикания предшествовал поиск различных приемов и средств преодоления дефекта. Многочисленность и недостаточ­ная эффективность методик преодоления заикания объясняются сложностью его структурных проявлений и недостаточным уров­нем знаний о его природе.

При изучении существовавших ранее приемов, средств и ме­тодов преодоления заикания целесообразно рассматривать их в зависимости от характера рекомендуемых средств воздействия на заикающегося — медицинского или педагогического. В пер­вом случае — это лечебные меры (терапевтические, хирургичес­кие, ортопедические, психотерапевтические), во втором — меры педагогические (дидактические) и в третьем — различные сочета­ния лечебного и педагогического воздействия на заикающихся.

### **Терапевтические средства.**

Терапевтические средства для преодоления заикания применялись в разной степени и формах во все време­на, начиная с древнейших (Гиппократ, Аристотель, Цельс, Гален, Авиценна и др.). Терапевти­ческие средства не являлись исчерпывающими в лечении заика­ния, а лишь в той или иной степени дополняли его.

### **Хирургический метод.**

Хирургический метод лечения заикания приме­нялся с 1 в. н. э. до середины XIX в., пока не утвердилось мнение о его бесполезности и опасности использования (Антилл, Бонне, Диффенбах, Дионис, Пети, Фабриций, Эгинский и др.). Он поя­вился в результате понимания заикания как следствия патологи­ческого строения органов артикуляции или недостаточной ин­нервации мышц языка.

Использование механических приспособлений с ортопедической целью восходит еще к Демосфену, который якобы успешно применял для лечения собственного заикания инородные предметы (морские камешки), держа их под языком во время речевых упражнений.

И впоследствии специалисты при­меняли при лечении заикания различные механические приспо­собления: Итар — язычную вилку, Коломба — язычный нажиматель и распорку для губ, Эрве-де-Шегуан —накладки на оба ряда зубов, Кленке — деревянную пластинку в форме дуги под язык, Меркель — скобы из китового уса на нижние зубы и т. д.

Орто­педические средства имели вспомогательное значение в лече­нии заикания.

### **Психотерапевтические воздействия.**

Психотерапевтические воздействия. С появлением взглядов на заикание как на невротическое рас­стройство некоторые авторы стали придавать первостепенное значение в его преодолении психотерапевтическому воздействию (Неткачев, Фрешельс и др.). Сторонники психологического направления ви­дели в заикании, прежде всего психическое страдание, поэтому при выборе средств воздействия на заикающегося учитывали влияние этих средств на его психику.

### **Дидактические приемы.**

Дидактические приемы. Последователи дидак­тических приемов воспитания правильной речи у заикающегося рекомендовали системы разнообразных и постепенно усложняе­мых речевых упражнений, охватывающих как отдельные элемен­ты речи, так и речь в целом (Андрес, Гимиллер, Гутцман, Денгардт, Итар, Коэн, Куссмауль, Ли).

### **Система лечебно-педагогических мер.**

Система лечебно-педагогических мер. Первыми попытками определить систему лечебно-педагогического воздействия на заикающихся можно считать рекомендации И. А. Сикорского (1889) и его ученика И. К. Хмелевского (1897).

И. А. Сикорский в лечение заикания включал:

а) гимнастику речи (система упражнений для дыхания, голоса, артикуляции, различ­ных форм речи);

б) психотерапевтическое лечение (создание со­ответствующих условий, окружающих больного, последователь­ное усложнение речевых занятий, воздействие на настроение больного и пр.);

в) фармацевтическое и динамическое лечение (медикаменты, физиотерапия, двигательные упражнения).

В настоящее время многие исследователи уделяют много внимания психотерапевтическим воздействиям на личность заикающегося в комплексной системе лечения.[[22]](#footnote-22) Опираясь на исследования отечественных физиологов — И. М. Сеченова, И.П. Павлова и их последователей, ученые и специалисты-практики преодолели тенденциозность разработан­ных ранее приемов устранения заикания, отобрали из них все лучшее, рациональное и определили современный ***комплексный подход*** к преодолению заикания.

### **Комплексный подход к преодолению заикания.**

Большинство исследователей заика­ния отмечают сложный системный ха­рактер этого

заболевания, возникнове­ние которого связано как с биологичес­кими, так и с психологическими,

а воз­можно, и социальными причинами.

Под современным комплексным подходом к преодолению за­икания понимается лечебно-педагогическое воздействие на раз­ные стороны психофизического состояния заикающегося разны­ми средствами и усилиями разных специалистов. В комплекс лечебно-педагогических мероприятий входят лечебные препара­ты и процедуры, лечебная физкультура, психотерапия, логопеди­ческие занятия, логопедическая ритмика, воспитательные меро­приятия. Цель их — оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом; избавление ребенка от неправильного отношения к своему речевому дефекту, устранение или ослабление речевых судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики и речи; социальная реадаптация и адаптация заикающегося. В настоящее время делаются попытки глубже изу­чить индивидуальные психологические особенности заикающих­ся.

Весь лечебно-педагогический комплекс по характеру воздей­ствия на заикающихся можно условно разделить на две состав­ные части: *лечебно-оздоровительную* и *коррекционно-педагогическую*. Основными задачами лечебно-оздоровительной работы, которую проводит врач, являются: 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.).

Основной задачей коррекционно-педагогической работы, ко­торую преимущественно проводит логопед, является: устране­ние речевых дефектов (перевоспитание неправильной речи) и психологических особенностей заикающихся. Логопед организу­ет содружественную медико-педагогическую работу необходи­мых специалистов (врачей, воспитателей, ритмиста, инструкто­ра по ЛФК, музыкального работника и др.), использующих свои методы и средства при воздействии на заикающихся.

К лечебно-оздоровительной работе относятся: создание благоприятной обстановки для лечения, ор­ганизация режима дня и рационального питания, закаливающие процедуры, лечебная физкультура, медикаментозное лечение, физио- и психотерапия.

У ребенка надо поддерживать хорошее настроение, бодрость, уверенность в выздоровлении. Систематическое чередование раз­личных видов деятельности, определенный ритм жизни также имеют важное значение, так как способствуют нормализации и облегчению работы высших отделов нервной системы и всего организма в целом.

Лечебная физкультура и физические упражнения, развивая мышечную систему, усиливают работу важнейших жизненных орга­нов — легких и сердца, повышают обмен веществ. Они развивают координированные и точные движения, помогают избавиться от скованности или, наоборот, от расторможенности движений.

Все это является необходимой предпосылкой для лучшего функционирования речевых органов заикающегося ребенка и ока­зывает положительное влияние на выработку у него правильных речевых навыков. Физические упражнения для заикающихся де­тей приобретают лечебное значение.

Медикаментозное лечение заикающихся ставит целью нормализацию деятельности центральной и вегета­тивной нервной системы, речедвигательного аппарата, устране­ние судорог, снятие психогенных наслоений.

Роль медикаментозного лечения с возрастом заикающихся увеличивается. Это объясня­ется усложнением клиники заикания вследствие присоединения дополнительных функциональных наслоений, связанных с пубер­татными сдвигами и повышением роли слова как фактора соци­ального общения.

**Психотерапия** в комплексе лечения заикания занимает существенное место. Основная задача психотерапии — оздоров­ление психики заикающегося.

Оздоравливающее воздействие на заикаю­щегося оказывает косвенная и прямая психотерапия. Под косвенной психотерапией понимается обстановка, окружающая при­рода, коллектив, отношение обслуживающего персонала, режим, игры и многое другое.

Прямая психотерапия — лечебное воздействие словом в виде разъяснения, убеждения, внушения и обу­чения. В психотерапии различают два основных вида воздействия словом: 1) рациональную (по Дюбуа), или разъяснительную (по В. М. Бехтереву), психотерапию; 2) суггестив­ную терапию, в которой выделяются внушение в бодрствующем состоянии, во сне (гипноз) и самовнушение (аутогенная трени­ровка).

Для маленьких детей рациональная психотерапия выражает­ся в использовании разнообразных игровых приемов, красочно­го дидактического материала, труда, музыки, ритмики и пр. Эти формы психотерапии тесно смыкаются с психопрофилактикой и психогигиеной. Для старших школьников необходимо широкое использование основных приемов рациональной психотерапии.

Внушение (суггестия) — специальный метод психотерапии. Различают внушение со стороны другого лица (гетеросуггестия) и самовнушение (аутосуггестия).

В лечении заикания используются методы внушения в бодрственном состоянии (К. М. Дубровский) и в состоянии гипноти­ческого сна. Эти психотерапевтические методы используются в комплексе с другими медико-педагогическими средствами воз­действия на заикающихся подростков и взрослых.

Одним из видов аутосуггестии является метод аутогенной тренировки. Он применяется при лечении различных неврозов. Путем самовнушения по определенной формуле вызывается со­стояние покоя и мышечного расслабления (релаксация). В даль­нейшем проводятся целенаправленные сеансы самовнушения по регуляции тех или иных нарушенных функций организма. В этом плане оно оказывается полезным и при заикании. Заикающийся овладевает способностью вызывать расслабление мышц, осо­бенно лица, шеи, плечевого пояса, и регулировать ритм дыха­ния, что ослабляет интенсивность судорожных спазмов.

В связи с незрелостью психики и недостаточной концентрацией внимания у детей дошкольного возраста гипнотерапия и аутогенная тренировка с ними не применяются.

Многие специалисты, работая с заикающимися детьми, исполь­зуют игры и упражнения, которые помогают расслабить мышцы рук, предплечья, шеи, ног, лица.

Среди активизирующих методов психотерапии значительное место занимают функциональные тренировки (А. Г. Иванов-Смо­ленский). Они представляют собой тренировку не­рвных и психических процессов, укрепление активности и воли.

Все виды психотерапии заикания направляются на устране­ние психогенных нарушений (страха речи и ситуаций, чувства ущемленности и подавленности, навязчивой фиксации на своем речевом расстройстве, многообразных переживаний в связи с этим и пр.) и на перестройку у заикающегося измененного под влиянием дефектной речи социального контакта с окружающи­ми; на формирование умений владеть собой и своей речью, на перестройку своих личностных качеств.

**Педагогическую** **часть** комплексного подхода составляет кор­рекционно-педагогическая (логопедическая) работа, которая вклю­чает систему логопедических занятий, воспитательные меропри­ятия, логопедическую ритмику, работу с родителями.

Логопедическая работа рассматривается как система коррек­ционно-педагогических мероприятий, направленных на гармонич­ное формирование личности и речи ребенка с учетом необходи­мости преодоления или компенсации его дефекта.

Логопедическое воздействие в настоящее время осуществля­ется в двух направлениях: прямом и косвенном. Прямое логопе­дическое воздействие реализуется во время групповых и инди­видуальных занятий с заикающимися. Эти занятия предусматри­вают развитие общей и речевой моторики, нормализацию темпа и ритма дыхания и речи, активизацию речевого общения, в слу­чае необходимости развитие слухового внимания и фонемати­ческого восприятия, коррекцию нарушений звукопроизношения, расширение пассивного и активного словаря, совершенствова­ние грамматического оформления фразы. На занятиях у заикаю­щихся устраняют психологические отклонения в поведении, вырабатывают (у школьников, подростков) правильное отношение к дефекту, развивают интеллектуальные способности, этические и нравственные представления, формируют гармонично разви­тую личность.

Индивидуальные занятия проводятся в случае необходимых дополнительных упражнений (коррекция неправильного произношения, бе­седы психологического характера и т. д.).

Косвенное логопедическое воздействие представляет собой систему логопедизации всех режимных моментов для ребенка и отношения к нему окружающих. Особое значение в этой системе имеет речевой режим.

Речевой режим дошкольников осуществляется с помощью взрослых, которые последовательно контролируют переход детей от одного речевого этапа к другому. Речевой режим школьни­ков, подростков и взрослых предполагает выбор ими необходи­мых речевых упражнений, понимание ими требований правиль­ной речи, систематическую тренировку навыков правильной речи в разных условиях.

Речевой аспект логопедических занятий включает регуляцию и координацию дыхательной, голосовой и артикуляторной функ­ций, воспитание правильной речи.

В литературе имеется несколько мнений о методике воспи­тания правильного дыхания. Одни считают, что над дыханием следует специально работать, применяя дыхательные дидакти­ческие упражнения. Другие считают, что ритм дыхания восста­навливается через спокойную плавную речь, т. е. воспитывается неторопливый темп речи и в результате нормализуются все ре­чевые компоненты, в том числе и дыхание. Представители пси­хологической школы считают, что воспитанию речи, а, следова­тельно, и дыхания способствует тренировка воли. В каждом из этих мнений можно найти рациональное, если работу над дыха­нием проводить индивидуально, в зависимости от структуры ре­чевого дефекта.

Консультативно-методическая работа с родителями и педа­гогами направлена на обеспечение благоприятных условий воз­действия на заикающегося ребенка; создание правильного отно­шения к нему дома и в детском учреждении; организацию необ­ходимой самостоятельной работы ребенка вне логопедических занятий.

## Заключение.

Несмотря на то, что в настоящее время исследование заикания направлено на раскрытие его центральных механизмов, последние остаются мало разработанными. Существующие концепции возникновения заикания не объясняют выявленных клиницистами разных групп больных, страдающих заиканием, при одинаковом типе и тяжести судорожных нарушений речи.

Проблема возникновения нейрофизиологических механизмов синдрома заикания до сих пор остается нерешенной. Актуаль­ность исследования этой проблемы определяется необходимостью разработки адекватных методов терапии и коррек­ции, поскольку существующие в настоя­щее время подходы к лечению заикания часто не приводят к полному излечению.

При проведении исследований[[23]](#footnote-23) оказа­лось, что некоторые симптомы заикания, непосредственно обусловленные дейст­вием неблагоприятных факторов на ранних этапах онтогенеза, были компенси­рованы с течением времени в силу плас­тичности развивающегося мозга. Дейст­вительно, сравнение данных комплекс­ного обследования детей и взрослых по­казало, что электроэнцефалографические и нейропсихологические признаки изменения функционального состояния мозга на уровне глубинных структур и коры, связанные с нарушением кровооб­ращения в задних, преимущественно ле­восторонних, отделах, ярко проявляясь в детском возрасте, у взрослых уже не от­мечались. При этом неврологическая симптоматика, характеризующая состоя­ние нижележащих (стволовых) отделов нервной системы, менее подверженных пластическим перестройкам, сохраня­лась.

Наряду с этим другие симптомы, свя­занные с дисфункцией высших центров вегетативной регуляции на уровне диэнцефальных отделов мозга, усиливаются и наиболее отчетливо проявляются у взрослых.

Среди основных факторов риска раз­вития заикания наиболее часто называ­ют наследственность, раннее моз­говое повреждение и нарушения эмоционально-волевой сферы.

Психологическое исследование не вы­явило существенных различий между де­тьми с разными сроками заикания. Всем детям в разной степени были свойствен­ны нарушения эмоциональной сферы, расторможенность, страхи, быстрая ис­тощаемость. Эти наблюдения еще раз подтвердили дисфункцию высших цент­ров вегетативной и эмоциональной регу­ляции у больных заиканием независимо от сроков заболевания и возраста.

Комплексное обследо­вание взрослых с синдромом заикания позволило обнаружить возможные нейрофизиологические механизмы разви­тия этого синдрома. Вместе с тем данные, полученные при исследовании взрослых больных, характеризуют функциональ­ное состояние мозга и эмоционально-во­левой сферы по прошествии длительного периода с момента возникновения забо­левания. Это обстоятельство в силу боль­шой пластичности и компенсаторных возможностей мозга затрудняет выявле­ние тех факторов риска возникновения заикания, которые связаны с ранним постнатальным развитием, а также не позволяет разграничить симптомы, непо­средственно связанные с этиологией за­икания и его последствиями.

В данной работе заикание рассматривалось с двух точек зрения:

* с одной стороны как проявление нормального формирования фразовой речи и как проявление аффективной реакции, но без закрепления патологического стереотипа речевой функции,
* с другой стороны как проявление патологических изменений на разных уровнях.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что единой точки зрения по поводу заикания нет до сих пор ни по одному из компонентов структуры данного вопроса (этиология, симптоматика, классификация, методы коррекции).

Тем не менее, нельзя не согласиться с тем, что практически все современные авторы рассматривают заикание не как узко речевую патологию, а как целый комплекс патологически развивающихся органов и систем.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. И. Ю. Абелева и др. В помощь взрослым заикающимся. – М., 1969.
2. Н.М. Асатиани. Заикание у взрослых // Заикание / Под ред. Н.А. Власовой, К.П. Беккера. – М.,1983.
3. П.К. Анохин. Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы. – М., 1978.
4. Н.В. Витт. Речь и эмоции: учебное пособие.– М.,1984.
5. Н.В. Витт. Эмоциональная регуляция речевого поведения. – М., 1983.
6. Н.А. Власова. Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. – М.,1959.
7. Воспитание и обучение детей с расстройствами речи / Под ред. С.С. Ляпидевский, В.И. Селиверстов. – М.,1968.
8. И.Г. Выгодская и др. Устранение заикания у дошкольников в игре. – М.,1984.

Л.С. Выготский. Мышление и речь // Собр. соч. – М.,1982. – Т. 2.

1. В.И. Гарбузов. Нервные дети. – М., 1990.
2. Н.И. Жинкин. Механизмы речи. – М., 1958.
3. А.И. Захаров. Неврозы у детей. – СПб., 1996.
4. М. Зееман (пер. с чешск.). Расстройство речи в детском возрасте – М.,1962.
5. А.Г. Иванов-Смоленский. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности.—М.,1952.
6. М.М. Кольцова. Ребенок учится говорить.— М.,1973.
7. Комплексный анализ патогенетических механизмов и этиологии синдрома заикания. И.П. Лукашевич, Р.И. Мачинская, Т.В. Фридман, В.М. Шкловский / Дефектология № 5,2000.
8. Логопедия: Учебник для студентов деф. факультетов пед. ин-тов / Под ред. Л.С. Волковой. – М., 1995.
9. А.Р. Лурия. Роль слова в формировании временных связей в нормальном и аномальном развитии. –М.,1955.
10. А.Р. Лурия, Д.Я. Юдович. Речь и развитие психических процессов у ребенка.—М., 1957.
11. В.Н. Мясищев. Личность и неврозы. – М.,1960.

Д.Г. Неткачев Предупреждение и лечение заикания в детском возрасте.—М., 1909.

И.П. Павлов. Экспериментальная патология высшей нервной деятельности. В сб.: Избранные произведения. – Госполитиздат., 1949.

1. Г.Л. Розенгарт-Пупко. Формирование речи у детей раннего возраста.—М.,1963.
2. Л.С. Рубинштейн. Основы общей психологии. – СПб., 1998.
3. И.А. Сикорский. О заикании. – М.,1889.
4. Н.П. Тяпугин. Заикание. – М., 1966.
5. Э. Фрешельс (пер.с нем.). Заикание – ассоциативная афазия.—М.-Л., 1931.
6. В.М. Шкловский. Психотерапия в комплексной системе лечения логоневрозов // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. – М., 1974.

1. И.А. Сикорский. О заикании. – М., 1889. [↑](#footnote-ref-1)
2. Э. Фрешельс. Заикание – ассоциативная афазия. – М.-Л.,1931. [↑](#footnote-ref-2)
3. Д.Г. Неткачев. Предупреждение и лечение заикания в детском возрасте. – М.,1909. [↑](#footnote-ref-3)
4. А. Адлер Практика и теория индивидуальной психологии.– М.,1993. [↑](#footnote-ref-4)
5. И.П. Павлов. Экспериментальая патология высшей нервной деятельности. В сб.: Избранные произведения. – Госполитиздат., 1949. [↑](#footnote-ref-5)
6. Там же. [↑](#footnote-ref-6)
7. П.К. Анохин. Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы – М.,1978. [↑](#footnote-ref-7)
8. Там же. [↑](#footnote-ref-8)
9. А.Р. Лурия, Д.Я. Юдович. Речь и развитие психических процессов у ребенка. – М., 1957. [↑](#footnote-ref-9)
10. Н.П. Тяпугин. Заикание. – М., 1966. [↑](#footnote-ref-10)
11. А.Г. Иванов-Смоленский. Очерки патофизиологии временных связей в нормальном и аномальном развитии. – М., 1952. [↑](#footnote-ref-11)
12. С.Л. Рубинштейн. Основы общей психологии. – СПб., 1998. [↑](#footnote-ref-12)
13. М.М. Кольцова. Ребенок учится говорить. – М.,1973. [↑](#footnote-ref-13)
14. Комплексный анализ патогенетических механизмов и этиологии синдрома заикания. И.П. Лукашевич, Р.И. Мачинская, Т.В. Фридман, В.М. Шкловский / Дефектология №5,2000. [↑](#footnote-ref-14)
15. Н.М. Асатиани. Заикание у взрослых // Заикание / Под ред. Н.А. Власовой, К.П. Беккер. – М., 1983. [↑](#footnote-ref-15)
16. Логопедия: учеб-к для студентов дефект. Фак. пед. ин-тов / Под ред. Л.С. Волковой. – М., 1995. [↑](#footnote-ref-16)
17. И.А. Сикорский. О заикании. – М.,1889. [↑](#footnote-ref-17)
18. Э. Фрешельс (пер с нем.). Заикание – ассоциативная афазия. М.-Л., 1931. [↑](#footnote-ref-18)
19. Заикание. Под ред. Н.А. Власовой, К.П. Беккер. – М., 1983. [↑](#footnote-ref-19)
20. Там же. [↑](#footnote-ref-20)
21. Н.И. Жинкин. Механизмы речи. – М.,1958. [↑](#footnote-ref-21)
22. В. М. Шкловский. Психотерапия в комплексной системе лечения логоневрозов // Руководство по психотерапии/ Под ред. В.Е. Рожнова. – М., 1974. [↑](#footnote-ref-22)
23. Комплексный анализ патогенетических механизмов и этиологии синдрома заикания. И.П. Лукашевич, Р.И. Мачинская, Т.В. Фридман, В.М. Шкловский / Дефектология № 5,2000. [↑](#footnote-ref-23)