ХРЕСТОМАТИЯ ПО ЛОГОПЕДИИ

(извлечения и тексты)

В 2-х томах

Под редакцией Заслуженного деятеля науки Российской Федерации
профессора Л. С. ВОЛКОВОЙ, Заслуженного работника высшей школы
Российской Федерации профессора В. И. СЕЛИВЕРСТОВА

Рекомендовано Министерством общего и
профессионального образования Российской
Федерации в качестве учебного пособия для
студентов высших и средних специальных
педагогических учебных заведений

том I

МОСКВА
«Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС»

1997

ББК 74.3
Х91

Научные редакторы: Заслуженный деятель науки РФ, профессор *Л.С.Волкова* и Заслуженный работник высшей школы РФ, профессор *В. И. Селиверстов.*
Составители: проф. *Р. И.Лалаева,* проф. *С. Н. Шаховская,* доц. *Г. А. Волкова,* доц. *Л. В. Лопатина,* доц. *Ю. Г. Гаубих*
Рецензенты: доктор мед. наук, проф. *Е. М. Мастюкова,* доктор пед. наук, с.н.с. *Г В. Чиркина,* профессор *Т Б. Филичева.*

Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Х 91 Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. I / Под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с: ил.

ISBN 5-691-00070-5

В данном пособии тематически систематизированы и представлены извлечения и тексты по теории и практике логопедии, собранные из разных авторских литературных источников. «Хрестоматия» содержит следующие тематические разделы: I том. 1. Дислалии; 2. Ринолалии; 3. Дизартрии; 4. Нарушения голоса; 5. Заикание; II том: 6. Ал алии; 7. Афазии; 8. Нарушения письменной речи; 9. Предпосылки и истоки развития логопедии.

Пособие составлено в соответствии с программой курса «Логопедия с историей логопедии» и учебником «Логопедия» для педагогических институтов. Попытка создания целостно тематической «Хрестоматии по логопедии» предпринимается впервые в истории развития логопедии как науки. Собранный здесь материал представляет учебный, научный и практический интерес для самого широкого круга специалистов.

4310010000-66
Х ---------- Без объявл. **ББК 74.3**
14К(03)-97

© Л. С. Волкова, В. И. Селиверстов — научная концепция, структурирование, общее редактирование
© Р И. Лалаева, С. Н. Шаховская, Г. А.Волкова, Л. В. Лопатина и Ю. Г Гаубих — составители тематических разделов
© «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 1997

ISBN 5-691-00070-5

Предисловие

Современное развитие системы высшего образования в России предполагает переход на новый более высокий уровень качественной профессиональной подготовки широко образованных специалистов, владеющих не только определенной суммой знаний и профессиональных умений, но и стремящихся к постоянному творческому и самостоятельному поиску. Творческий поиск, возможность индивидуального выбора проблемы или предмета для самостоятельного углубленного изучения обеспечивает, в свою очередь, повышение обще культурной, исторической и те^ оретической подготовки студентов, осуществление чего невозможно в современном цивилизованном мире без непосредственного знакомства с подлинниками авторских работ в той или иной отрасли научных знаний. К сожалению, такой творческий поиск все более ограничивается в настоящее время в связи с тем, что многие, наиболее значимые авторские работы становятся большой библиографической редкостью.

Попытка создания «Хрестоматии по логопедии» предпринимается впервые в истории развития логопедии как науки. Потребность в таком пособии назрела давно. И уже изначально перед его научными руководителями остро встали две проблемы: в каком ключе должно быть построено такое пособие и какой коллектив мог бы справиться с такой задачей?

Естественно, что даже в самом объемном пособии трудно представить все авторские работы, которые бы отражали сведения о той или иной научной проблеме или дисциплине от ее истоков до состояния ее развития в настоящее время. Особенно это относится к логопедии, в которой чрезвычайно велик объем накопленных знаний по разным видам речевой патологии. Накоплен многочисленный авторский опыт по изучению, предупреждению, лечению речевых нарушений и по коррекционному воспитанию и обучению детей, подростков и взрослых с различными расстройствами речи. По этим вопросам проведено множество исследований и создано такое же множество авторских работ.

Возможно в дальнейшем возникнет необходимость создания «Хрестоматии по логопедии» в виде отдельных персоналий, связанных с обобщением опыта и роли отдельных личностей в истории логопедии, или в виде развития отдельных проблем логопедии или отдельно взятых видов речевой патологии. И некоторые такие попытки уже делаются. Тем более, что любое научное ис-

следование не обходится без анализа литературных источников по теме исследования, без описания истории развития той или иной частной научной проблемы.

Главной задачей составителей предлагаемой «Хрестоматии» было – дать суммарные представления о разных видах речевой патологии, входящих в современное понятие логопедии как науки о разных нарушениях речи и методах их предупреждения, выявления и преодоления преимущественно средствами коррек-ционного воспитания и обучения. Поэтому в разделах данной «Хрестоматии» использовался принцип тематического распределения материала по традиционно принятым видам речевой патологии в полном соответствии с учебной программой и учебником по логопедии для студентов педагогических вузов.

«Хрестоматия по логопедии» (извлечения и тексты) издается в 2-х томах и содержит следующие тематические разделы:

I том: 1. Дислалии. 2. Ринолалии. 3. Дизартрии. 4. Нарушения голоса. 5. Заикание.

II том: 6. Алалии. 7 Афазии. 8. Нарушения письменной речи. 9. Предпосылки и истоки развития логопедии.

Составители тематических разделов «Хрестоматии» в подборке материала по каждому виду речевой патологии старались придерживаться объективного хронологического расположения авторских извлечений и текстов, позволяющего в определенной мере увидеть состояние проблемы на разных исторических этапах ее развития.

Таким образом, совокупность программы, учебника, практикума и хрестоматии по логопедии по сути составляет концептуально единый и систематизированный блок-сплав необходимых учебно-методических пособий, оптимально обеспечивающих учебный процесс в вузе по данной дисциплине[1].

Логичным и потому правомерным оказалось то, что блок названных учебных пособий по логопедии был подготовлен по инициативе и на базе двух старейших и ведущих в нашей стране педагогических вузов: Российского (Санкт-Петербургского) государственного педагогического университета им. А. И. Герцена и Московского педагогического государственного университета им. В. И. Ленина; при участии сотрудников Института коррек-ционной педагогики РАО и Московского государственного открытого педагогического университета.

Характерно, что и научные истоки развития логопедии в России (и в СССР) оказались тесно связанными прежде всего с эти

[1] «Логопедия с историей логопедии» / Программы педагогических институтов. Отв. ред. Л. С. Волкова. — М., 1989.

«Логопедия» / Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических институтов. Под ред. Л. С. Волковой. — М., 1989, 1995.

«Практикум по детской логопедии». Учебное пособие для студентов педагогических институтов. Под ред. В. И. Селиверстова. — М., 1988, 1995.

"Понятийно-терминологический словарь логопеда" Под. ред. В. И. Селиверстова — М., 1997.

ми двумя педагогическими гигантами и долгожителями – в Санкт-Петербурге (Ленинграде) и в Москве. В начале XX в. имена подавляющего большинства известнейших в дефектологии ученых были в разной степени связаны с этими научно-образовательными центрами. Можно без преувеличения сказать, что именно здесь преимущественно концентрировались истоки развития современной дефектологии как науки (и логопедии как ее части).

Поэтому в 9 разделе «Хрестоматии» мы сочли правомерным проиллюстрировать эту мысль некоторыми малодоступными и малоизвестными широкой дефектологической общественности текстами о зарождении и развитии высшего дефектологического (и в частности – логопедического) образования в нашей стране.

Краткие сведения об авторском коллективе составителей «Хрестоматии по логопедии»

ОТВЕТСТВЕННЫЕ РЕДАКТОРЫ - НАУЧНАЯ КОНЦЕПЦИЯ, ОБЩЕЕ СТРУКТУРИРОВАНИЕ И РЕДАКТИРОВАНИЕ I - II ТОМОВ:



ЛАРИСА СТЕПАНОВНА ВОЛКОВА - Заслуженный деятель науки Российской Федерации, академик Академии гуманитарных наук, профессор Российского (Санкт-Петербургского) государственного педагогического университета им. А. И. Герцена, доктор педагогических наук, декан дефектологического факультета (1970–1988), заведующая кафедрой логопедии (1980–1995). Стаж работы в вузе – 45 лет.

Отв. редактор и соавтор: «Логопедия с историей логопедии» / Программа пединститутов. – М. 1989; «Логопедия» / Учебник для пединститутов. – М., 1989, 1995. Имеет свыше 90 печатных работ, среди них научные статьи, научные сборники, пособия по логопедии и по подготовке кадров-логопедов. Занимается проблемой сложной структуры речевых нарушений, в том числе у детей с депривацией зрения.



ВЛАДИМИР ИЛЬИЧ СЕЛИВЕРСТОВ - Заслуженный работник высшей школы РФ, чл.-корр. Международной Академии наук педагогического образования, профессор#Московского педагогического государственного **университета, заведующий кафед**рой логопедии **(1979, 1980), заведующий одногодичн ы м и** курсами переподготовки **дефектологов (1984–** 1989), заместитель **декана дефектологического** факультета по научной работе (с **1980). Стаж работы в вузе – 35 лет.**

Отв. редактор и соавтор вузовского учебного пособия «Практикум по детской логопедии» – М., 1988, 1995; соавтор программы «Логопедия с историей логопедии» (для педвузов) – М., 1989 и учебника «Логопедия» (для педвузов) – М., 1989, 1995. Имеет свыше 170 печатных работ: по теории логопедии, организации логопедической помощи, истории логопедии, заиканию у детей, подготовке кадров логопедов и дошкольных дефектологов.

АВТОРЫ-СОСТАВИТЕЛИ ТЕМАТИЧЕСКИХ РАЗДЕЛОВ:



РАИСА ИВАНОВНА ЛАЛАЕВА - профессор Российского (Санкт-Петербургского) государственного педагогического университета им. А. И. Герцена, доктор педагогических наук. Стаж работы в вузе – 30 лет.

Соавтор программы «Логопедия с историей логопедии» (для педвузов) – М., 1989 и учебника «Логопедия» (для педвузов) – М., 1989, 1995. В «Хрестоматии по логопедии» является автором-составителем раздела «Нарушения письменной речи». Имеет свыше 80 печатных работ по логопедии, в том числе учебные пособия для студентов и методистов. Занимается проблемами нарушений письменной и устной речи у детей с отклонениями в интеллектуальном и психическом развитии.



СВЕТЛАНА НИКОЛАЕВНА ШАХОВСКАЯ - профессор Московского педагогического государственного университета им. В. И. Ленина, кандидат педагогических наук, заместитель декана дефектологического факультета по учебной работе (с 1971). Стаж работы в вузе – 36 лет.

Соавтор вузовских пособий: «Практикум по детской логопедии» – М., 1988, 1995; программы «Логопедия с историей логопедии» – М, 1989; и учебника «Логопедия» – М., 1989, 1995. В «Хрестоматии по логопедии» является автором-составителем разделов: «Ринолалии», «Алалии», «Нарушения голоса». Имеет более 160 печатных работ по разным проблемам логопедии, в том числе – зарубежной логопедии, вузовской подготовке логопедов и др.



ГАЛИНА АНАТОЛЬЕВНА ВОЛКОВА - доцент Российского (Санкт-Петербургского) государственного педагогического университета

им. А. И. Герцена, кандидат педагогических наук. Стаж работы в вузе – 30 лет.

Соавтор учебника «Логопедия» (для педвузов) – М., 1989, 1995. В «Хрестоматии по логопедии» является автором-составителем разделов: «Заикание», «Афазии».

Имеет более 80 печатных работ по разным проблемам логопедии, в том числе: по заиканию, логоритмике, по подготовке кадров логопедов и др.



ЛЮДМИЛА ВЛАДИМИРОВНА ЛОПАТИНА - доцент Российского (Санкт-Петербургского) государственного педагогического университета им. А. И. Герцена, кандидат педагогических наук, заведующая кафедрой логопедии (с 1996). Стаж работы в вузе 15 лет.

В «Хрестоматии по логопедии» является автором-составителем разделов: «Дислалии», «Дизартрии».

Имеет более 25 печатных работ, среди них учебные пособия для логопедов. Занимается проблемами стертой дизартрии.



ЮЛИЯ ГЕРМАНОВНА ГАУБИХ - доцент Московского педагогического государственного университета. Стаж работы в вузе – 16 лет.

Соавтор вузовского учебного пособия «Практикум по детской логопедии» – М., 1988, 1995. В «Хрестоматии по логопедии» является автором-составителем раздела «Предпосылки и истоки развития логопедии».

Занимается проблемами общей истории логопедии и проблемами логопедии во вспомогательной школе. Имеет более 20 печатных работ.

Авторский коллектив составителей настоящей «Хрестоматии» уверен, что предлагаемое пособие будет представлять учебный, научный и практический интерес для самого широкого круга специалистов. Авторский коллектив также заранее приносит свою благодарность всем коллегам, кто захочет прислать свои пожелания по дальнейшему переизданию лучших и значимых работ по логопедии и смежным дисциплинам.

Л. С. Волкова и В. И. Селиверстов

Раздел 1 ДИСЛАЛИИ

А. Куссмауль

Косноязычие и лепетание

Все недостатки речи, основанные на расстройствах в буквенном звукообразовании, называются *косноязычием.*

Если эти недостатки достигают такой степени, что речь становится очень неясною или совсем непонятною, то косноязычие называют *лепетанием (Lalilatio)...*

Косноязычие есть недостаток то *врожденный, то приобретенный',* часто оно вызывается только *функционально, благодаря худому воспитанию и недостаточному упражнению,* что бывает *органическим.* Органическая причина лежит то в центральной нервной системе, или в двигательных нервах речи, особенно в нервах *hypoglosus,* то во внешних органах артикуляции: языка, нёбе и т. д...

I. Мы будем сейчас рассматривать *дислалию вследствие недостаточного упражнения и дурного воспитания.*

При самом правильном развитии своих органов речи никто не может произносить отдельные звуки и целые классы звуков, если он не выучился этому во время юности...

Некоторые *недостатки в выговоре, ограничивающиеся отдельными звуками,* все равно обусловливаются ли они воспитанием или органическими пороками, выделены и названы особыми терминами.

1. *Rhotacismus и pararhotacismus.* Найчаще встречаются недостатки в образовании звука *г.*

а) Ротацизм по-немецки называется *Schnarren, Lorbsen, Lorken, Ratscher,* по-английски *Rattling* или *Burring,* по-русски картавостью. Существует три рода звука *г. г* губное, подобие тому звуку, какой произносят кучера, когда они хотят остановить лошадей — *brrr, г* — язычное и *г* горловое. В европейских языках употребляются только две последние формы *г.* Употребление горлового вместо язычного

называется картавостью... Впрочем картавость разнообразится по тому, как при выговаривании горлового производится запирательное движение языка в задней его части. При этом может участвовать *uvula* и гортань. Относительно всего это

можно найти у Вгиске и Merkel 'я. Merkel думает, что туго натянутая уздечка языка может мешать выговариванию язычного *г* и вести к картавости.

Ь) Под параротацизмом разумеется заменение звука другими звуками.

а) Страдающие этим недостатком найчаще приводят в движение только боковые края языка вместо верхушки, вместо г говорят 1.

(J) Другие приводят в движение не язык, а губы так что г звучит как w.

е) Некоторые вместо того, чтобы приводить язык в дрожательное состояние, только ударяют им раза два в верхние резцы и делают из *г* нечто подобное двум /.

8) Иные стараются производить звук г позади языка, но гортанное произносят также не искусно, как и язычное и заменяют его звуком *g* или даже гортанно — носом *ng*.

у) Наконец у некоторых перед *г* раздается нечистый шипящий звук *s* или *ds,* причем вибрирующая верхушка языка вытягивается слишком далеко, заходя между зубов.

Если картавость существует с детства, то она с трудом устраняется. Для того, чтобы добиться успеха, картавящих нужно учить сначала правильному приспособлению верхушки языка относительно зубов и нёба, причем для приведения верхушки в дрожательное состояние учащийся должен направлять к ней сильный поток воздуха. После некоторого упражнения получаемый таким образом звук заставляют сначала соединять с гласными для образования слогов и слов.., потом с согласными и гласными.., постепенно восходя к более трудным словам.

Параротацизм имеет иногда свою причину в затрудненной подвижности верхушки языка, напр., вследствие сильного напряжения уздечки. В таких случаях помощь оказывается *хирургическим* путем и уже после этого переходят к *диалектическому методу.* Не доказано, чтобы, как думал Klencke, виною параротацизма была привычная судорога genioglossi или hypognossi и чтобы нужно было делать ми-отомию.

Против предпосылания звука *s* или *ds* звуку *г* Colombat рекомендует использовать инструмент «Refoule-lange» «или *нажима-тель языка»,* представляющий дощечку из слоновой кости, помещающуюся под язык и укрепленную к нижним резцам посредством крючков.

2. *Lambdacismus* и *paralambdacismus* — косноязычие на звук /.

Встречаются лица, для которых выговаривание звука / представляет столько же трудностей, как и выговаривание г, вместо

этих звуков они употребляют звуки *d, t, s, j, n* или *ng*. Другие заменяют посредствам *г*.

В некоторых областях сильное / позади гласной выговаривают как мягкое / или как краткое у.., в других местностях / выговаривают как *ow* или *uw*.

3. *Sigmatismus и parasigmatismus.* Под этим термином понимаются все недостатки, встречающиеся при выговаривании *s* и *sch,* косноязычие на звук *s* и *sch.*

а) *S*произносится неприятно резко... Неприятно шипящий характер *s* получает при зубных дефектах, если страдающему этими дефектами не удается при выговаривании *s* закрывать языком существующие щели и таким образом между спинкой верхушки языка и резцами образовать правильный канал для воздуха. Воздух в таких случаях проходит через щели с шипящим шумом, причем легко разбрызгивается слюна.

в) Некоторые выговаривают *s* наподобие английского *th,* так как у них верхушка языка в это время выдвигается между слишком близко отстоящими друг от друга верхними и нижними резцами больше обыкновенного настолько, что прикасается к нижней губе. Это есть *шепеляние* или *косноязычие* щеголей, но встречается также как порок существующий с детства.

с) Другие заменяют звук *s* посредством шумящего *sch* или сильного/ Это происходит от того, что они губной канал воронкообразно расширяют вместо того, чтобы суживать его.

d) Иные произносят звучащее *sch* или *j* французов (русское *ж)* как беззвучное *sch* или даже звучащее и беззвучное *sch (ш* и *ж)* как безударное *s*...

е) Наконец иные, по *Coeny,* при выговаривании звука *sch* приводят язык в такое положение, при каком выговаривают звук /, но воздух при этом выходит не производя колебательных движений языка, как будто для образования звука *sch.* Вследствие этого возникает сильно шипящий дребезжащий звук, не имеющий сходства ни с *sch,* ни с *s*... Еще более безобразный звук получается тогда, когда такие лица вместо того, чтобы выгонять воздух через полость рта, производят это через нос, благодаря чему получается звук, подобный мягкому французскому *ng.*

Лечение этих расстройств речи, поскольку они происходят вследствие зубных дефектов — есть задача зубного врача, кроме того, по *Coeny,* для достижения благоприятных результатов достаточно вообще показать правильное положение языка и внимательно упражнять в этом в течение нескольких дней. Только борьба с недостатками, описанными под лит. е, требует много времени и терпения. *Ср?п* прежде всего заставляет пациента приводить задние части языка в такое положение какое

принимается языком при произнесении звука *ch,* и потом многократно выговаривать это»т звук; так продолжается несколько дней. После того пациент-должен выговаг-ривать попеременно и быстро звук *ch* и беззвучное *s*.

4) *Gammacismus и paragammacismus.* Гортанное косноязычие.

Встречаются лица, которые в течение всей жизни не выучиваются выговаривать *g* и *к,* а вместо этих звуков употребляют *d* или /. Одному датскому дворянину, который вместо *к* постоянно употреблял *t, Amman* придавил язык двумя пальцами так, что тот не мог приводить его в соприкосновение с зубами, и после этого заставил пациента выговаривать слог *ка,* что к своему удивлению и сделал...

5. Другие звуки также представляют иногда трудности для выго-варивания. *Amman* рассказывает напр. об одном мальчике, нижняя губа которого была коротка, а подбородок был оттянут назад; мальчик этот почти не мог выговаривать/ *Amman* заставлял его класть верхнюю губу на нижние зубы и таким образом звук / получался при первом же выдыхании.

II. Теперь мы обратимся к *расстройствам звукообразования, имеющим свое основание в крупных недостатках внешних органов артикуляции — механической дислалии.*

Органические пороки, дающие повод к дислалии этого рода, бывают то *врожденные,* то *приобретенные...* Часто только ближайшим людям возможно надлежащим образом ориентироваться в их едва артикулированных, всем другим непонятным звукам. Такие высокие степени косноязычия оказываются *готтентотизмом.* Такое название принято вследствие неосновательного предположения, что готтентотский язык ограничивается только немногими звуками...

A. *Dyslalia laryngea.*

Гортань, как орган голоса, имеет решительное значение для артикуляции, так как образование средних согласных связано вообще с голосом, а образование носовых *m, n,* /tg требует ее содействия. При образовании последних звуков фонация и артикуляция сливаются в одно.

B. *Dyslalia nasalis etpalatina.*

Недостатки речи, происходящие от того, что носовая полость открывается тогда, когда она должна быть закрыта и наоборот — такие недостатки понимаются под общим именем *Dyslalia nasalis* или короче *Rhinolalia* и различаются как *Dyslalia aperta* и *clausa.* Эта *Dyslalia nasalis* в большинстве случаев, хотя и невсегда, есть *Dyslalia palatina.*

1. *Rhinolalia aperta.*

Запирание носовой полости посредством нёбной занавески необходимо для образования чистых гласных и всех согласных за исключением носовых.., при произнесении которых нёбная зана-

веска должна висеть и доступ к носовой полости должен быть открытым. Во время речи с открытой носовой полостью гласные Делаются нечистыми и гнусливыми, а носовые согласные высту-

пают резко, между тем как остальные согласные звуки вследствие прохождения более или менее сильного потока воздуха через носовую полость, делаются более или менее неясными... 2. *Rhinolalia clausa.*

Если при речи доступ воздуха в хоаны закрыт летние пертрофических миндалин, сжимания нёбной занавески стенкой зева, полипов и хоаны заперты опухоли, слизи, полипов, посторонних те- го возникаем' *тон заткнутого рта;* звуковой колорит гласных делается нечистым, образование носовых звуков испытывает расстройства в различной степени, смотря по степени и по месг С. *Dyslalia lingua lis*

1. Удивительным может показаться то обстоятелы. *денные и приобретенные дефекты языка* должны быть очень ки для того, чтобы они могли сделать речь невозможной пли *ML* понятной.

Уже *Louis* при описании дефекта языка в виде двух мі гьких сочленений, подвижных при посредстве рудиментарных «поставил на вид то обстоятельство, что при врожденном уродстве или при приобретенном обезображивании языка речь страдает менее, чем жевание и глотание. *Twisleton* доказывает., что можно отрезать две трети языка и вследствие такого нарушения способность посредством упражнения овладеть понятной речью не потеряется...

В этой способности языка, даже на половину редуцированного в своей массе, приспособляться надлежащим образом к акту речи и к измененным условиям мы видим одно из удивительнейших явлений, которые в таком обилии представляет нам механизм речи.

2. *Прирожденная и приобретенная гипертрофия языка* влечет за собой потерю речи, иногда же только затруднение в ней. В этих случаях помощь может быть оказана *оперативным* путем равно как и в случае *короткости и плотности уздечки языка, сращения языка со стенками рта, опухолей языка, челюстей, щек и губ, сжатия челюстей вследствие образования рубцовых масс, вследствие мышечных контрактур анкилоза* и других механических препятствий, затрудняющих подвижность нижней челюсти и языка.

Как на частую причину косноязычия *Klencke* указывает еще на сухость полости рта и губ. Сухость этих частей влияет на речь разве только тем, что затрудняет движения языка и губ.

Здесь следует еще упомянуть о странной *склонности* некоторых людей *втягивать язык в полость зева (особенно после перерезки уздечки) так глубоко, что язык кажется очень коротким, как бы*

обрезанным. **Такие субъекты иногда прикидывались немыми и** объяснял! что им отрезели **язык.**

Д. *Dyslalia den talis.*

Отсутствие языка и неправильное положение зубов препятствуют правильному образованию звуков *s, sch,* англ. *th,f* и л; при этом, кроме того звучат нечисто и *t, и.* При отсутствии зубов оказываются полезными хорошо устроенные искусственные зубы, если только субъекты сумели приспособиться к ним надлежащим образом.

Если зубы *слишком сближаются между собой,* то нарушается образование гласных и губных согласных. Здесь оказывается полезной (Krug, Klencke) маленькая скобка на соответствующий зуб.

Е. *Dyslalia labia lis.*

Из форм ненормального устройства губ, препятствующего образованию звуков *Ьу p,fj w, m* и допускающего оперативное лечение, следует упомянуть главным образом о *заячьей губе.*

Куссмауль А. Разстройства речи. Опыт патологии речи. - Киев, 1879. - С. 225-341

М. Е. Хватцев

Общее учение о косноязычии

Косноязычием называются разнообразные фонетические недостатки речи при относительной словарно-семантической и синтаксической норме и сохранности в подавляющем большинстве случаев речевой функции в целом.

К косноязычию относятся искажения, замещения, пропуски, перестановки отдельных звуков, слогов и целых слов, недогова-ривание, гнусавое или невнятное, смазанное произношение их, а также недочеты регулирования дыхания в процессе произношения.

Наблюдаются случаи, когда речь косноязычного ребенка настолько отягчена разными неправильностями, что становится совершенно непонятной даже для родителей; иногда грубо выраженный изъян одного лишь звука делает речь мало понятной. У косноязычного резко нарушено единство формы и содержания: понимая речь окружающих, т. е. владея содержанием слова, он не в состоянии полноценно оформить его фонетически. Косноязычие наблюдается как самостоятельный вид речевого нарушения (например, при аномалиях языка, челюстей, на почве подражания и т п.) и как симптом более сложного речевого нарушения...

Термином *косноязычие* охватываются многие расстройства произношения, качественно различные по этиологии и по своим

механизмам. Разные проявления косноязычия в зависимости от нарушенных звуков имеют свои названия: пришепетывание.., шепелявость.., картавость.., сюсюканье.., тетизм... и т.п. Когда подобное расстройство касается лишь некоторых звуков алфавита, налицо *частное* косноязычие; когда же эти расстройства распространяются на большинство звуков, мы имеем *общее, разлитое (диффузное)* косноязычие.

Косноязычие при недочетах одной артикуляторной группы звуков (только губных, например) называется *гоморганным* или *мо-номорфным;* при недочетах разных артикуляторных групп — *полиморфным* (например, нарушение переднеязычных и заднеязычнух звуков). В косноязычии различают полное отсутствие звуков или его искажение... и замещение его другим (правильным) звуком алфавита.

Качественные особенности косноязычия зависят от причин, породивших его, и в большей степени — от того, какие именно механизмы речи нарушены... Существенной в этом отношении причиной являются условия воспитания речи.

Этиология. Косноязычие может появляться в результате разнообразных поражений... периферических (органы слуха и артикуляции) речевых аппаратов, с нарушением или без нарушения психики говорящего, которая вторично может послужить причиной косноязычия.

Разнообразные недочеты периферийных органов речи органического и функционального характера. Значительное число случаев косноязычия обязано им своим происхождением. Сюда относятся врожденные аномалии слухового органа, костей черепа, челюстей, зубов, твердого и мягкого нёба, языка, губ и других органов речи.

Часто извращения костных частей органов речи обусловливаются рахитом. Иногда анатомические нарушения возникают вследствие неправильного ухода за ребенком. Так, например, систематическое в течение многих месяцев (иногда нескольких лет) сосание пальца, особенно при рахите, вдавливает твердое нёбо кверху и выдвигает верхнюю челюсть вперед (высокое узкое нёбо и про-гнатия) сосание пальцев, обращенных книзу, вызывает прогению; такое же длительное сосание соски, особенно твердого рожка, вследствие давления мощной щечной мускулатуры и непосредственного давления рожка также создает узкое нёбо и т. п. Плохая гигиена ушей, ротовой полости иногда ведет к нарушению их.

Наконец, болезни и ранения (особенно в условиях войны) также нарушают органы речи, равно как и болезни с осложнением на уши, носоглотку, мягкое нёбо, зубы... Указанные случаи органических дефектов далеко не всегда являются непосредственной при

чиной косноязычия, так как у человека *биологическое* в высших формах его деятельности *преодолевается социальным* – воспитанием, учением; аномалийные органы приспосабливаются к правильной работе... Наряду с органическими поражениями наблюдаются (значительно реже) как причины косноязычия функциональные нарушения периферических органов речи вследствие вялости или слабости мышц, функциональной недостаточности периферической или центральной нервной системы как явления вторичного.

Психические причины косноязычия в результате соответствующих мозговых нарушений:

1. недостаточность в фонематическом анализе слова (в сравнении, сопоставлении с другими звуками в связи с их смысловым значением) и отсутствие установки на подобный анализ; особенно резко выступает плохая смысловая дифференциация в восприятии парных (оппозиционных) согласных звуков.
2. вторичные нарушения слуха на почве первичных моторных поражений (при гнусавости и прочих двигательных расстройствах речи);
3. плохое слуховое внимание в отношении речи окружающей и своей собственной;
4. недостаточность стремления, мотивации в процессе отборочного или имитативного развития произношения к овладению правильным звукопроизношением;
5. отсутствие сознания своих речевых отклонений и т. п.

Социально-психологические причины, задерживающие нормальное развитие детского звукопроизношения. Прежде всего сюда относится вредная манера взрослых говорить с детьми, подлаживаясь к их неправильному произношению... Искажения детской речи также вызываются неправильной речью окружающих ребенка людей (неясное, косноязычное или торопливое произношение), их диалектными особенностями, разговором в раннем детстве на нескольких языках. В такой неблагоприятной речевой обстановке у ребенка будет укрепляться неправильная речь по типу речи окружающих его... Причиной затянувшегося развития детской фонетики является то, что часто в семье, нередко в дошкольных учреждениях, не обращают должного внимания на неправильную речь ребенка, не оказывают ему помощи путем показа нормального произношения. ...Косноязычие, которое произошло от плохого воспитания, можно назвать «речевой запущенностью».

Классификация косноязычия

а) Косноязычие не патологическое, возникшее на почве неправильного воспитания речи в детстве...

Различаются два случая: 1. затянувшееся развитие фонетики маленьких детей и 2. детская искаженная речь.

б) Патологическое косноязычие, в основе которого лежат те или иные болезненные психофизические изменения.

Дислалией (лалия – речь, разговор) называются те случаи косноязычия, когда поражены или расстроены периферические органы речи (костно-хряще-мышечные части или периферическая иннервация их); при этом дислалии, вызванные грубыми анатомическими дефектами органов речи (расщелина нёба, короткая уздечка языка), называются *механическими* дислалиями.

Органическая дислалия. 1. До 10% всех дислалий возникает на почве периферической тугоухости, вызванной повреждением каких-либо отделов уха. Чаще всего в этом случае страдают диф-ференцировки шипящих и свистящих, звонких и глухих звуков.

2. Нередки случаи искажений свистящих звуков при аномалиях челюстей и зубов.

3. Аномалии языка и нёба также обусловливают отсутствие или извращение многих звуков.

Функциональная дислалия. Гнусавость из-за мышечной вялости мягкого нёба; картавость вследствие недостаточности гибкости кончика языка; неточное, невнятное произношение по причине слабости выдыхаемой струи воздуха, т. д.

Различаются *моторное* косноязычие (поражены двигательные аппараты произношения) и *сенсорное* (пораженычувствитель-ные аппараты речи – преимущественно слух). В силу взаимной связанности этих форм любой случай косноязычия следует рассматривать как нарушение единства произносительно акта, в котором та или иная сторона лишь преобладает. По этому преобладанию и классифицируется косноязычие. По времени появления различают косноязычие врожденное (речевые органы недостаточно развились или деформировались до рождения ребенка) и приобретенное (органы повреждены разными болезнями уже по рождении). Различаются *первичное* косноязычие и *вторичное.* К первичному относятся те случаи, которые обусловлены поражением анатомо-физиологических механизмов произношения или восприятия звуков речи. Вторичное же косноязычие вызывается или поражением неречевых механизмов, связанных с речевой функцией (нарушение, например, зрительного гнозиса и т. п.), или одной из форм косноязычия (сенсорной или моторной), возникшей на базе основной его формы (при открытой гнусавости плохо

развивается фонематический слух, в свою очередь усиливающий косноязычие).

Хватцев М. Е. Логопедия. — М., 1959. — С. 69—75

М. Зееман

Косноязычные дети

Каждый ребенок во время развития самостоятельной речи переживает период, когда при подражании слышимым словам не может выполнять правильные акустико-артикуляционные связи и поэтому слова у него фонетически неправильны. При нормальных условиях развития речи косноязычие исправляется в результате влияния дифференцировочного торможения. Однако у многих детей самостоятельное фонетическое исправление все же не достигается, у них не развивается своевременно правильное произношение и косноязычие в дальнейшем не исчезает, а переходит в постоянный недостаток произношения.

Такие расстройства произношения, как указано выше, называются косноязычными *{dyslalia, psellismus)*. Недостаток речи в этих случаях выражается в неспособности правильно произносить или образовывать некоторые звуки или ряды звуков. Косноязычными могут быть все согласные и гласные *(dyslalia universalis)* или только один какой-либо звук или несколько звуков. Косноязычный звук или выпадает *(mogilalie)*, или заменяется другим *(paralalia)*. Нередко двойные согласные заменяются одним звуком. Иногда большая часть согласных и их соединения заменяются одним постоянным звуком.

Косноязычие – самое частое расстройство детской речи.

Виды и причины косноязычия

Причины косноязычия бывают разные в зависимости от того, идет ли речь о функциональном или об органическом косноязычии. В первой группе нет болезненных органических изменений в путях восприятия и экспрессии. Во второй недостаток произношения возникает по причине органических отклонений в строении речевого аппарата, дефектов слуха или в деятельности центральной нервной системы.

а) *Функциональное косноязычие* — это расстройство развития речи. Оно является следствием физиологического косноязычия или косноязычия развития, которое большей частью проходит в возрасте между 3-м и 4-м годом, но у многих детей продолжается в дошкольном возрасте, а иногда и до 8– 10 лет Приходилось наблюдать косноязычие и у взрослых.

При тяжелых длительных формах косноязычия развитие речи поьш4**--веегаа бывает запоздалым. Дети начинают самостоятельно гавофйть к концу 2-го или** на **3-м году жизни.** Старые взгляды,

что в этих случаях имеется недостаток акустического восприятия, равнодушие или леность, а также недостаточная забота со стороны родителей, я считаю слишком неопределенными. Причины значительно более глубокие.

Чаще всего причиной тяжелого и длительного косноязычия бывает недостаточное умственное развитие. Психическая дебиль-ность сама по себе не может быть причиной запоздания речи и косноязычия. Но существуют формы дебильности, при которых речь сильно нарушена, дети начинают говорить позже и артикуляция очень неловкая. Косноязычие сохраняется часто до школы, в результате чего в школе дети испытывают затруднение при чтении и письме: пишут, как говорят.

Однако упорное длительное косноязычие наблюдается и у детей с ненарушенным умственным развитием. При опросе выясняется, что ребенок начал поздно говорить и что такая задержка развития речи проявлялась у других членов семьи, чаще у отца, чем у матери. Кроме расстройства речи, мы обнаруживаем и расстройство статики (ребенок поздно начал ходить, моторно неловок и часто определяется неполноценность вестибулярной функции)... Тяжелое косноязычие, продолжающееся необычно долго, следует считать расстройством развития речевой функции. Различаем моторную и сенсорную формы.

Моторная форма косноязычия

Расстройства проявляются главным образом в нарушении сложных моторных функций и могут ограничиваться только некоторыми признаками. В анамнезе отмечены тяжелые роды. Гом-бургер и Джейкоб находили легкие расстройства пирамидных и околопирамидных путей, которые выправлялись еще в детстве. Моторная недостаточность может ограничиваться только областью артикуляционной мускулатуры, которая как бы расслаблена и движения ее неловки. Ребенок не может сознательно повторять и подражать артикуляционным движениям языка и губ. Это расстройство развития тонких координационных разговорных движений. На связь тяжелого косноязычия с нарушением тонких движений указал в 1948 г. Лухзингер. Он разделил детей с моторной недостаточностью на три группы и определил, что степень выраженности косноязычия тем больше, чем больше нарушены тонкие движения.

Некоторые авторы (Гуцман, Кистлер) обратили внимание на связь тяжелого косноязычия с левшеством. Другие же не считают эту связь доказанной, так как нет точных статистических исследований.

Сенсорная форма косноязычия

При этой форме дети с трудом различают звуки из-за недостаточной дифференциальной способности коркового окончания слухового анализатора. Когда ребенок начинает после упражнений произносить разные звуки, он долго не может дифференцировать их по слуху... Ребенок не распознает звуковые оттенки, которые образуются физиологически по одинаковому принципу... При сенсорном косноязычии обнаруживается часто амузия...

б) *Органическое косноязычие* возникает: 1) при расстройствах путей восприятия речи, 2) при неправильностях строения голосового и речевого аппарата, а также при нарушениях иннервации мускулатуры этих аппаратов, 3) при расстройствах центральной нервной системы. Поэтому необходимо каждого ребенка с косноязычием тщательно обследовать. '

1. Расстройства слуха бывают частой нераспознанной причиной косноязычная, особенно при врожденной тугоухости. При понижении остроть* слуха ребенок не слышит правильную речь окружающих, поэтому он и неправильно подражает ей в звуковом отношении. Расстройство речи зависит от степени нарушения слуха для высоких частот. Когда этих частот не хватает, ребенок не слышит высокие форманты звуков, главным образом шипящие и звуки *ф* и *х*. Слух для остальных звуков речи может быть при этом не нарушен и родители не подозревают о недостатке слуха у ребенка. Чем больше понижена верхняя слуховая граница, тем большее количество букв изменено по звуку.

2. При органических расстройствах речевых центров возникает нарушение произношения, которое мы называем центральной дизартрией. У детей с расстройством, длящимся с периода развития речи, центральная дизартрия проявляется в звуковом отношении иначе, чем у взрослых. Она больше напоминает косноязычие, чем дизартрию, и поэтому правильнее называть ее центральной дис-лалией. Такие расстройства чаще всего возникают после кровоизлияния в мозг во время трудных родов, что сопровождается нарушением пирамидных и околопирамидных речевых путей. При стертых формах околопирамидных болезней причина расстройства речи часто просматривается и расстройство ошибочно принимается за простое косноязычие, от которого оно иногда почти не отличается. Расстройства произношения, которые бывают при разных заболеваниях центральной нервной системы,

нельзя считать простым косноязычием, так как это дислалия центрального происхождения.

Тяжелые расстройства произношения наблюдаются при олигофрении. Происходит они вследствие интеллектуальных дефек

тов, затрудняющих понимание речи, а также рассеянности, отсутствия наблюдательности, моторной недостаточности голосового аппарата, которая затрудняет быструю двигательную координацию артикуляционной мускулатуры.

3. Анатомические неправильности речевого аппарата всегда являются причиной косноязычия, которое называется механической дислалией разной степени в зависимости от места аномалии *(dislalia palatina, dentalis, lingualis, labialis)*. Тяжелые расстройства произношения возникают при расщеплении нёба. При аномалиях свода твердого нёба, особенно при ненормально высоком твердом нёбе, нарушается произношение звуков третьего артикуляционного круга *(к, г, х)* и гласных. Неправильное развитие и положение челюстей и неправильный прикус обычно нарушают произношение шипящих. Параличи языка и губ нарушают произношение переднеязычных звуков или губных согласных. Укорочение уздечки языка, что наблюдается редко, в дальнейшем мешает произношению переднеязычных звуков.

Принципы лечебных упражнений

А. Принцип кратковременного упражнения

При фонетических лечебных упражнениях всегда надо помнить, что ребенок от упражнений быстро утомляется, так же как и его слух, и понижается способность точного определения правильного и неправильного звука. Поэтому мы стараемся, чтобы упражнение длилось 2–3 минуты, но его следует повторять очень часто – 20–30 раз в день. При повторении упражнений образуются и закрепляются условные рефлексы между правильным звучанием и артикуляционными движениями. Этим способом вырабатываются и фиксируются правильные артикуляционные стереотипы желаемых звуков.

Б. Принцип применения слухового контроля

...У слышащего ребенка обучение новым звукам или исправление неправильных звуков основано главным образом на тренировке фонемного слуха. Ребенок обычно не осознает свое неправильно^ произношение. При обучении мы должны прежде всего стремиться, чтобы ребенок правильно слышал вновь образованные звуки и затем научился сам отличать правильное произношение от неправильного. Пока это не будет достигнуто, ребенок не сможет правильно произносить новый звук и тем более применять его в разговоре. Целью систематических слуховых

упражнений является совершенствование функции коркового окончания слухового анализатора, чтобы ребенок научился хо

рошо улавливать и точно различать отдельные звуки. Это тренировка взаимодействия первой и второй сигнальных систем...

В. Принцип применения вспомогательных звуков

...Нельзя постоянно указывать детям при исправлении непр; вильных звуков, как держать рот, как шевелить языком г л Как только ребенок начинает думать о постановке языка, например при образовании вибрирующего *р.* результат больше;"- тью не достигается. Сознательный контроль положения артикуляционных движений ведет к неестественной артикуляции, к излишнему напряжению мышц языка, к ментальной писпраксии, особенно у невропатических nnoi, старание ребенка при артикуляции приводит к неестестве судорожным движениям, которые нарушают, а иногда невозможным фонетическое исправление.

Поэтому с самого начала следует исправлять неправильные звуки при помощи вспомогательных звуков, которые ребе ,к произносит правильно. Поступают так для того, чтобы ребенок не сознавал, какой звук подлежит упражнению, потому только он начинает думать об этом звуке, сейчас же включая старые неправильные артикуляционные стереотипы

Для образования новых правильных звуков требуется разрушение старых артикуляционных связей и выработка новых двигательных связей, причем применяются правильные вспомогательные звуки, образуемые таким же способом и в том же месте, что и неправильные...

Г. Принцип минимального действия

...Закон экономии движений и силы при образовании речи является одним из важнейших фонетических законов; звуки при взаимосвязанности формируются так, чтобы артикуляционные движения были как можно меньше и сила их возможно слабее.

Артикуляционные движения взаимно приспосабливаются. Мы наблюдаем это главным образом при произношении согласных, образование которых зависит от гласных или согласных, которые им предшествуют или следуют за ними. Это особенно относится к звукам, образуемым внутри ротовой полости, при этом наступает перемещение артикуляционного места... С этим нужно считаться при исправлении недостатков произношения. Мы должны вырабатывать связи согласных с различными гласными.

В старых учебниках по фониатрии рекомендуется проводить артикуляционные упражнения энергично, с преувеличенной силой при артикуляционных движениях. Этим вызываются излишние

движения артикуляционной мускулатуры вследствие ирра**диации нервных импульсов группы мышц, которые** обычно не **должны участвовать в артикуляции.** Вырабатываются неестее

ные движения, которые потом трудно устранять. Поэтому такой метод неправилен. Каждый звук, который во время речи или упражнений произносится напряженно или слишком заметно, считается чужим элементом, чем-то неестественным. Ребенок долго стесняется произносить этот звук в разговоре. Мы предупреждаем это тем, что упражняем новый звук сначала легко, тихо, без излишней силы и движений. Некоторые звуки, особенно шипящие, упражняем настолько тихо, что они едва слышны. Связывание с последующей гласной проводится сначала шепотом – этим быстрее достигается артикуляция и естественные связи в беглой речи...

Расстройства речи в детском возрасте / Под ред. В. К. Трутнева, С. С. Ляпидевского. — М. 1962. - С. 83-127.

Р. И. Мартынова

Медико-педагогическая характеристика дислалии и дизартрии

Среди различных речевых нарушений наиболее часто встречается косноязычие, т.е. неправильное, нечеткое произношение тех или иных звуков. В этом термине в логопедической практике нередко объединяют две группы речевых расстройств: дислалии и дизартрии.

Однако, с клинической точки зрения, эти две группы расстройств по своей природе резко отличаются друг от друга. Поэтому методы медико-педагогического воздействия и прогноз данных дефектов речи неодинаковы... Дифференциальная диагностика в этих случаях особенно необходима, так как она определяет прогноз и характер лечебно-профилактических мероприятий.

Дислалия

Под термином «дислалия» подразумевают такое расстройство речи, при котором ребенок не может правильно произнести те или иные звуки, заменяет их другими или смешивает звуки между собой.

Долгое время все речевые расстройства были объединены под одним названием. В 1830 г. врач Шультес (Швейцария) все речевые нарушения разделил на две группы: заикание и косноязычие. Косноязычие он обозначил термином «дислалия». В 80-х годах прошлого столетия Коэн (Австрия) в своих работах пытал

ся провести классификацию дислалии. Позднее (конец XIX и начало XX в.) появились работы по косноязычию зарубежных авторов: Куссмауля, Гуцмана, Фрешельса, Либмана, Зеемана и других.

В 1912 г. Е. С. Боришпольский (Россия) разделил расстройства речи также на две группы: центральные и периферические. К центральным расстройствам он относил афазии органического происхождения и функциональные (заикание и лепетание). К периферической группе он относил дислалии, или алалии. Среди дислалии (алалий) выделялись глухонемота, связанная с поражением уха, и косноязычие. Е.С.Боришпольский считал, что косноязычие зависит только от несовершенства артикуляционного аппарата.

Среди советских ученых, работающих в области расстройства речи, следует отметить Ф. А. Рау, С. М. Доброгаева, М. Е. Хват-цева, Ю. А. Флоренскую, Р Е. Левину и других. В своих работах они выделяют отдельные формы речевых расстройств, связанные с нарушением слуха, артикуляционного аппарата. Они указывают и на косноязычие центрального происхождения.

Уже давно дислалии стали разделяться на две подгруппы: механические и функциональные. Правда, это деление весьма условное. Механические дислалии зависят от неправильного развития артикуляционного аппарата, т.е. анатомических дефектов губ, зубов, языка, твердого и мягкого нёба и т.д.

В некоторых случаях речь принимает носовой оттенок, который обусловливается дефектами нёба и носовой полости. При неврологическом обследовании обычно не отмечается симптомов органического поражения центральной нервной системы.

К функциональным дислалиям относят случаи неправильного произношения различных звуков: шипящих, свистящих, *р* и *л* и др. При данном расстройстве речи, как правило, не отмечается аномалий развития органов, принимающих участие в образовании речи, не наблюдается и признаков органического поражения центральной нервной системы. В анамнезе таких детей обычно нет указаний, которые бы говорили о перенесенных ребенком мозговых заболеваниях.

В прошлом считали, что в генезе функциональных дислалии лежит неправильное речевое окружение (неправильная речь родителей, диалекты). Однако последующие наблюдения показали, что с этой точки зрения полностью согласиться невозможно.

В основе функциональных дислалии лежит не только неблагоприятное речевое окружение: значительно большую роль здесь играет физическая ослабленность ребенка, обусловленная перенесенными инфекциями, расстройствами питания (диспепсия).

Нередко при обследовании таких детей можно констатировать выраженные невротические реакции. По-видимому, эта форма дислалии связана с некоторым нарушением корковой нейроди-намики и ослаблением тонких дифференцировок в речедвига-тельном анализаторе.

Этиология возникновения дислалии различна. Наши данные указывают, что ряд детей-дислаликов в раннем возрасте перенесли инфекционные заболевания с последующей задержкой в развитии. В отдельных случаях отмечались токсикозы во время беременности.

При соматическом обследовании у некоторых детей-дислаликов отмечается бледность кожных покровов, некоторое отставание в росте.

Нарушение дыхания у дислаликов не отмечалось за исключением... детей, страдающих механической дислалией (ринолали-ей). Голос детей громкий, ясный; у ринолаликов — с носовым оттенком. Нарушение сердечной деятельности, а также расстройств со стороны других внутренних органов у обследованных детей не наблюдалось.

Исследование нервной системы дислаликов показывает, что грубых органических поражений центральной нервной системы у большинства детей не встречалось, за исключением отдельных детей, у которых мы определяли органическую микросимптоматику. В основном наблюдалась легкая сглаженность той или другой носогубной складки, беспокойство языка при высовывании, затруднение при попытке коснуться кончиком языка верхней губы, неравномерность сухожильных рефлексов и общее беспокойство в позе Ромберга.

Значительно чаще отмечалось нарушение вегетативной нервной системы, которое проявлялось в повышенной потливости ног и рук, а также в устойчивом, расплывчатом дермографизме.

Со стороны психики большинство детей-дислаликов обладали нормальным интеллектуальным развитием, за исключением отдельных случаев, когда была отмечена задержка в психическом развитии.

По данным исследования удалось выявить незначительные изменения со стороны эмоционально-волевой сферы. Так, у некоторых... детей отмечалась раздражительность, плаксивость, расторможенность, а в единичных случаях и вспышки аффекта...

Дизартрия

К тяжелым речевым расстройствам относят дизартрии. Под дизартриями подразумевают такие расстройства речи, при кото

рых страдает не только звукопроизношение, но и темп, выразительность, плавность, модуляция, голос и дыхание. Дизартрии связаны с поражением центральной нервной системы на раз личных ее участках и возникают в результате перенесенных мозговых заболеваний: энцефалитов, менингоэнцефалитов, травм, сосудистых расстройств.

Дизартрия не является основной нозологической формой заболевания, а представляет только симптом при некоторых заболеваниях центральной нервной системы. Клиника дизартрии изучена недостаточно. В прошлых работах многих авторов, посвященных органическим заболеваниям центральной нервной системы, на состояние речи вообще никакого внимания не об ращалось. Первое упоминание о нарушениях речи типа псевдо бульбарной. дизартрии дает Литтль (Германия) в 1853 г Он опи сывает речевые расстройства, связанные с нарушением речевьг. мышц.

Позднее Оппенгейм и Заммерлинг (1886–1895), описывав клинику псевдобульбарного паралича, указывали на речевые нарушения, расстройства дыхания и сердечной деятельности.

Дальнейшие работы Гуцмана, Лери (1925), позже М. С. Мар-гулиса, И. Н. Филимонова (1923) и других авторов подробно раскрывают особенности нарушения речи при псевдобульбарном параличе.

Так, в 1925 г. Гуцман дает подробное описание псевдобуль-барной дизартрии. Он считает, что при данном речевом расстройстве бывает нарушена деятельность дыхания, артикуляционного аппарата и голоса. Автор предложил впервые методику исправления речи. В конце 20-х годов М. С. Маргулис разделяет дизартрии на бульбарные и церебральные. Последние в свою очередь связаны с определенной локализацией (кортикальные и субкортикальные). К субкортикальным дизартриям М. С. Маргулис относил и мозжечковую дизартрию.

Из отечественных авторов расстройства речи в детском возрасте при псевдобульбарном параличе описала К. Н. Витторф[1] Автор отмечает, что у всех детей, страдающих псевдобульбарным параличом, наблюдались расстройства речи, нарушение непроизвольных движений в мускулатуре лица и языке, а также расстройства жевания, глотания, слюнотечения и голоса.

Тяжелая степень дизартрических расстройств, представляющих собой нечленораздельную речь, состоящую в утрате способности произносить дифференцированно звуки и сочленять их в

[1] Витторф К. Н. К вопросу о псевдобульбарных параличах детского возраста. // Расстройства речи в детском возрасте. — Каргосиздат, 1940.

слоги и слова, была описана М. И. Аствацатуровым (Ленинград, 1933) под термином «анартрия».

В последующие годы речевые дизартрические нарушения описывают Л. М. Шендерович, М. Б. Цукер, О. В. Правдина, Л. Б. Литвак (1950), а также американские авторы: Мери Клемент (1958), Томас Твитчел (1959) и ряд других авторов.

В настоящее время нами изучаются клинические варианты дизартрии, связанные с поражением различных отделов мозга: бульбарные, псевдобульбарные, подкорковые, мозжечковые и корковые.

Почти у всех дизартриков были нарушены ритм и глубина дыхания. Особенно дыхание нарушалось во время речи: оно становилось учащенным и поверхностным. Вдох и особенно выдох во время речи становятся короткими. Пульс детей, страдающих псев-добульбарной дизартрии, лябильный, при малейших движениях и волнениях учащается. У многих детей незначительная нагрузка и тревога вызывали сердцебиение...

...была выражена типичная клиническая симптоматика псев-добульбарной дизартрии с расстройствами речи, двигательной сферы, нарушением движений в артикуляционном аппарате, слюнотечением, расстройством голоса, жевания, глотания, дыхания и нарушением психического развития.

Расстройство речи в этих случаях проявлялось в том, что речь у таких больных появлялась поздно, в 3–5-летнем возрасте, и развивалась очень медленно. Звукопроизношение было нечленораздельным. Речь была неясной, смазанной, непонятной, часто с гнусавым оттенком. Темп речи замедленный. Голос в большинстве случаев слабый, тихий. Почти у всех детей отмечался порез конечностей с двух или с одной стороны по центральному типу. Движения детей были неловкими, неуклюжими, неуверенными. В неврологическом статусе отмечались патологические рефлексы Бабинского, Пуссепаи, наличие рефлексов орального автоматизма, или так называемых сосательных рефлексов (Оппенгейма и Ма-ринеско-Раддовичи).

Походка детей была неуверенной, часто с подтаскиванием той или другой ноги.

Расстройства артикуляционного аппарата проявлялись в том, что лицо детей было амимичным. Одни больные не могли надуть щеки, вытянуть вперед губы, плотно их сомкнуть, подуть, открыть рот. Язык таких детей лежал неподвижно на дне ротовой полости и почти не принимал участия в акте звукообразования. Другие дети могли ограниченно выполнять указанные выше действия.

Слюнотечение в некоторых случаях было обильным, в других – умеренным и усиливалось во время волнений или во время игры.

Расстройство глотания и жевания проявлялось по-разному. У одних были поперхивания и грубые нарушения жевания. В других случаях данные расстройства выявлялись неярко.

У многих... детей наблюдались вегетативные расстройства, заключающиеся в потливости конечностей, их похолодании и наличии стойкого красного дермографизма., отмечался насильственный смех и плач...

Интеллект детей страдал в разной степени. У одних отмечалась задержка психического развития, у других – олигофрения и только 4 случая были с нормальным интеллектуальным развитием...

Корковая дизартрия, впервые была описана Пьером Мари (Франция), а затем Суком. Авторы считают, что данный вид дизартрии возникает при поражении коры островка и третьей лобной извилины.

Клинические данные указывают на возможность дизартрии коркового происхождения. В работах Пенфильда и Расмуссена (США, 1938–1949) указывается, что в передней центральной извилине в обоих полушариях рядом с центрами движения языка, губ и других артикуляционных органов располагаются корковые поля артикуляции и фонации.

Английский автор Бэй (1950) считает, что артикуляционные органы имеют свою проекцию в четвертом и шестом премотор-ных полях. Поэтому при поражении этих полей возникает корковая дизартрия.

В неврологическом статусе таких детей отмечалась следующая неврологическая симптоматика: сглаженность носогубных складок, повышение сухожильных рефлексов, а иногда наличие патологических рефлексов...

Корковая дизартрия нередко проявляется в сочетании с ала-лией и афазией как одна из стадий восстановления речи.

Сравнительная характеристика дислалии и дизартрии

Как уже было указано выше, описанные две группы речевых нарушений по внешнему виду сходны между собой, так как и в том и другом случае речь у детей непонятная, с неправильным произношением отдельных звуков или группы звуков. Однако имеются и существенные различия, которые проявляются не только со стороны неврологического статуса, но и в психическом и речевом отношении.

Этиология дислалии (в данном случае речь идет о функциональной форме) далеко не ясна, она не связана с грубыми утробными и

природовыми травмами, мозговыми забс)Леваниями и т_ п_ Чаще наблюдаются ранние инфекции у детей, вызывающие общую задержку в развитии. В отдельных случаях Дислалия возникает от неблагоприятного речевого окружения (диалекты, архаизмы).

Причинами возникновения дизартрии являются тяжелые поражения нервной системы на различных этапах развития — при-родовые травмы, мозговые заболевания (энЦефалиты, менингоэн-цефалиты), интоксикации.

Со стороны физического статуса дислалики значительно меньше отстают в физическом развитии, чем диз^Ртрики_

Что касается состояния внутренних органов> то при обеих формах грубых изменений не наблюдалось. В неврологическом статусе отмечается большая разница между этимН речевыми нарушениями. Так, при дислалиях мы не наблюдали грубых поражений центральной нервной системы, а только в отдельных случаях определялась органическая микросимптоматика_ Чаще имело место нарушение вегетативной нервной системы в виде симптома Хво-стека, стойкого красного дермографизма и ДР-

При дизартриях грубо выступала неврологическая симптоматика с наличием парезов, гиперкинезов, с вовлечением в процесс V, VII, IX, X и XII пар черенномозговых нервов. Поражение этих нервов обусловливало фонетические *ле$сты* речи, неправильность дыхания, пульса, слюнотечения, жев,ания> а также голоса, выраженные в различной степени.

При функциональных дислалиях преимущественно страдает только фонетическая сторона речи; дыхание> сердечная деятельность, моторика и голос, как правило, нг нарушаются. Только в случаях ринолалий (механических дислал™)» когДа имеются анатомические дефекты нёба, речь бывает с носовым оттенком, нарушается голос и дыхание. Однако такие случаи легко отдифференцировать от дизартрии, так как здесь им^ют место дефекты нёба или других органов артикуляции. В неврологическом статусе таких детей грубых поражений центральной ^рвной системы обычно не бывает

Со стороны психики у дислаликов в основном отклонений от возрастной нормы не отмечалось. Иногда имели место временные задержки психического развития. В отдельных случаях дислалии протекали на фоне олигофрении. При дизартриях чаще встречаются задержки психического развития по> органическому типу, а иноь и олигофрении. Эмоционально-вплевая сфера и характер аликов страдают лишь в отдельных случаях, у дизартриков

■шинстве случаев наблюдается тру.Д[ное] поведение с неус-■>ым настроением, сопровождающим^ плачем, часто бывают афф*. К1ивные **вспышки...**

Лечебно-педагогические мероптиятия

Знание клинико-педагогических особенностей течения дислалии и дизартрии дает возможность врачу и логопеду лучше определить прогноз данных речевых расстройств, назначить соответствующее лечение и определить характер логопедических занятий.

Так, при дислалиях из медикаментозных средств мы применяли общеукрепляющие, витамины, препараты кальция, бромиды, иногда глютаминовую кислоту и фосфрен.

Логопедическая работа в основном проходила в коррекции дефектных звуков, их автоматизации и дифференциации.

При дизартриях вследствие грубых нарушений со стороны двигательной сферы и артикуляционного аппарата назначались следующие препараты: галантамин 0,25% в инъекциях, витамины Bj и B_2 внутримышечно, прозерин, дибазол.

В тех случаях, когда преобладали гиперкинезы, применяли тро-пацин и внутримышечно инъекции атропина. Широко применяли общеукрепляющие: фосфрен, липоцеребрин, препараты кальция. Проводились курсами электропроцедуры, в частности йодионизация по Бургиньону. Ежедневно дети получали массаж общий, артикуляционного аппарата и лечебную физкультуру.

Собственно логопедическая работа складывалась из ряда основных моментов: 1. Развитие общей моторики и особенно артикуляционного аппарата. 2. Борьба со слюнотечением. 3. Выработка правильной воздушной струи. 4. Развитие речевого дыхания. 5. Постановка звуков.

Логопедическая работа велась систематически и сочеталась с психотерапевтическими беседами, с воспитанием и обучением ребенка.

Совместная работа врача и логопеда дала возможность во всех случаях получить положительный результат.

Очерки патологии речи и голоса / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М., 1963. — С. 34—48.

Л. В. Мелехова

Дифференциация дислалии

В логопедической практике неоднократно возникает вопрос о пересмотре общих методических установок в направлении их

большей дифференциации применительно к разнообразным видам речевой патологии. Эффективность методического подхода

в логопедической работе обеспечивается прежде всего выделением основной клинической картины речевого нарушения, вокруг которой располагаются последующие вторичные наслоения...

Для полного понимания истинной картины речевого состояния ребенка необходимо проследить каждую группу симптомов от момента их появления до максимального развития и учесть их взаимную связь.

Для лучшего уяснения изучаемого вопроса рассмотрим значение термина *косноязычие*... Термин «косноязычие» очень древний, народный, долгое время он обозначал всякую неправильную речь. Уточнение понятия косноязычие возникает в медицинской литературе в первой половине XIX в., после того как заикание было выделено в самостоятельную группу речевых расстройств. Позднее стали разграничивать органические и функциональные нарушения речи. В 1879 г. А. Куссмауль называет косноязычием все недостатки речи, основанные на расстройствах в буквенном звукообразовании.

А. Куссмауль различает также косноязычие врожденное и приобретенное. Последнее чаще бывает функциональным вследствие неправильного воспитания и недостаточного упражнения, но может быть и органическим. Органическое косноязычие *(Disartria literalis* или *centralis anarthria literalis),* как показывает само название, является одной из форм центрального, органически обусловленного нарушения речи. Расстройства речи, возникающие в результате пороков развития периферического речевого аппарата, относятся к механическим дислалиям. Выделение Куссмаулем двух видов дислалии – функциональной и механической – и отграничение этих форм от литеральной дизартрии упорядочили представление о видах нарушений фонетической стороны речи.

Косноязычие имеет две формы: *физиологическую* – возрастное косноязычие, присущее детям в возрасте 2–5 лет, и *патологическую,* связанную с тем или иным речевым нарушением.

Физиологическое косноязычие рассматривается у таких авторов, как И. А. Сикорский, Н. И. Красногорский, М. Е. Хватцев, Д. Б. Эльконин, Ф. А. Рау. Оно определяется ими как этап нормального речевого развития ребенка.

В период физиологического косноязычия детская речь звучит смягченно в результате излишнего смягчения согласных звуков. Некоторые звуки произносятся неточно или заменяются.

Быстро развивающийся здоровый ребенок в общении с окружающими к трем годам осваивает фразовую речь, а фонети-

ческая сторона речи достигает полного развития к 4–5-летнему возрасту без специального обучения, по подражанию правильной речи людей, окружающих ребенка. Дальнейшее развитие речи, в

норме, продолжается в направлении развития грамматических форм, постоянного расширения словарного состава речи и осваивания всего многообразия литературных норм языка.

Наблюдения за косноязычной речью детей, вышедших из возраста физиологического косноязычия, показывают, что некоторые его виды характерны при патологическом развитии речи, например: боковое произношение звуков., носовое произношение звуков отдельных фонетических групп., нарушение произношения задненёбных звуков., озвончения согласных звуков., межзубное произношение звуков.

Перечисленные виды косноязычия не исправляются без специального обучения. Логопедические занятия в этом случае необходимо начинать с 3–4-летнего возраста, когда речевые стереотипы еще не упрочились, а речевой аппарат наиболее пластичен и податлив.

Из группы физиологического косноязычия в процессе речевого развития ребенка можно выделить патологические формы, которые, по взглядам некоторым современных авторов, определяются как:

1. *функциональня дислалия,* природа которой определяется как нейродинамическая, выражающаяся в слабости дифференциро-вочного торможения в речедвигательном и речеслуховом анализаторах;

2. *механическая,* связанная с врожденными пороками развития периферического аппарата речи или вызванная травматическими повреждениями его;

3. *органическая* или *центральная,* выражающаяся в недостаточности отдельных мышечных групп речевого аппарата (языка, мягкого нёба, губ) или в общей слабости деятельности всего периферического речевого аппарата, вызванной поражением тех или иных отделов нервной системы.

При первичном обследовании артикуляции ребенка-дислали-ка ясно видна разница в первых двух формах дислалии.

Что касается группы речевых расстройств, которые иногда диагносцируюся как *органическая,* или *центральная дислалия,* то при анализе таких форм отмечается ряд трудностей. Конечно, в тех случаях, когда психоневрологом при кратком амбулаторном обследовании выявлена выраженная органическая неврологическая симптоматика, то тогда эти формы правомерно относят к дизартриям. Но так бывает далеко не всегда. В практике логопедической работы мы встречаемся с такими детьми-логопатами, у

которых врачебное (психоневрологическое) обследование чаще не отмечает симптомов органического поражения нервной системы и им ставится диагноз – дислалия. Когда же логопед начи

нает систематическую работу с таким ребенком, то в динамике ее открывается ряд особенностей, ускользающих при первом амбулаторном обследовании, а именно: различное положение языка в полости рта в состоянии покоя и ограниченность, неточность и слабость его движений.

Язык бывает неспокойным, напряженным, лежит бугром, постоянно оттягиваясь в глубь рта. Иногда наблюдается западение правой или левой половины языка, тогда он постоянно кренится в одну сторону. У иных наблюдается склонность к сужению языка, который при побуждении к действию сразу становится узким и длинным. Это состояние свидетельствует об изменениях тонуса мышц языка в одной или обеих его половинах. Часто бывает, что кончик языка слабо выражен, т.е. передний край его не вытягивается (при нормальной подъязычной связке). Ребенок не умеет произвести движение кончиком языка, долго не ощущает его положения во рту, что говорит о паретичном состоянии собственных мышц языка.

В иных случаях, при отсутствии ограничения в движениях языка и губ, часто бывает неточность и слабость движений. Вялость, ограниченность движений обусловливаются гиперкинеза-ми языка, постоянно подвижного, как бы не находящего нужного положения. Особенно это видно при движениях языка вперед, вверх и в стороны. Повторение движений вызывает быстрое утомление, замедляется темп движений, быстро наступает потеря точности движений, иногда наблюдается легкое посинение языка, появляется дрожание.

В дошкольном возрасте дети-дислалики отличаются повышенной возбудимостью или, наоборот, заторможенностью; часто у них имеется легкое отставание в общем развитии. Они менее активны в коллективе, стесняются своего недостатка. Их речь может вызвать насмешки у сверстников и критические замечания у взрослых – это еще более подавляет их и приводит к вторичным изменениям в характере. У таких детей рано может развиться раздражительность, плаксивость, обидчивость. Они сами не могут справиться с плохой речью и, страдая от этого, реагируют непослушанием, агрессивным поведением.

В противоположность обычной функциональной дислалии описанная форма исправляется медленно. Срок логопедических занятий возрастает до нескольких месяцев, а иногда нужно повторить курс логопедических занятий. Анализ подобных случаев заставляет выделить указанную группу как *группу осложненных*

дислалии с различными причинами, которые должны быть точно изучены, так как это имеет большое значение для прогноза и срока логопедических занятий. Указанные формы, по-видимо-

му, могут трактоваться как стертые формы дизартрии, недостаточно точно диагностированные при первичном медицинском обследовании.

Очерки по патологии речи и голоса. / Под ред. С. С. Ляпидевского. - М.у 1967. - С. 77-97.

Ф. Ф. Рау

Приемы исправления недостатков произношения фонем

Недостатки произношения фонем — характерная черта косноязычия, которое, следовательно, может выступать в одних случаях в качестве относительно самостоятельного нарушения речи, а в других — в качестве спутника или основы более сложных речевых нарушений. Разумеется, намечая пути преодоления косноязычия в каждом конкретном случае, нельзя не учитывать его природы. Содержание и методы логопедической работы должны значительно видоизменяться в зависимости от того, связано косноязычие с общим недоразвитием речи или нет. Является оно функциональным или имеет органическую основу (периферическую, центральную), имеет оно по преимуществу сенсорное или моторное происхождение, затрагивает лишь единичные фонемы или охватывает целые их группы и т. д. В одних случаях намечается обширная программа логопедических занятий, включающая работу над словарем, грамматическим строем речи, над развитием фонематического слуха и произношением, над преодолением трудностей или нарушений в усвоении чтения и письма. В других случаях программа включает только работу над произношением, лишь попутно связанную с уточнением фонематического слуха и преодолением нарушений письма. Наконец, программа может ограничиваться одной лишь коррекцией произношения.

Несмотря на то, что чисто произносительные нарушения речи сами по себе могут иметь различную природу и требовать дифференцированного логопедического подхода, все же технические приемы исправления недостатков произношения фонем для разного типа этих недостатков содержат известные общие черты.

Общие сведения об исправлении произношения фонем

Обращаясь к процессу исправления недостатков произношения фонем следует выделить в нем этап первичной постановки

правильной артикуляции и этап ее закрепления в речи. На первом этапе усваивается умение воспроизводить требуемую фонему хотя бы изолированно или в простейших слогах.

На втором этапе происходит постепенная автоматизация этого умения, его превращение в стойкий навык. Формирование новых произносительных умений и навыков связано с затормаживанием старых. Оно предполагает выработку дифференциро-вок между вновь усвоенными речевыми движениями и движениями, которые лежат в основе дефектного произношения данной фонемы, а также в основе произношения других фонем, родственных данной по артикуляции.

Между названными этапами нет резкой границы — конец первого перекрывает начало второго.

Характерной особенностью первого^ этапа работы является широкая опора на различные аншщзатор«^луховой, зрительный",кожный ~й Двигательный), облегчающая воспроизведение требуемой артикуляции по образцу и контроль над ней.

Лишь в тех случаях, когда слуховое восприятие фонемы или зрительное восприятие ее буквенного обозначения рефлекторно вызывает привычную дефектную артикуляцию, следует на некоторое время воздерживаться от опоры на образец в виде воспроизводимого логопедом звучания фонемы или опоры на соответственное буквенное начертание.

Второй^этан характеризуется постепенным ограничением зрительного и тактильно-вибрационного контроля над произношением, а затем и отказом от него с полным переключением на слуховой и кинестетический самокошрольг-

При первичной постановке правильного произношения фонем пользуются тремя основными способами.

Первый способ основан на подражании. Пользуясь слухом, зрением, тактильно-вибрационными и мышечными ощущениями, ребенок воспринимает звучание и артикуляцию фонемы и сознательно пытается воспроизвести требуемые движения речевых органов, требуемое звучание. При.этом непосредственное слуховое восприятие звучания, восприятие видимых речевых движений, в том числе собственных (с помощью зеркала), ощущение рукой струи выдыхаемого воздуха, вибрации гортани могут быть дополнены отображением работы речевых органов с помощью различных пособий... Подражание, опирающееся на те или иные раздражители первосигнального характера, адресованные различ-

ным анализаторам, дополняется словесными пояснениями, выполнением доступных пониманию ребенка словесных указаний.

В тех случаях, когда не удается получить артикуляцию соответственной фонемы по подражанию, приходится сначала до

вольствоваться воспроизведением отдельных ее элементов. Так, при постановке фонемы *р* проделываются упражнения, имеющие целью усвоение правильной формы и позиции языка, после чего уже начинается выработка его вибрации. Малоподвижность или недостаточная управляемость речевых органов вынуждают иногда прибегать к целой системе подготовительных артикуляционных упражнений, к своеобразной артикуляционной гимнастике.

Второй способ состоит в механическом воздействии на речевые органы при помощи каких-либо приспособлений (шпатель, проволочные зонды) или пальцев. При этом способе использует-ся некоторая исходная артикуляция и на ее основе меЗГаТшчёс-^ ким путШ"Т5еч~ёвыё органы пассивно приводятся в требуемое пол оже н ие 1ШГ д в и же н и е.

Связанные с определенным положением или движением речевых органов кинестетические раздражения в сочетании с сопутствующими им слуховыми закрепляются в коре головного мозга в виде: системы следов, что в дальнейшем является предпосылкой для активного, произвольного воспроизведения требуемой артикуляции. Характерным для данного способа в чистом его виде является то, что получаемая в результате механического воздействия артикуляция вначале может не совпадать с намерением ребенка

Третий способ — смешанный. При нем механическое воздействие на речевые органы служит для того, чтобы помочь более полному и точному воспроизведению требуемой артикуляции, осуществляемому, в основном, путем подражания и с помощью словесных пояснений.

При любом из указанных способов следует учитывать артикуляционное родство между фонемами и при исправлении дефектных фонем опираться на правильно произносимые родственные.

Этап закрепления приобретенных произносительных умений предполагает определенную систематичность и последовательность упражнений. Это касается прежде всего рационального распределения упражнений во времени, которое должно обеспечить известную меру длительности отдельных занятий и интервалов между ними. Длительность занятий может зависеть от возраста ребенка и характера дефекта, но в среднем она составляет 15 минут.

Что же касается периодичности занятий, то они должны, как правило, быть ежедневными, включая сюда занятия с логопедом

(не реже трех раз в неделю) и самостоятельные упражнения по его заданию.

При отборе материал^упражнений необходим учет фонети-ческюГтребований, соблюдение постепенного нарастания произносительных трудностей, связанных с воспроизведением различного типа слогов и слов. В то же время в отношении семантики речевой материал (слова, фразы) должен быть доступен ребенку и по возможности заимствован из повседневного обихода.

Уже при первой возможности осмысленный речевой материал должен преобладать над чисто слоговыми упражнениями. В случаях, когда недостаток произношения той или иной фонемы выражается в замене ее другой фонемой, особо важное значение приобретает слоговой и словесный материал, обеспечивающий противопоставление соответственных фонем.

Систематическое убыстрение темпа упражнений служит необходимым средством скорейшей автоматизации правильного произношения вновь усвоенной фонемы в речи.

Особого внимания заслуживает последовательный переход в упражнениях от более простых к более сложным видам речевой деятельности — от элементарного повторения слогов и слов за логопедом, чтения вслух (для грамотных) к называнию предметов, действий, описанию простейших ситуаций, изображенных на картинке, счету, воспроизведеникмто памяти стихов, загадок, пословиц и поговорок, скороговорок на заданную фонему, далее — к развернутому ответу на вопросы, рассказу по серии картин и, наконец, к свободному разговору.

В случаях сложного косноязычия, охватывающего большое число фонем различного типа, важное значение приобретает вопрос о порядке исправления неправильно произносимых фонем.

Этот порядок должен, очевидно, отвечать дидактическому правилу последовательного перехода от более легкого к более трудному.

Следует, однако, иметь в виду, что относительная трудность исправления недостатков произношения разных фонем в очень большой мере зависит от характера этих недостатков и от индивидуальных особенностей ребенка.

При планировании одновременной работы над двумя или более фонемами должны соблюдаться два требования. Во-первых, нецелесообразно отбирать для такой работы фонемы, артикуляция которых характеризуется прямо противоположным укладом речевых органов. Это может вызвать интерференцию, взаимное или одностороннее торможение движений, необходимых для

воспроизведения данных фонем... Во-вторых, надо избегать одновременной работы над фонемами, произнесение которых, особенно на первых порах, сопряжено с большой затратой энергии.

Выше при описании способов постановки звуков указывалось, что в некоторых случаях необходима специальная артикуляционная гимнастика. Такая гимнастика может включать частные упражнения, направленные на выработку определенных речевых движений, необходимых для правильного воспроизведения той или иной фонемы. Однако в случаях сложного косноязычия, охватывающего разные группы фонем, связанного с общей недостаточностью речевой моторики (например, при различных видах дизартрии), артикуляционная гимнастика должна проводиться по более широкой программе, рассчитанной на работу различных мышечных групп речевого аппарата.

Прежде чем перейти к описанию приемов исправления недостатков произношения конкретных фонем, следует отметить, что в числе этих недостатков имеются такие, которые состоят в искажении звучания фонемы и такие, которые выражаются в замене одной фонемы другой. Недостатки первого типа называют антропофоническими, а второго — фонологическими... Наряду со стойкой заменой одной фонемы другой фонологические дефекты могут носить характер смешения фонем. В этом случае ребенок, владея артикуляцией соответствующих фонем, постоянно путает, смешивает их в речи.

Вместе с тем необходимо учитывать, что при исправлении стойкой замены одной фонемы другой процесс закрепления вновь усвоенной артикуляции в речи часто бывает сопряжен с временным решением этих фонем или с явлением так называемой гиперкоррекции, когда вновь усвоенная фонема подавляет в речи ту, которой она сама раньше заменялась.

Недостатки произношения свистящих и шипящих фонем

Недостатки произношения свистящих *с, с\ з, з\ ц* и шипящих *ш, ж, ч,* и< обозначаются термином сигматизм.

В случаях стойкой замены одних фонем другими, когда, например, *ш* заменяется на *с* или *с* на *ш* и т. п. говорят о парасиг-матизме.

Свистящие фонемы. Механизм образования фонемы *с* состоит в следующем. Губы слегка растягиваются в улыбку, исключая те случаи, когда последующими фонемами являются гласные *о* и *У,* что приводит к упреждающему округлению губ. Это ясно видно, если сравнить артикуляцию фонемы *с* в слогах *са, со, су.*

Зубы либо сжаты, либо сближены, оставляя лишь узкую щель (около 1–2 мм). Язык упирается кончиком в десны нижних рез-Ц°в, спинка его выгнута, а боковые края прилегают к верхним

коренным зубам и боковым поверхностям нёба. Вдоль языка, по его середине, образуется желобок, который у альвеол открывается наружу узким круглым отверстием. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход воздуха в нос. Голосовые связки разомкнуты и свободно пропускают выдыхаемый воздух в глоточную и роговую полости. Встречая во рту препятствие в виде узкой щели между спинкой языка и альвеолами, струя выдыхаемого воздуха вызывает свистящий шум, высота которого определяется малой величиной полости, образуемой между передней частью спинки языка и передними зубами.

Особенность артикуляции мягкой фонемы *с'* заключается в более высоком подъеме спинки языка, а также в некотором его перемещении вперед, что приводит к еще большему сокращению размера полости между языком и резцами. Растягивание губ становится более выраженным, хотя здесь, как и при твердой фонеме с, исключение составляют случаи, когда последующими фонемами являются *о w у,* вызывающие заблаговременное округление губ. Это опять-таки хорошо видно, если сравнить слоги *ся, се, си, ся, сё, сю.*

Отличие фонемы *з* от *с* и $з^{у}$ от *с'* состоит в том, что при звонких согласных голосовые связки смыкаются и приходят в колебание, а также в том, что напор выдыхаемой струи воздуха становится при звонких слабее и щель между спинкой языка и альвеолами уже, чем при глухих.

Фонема *ц,* как слитная, представляет собой тесное соединение -мычного согласного *т* и щелевого *с.*

В первый момент язык смыкается передней частью спинки с львеолами, а кончик упирается в десны нижних резцов. Мягкое нёбо поднято, голосовые связки разомкнуты. Вслед за этим смычка взрывается, и спинка языка отскакивает в положение, присущее артикуляции фонемы *с.*

Можно указать шесть основных видов сигматизмов: губно-зубной, межзубный, призубный, шипящий, боковой и носовой.

При *губно-зубном сигматизме* фонема *с* произносится с оттенком *ф* ввиду того, что в образовании щели, помимо языка, принимает участие нижняя губа, сближенная с верхними резцами. Гот же оттенок приобретает фонема і<, а к *з* как бы примешивается оттенок фонемы *в.*

К этому виду сигматизма предрасполагает такая аномалия прикуса, при которой верхние резцы резксГвыступают вперед и

ока-^Шакзтея непосредственно над нижней губой. Подобная аномалия называется *прогнатией.*

При *межзубном сигматизме* отсутствует характерный для фонемы *с* свист, вместо которого слышится более низкий и слабый

шум, что обусловлено положением языка, просунутого между зубами. В результате такой артикуляции круглая щель у альвеол заменяется плоской, образуемой между языком и верхними резцами. Аналогично изменяются артикуляция и звучание фонем *з* и *ц*.

Возникновению межзубного сигматизма способствует такая аномалия прикуса, когда при сжатых коренных зубах между верхними и нижними резцами остается значительное отверстие в виде фронтальной щели, т.е. когда имеет место так называемый *передний открытый прикус. В* качестве временного явления такой прикус возникает у детей при выпадении молочных резцов. Следует отметить, что иногда межзубная артикуляция распространяется не только на свистящие, но и на шипящие фонемы, а также на другие, образуемые передней частью или кончиком языка — *т> д, нул.* К межзубному сигматизму предрасполагает массивный^не-достаточно пластичный, малоподвижный язык. Кроме того, имеются указания на склонность к межзубному сигматизму у детей с аденоидными разращениями, вынужденных дышать ртом и потому постоянно держащих его открытым.

Призубный сигматизм характеризуется, как и межзубный, отсутствием свиста или заметным его притуплением, а часто и прямой заменой фонем *с, ц* и *з* фонемами *т* и *д*... В последнем случае дефект принимает вид парасигматизма.

ПщЧИЩ^ц **призубного** сигматизма (парасигматизма) является почти полное или полное^**замь1кание** ротовой полости. Предрасполагающим обстоятельством к этому служит так называемый глубокий или закрытый прикус, при котором резцы нижней челюсти полностью перекрываются резцами верхней челюсти. Призубный сигматизм часто сопутствует тугоухости, особенно в тех случаях, когда она наиболее выражена по-отнбшению к высоким тонам. Иногда этот вид сигматизма охватывает не только группу свистящих фонем, но и группу шипящих.

При *шипящем сигматизме* фонемы *с, ц к з* приобретают более или менее отчетливый шипящий оттенок. В наиболее выраженных формах этот недостаток принимает характер парасигматизма.

Подобное произношение является результатом того, что кончик языка отходит назад от резцов, образуя тем самым полость значительно большего размера, чем это требуется для образования свистящих фонем.

К шипящему сигматизму предрасполагают такие аномалии зубо-челюстной системы, которые затрудняют приближение языка

к резцам. Как и призубный сигматизм, шипящий часто наблюдается у тугоухих, которым малодоступны самые высокие тоны

речевого диапазона частот и которые вследствие этого воспринимают свистящие звуки как шипящие.

При *боковом сигматизма* вместо *с* слышится своеобразный хлюпающий шум, подобие которого можно получить, если, сжав зубы, с силой произнести шепотом фонему *л*. Причина такого искажения фонемы лежит в том, что кончик языка и передняя часть его спинки образуют смычку с резцами и альвеолами, а боковой край языка с одной стороны не прилегает к коренным зубам, в результате чего образуется боковая щель, через которую с шумом выходит струя выдыхаемого воздуха. Иногда такие щели образуются с обеих сторон. К боковому сигматизму предрасполагает так называемый *батвой^ткрытый гупцфе,* при котором имеет место щель между верхнимиТПшЗкними коренными зубами с одной или обеих сторон. Другим предрасполагающим фактором являетсяузкий язык, затрудняющий замыкание ротовой полости с боков.

Фонемы *ц и з* при боковом сигматизме приобретает тот же акустический характер, что и *с*. Первая представляет собой подобие сочетания фонем *т* и л, с силой произнесенных шепотом, а вторая отличается от дефектно произнесенной фонемы *с* лишь дополнением шума тоном голоса.

Общим для всех видов *носового сигматизма* является такое произношение фонем *с, ц* и з, которое характеризуется резким отклонением в характере присущего им шума и сопровождается появлением носового оттенка у последующей гласной фонемы.

Носовой оттенок гласных обусловлен в этих случаях тем, что предшествующие им согласные произносятся при наличии значительной щели между мягким нёбом и задней, стенкой глотки, вследствие чего струя вЩШайм6Т(3~во1духа проходит через нос. Такое положение мягкого нёба в силу известной инертности ре-чедвигательных процессов частично распространяется на артикуляцию смежных гласных. Что касается характера шума, то он в значительной мере варьирует в зависимости от места его возникновения, т. е. от места, где выдыхаемый воздух встречает на своем пути максимальное сужение. Так, если при произнесении фонемы *с* это сужение образуется между корнем языка и задней стенкой глотки, то слышится своеобразный звук, напоминающий очень глубокое *х*. Если же максимальное сужение образуется мягким нёбом, сомкнутым передней своей поверхностью с корневой частью языка, а задней приближающимся к стенке глотки, то возникающий шум напоминает скорее храпение.

Фонема *ц* в обоих случаях отличается по своей артикуляции от *с* лишь тем, что щель возникает вслед за предваряющей ее смычкой, образуемой теми же органами, в том же месте. Этим определяется аффрика

ный характер получаемого звука. Звучание фонемы *з* отличается от дефектного *с* лишь присоединением тона голоса и некоторым ослаблением шума...

При *губно-зубном сигматизме* прежде всего следует показать ребенку, что в момент произнесения фонемы *с* нижняя губа не должна соприкасаться с верхними резцами или сближаться с ними. Если произвольное выполнение этого требования с опорой на зрительный контроль (с помощью зеркала) окажется ребенку недоступным, то полезно проделать простейшую артикуляционную гимнастику в виде чередования движений губ с последовательной сменой их смыкания и размыкания, связанного с оскалива-Нйём зубов, с обнажением нижних резцов. В случае необходимости временно может применяться механическая помощь в виде легкого отжимания нижней губы шпателем книзу.

Не дожидаясь усвоения ребенком способности произвольно удерживать нижнюю губу в требуемом положении без механической помощи, следует проделывать упражнения в протяжном произнесении фонемы *с,* а также простейших слогов и слов, которые с нее начинаются.

В случаях резко выраженной прогнатии указанные упражнения при соблюдении правильного уклада языка уместны не только после исправления прикуса, но и до этого. В результате упражнений правильное произношение достигается даже при сохранении прогнатии.

При *межзубном сигматизме,* не осложненном аномалиями зубо-челюстной системы, часто бывает достаточно предложить сжать зубы и, не разнимая их7 Протяжно произнести фонему *с.* Если получится тупой шум, без свиста, характерный для призуб-ного сигматизма, то надо дополнительно воспользоваться приемами, которые рекомендуются ниже для исправления этого вида дефекта.

Чтобы предупредить привычное просовывание языка между зубами, первые упражнения на материале слогов и слов лучше проделывать, оставляя зубы BcejBjpeMJi ^атыми^^то особенно важно для тех случаев, кощгГфонема *с* находится не в начале слога или слова. Однако как только это окажется возможным, следует отказаться от такого «процеживания» слогов и слов сквозь зубы и перейти к нормальному их произнесению. Во время упражнений должен быть обеспечен зрительный самоконтроль над артикуляцией с помощью зеркала. Если межзубный сигматизм связан с передним открытым прикусом, обусловленным непра-

вильным строением зубо-челюстной системы или выпадением молочных зубов, то важной предпосылкой дефекта произношения является нормализация прикуса. В первом случае она дости-

гается средствами стоматологии, во втором — естественным путем, в результате появления постоянных зубов. Однако и при наличии открытого Прикуса может быть достигнут определенный эффект путем* изменения артикуляции языка — переведения его кончика *з&* Десны нижних резцов.

*Призубный сигл£ам**зм* в простейших случаях устраняется на основе разъяснение и показа правильной артикуляции фонемы с последующим прогТЯ*ным ее произнесением сначала отдельно, затем в слогах и аловах. Артикуляцию полезно иллюстрировать посредством схематгическ ого рисунка-профиля. Хорошую помощь может оказать ощуШеНие ребенком на тыльной поверхности кисти узкой, сильное и холодной струи воздуха (косо направленной вниз) при правильном произнесении фонемы с.

В более трудные случаях, особенно осложненных аномалиями прикуса или недостаточной пластичностью языка, следует воспользоваться зо^Д°м и удержать с его помощью кончик языка у нижних резцо^в> сохраняя при этом минимальное расстояние между верхние и нижними резцами.

Существующую помощь при недостаточной пластичности языка могут оказать артикуляционные упражнения перед зеркалом, в частности просовьшание распластанного языка между зубами, высовывание его ^елобком при открытом рте, выгибание его спинки при упоре фончиком в Десны нижних резцов. Такие упражнения помогакл Д°биться в конечном счете правильного уклада языка при сбл^же нных резцах и, включив выдох, получить
нормальный звук.

При *шипящем сиротите* следует прежде всего обратить внимание на различие *Р* правильном и неправильном звучаниях фонемы *с* (свист — шипение). Однако это редко приводит к цели, так как в случае ук°Ре нившегося дефекта даже четкое различение на слух шипяще — свистящих звуков не обеспечивает успеха в овладении правильной артикуляции фонемы с. Поэтому необходимо, приоткрыв рот, показать ребенку перед зеркалом различие между правильной (кончик у нижних резцов) и дефектной (кончик отходе[1] назад) артикуляцией, изобразить это с помощью кистей рук. Д°бившись правильного положения языка, можно включить вДОох и дать ребенку возможность ощутить струю выдыхаемого В03Духа на поднесенной ко рту кисти руки.

Если указанные пРиемы не приведут к цели, можно временно установить межзубн/[10] Артикуляцию фонемы с, более контрастную, чем нормальна^ п<> отношению к артикуляции, лежащей в основе

шипящего с/,гм;атизма. Благодаря такой контрастности легче отдифференциР0В^ть более переднюю и более заднюю позиции языка. В дал?нейшем, добившись в результате упражне

ний на материале слогов и слов устойчивой межзубной артикуляции фонемы *с* и отдифференцировав ее от фонем *ш* и и<, следует перейти к нормальному, т. е. зазубному, произношению фонемы со сжатыми зубами, как это делается при исправлении межзубного сигматизма (см. выше).

Для исправления *бокового сигматизма* необходимо добиться замыкания языком ротовой полости с боков и образования по его середине продольного желобка. Если простой показ правильной артикуляции (при несколько раскрытом рте) перед зеркалом и ее сопоставление с неправильной не приведут к цели, то следует попробовать ряд специальных приемов и остановиться на том, который даст наилучший результат.

В качестве базы для постановки фонемы *с* может быть использована фонема /я, если на нее не распространяется боковая артикуляция.

Ребенка побуждают произнести *т* с некоторой аспирацией (придыханием). После взрыва должен быть слышен звук, подобный английской фонеме 0, звучащей, например, в словах *thin, thank*. Наличие придыхания должно контролироваться при помощи ощущения струи воздуха на кисти руки. Получив подобное слитное сочетание смычного и щелевого звука, можно перейти к следующему этапу – предложить ребенку проделать то же самое, уперев предварительно кончик языка в десны нижних резцов. При сжатых зубах должен получиться слитный звук, близкий к фонеме і(, в составе которой ясно слышится *т* и *с*. Не следует лишь указывать на это ребенку и тем более произносить для него в качестве образца фонему *ц*. Его намерение воспроизвести по образцу это фонему может тотчас вызвать привычную дефектную артикуляцию.

Если произвольное удерживание кончика языка за нижними резцами окажется непосильным, можно придержать его зондом или шпателем. Постепенно в ходе упражнений фрикативная часть слитного звука удлиняется, а затем и отделяется, после чего ребенку уже можно пояснить, что это и есть правильно произносимая фонема *с*. Далее следует закрепление вновь усвоенной артикуляции на материале слогов, слов и фраз.

В более трудных случаях должен быть использован прием, который состоит из четырех этапов. Сначала ребенку предлагают просто дуть сквозь сближенные губы, контролируя струю выдыхаемого воздуха с помощью поднесенной ко рту полоски бумаги, кусочка ваты, подвешенного на нитке, или просто путем осязания

струи на поднесенной ко рту кисти руки. Затем то же Упражнение проделывается перед зеркалом с широко просунутым между губами языком, прилегающим своими боковыми кра-

ями к углам рта. По середине языка должен образоваться продольный желобок.

Для контроля над направлением струи выдыхаемого воздуха можно дополнительно использовать пробирку или небольшой пустой пузырек с узким горлышком. Держа вертикально пробирку (пузырек), ее следует поднести отверстием к средней части переднего края языка. Если в момент дутья вдоль языка образуется желобок, по которому устремляется воздушная струя, то при поднесении пробирки (пузырька) к языку должен быть слышен сильный шум, который указывает на правильный уклад языка.

В тех случаях, когда при просунутом между губами языке не удается получить на нем желобок по показанному образцу и воздух выходит сбоку рта, полезно воспользоваться зондом, положить его вдоль языка по средней линии и, слегка нажав им на язык, облегчить образование желобка.

Когда требуемая артикуляция уже может быть воспроизведена произвольно, механическая помощь устраняется.

Получив дутье по средней линии языка при межгубном его положении, можно перейти к следующему этапу — межзубному произнесению фонемы *с*. Для этой цели достаточно приподнять шпателем или пальцами верхнюю губу, в результате чего вместо щели между языком и верхней губой автоматически образуется щель между языком и верхними резцами. Достигнув устойчивой межзубной артикуляции, можно пояснить ребенку, что при этом получается звук с, и приступить к закреплению фонемы в таком виде на материале слогов и слов. В заключение осуществляется переход от межзубной артикуляции к зазубной (нормальной) тем же путем, как при исправлении межзубного сигматизма (см. выше).

Еще один прием исправления боковой артикуляции фонемы *с* состоит в том, что ребенка побуждают протяжно произнести фонему *с*, а затем проделать то же самое, но выдвинув при этом язык как можно больше вперед и уперев его кончик в нижние зубы. К шуму, свойственному фонеме *ф*, должен присоединиться свистящий шум. Сочетание того и другого напоминает звук, характерный для губно-зубного сигматизма (см. выше).

Наконец, к цели может привести, опора на фонему *х*, если на нее не распространяется боковая артикуляция. Ребенку предлагают шепотом произнести сочетание идеи, а затем повторить то же самое со сжатыми зубами. Часто при этом отчетливо слышится звук, близкий к *с*. Не следует лишь раньше времени указывать

ребенку на это, чтобы не вызвать привычную боковую артикуляцию. Когда в результате упражнений произнесение свистящего звука укрепиться, можно обратить внимание на различие в звучании фонем *с* и *с*

В особо трудных случаях рекомендуется артикуляционная гимнастика перед зеркалом, направленная на выработку умения образовывать боковыми краями языка смычку с верхними коренными зубами, а кончик его удерживать у нижних резцов. Полезными для этой цели являются такие упражнения, как высовывание языка «лопатой», «желобом», присасывание языка к нёбу и удерживание его в этом положении при опускании и поднимании нижней челюсти, образование смычки боковыми краями языка с коренными зубами при одновременном упоре кончика языка в нижние резцы. Последнее упражнение проделывается сначала при открытом рте, а затем при постепенном сближении челюстей. При сохранении полученного уклада языка производится попеременный вдох и выдох, в результате чего должен появиться звук, средний между *х и с'*, на базе которого в ходе последующих упражнений получается фонема *с*.

Исправление всех разновидностей *носового сигматизма* сводится к приучению ребенка направлять струю воздуха в рот, закрывая проход в носовую полость поднятием мягкого нёба, и к усвоению им правильной артикуляции языка. Наиболее эффективным путем является использование тех четырех этапов, которые описаны выше применительно к исправлению бокового сигматизма. Этот же путь с некоторой модификацией рекомендуется и тогда, когда носовой сигматизм выступает в качестве проявления открытой гнусавости, возникающей на органической основе (аномалии строения мягкого нёба, его порез, нёбные щели)...

Остается добавить, что в некоторых случаях носовой сигматизм может быть исправлен и с помощью более простых приемов, описанных применительно к коррекции бокового сигматизма (например, исходя из звуков типа *т, ф, $х^9$*).

При исправлении всех рассмотренных недостатков произношения свистящих согласных усвоение правильной артикуляции фонемы *с* имеет решающее значение для коррекции остальных согласных данной группы. Фонема *$с^9$* усваивается уже в то время, когда при закреплении артикуляции фонемы *с* используются слоги и слова, в которых свистящий согласный стоит не только перед гласными *а, о, у, ы,* но и перед гласными *е, и,* где мы имеем дело уже с мягкой фонемой *$с^9$*

Звонкие зиз' легко воспроизводятся на основе простого присоединения голоса к фонемам *с* и *$с^9$*

Что касается аффикаты *ц*, то она может быть легко получена с помощью указания на то, что фонема с должна быть предпослана фонеме *т (тс _____, тс____ ; атс ____ , атс ____ , тс _____а, ^{т}с _____а)*. Следует обратить внимание на то, что в этом случае *т* произносится при опущенном к нижним резцам кончике язы

ка. Это необходимо для получения слитного звучания взрывного и фрикативного компонентов фонемы *ц*.

В необходимых случаях можно прибегнуть к механическому удер-
живанию кончика языка у нижних резцов с помощью шпателя или зонда во время произнесения сочетаний *с ___ тс_____ тс_____ тс.*

Закрепляя произношение фонемы *ц*, следует начинать с закрытых слогов *ац, оц, эц* и слов, оканчивающихся такими слогами *(огурец, палец)*, так как в открытых слогах *(ца, цо, це)* и в начале слов *(цапля, цирк)* на первых порах нередко скрадывается взрывной компонент фонемы.

Шипящие фонемы. Механизм образования фонемы *ш* состоит в следующем. Губы слегка округлены. Зубы либо сжаты, либо сближены, оставляя лишь узкую щель (около 1–2 мм). Язык поднят «чашечкой» («ковшом») к нёбу. Боковыми краями он прилегает к верхним зубам, а передним краем – к нёбу за альвеолами, оставляя по средней линии полулунную щель. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос. Голосовые связки разомкнуты и свободно пропускают выдыхаемый воздух в глоточную и ротовую полость.

Встречая во рту препятствие в виде щели между передним краем языка и нёбом струя выдыхаемого воздуха вызывает шум, более низкий, чем при фонеме с, и воспринимаемый на слух как шипение.

Более низкий шум при произнесении ш, чем при произнесении *с*, определяется сравнительно большим размером полости, которая образуется между поднятым к нёбу языком и передними зубами. Некоторое дополнительное понижение шума достигается округлением губ.

Различие в механизме образования фонем *ш* и *ж* состоит в том, что при последней смыкаются и приходят в колебание голосовые связки, несколько слабее становится напор струи выдыхаемого воздуха, несколько уже щель между языком и нёбом.

Фонема *щ*, как мягкая, отличается, от фонемы *ш* более высоким положением спинки языка и легким перемещением его кпереди, вызывающим некоторое уменьшение размеров полости между языком и передними зубами и способствующим вместе с подъемом спинки языка известному повышению шипящего шума.

Фонема *н*, как слитная, представляет собой тесное соединение смычного согласного типа *т* и щелевого *щ*. В первый момент язык смыкается передним краем с нёбом за альвеолами. Спинка и Ска-

ковые края языка занимают такое же положение, как при фоне, *щ*. Мягкое нёбо поднято, голосовые связки разомкнуты. Вс; >т за этим смычка взрывается, и передний край языка отскакивает в положение, присущее артикуляции фонемы *щ*.

положение, присущее артикуляции фонемы *щ*.

В произношении шипящих встречается большинство из тех недостатков, которые были описаны применительно к свистящим. Сюда относятся губно-зубной, межзубный, призубный, боковой и носовой виды сигматизма.

Встречается такой вид сигматизма, при котором мягкие шипящие становятся универсальными заменителями и свистящих и твердых шипящих, когда звук **ш** является представителем фонем **с**, *с*^{э}, *шу Щу* звук *ж*^{э} — фонем **з**, *з э и* **ж**, а звук *н* — фонем *н и ц*.

Специфическим для шипящих является прежде всего парасиг-матизм, выражающиеся в замене шипящих свистящими... Этот своего рода свистящий сигматизм чаще всего встречается у дошкольников в качестве известного этапа в овладении фонематическим строем речи.

Другую разновидность недостатков произношения шипящих, затрагивающую обычно лишь фонемы **ш и ж**, представляет такой сигматизм, при котором язык не принимает участия в артикуляции и выдыхаемый воздух, попадая в ротовую полость, встречает на своем пути препятствие ли!пь в виде щели между зубами, ограниченной с боков прижатыми к ним углами рта. Проходя через эту щель, выдыхаемый воздух образует характерный тупой шум, к которому при произнесении фонемы *ж* присоединяется тон голоса. Энергичное произнесение подобных **ш и ж** сопровождается нередко легким раздуванием щек, в связи с чем этот вид сигматизма иногда называют щёчным.

В числе недостатков произношения фонем **ш и ж** следует упомянуть замену их звуками, близкими или даже совпадающими с фонемой *с*и ее звонким вариантом (южнорусское фрикативное *г*).

Надо иметь в виду, что в некоторых случаях при дефектном произношении твердых шипящих **ш и ж** отмечается правильное произношение мягких *н и щ*. Сюда относятся прежде всего два только что указанных вида сигматизма.

Такое расхождение между твердыми и мягкими шипящими объясняется тем, что последние могут воспроизводиться без подъема переднего края языка к нёбу. Можно встретить немало людей, которые артикулируют фонемы *щ* и *ч* так, что щель или смычка образуются у нёба не передним краем языка, а передней частью его спинки. Кончик языка при этом опущен и отступает назад из положения, присущего артикуляции фонемы *с*, что обеспечивает увеличение размеров полости между языком и передними зубами, необходимое для получения шипящего звука.

В некоторых случаях, при образовании достаточно большой полости, возможно получить и нижние твердые шипящие ш и ж. Однако, как правило,

Из анатомических недостатков, предрасполагающих к возникновению дефектов произношения шипящих согласных (црежде всего *ш* и *ж),* помимо аномалий в строении речевого аппарата, способствующих появлению дефектов свистящих, следует указать резко укороченную подъязычную связку, затрудняющую подъем переднего края языка к нёбу, а также высокое и узкое твердое нёбо.

В случае сигматизма, охватывающего и свистящие и шипящие согласные, целесообразнее, за некоторыми исключениями, начинать с исправления первых. При сигматизме, распространяющемся на всю группу шипящих, следует, как правило, начинать с исправления фонемы ш.

Попытка исправить дефект у дошкольников и младших школьников на основе подражания предполагает слуховое восприятие фонемы, подкрепленное примерами сходных звуков окружаю-щесо^нфа (шипением паровоза, сжатого воздуха при открывании дверей автобуса, шум деревьев при сильном ветре и т.п.). Зрительную основу подражания составляет показ перед зеркалом положения языка (при несколько раскрытом рте), пластическое изображение его формы кистью рук. Используется также ощущение широкой и теплой струи воздуха на кисти, поднесенной ко рту.

Если таким путем достичь успеха не удается, необходимо использовать специальные приемы.

В тех случаях, когда наряду с дефектной фонемой *ш* имеется нормально произносимая фонема /?, следует воспользоваться последней в качестве базы для получения требуемой артикуляции. Для этого ребенка побуждают протяжно произнести перед зеркалом фонему *р* без голоса или шепотом, постепенно убавляя силу выдоха, пока не прекратится вибрация и не послышится слабое шипение. Протягивая этот шипящий звук, после нескольких упражнений его получают уже без предшествующего произнесения глухого *р.*

Шипение можно получить и без ослабления выдоха, стоит лишь во время произнесения глухого *р* слегка прикоснуться шпателем или зондом к нижней поверхности языка и затормозить вибрацию его переднего края. После нескольких упражнений с механической помощью при открытом рте, когда будет достигнуто умение произвольно воспроизводить требуемую артикуляцию, можно перейти к произнесению полученного звука со сжатыми зубами (шипение становится гуще, т.е. ниже), а затем, в заключение серии

упражнений, дополнить артикуляцию округлением губ (шипение станет еще гуще), что приведет к нормальному звучанию фонемы *ш*

Другой прием основан на использовании в качестве базы фонемы *т*. Ребенка побуждают произнести перед зеркалом несколько раз фонему *т* с интервалами в 3–4 секунды. Затем упражнение видоизменяется: артикуляция воспроизводится не со сближенными зубами, а при полуоткрытом рте, причем указывается, что передний край языка должен смыкаться не с зубами, как вначале, а с альвеолами. Добившись цели, следует перейти к произнесению альвеолярного *т* с аспирацией (придыханием), как при английском *t* Уже при этом к звуку взрыва примешивается слабый и короткий шипящий шум. В дальнейшем этот шум постепенно удлиняется и освобождается от предшествующего ему взрыва. Остается перевести язык несколько глубже, а позднее перейти к сжатию зубов и, наконец, к округлению губ. Указанный прием не всегда удается осуществить, особенно в тех случаях, когда ребенок не в состоянии поднять передний край или кончик языка к нёбу.

Следующий прием постановки фонемы *ш* состоит в использовании зонда. Базой служит правильно артикулируемая фонема с[1]. Ребенка побуждают 2–3 раза протяжно произнести фонему *с* отдельно или в слоге с гласной *а (с _____ , с _____ а)*. Вслед за этим при открытом рте под язык подкладывается зонд, после чего дается инструкция сжать зубы и вновь произнести фонему с. Субъективное намерение ребенка выполнить это требование приводит (вследствие механического воздействия на язык) фактически к видоизменению шума от свиста к шипению. Регулируя угол наклона и глубину введения зонда в рот, следует найти такое его положение, которое дает наилучший на данном этапе работы акустический эффект. Пока новая артикуляция языка не закрепится, нельзя напоминать ребенку о фонеме ш, показывать ему соответствующую букву или включать в упражнения слова, содержащие данную фонему. Материалом упражнений, проделываемых с помощью зонда, могут быть слоги *са, со, се, сы; аса, асо, асе, асы; ас, ос, эс.* Во всех случаях согласный должен произноситься протяжно. Когда новая артикуляция укрепится, можно поставить ребенка в известность, какая фонема у него получается, показать ему букву *ш* и включить в упражнения слова с данной фонемой.

В наиболее трудных случаях приходится начинать постановку фонемы *ш* с подготовительных артикуляционных упражнений, направленных на выработку умения придавать языку требуемую форму и положение. Сюда относится высовывание языка «лопа

[1] В некоторых случаях оправдано использование данного приема и при межзубном и шипящем произношении фонемы *с*.

той» и дутье с образованием по средней линии желобка. Далее следует просовывание языка в зазор между верхними передними зубами и верхней губой (преддверие рта), облизывание широким языком верхней губы, прикладывание языка к ней, дутье в таком положении с контролем при помощи полоски бумаги над направлением струи выдыхаемого воздуха, которая должна идти косо вверх. Если произвольный подъем высунутого языка к верхней губе и удерживание его в этом положении оказываются непосильными, то приходится прибегать к механической помощи, пользуясь шпателем или пальцами. Добившись дутья с положением языка у верхней губы, можно перевести язык за верхние зубы при открытом рте. При таком положении языка в результате дутья должен получиться тупой шум, напоминающий своим звучанием английскую глухую фонему *th*.

Закрепив новую артикуляцию, надо последовательно перейти к заключительным этапам работы, задерживаясь на каждом столько, сколько окажется необходимым для закрепления соответственного уклада речевых органов. Эти этапы состоят из дальнейшего перемещения языка к нёбу, затем смыкания зубов (то и другое приводит к появлению отчетливого шипения) и, наконец, округления губ[1]

Дальнейшая задача — закрепление артикуляции в слогах и словах, включающих фонему **ш**, а в случае необходимости — дифференциация этой фонемы с другими, близкими по механизму образования или по звучанию. Надо подчеркнуть важность надлежащей дозировки упражнений, связанных с постановкой и закреплением фонемы **ш**, поскольку упражнения эти являются весьма утомительными для дыхательного аппарата.

В тех случаях, когда артикуляция фонемы *ш* (а также *ж*, *р*, и **л**) затрудняется короткой подъязычной связкой, логопедической работе должна предшествовать операция в виде подрезания этой связки. Следует, однако, отметить, что в практике наблюдается тенденция направлять на такого рода операцию детей, в сущности, не нуждающихся в ней. Очень часто несколько укороченная связка может быть растянута с помощью упражнений да и вообще не препятствует выработке правильной артикуляции обычными логопедическими методами. Лишь в самых редких случаях, когда кончик языка не может быть поднят даже механическим способом (шпателем), операцию надо считать необходимой.

Исправление дефектов произношения фонемы *ж* при усвоенной артикуляции *ш* не вызывает затруднений. Ребенка побуж

[1] Округлять губы раньше времени нецелесообразно, т. к. это мешает видеть положение языка во рту и может оживить прежнюю дефектную артикуляцию.

дают просто произнести протяжно *ш* и включить голос. Предварительно это проделывает сам логопед, поднеся одну руку ребенка к своему рту (для ощущения струи воздуха) и приложив другую к своей гортани (для ощущения ее вибрации). Таким же образом ребенок проверяет собственное произношение фонем *ш* и *ж*.

Добившись успеха, следует закрепить правильное произношение фонемы *ж* на материале слогов, слов и фраз и отдифференцировать ее от фонемы *ш*. При наличии фонемы *з* нетрудно получить фонему *ж* с помощью зонда тем же способом, который был указан для постановки *ш* от *с*.

При наличии *ш* недостатков в произношении фонем *щ* и *н* обычно не наблюдается, за исключением тех случаев, когда имеет место парасигматизм в виде замены *щ* на $с^9$ и *ч* на $ц^9$ Мало того, как указывалось, нередко наряду с дефектной фонемой *ш* наблюдается правильное звучание фонем *щ и ч*.

Для исправления фонемы *щ*, произносимой как $с^9$, проще всего воспользоваться зондом или шпателем и, слегка приподняв и отодвинув язык (верхняя артикуляция) или только отодвинув его назад (нижняя артикуляция), добиться необходимого звучания фонемы и далее закрепить его упражнениями сначала с механической помощью, а затем без нее. В заключение необходимо отдифференцировать фонему *щ* от фонем *с и ш*.

При замене фонемы *ч* посредством 1<'(или *ц*) рекомендуется тот же механический прием, что и при коррекции *щ*. Если фонема *ш* усвоена, то получить *ч* можно, указав и показав, что мягкому шипящему звуку должен предшествовать взрывной в виде #и. Можно рекомендовать также такой прием постановки фонемы *ч*, при котором базой служит аспирированная (произносимая с придыханием) фонема $т^9$ Если в момент произнесения такого звука кончик языка приподнимается и слегка отодвигается подложенным под него зондом, то должно появиться верхнее ч, если же просто отодвигается, то нижнее.

Впрочем, не только фонема *ч* может быть производной от *щ*, но и фонема *щ* от ч, если последняя усвоена ранее. В этом случае достаточно протянуть, а затем и отделить от слитной фонемы ее фрикативную часть *(ч _____, чш _____ , щ _____)*.

Недостатки произношения фонем р и р'

Разнообразные недостатки произношения фонем *р и* $р^9$ носят название *ротацизма*, который может выражаться в искажении этих

фонем или в замене их другими фонемами. Вторая разновидность дефекта называется *параротацизмом.*

Механизм образования фонемы *р* заключается в следующем. Положение губ зависит от смежных фонем, в частности от следующей гласной фонемы, что видно, например, при сравнении слогов *ра, ро*$_{у}$ *ру.* Между верхними и нижними резцами сохраняется некоторое расстояние. Язык принимает форму ложечки. Его боковые края прилегают к верхним коренным зубам, а передний край поднять к альвеолам, соприкасается с ними и вибрирует под напором выдыхаемого воздуха. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос. Голосовые связки сомкнуты и вибрируют. Мягкая фонема*р'* отличается по артикуляции от парной твердой дополнительным подъемом спинки языка к нёбу и некоторым его перемещением вперед.

Рассмотрим разновидности ротацизма и параротацизма. Фонема *р* может быть лишена собственной присущей ей артикуляции и заявлять о себе в речи путем удлинения смежного гласного... Часто фонема *р* выступает в виде горлового дрожащего звука.

Первый тип подобной артикуляции — это *ве.шрнога^р (velum* — мягкое нёбо), при котором корневая часть языка сближается с нижним краем мягкого нёба и образует с ним щель. Проходя через эту щель, выдыхаемый воздух вызывает мелкую, беспорядочную вибрацию мягкого нёба, в результате чего возникает шум, который, примешиваясь к тону голоса, сообщает фонеме *р* специфическое дефектное звучание. Второй тип — *увулярноер (uvula* — язычок), при котором вибрирует то^т^р^щычок. При этом вибрация носит гармонический характер и слышимся отчетливый рокот.

Встречается «кучерское» *р,* образуемое вибрацией обеих губ, а также воспроизведение фонемы *р* с помощью образования дву-губной или губно-зубной щели, когда слышится нечто вроде английского *v* или русского *в.*

Иногда вместо *р* отчетливо слышится язычно-задненёбный звук *г* или его фрикативная разновидность v... Вместо*р* порой встречается носовой звук С. как английское или немецкое *ng,* например, в словах *long, langy* образуемый путем смыкания корневой части языка с мягким нёбом при свободном проходе воздуха из глотки в нос.

Характер детскости речи придает наблюдаемая также замена фонемы *р* фонемой у... В некоторых случаях приходится сталкиваться с так называемым одноударным *р,* при котором передний край языка лишь один раз прикасается к альвеолам, вибрация отсутствует и слышится звук, напоминающий английское (альвеолярное) *d* или даже обычное русское *д...* Попытки произнести

длительный рокочущий звук не удаются. У дошкольников часто наблюдается замена фонемы/? посредством *л* и л'или полумягкого /, которая обычно носит временный характер?""

Иногда отмечается замена твердой фонемы *р* мягкой *р'* Возможна и обратная замена.

Нередко встречается боковое р, при котором вместо вибрации переднего края языка взрывается смычка между его боковым краем и коренными зубами с переходом к артикуляции, присущей мягкой фонеме *л* (см. ниже). Получается звук, напоминающий сочетание *рл.*

Наконец, следует упомянуть о редком виде ротацизма, при котором резкое искажение звука обусловлено тем, что струя выдыхаемого воздуха проходит через щель, образуемую между боковым краем языка и верхними коренными зубами, приводя в колебание щеку Это так называемое *щечное р.*

В числе указанных недостатков произношения фонемы *р* имеется несколько видов параротацизма (замена*р* согласными *р\ л, л', й, г, д).* Некоторые из них, в частности замена*р* на*р* на *л* или *л* часто находят свое отражение в письме.

В большинстве случаев тот или иной вид ротацизма охватывает как твердую фонему *р,* так и мягкую*р'* Нередко, однако, при дефектном *р* отмечается нормальное *р'* Иногда бывает и обратное.

Предрасполагающими к ротацизму анатомическими аномалиями могут служить когзоткаяподъязычная связка, узкое и высокое нёбо, чрезмерно узкий или шШйв'Шй!, недостаточно пластичный язык. Первая попытка исправить ротацизм у дошкольников или младших школьников на основе подражания предполагает слуховое восприятие фонемы, подкрепленное примерами рокочущих звуков (рокот мотора, раскаты грома и т. п.). Одновременно используется возможность видеть и контролировать с помощью зеркала (при несколько открытом рте) форму, положение и работу языка.

Поднесение кисти руки ко рту в момент произнесения фонемы *р* позволяет ощутить прерывистость струи выдыхаемого воздуха. Однако простое подражание приводит к цели в самых легких случаях. Как правило, выработка нормального произношения фонемы *р* требует специальных упражнений.

Если фонема *р* заменяется своей мягкой парой, то путем постепенного расширения рта во время протяжного произнесения звука*р* можно автоматически вызвать некоторое перемещение артикуляции переднего края языка назад, что влечет за собой более твердый оттенок звука. При необходимости следует воспользоваться механической помощью: для раскрытия рта слегка

нажать большим пальцем на подбородок, для перемещения языка назад ввести под него шпатель или зонд.

При обратной замене, когда вместо мягкого *р'* получается твердое, надо добиваться постепенного перемещения языка вперед, к вер

к верхним резцам, исходить из сочетания согласного с передним гласным *и*.

В большинстве случаев для получения артикуляции фонемы *р* необходимы подготовительные упражнения^, которые ведутся в двух направления^рЮдин ряд упражнений направлен на то, чтобы, добившись пртвильного положения языка, получить так называемое фрикативное />, артикулируемое при том же положении языка и в том же месте, что и нормальное, но пока без вибрации (вроде английского г), например, в словах *bjread, dream)*. ,

Другой ряд упражнений направлен на вырабо^К^вибрации языка. Если ребенок правильно произносит вер^шя^ГТи^ ж, то получить фрикативное *р* нетрудно. Достаточно предложить ему произнести протяжно фонему *ж* при несколько открытом рте без округления губ и переместить передний край языка немного вперед, к деснам верхних резцов. Добившись цели, следует закреплять фрикативное *р* на материале слогов, слов, а затем и фраз, не дожидаясь усвоения вибрации. Важно при этом, чтобы полученный звук произносился с достаточным напором выдыхаемого воздуха, при минимальной щели между передним краем языка и деснами. Должен быть ясно слышен не только голос, но и шум воздуха, проходящего через щель.

Если фонемы *ш* и *ж* произносятся неправильно, без подъема переднего края языка вверх, то надо проделать все те артикуляционные упражнения, которые были указаны для получения требуемого положения языка при постановке фонемы *ш*.

Для выработки вибрации следует исходить из быстрого повторения на одном выдохе звука д, артикулируемого особым образом – при несколько открытом рте и при смыкании переднего края языка не с резцами, а несколько глубже, с деснами верхних резцов или даже с альвеолами, как при произнесении английской фонемы *d*.

Упражнение может состоять сначала из двух-, трехкратного равномерного повторения звука *(дд, дд, дд.. ддд, ддд, ддд...)*, затем из таких же серий, но с усилением последнего звука.., а также и из многократного повторения звука как равномерного *(дддддд...)*, так и с ритмическим выделением, каждого третьего звука серии... Возможно также использование в качестве исходного звука *т (тд, тд; тдд, тдд)*. Работать должен только язык, при спокойном положении нижней челюсти.

Если возникает затруднение в выполнении указанных упражнений с раскрытым ртом или наблюдаются одновременные с работой языка «прыгающие» движения нижней челюсти, следует

ввести сбоку между коренными зубами деревянный шпатель или резиновый брусок, который будет выполнять в этом случае роль распорки. Вскоре необходимость в механической фиксации нижней челюсти отпадает.

В дальнейшем двух-, трехкратное повторение звука *д,* завершается гласными *а* или *ы.*

Полезным для выработки вибрации является произнесение *д* вместо фонемы *р* в словах с сочетаниями *тр* или *др* в начале *(тдава, тдамвай, тдусики, тдуба, ддова, ддозд, ддуг* и т. п.)

Другой прием выработки вибрации состоит в том, что во время длительного произнесения фрикативного *р* под язык подкла-дывается шпатель с шариком на конце. Шарик приводится в соприкосновение с нижней поверхностью языка, после чего быстрыми движениями шпателя вправо и влево вызывается механическое колебание языка, попеременное смыкание и размыкание его переднего края с альвеолами. Вместо шпателя с шариком может быть с успехом использован палец самого ребенка, предварительно чисто вымытый или обтертый ватой, смоченной в спирте. Вначале движение пальца осуществляется пассивно, с помощью логопеда, который держит кисть ребенка. В дальнейшем ребенок действует самостоятельно. Во время упражнений необходимо следить, чтобы язык постоянно возвращался в установленное положение, чтобы между ним и альвеолами сохранялась минимальная щель.

Наконец, очень способствует появлению самостоятельной вибрации языка сочетание альвеолярных *т* или *д* с фрикативным *р (др_____ , др _____ ; дддр _____ , дддр_____ ; тр_____ , тр тттр ттттр*). Вначале может получиться «мелкодробная» вибрация, при которой дрожит лишь самый край языка и число колебаний значительно превышает 20 в секунду. Дальнейшие упражнения, в частности с механическим колебанием языка, должны привести к вовлечению в колебание значительной части языка, что сразу замедлит частоту колебаний и доведет ее до нормальной.

После того как достигнута вибрация, необходимо путем разнообразных упражнений на материале слогов, слов и фраз произносимых постепенно все в более быстром темпе, добиться автоматизации усвоенной артикуляции и избавиться от излишне раскатистого произношения фонемы *р,* неизбежно на ранних этапах работы. Если вначале получится только твердое *р,* то од-

новременно с его закреплением необходимо начать работу над мягким p^{y} Если же вначале получится мягкое $p\backslash$ то вскоре следует начать работу над твердым p.

Недостатки произношения фонем л и л[9][5]

Недостатки произношения фонем л и *л*[9] носят название *лам-бдацизма.* Те разновидности дефекта, которые выражаются в замене этих фонем какими-либо другими, носят название *пара-ламбдацизма.*

Механизм образования фонемы *л* состоит в следующем. Положение губ зависит от смежных, главным образом последующих фонем, что видно, например, при сопоставлении слогов *ла, ло,* и *лу.* Верхние и нижние резцы находятся на незначительном расстоянии друг от друга. Язык упирается своим кончиком в верхние резцы или их десны. Боковые края языка не смыкаются с коренными зубами, в результате чего по бокам остаются проходы для выдыхаемого воздуха. Такой проход может быть лишь с одной стороны, чаще слева. Корневая часть языка поднята, благодаря чему при наличии боковых проходов с обеих сторон язык принимает форму седла. Мягкое нёбо поднято, закрывает проход в нос. Голосовые связки сомкнуты и вибрируют.

Мягкая фонема *л*[9] отличается по артикуляции от твердой тем, что поднимается не корневая часть языка, а передне-средняя часть его спинки, смыкается не только кончик языка с деснами, но и значительная поверхность передней части спинки языка с альвеолами. Нередко фонема *л* вообще произносится при опущенном кончике языка путем смыкания передней части спинки с альвеолами.

Ламбдацизм, охватывающий и фонему л, и фонему л', встречается очень редко. Обычно страдает лишь твердая фонема, тогда как мягкая произносится правильно. Это объясняется более сложной артикуляцией твердого л.

Недостатки произношения фонемы л имеют ряд разновидностей, причШПШГбгКйз них совпадают с рассмотренными видами ротацизма (параротациэма). Сюда относятся, в частности, выражение фонемы в слова^в виде удлинения смежных гласных. .Лфоизнесение л в виде краткого гласного звука типа ы.. фрикативного г.., замена л фонемой фонемой л* или полумягким (вологодским) звуком /.., фонемой *qjfrmn,* наконец, воспроизведение фонемы л в виде заднеязычного носового звука С, (как в конце английского слова *long,* или немецкого *lang).*

Пожалуй, наиболее распространенным видом ламбдацизма является воспроизведение в качестве фонемьУл двугубного сонанта *w,* который слышится, например, в английских словах *why, what.*

Этот звук напоминает *в* или краткое *у* и получается в результате присоединения к голосу легкого шума от трения струи выдыхаемого воздуха о стенки щели, образуемой сближенными

губами. Язык при этом оттянут вглубь рта, как при гласной фонеме *у*. Из аномалий анатомического строения речевого аппарата, предрасполагающих к ламбдацизму, следует указать короткую подъязычную связку.

Приемы исправления различных видов ламбдацизма имеют некоторые особенности, но в общем довольно единообразны.

Попытка исправить дефект на основе подражания предполагает слуховое восприятие фонемы, четко произнесенной в слогах *(ал_____ а, л ____ а)* логопедом, зрительное восприятие положения языка (при несколько раскрытом рте) и ощущение слабого теплого выдоха сбоку рта на поверхности поднесенной кисти руки.

Впрочем, исправить ламбдацизм на ^снове подражания удается ^редко^Мало того, не достигнув этим способом цели;" при использовании других приемов логопеду приходится временно отказаться от произнесения фонемы *л* в слогах (а тем более в словах) в качестве образца для ребенка, чтобы не вызвать у него ассоциированной со звучанием фонемы привычной артикуляции. В качестве специальных приемов исправления ламбдацизма необходимо указать следующие.

Ребенку предлагают по данному образцу, пользуясь зеркалом, свободно высунуть язык и зажать его между зубами, а затем, не меняя положения языка, произнести протяжно *а* или *ы*. Логопед только формулирует инструкцию, но сам на этот раз артикулирует перед зеркалом без голоса. Уже при этом положении речевых органов может получиться протяжное л, на что, однако, не следует пока обращать внимания ребенка, чтобы он не сбился на привычное произношение.

То же упражнение полезно проделать сначала шепотом, с усилением выдоха, обращая внимание на струю воздуха, выходящую по бокам рта (или с одного бока). Если возникают трудности в том, чтобы получить проходы по бокам языка и вместе с тем обеспечить форму ротовой полости, необходимую для твердого звучания фонемы л, то следует попробовать такую разновидность подготовительных упражнений, при которой ребенок, зажав зубами широко просунутый между ними язык, выдыхает воздух таким образом, чтобы раздувались щеки. Добившись цели, следует включить голос, в результате чего должно послышаться л с примесью шума, который в ходе упражнений на материале слогов, а затем слов постепенно исчезает. Первые упражнения, направленные на закрепление полученной артикуляции сводятся к

произнесению полученного звука в слогах с гласным а, сначала в закрытом слоге
ал ___ , затем между гласными *ал*_____ *а* и, наконец, в открытом слоге *ла.* Далее включаются слоги с гласными *ы, о и у.*

В тех случаях, когда возникают особые затруднения в образовании боковых щелей, например при параламбдацизме, проявляющемся в замене л фонемой я, можно рекомендовать применение зонда. Зонд укладывается поперек языка и прижимает *его боковые края, после чего кончик языка упирается в верхние зубы. При таких условиях струя выдыхаемого воздуха устремляется в проходы, образуемые с помощью зонда между боковыми краями языка и верхними коренными зубами. Зонд может быть заменен круглой пластмассовой палочкой, которая также укладывается поперек языка. Можно, наконец, прибегнуть к помощи шпателя и после установления смычки кончика языка с верхними зубами ввести шпатель сбоку в рот и отжать боковой край языка с одной стороны (у правшей – с левой, у левшей – с правой) внизу, образуя тем самым боковой проход для выдыхаемого воздуха. При включении голоса должен получиться боковой сонант.

Если добиться указанных выше укладов языка не удается из-за недостаточной пластичности языка, то следует провести серию артикуляционных упражнений, направленных на выработку умения придавать языку форму «колышка», упираться им в верхние резцы, оставляя по бокам проходы для выдыхаемого воздуха. Сюда относятся попеременное высовывание распластанного и суженного языка («лопатой», «колышком»), прикосновение кончиком суженного языка к нижней, к верхней губе, круговые движения языка по поверхности нижней и верхней губы («облизывание» губ), такие же движения языка в преддверии рта (между внутренней поверхностью губ и зубами), как бы очищая его от остатков пищи, укладывание кончика языка между губой и зубами внизу, затем наверху, попеременный упор языка в правую и левую щеку, прикладывание кончика суженного языка сзади к верхним резцам и т. п.

Если при исправлении ламбдацизма, связанного со сближением губ... возникают затруднения в преодолении губной артикуляции, полезно проделать упражнения в попеременном смыкании и размыкании губ с оскаливанием зубов.

В тех случаях, когда ламбдацизм затрагивает не только фонему л, но и ее мягкую пару $л^{9}$ исправление первой служит надежной базой л для усвоения второй, что обычно легко достигается в открытых слогах с гласными переднего ряда *(ли,* ле), а затем и с другими гласными при сопоставлении слогов, включающих л'и л.

Условием, предрасполагающим к ламбдацизму, является резко укороченная подъязычная связка, препятствующая движениям кончика языка, его высовыванию, подъему. При таких обстоятельствах приходится ставить вопрос о хирургическом вмеша

вмешательстве, решение которого может быть принято лишь после консультации с врачом-специалистом (стоматологом, отоларингологом).

После того как достигнута правильная артикуляция фонемы *л* и проделаны упражнения по ее закреплению на материале слогов, слов и фраз, в случаях параламбдацизма необходимо провести ряд упражнений, имеющих целью отдифференцировать вновь усвоенную фонему от той, которой она ранее заменялась.

Недостатки произношения фонем *к, к′,* г, г', *х, х′, й*

Недостатки произношения фонем *к* и *к′* носят название *каппа-цызма; г и г* [9] *— гаммацызма; х и х*[J] *– хитизма.* Те разновидности дефекта, которые связаны с заменой этих фонем какими-либо другими, называются *парakаппацизмом, парагаммацизмом, паразитизмом.* Недостаток произношения *й* называется *йотацизмом.*

Механизм образования фонемы *к* состоит в следующем. Положение губ зависит от смежных, главным образом последующих, фонем, что видно например, при сопоставлении слогов *ка, ко, ку.* Между верхними и нижними резцами сохраняется некоторое расстояние. Кончик языка опущен, а задняя часть спинки смыкается с нёбом, место смычка колеблется в зависимости от фонетических условий: при *ка* оно находится примерно на границе между твердым и мягким нёбом, при *ко и ку* перемещается глубже (язык смыкается уже с мягким нёбом). В момент произнесения звука смычка между языком и нёбом взрывается, освобождая путь находящемуся позади под давлением воздуху, который с характерным шумом вырывается наружу. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос. Голосовые связки разомкнуты.

Фонема *г* по механизму своего образования отличается от *к* лишь смыканием и последующей вибрацией голосовых связок уже в момент, предшествующий взрыву.

Особенность артикуляции фонемы дс, отличающая ее от *к,* состоит в том, что спинка языка не полностью смыкается с нёбом, оставляя по средней линии щель, проходя через которую струя выдыхаемого воздуха вызывает шум, присущий фонеме дс.

Мягкие фонемы *к′, г\ х*[y] отличаются от парных твердых перемещением смычки или щели, образуемых языком и нёбом, вперед, к средней части твердого нёба. Фонема *й* в восходящих дифтонгах артикулируется как озвонченная фонема *х* от которой она, таким

образом, отличается лишь смыканием и вибрацией голосовых связок.

Встречаются три основных вида каппацизма. В одних случаях вместо *к* слышится характерный негромкий гортанный щелчок.

...Этот звук получается в результате того, что голосовые связки плотно смыкаются, действием выдыхательных мышц под ними создается повышенное давление воздуха, после чего смычка взрывается и воздух с шумом прорывается через голосовую щель.

В других случаях имеет место паракаппацизм в виде замены фонемы лна т... В третьем случае взрывная фонема *к* заменяется фрикативной дс, что опять-таки характеризует дефект как паракаппацизм...

Аномалией в строении речевого аппарата, предрасполагающей к возникновению каппацизма, является неправильная форма твердого нёба, когда оно оказывается слишком высоким и узким, затрудняющим образование плотной язычно-нёбной смычки. Если не удается исправить фонему *к* на основе подражания с показом артикуляции перед зеркалом и пластического изображения смычки языка с нёбом кистями рук, то следует воспользоваться механическим способом постановки *к* от *т* с помощью шпателя. Ребенка побуждают произнести слоги *та-та-та.* Повторному произнесению тех же слогов предшествует нажим шпателем на переднюю часть спинки языка, удержание ее за нижними резцами. При таких условиях вместо *та* должно получиться *кя.* Наконец шпатель продвигается еще глубже, благодаря чему получается чистое *ка.*

Во время упражнений нельзя напоминать ребенку о фонеме *к* и тем более произносить ее в виде образца, так как это может вызвать у него возврат к привычной дефектной артикуляции.

В одних случаях указанные этапы постановки фонемы *к* могут быть пройдены в течение одного занятия, тогда как в других приходится задерживаться на первом *(тя)* и на втором *(кя)* этапах в течение нескольких занятий. Попытка сразу получить твердое *к* путем глубокого нажима на язык нередко приводит к тому, что ребенок оказывается не в состоянии образовать смычку языка с нёбом, в результате чего весь ход работы срывается.

Проделывая указанные упражнения, в дальнейшем полезно, чисто вымыв руки, предложить ему самому удержать переднюю часть спинки языка внизу, нажав на нее указательным или средним и указательным пальцами.

После того как в результате серии упражнений новая артикуляция несколько укрепится, можно поставить ребенка в известность о том, что у него получается фонема *к,* и продолжать упражнения на материале простейших слогов типа *ка, ака, ак,* а также слов с фонемой *к* в начале (при сохранении механической

помощи). В дальнейшем делаются пробы произнесения слогов без нажима на язык. Предложив ребенку произне

сти с пальцем три слога подряд и держа при этом его руку, логопед неожиданно отводит ее, допустим на третьем слоге, в результате чего на известном этапе работы слог произносится по инерции, без механической помощи. Как только это окажется возможным, механическое воздействие на язык устраняется полностью.

Проделывая упражнения по закреплению фонемы *к* в слогах и словах, следует обращать внимание на то, чтобы перед гласными переднего ряда *(ке, ки)* смычка языка с нёбом перемещалась вперед, без чего не может быть получено правильное звучание этих слогов, в которых твердая фонема *к* должна переходить в мягкую *к'*

При соблюдении этого требования, добившись правильного произношения фонемы *к,* можно без затраты каких-либо дополнительных усилий получить и ее мягкую пару – фонему *к*^{у} В тех случаях, когда исправляется паракаппацизм, выражающийся в замене фонемы *к* на *т* или дс, упражнения на материале слогов, слов и фраз должны быть направлены как на ее закрепление, так и на дифференциацию с ее прежним заменителем.

Недостатки произношения фонемы дс могут проявляться либо в нарушении нормального ее звучания (хитизм), либо в ее замене фонемой *к* (парахитизм). В первом случае обычно слышится ослабленный гортанный шум, который возникает вследствие того, что выдыхаемый воздух встречает на своем пути щель, образуемую не языком и нёбом, а сближенными голосовыми связками... Такое образование фонемы дс, вполне нормальное для многих языков (в том числе украинского), не свойственно русскому языку. Во втором случае язык активно участвует в артикуляции, однако вместо щели образует с нёбом смычку. В обоих случаях следует прежде всего попытаться получить правильное произношение дс исходя из фонемы *к* и сопровождая ее придыханием, в результате чего должна получиться своеобразная язычно-задненёбная аффриката, нечто вроде *кх.* В дальнейшем остается лишь отделить фрикативную часть такого сочетания от взрывной и закрепить упражнениями полученную артикуляцию.

Если такой прием не приведет к цели, то следует воспользоваться другим, не столь простым, но гарантирующим успех. Он состоит в постановке дс от с механическим способом, аналогичным тому, с помощью которого ставится *к* от *т* (см. выше). Ребенка побуждают произнести слог *с* _____я, протягивая согласную фонему. Повторному воспроизведению того же слога предшествует нажим шпателем на переднюю часть спинки языка, удер-

живание ее за нижними резцами. При таких условиях вместо *са* получится нечто среднее между *ся* и *ща* Дальнейшее продвиже

ние шпателя в глубь рта приводит к превращению слога *са* в *хя*, а при еще более глубоком нажиме получается *ха*. Как и в случае постановки фонемы *к*, указанные три этапа *(ся-хя-ха)* могут потребовать у разных детей затраты различного времени. С помощью собственного пальца (или двух) ребенок опять-таки может вскоре сам удерживать свой язык в требуемом положении. За первичной постановкой фонемы *ж* следуют упражнения на материале слогов, слов и фраз, которые в случае парахитизма, выражающегося в замене *х* фонемой *к*, должны быть направлены не только на закрепление фонемы, но и на ее дифференциацию с прежним заменителем.

Недостатки произношения фонемы *г* в общем аналогичны рассмотренным выше разновидностям каппацизма и хитизма. В одних случаях вместо *г* слышится гортанный щелчок, в других — звук у (южнорусское г, представляющее собой как бы озвонченное *х)*, в третьих — гортанный, звонкий фрикативный звук, образуемый сближением и вибрацией голосовых связок (украинское *г)*. Встречается также, чаще у детей дошкольного возраста, пара-гаммацизм в виде замены *г* фонемой *д*.

Если правильно произносится фонема *к* (изначально или в результате исправления каппацизма), то первая попытка устранения гаммацизма должна состоять в показе и объяснении отличия фонемы *г* от ее глухой пары. При этом полезно приложить руку ребенка к шее (выше гортани) и дать возможность ощущать ее вибрацию и движение передней стенки глотки под давлением воздуха, скапливающегося в ней до взрыва воздуха.

Если эти приемы не приведут к цели, то следует воспользоваться механическим способом постановки фонемы *г* от *д*, аналогичным тому, который был указан выше для постанови фонемы *к* от *т*. На этот раз ело! *да* последовательно преобразуется в *дя* (первый этап), затем в *гя* (второй этап) и, наконец, в *га* (третий этап).

За первичной постановкой фонемы г, следуют упражнения на материале слогов, слов и фраз, которые в случае парагаммацизма, выражающегося в замене фонемы *г* на д, должны быть направлены как на закрепление фонемы, так и на ее дифференциацию с прежним заменителем.

Недостаток произношения фонемы *й* встречается преимущественно у дошкольников и состоит обычно в ее замене фонемой л'

Взамен артикуляции, присущей фонеме й, используется нижний или верхний вариант артикуляции фонемы л ' (см. выше).

Исправление недостатка в простейших случаях может быть достигнуто путем временной замены фонемы *й* гласной фоне

мой *и*. Ребенку предлагается произнести сочетания гласных типа *иа, аиа, ио, аио, аи, ои* и т.п., несколько протягивая фонему *и*. В таком же виде произносятся простейшие слова с восходящими и нисходящими дифтонгами; *иа, иаблоко; ио, иожик; аи, играй; ои, стой* и т.п. Далее включаются более трудные слова: *маиак, сме-иотся, играиут* и т.п. Наконец следуют самые трудные: *обезиана, пиот, шиут* и т.п.

Постепенно длительность гласного *и* сокращается и из слогового звука он превращается в неслоговой.

Если указанный прием не приведет к цели, можно воспользоваться механическим способом постановки *и* от фонемы *з*, аналогично тому как фонема *х* ставится от *с* (см. выше), но с той разницей, что завершающим является в данном случае не третий, а второй этап работы. Ребенка побуждают произнести слог *за* (протягивая согласную фонему) и нажимают шпателем на самую переднюю часть языка, в результате чего получается нечто среднее между *(з'а)* и *(ж'а)*. Затем шпатель продвигается несколько глубже, пока не послышится четкое *йа*.

Подобным же образом из сочетания *аз _____а* получается *айа*. Далее из сочетаний *зо, зу, зе, азо, азу, азе* получаются слоги *йо(ё), йу(ю), йе(е), аё, аю, ае* и т.п.

Когда новая артикуляция несколько укрепится и ребенок сможет воспроизводить ее без механической помощи, можно воспользоваться простейшими словами с начальными восходящими дифтонгами.., а затем перейти и к другим словам, включающим дифтонги и в середине, и в конце...

Недостаток произношения звонких согласных

Специфическим недостатком, объединяющим звонкие фонемы различного способа и места образования, твердые и мягкие, является воспроизведение их в виде соответственных парных глухих... Этот недостаток является нередко спутником тугоухости. Поскольку при нем одни фонемы заменяются другими, рассматриваемый недостаток произношения относится к числу фонологических. Он часто тяжело отражается на усвоении письма.

Исправление недостатка следует начинать с фрикативных фонем *з* и *ж* как более легких для усвоения. В качестве же исходной следует избрать фонему *в*, которая обычно произносится правильно, звонко.

Логопед произносит протяжно фонему **ф,** а затем, не прерывая выдоха, включает голос и переходит на фонему *в (ф _в ___)*. При этом он обращает внимание ребенка на различие в звучании фонем, но и на то, что в момент произнесения второй из

них можно, прикоснувшись рукой к гортани, ощутить ее вибрацию. Наличие вибрации может быть зафиксировано виброскопом в виде вспышки лампочки.

В следующий момент то же упражнение вместе с логопедом сопряженно (одновременно) проделывает ребенок, контролируя одной рукой вибрацию гортани логопеда, а другой – своей собственной гортани.

Затем таким же образом произносится фонема с, которая при включении голоса преобразуется в фонему *з (с ___ з ___)*.

Работа над звонкими фрикативными согласными заканчивается постановкой фонемы ж, что также достигается включением голоса в момент длительного произнесения фонемы *ш (ш ___ ж ____)*.

За первичной постановкой фонем *з* и ж следуют упражнения на материале слогов, слов и фраз, направленные на их закрепление и на дифференциацию с парными глухими фонемами *(з-с, ж-ш)*.

Значительно большие трудности могут возникнуть при постановке звонких взрывных *б у д* и *г*.

Начинать следует с фонемы *б*, которая должна быть дана в качестве образца в ряде слогов *ба-ба-ба*. При этом полезно несколько удлинять тот момент произнесения фонемы, когда голос звучит еще при сомкнутых губах, до взрыва. При переходе от слога к слогу голос звучит непрерывно. Ребенку необходимо дать возможность воспринимать этот ряд слогов как на слух, так и с помощью осязания вибрации гортани и щек. В некоторых случаях целесообразно вначале произносить фонему *б с* некоторым раздуванием щек, побуждая к такой артикуляции и ребенка. При таком произнесении легче воспроизвести задержку на смычном моменте. В качестве пособия для контроля над вибрацией голосовых связок можно рекомендовать виброскоп.

Если указанный прием не приведет к цели, то следует воспользоваться другим, связанным с постепенным подходом к требуемой артикуляции. Ребенка побуждают дуть сквозь пассивно сближенные губы. Щеки и губы при этом раздуваются. Для контроля используется зеркало, ко рту подносится полоска бумаги или рука ребенка. В следующий момент к дутью прибавляется голос, в результате чего должен получиться гудящий звук, нечто вроде *в*, которое, однако, артикулируется не как обычно, а двумя сближенными губами. Достигнув этого, логопед прикладывает вытянутый указательный палец горизонтально между нижней губой и подбородком, после чего быстрым движением пальца вверх и

вниз производит попеременное смыкание и размыкание губ. Если ребенок, выполняя требование, продолжает непрерыв-

но тянуть двугубное в, то в результате механического смыкания и размыкания его губ должно получиться многократное произнесение фонемы *б (бббб...).* Постепенно движения пальца замедляется, что приводит к появлению ряда слогов с неопределенными гласными, средними между *э* и *ы (бэбэбэ...* или *быбыб...).* После того как достигнуто правильное звучание *б* при замедленном темпе можно попробовать получить у ребенка произнесение подобного же ряда слогов самостоятельно, без механической помощи логопеда. Если это удается, то можно перейти уже и к произнесению отдельного слова *ба,* следя, чтобы фонема ^воспроизводилась в нем отчетливо, с некоторой выдержкой звучания голосам момент смычки и, при необходимости, с некоторым раздуванием щек. Далее следует закрепление полученной фонемы в слогах,' словах и фразах.

Усвоение фонемы *б* служит базой для постановки *д.* Прежде всего следует воспользоваться аналогией, предложив ребенку, держа руку на гортани, произнести такие пары слогов: *фа-ва, са-за, ша-жа, па-ба, та-да.* Если таким путем не удастся вызвать фонему *д,* то надо попробовать достичь этого путем произнесения слова *да* вслед за рядом предшествующих слогов с фонемой *б (бабабада, бабабада),* пользуясь при этом контролем над вибрацией гортани. Нередко в таких случаях фонема *д* получается как бы по инерции.

В тех случаях, когда й этот прием не позволяет добиться успеха, следует воспользоваться обходным путем, который состоит в следующем. Произносятся слоги *ба-ба-ба...* Затем то же упражнение проделывается при просто просунутом между губами языке. Должно получиться межгубное *д,* по звучанию нечто среднее между *д* и *б.* Такую артикуляцию следует закрепить в слогах с гласными *(да, до, ды; ада, адо, ады).* Затем можно перейти к межзубному *д.* Для этого во время произнесения слогов *да-да-да* при межгубной артикуляции надо пальцами приподнять верхнюю губу. Язык автоматически прижмется к верхним резцам, и получится межзубное *д,* которое в дальнейшем в результате предварительного сжатия зубов легко превратить в нормальное, за-зубное.

При очень редких верхних зубах межзубное *д* может не получиться из-за утечки воздуха в щели между резцами верхней челюсти. В таких случаях от межзубного *д* следует переходить прямо к зазубному.

Наличие фонемы *д* служит предпосылкой постановки третьей звонкой взрывной фонемы — г, которая нередко получается по

аналогии в результате сопоставления таких пар слогов: ***па-ба, та-да, ка-га.***

Можно попытаться получить фонему г, произнося ряд слогов *{бадага, бадага* или *дадага, дадага).*

Все упражнения проделываются с контролем над вибрацией гортани путем прикосновения к ней кисти руки.

Если оба приема окажутся недостаточными, то следует воспользоваться механическим способом постановки фонемы *г* от *д* с помощью шпателя (см. выше).

Добившись воспроизведения звонких взрывных согласных, необходимо упражнениями на материале разнообразных слогов, слов и фраз закрепить их в речи и отдифференцировать от парных глухих *{п-б, т-д, к~г).*

Недостаток произношения мягких согласных

Специфический дефект произношения мягких согласных заключается в замене их парными твердыми... Артикуляция соответственных звуков лишена подъема средней части спинки языка к твердому нёбу, необходимого для сообщения им мягкости.

Так же как и замена звонких согласных глухими, данный недостаток носит фонологический характер и обычно затрудняет овладение письмом. Он часто является спутником тугоухости. Попытка исправить дефект на основе подражания предполагает слуховое восприятие звучания и зрительное восприятие артикуляции мягких фонем при их сопоставлении с соответствующими твердыми... Следует пояснить ребенку, что при произнесении твердых губных язык имеет плоскую форму, при мягких же его кончик упирается в нижние резцы, а спинка выгибается к твердому нёбу. Приоткрыв рот, надо показать перед зеркалом различие в положении языка и побудить ребенка воспроизвести увиденное. Можно воспользоваться и схематическим изображением профиля артикуляции твердых и мягких фонем, например *п* и *п'*

Далее следует пробное повторение за логопедом слогов с губными и язычно-зубными парными мягкими согласными: *па-пя, апа-апя, ап-апъ, та-т, ата-атя, ат-атъ, ма-мя, ама-амя, фа-фя, афа-афя, аф-афъ,* и т. п. В случае успешного воспроизведения мягких полезно сразу же использовать примерные слова с мягкими согласными *{пять, Катя, мяч* и т. п.).

Если прямое подражание окажется неэффективным, можно попробовать обходной путь. Ребенку предлагается произнести гласный *и,* а затем слог *пи.* При наличии смягчения фонемы *п* в позиции перед гласным надо предложить несколько раз повторить

тот же слог шепотом, постепенно укорачивая и, в результате чего может получиться отчетливое *п'с* некоторым придыханием. Тогда следует перейти к сочетанию *ани,* которое должно

произноситься сначала громко, затем шепотом и наконец так, чтобы первый гласный звучал громко, а второй шепотом и кратко. Так можно получить сочетание *апь*. Закрепив полученное таким образом мягкое /Г, можно перейти к открытому слогу яя, сначала отделяя согласную форму от гласной $п^9$ — я, а затем сливая их. Далее можно перейти к слогам с другими гласными, к словам и к работе над Другими губными мягкими согласными $м'$, $ф^9$, $в^9$ Следуя тому же пути.

В более трудных случаях, когда попытки вызвать мягкие согласные по подражанию оказываются безуспешными или малоэффективными, рекомендуется применение механического способа, который состоит в следующем. В качестве исходной используется фонема in, от которой с помощью механического воздействия на язык ставится фонема $т^9$ Выбор Данной пары согласных определяется тем, что фонема $т^9$ может отличаться от фонемы $т$ (так же, впрочем, как $д$ от $д^9$, $н$ от $н^9$ и $л$ от $л^9$) не только подъемом спинки языка (верхний вариант артикуляции), но и опущенным к нижним резцам кончиком языка (нижний вариант артикуляции). Благодаря этому, предложив ребенку произнести несколько раз фонему $т$ или слог $та$ и удерживая при этом кончик языка шпателем за нижними резцами (прижимая передний край языка), можно автоматически получить фонему $т^9$ в изолированном виде или в открытом слоге. Такой эффект достигается тем, что механическое удерживание языка внизу вынуждает образование смычки с помощью его спинки, что неизбежно вызывает ее подъем к нёбу. Аналогичным путем из слога $ат$ получается $ат^9$ Такой способ постановки iff' представляет собой не что иное, как выполнение первого этапа механической постановки $кот$ $т$ (см. выше). После того как в результате упражнений с помощью шпателя, а затем и собственного пальца ребенка артикуляция будет закреплена, следует отказаться от механических средств и проделывать дальнейшие упражнения на основе самостоятельного воспроизведения фонемы $т'ъ$ разных слогах и словах.

Тот же механический способ применяется при постановке д'от $д$ и $н^9$ от $н$.

Усвоив на примере язычно-зубных смычных принцип образования мягких согласных от парных твердых путем подъема спинки языка к нёбу, ребенок легче овладевает последующими мягкими, которые целесообразно ставить в следующем порядке: $ф^9$, $в^9$, $п^9$, $м^9$ $у$ $с^9$, $*'>р'$, $л$ |

Что касается фонем *к'*, *г'* и *х'*, то специальной работы над ними обычно не требуется, так как в русском языке они, как правило, встречаются лишь перед гласными *и*, *е*...*и* усваиваются в этой позиции (особенно перед фонемой *и)* без труда.

Закрепляя мягкие согласные на материале слогов, слов и фра.з. необходимо уделить специальное внимание упражнениям, на правленным на их дифференциацию (не только в произноше нии, но и'на слух) с твердыми, а также соответственным упраж нениям в чтении и письме.

Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной - М. 1968. - С. 271-337

Г. В. Чиркина

Основы коррекционного обучения

Обнаруженные особенности восприятия речевых звуков у детей, вытекающие из речедвигательных расстройств, являлись основным препятствием полноценному обучению грамоте, так как основным условием овладения буквой является умение выделять из речевого потока четкие константные звуки и объединять их в фонемы.

Как указывает А. Р Лурия, процесс формирования восприятия звуков и речевого слуха осуществляется при ближайшем участии артикуляторного аппарата и только в процессе активного артикуляторного опыта приобретает свой законченный характер.

Одной из главных педагогических задач, стоявших перед нами, была работа над развитием слухового восприятия и овладением навыками звукового анализа и синтеза. Одно исправление дефекта произношения без целенаправленной работы над слуховым восприятием являлось недостаточным, так как не восполняло пробелов в фонематическом развитии детей, носящих к этому периоду стойкий характер. Однако все вышесказанное не снимает важности коррекции произношения, а, напротив, делает ее особенно необходимой, так как ребенок правильнее различает те звуки, которые он произносит.

Таким образом, перед нами стояли следующие задачи:

1) Обучение школьников, имеющих нарушение артикуляции, произношению, т.е. развитие артикуляционной моторики, речевого дыхания и постановка звуков.

2) Развитие фонематических представлений и овладение навыками звукового анализа.

Коррекция или предупреждение недостатков письма тоже должны осуществляться одновременно с работой в названных выше направлениях.

В современной логопедии довольно тщательно разработаны методы работы над произношением у детей, страдающих ринолалией и дизартрией. Мы в процессе обучения произношению часто пользовались многими специальными приемами коррекции звуков, уже описанными в литературе (Ф. А. Рау, Ф. Ф. Рау О. В. Прав-? дина, А. Г Ипполитова, З. Г Нелюбова, Е. Ф. Рау, Р. И. Шуйфер и др.). Но в нашей работе над формированием произносительной стороны речи существовал ряд отличий, которые повлекли за собой и некоторое своеобразие в характере постановки звуков, последовательности изучения звуков и другие. Перед нами стояла новая задача – связать обучение произношению с грамотой, это и заставило нас пересмотреть некоторые требования к коррекции произношения.

Исследования Р Е. Левиной, Л. Ф. Спировой, Г А. Каше раскрыли содержание готовности ребенка к усвоению грамоты, которая складывается в процессе формирования устной речи задолго до систематического обучения письму и чтению. В процессе нормального формирования устной речи у ребенка накапливается опыт познавательной работы в сфере звуковых обобщений. Таким образом, на ранних этапах развития устной речи возникают предпосылки усвоения письма.

В процессе формирования устной речи детей с речедвигатель-ными нарушениями мы должны были создать необходимые условия для возникновения этих предпосылок. Для того чтобы ребенок был готов к обучению письму, он должен уметь произвести звуковой анализ слова, выделить каждый звуковой вариант из слова, соотнести звуковой вариант с фонемой. Иными словами, ребенок должен достигнуть такой ступени слухоречево-го развития, при котором становится возможным формирование обобщенного представления звуковых вариантов основного звука, т.е. фонематического представления.

С другой стороны, многочисленные исследования показали, что для формирования фонематических представлений необходима нормальная произносительная деятельность, которая, как правило, чрезвычайно затруднена у детей изучаемой группы. Следовательно, при их обучении возможно формирование фонематических представлений с опорой на какой-то определенный минимум произносительных средств, с привлечением широких компенсаторных возможностей.

Для того чтобы распознать фонему, необходимо различать те ^е^е звуковые признаки, которыми она отличается от других фо-^Не^м, т.

е. существенейшим условием ее распознавания является пРотивопоставляемость всем остальным фонемам, отдифферен-ЦИрованность ее.

Первоначальная задача в коррекции произношения детей описываемой категории – добиться дифференцированного произношения. Поскольку основной причиной недостатков произношения является полная или частичная неподвижность речевого аппарата, внимание было направлено на развитие его подвижности.

Для преодоления амимичности лица мы проводили массаж всей лицевой мускулатуры (А. Г Ипполитова, О. В. Правдина), который заключался в легком похлопывании по щекам, пощипывающих движениях пальцами по краю нижней челюсти, в поглаживающих движениях по кожному покрову лица. Кроме того, проводился систематический массаж губ, который состоял в поглаживающих движениях по губам, легком пощипывании сомкнутых губ, механическом сближении губ в горизонтальном и вертикальном направлении. Мягкое нёбо массировалось ладонной стороной большого пальца в направлении спереди назад.

Различные упражнения по развитию артикуляционной моторики предъявлялись в зависимости от выявленного диапазона движений речевого аппарата.

У детей с тяжелой степенью псевдобульбарной дизартрии работу над речевой моторикой приходилось начинать с использования непроизвольных движений (О. В. Правдина, М. Б. Эйдинова). Имеющиеся непроизвольные движения закреплялись путем систематического повторения. Ученик наблюдал в зеркале движения органов артикуляции при кашле, зевании, жевании и учился производить их самостоятельно по речевой инструкции.

Одновременно начиналась пассивная гимнастика органов артикуляции (О. В. Правдина, А. Г Ипполитова), которая производилась с механической помощью (зонды, шпатели) с обязательным визуальным контролем. Движения производились плавно, медленно, с постепенным увеличением нагрузки. Когда пассивные движения становились более свободными, механическая помощь отбрасывалась. Ребенок должен был самостоятельно удержать полученное положение языка, губ. Это создавало возможности для перехода к активной гимнастике, к произвольным движениям, так как пассивное воспроизведение «посылает импульсы в те кинестетические клетки, раздражение которых активно производит это движение».

В период обучения особенно большое внимание отводилось преодолению слюноотделения, что также способствовало развитию моторики артикуляционного аппарата. Мы использовали

прием А. Г Ипполитовой, которая рекомендует приучать ребенка производить жевательные движения с закинутой головой.

Приведем примерные виды упражнений по развитию отдельных органов артикуляции, которые применялись нами особенно широко:

Движения нижней челюсти

1. С механической помощью: движения рукой вправо – вле-^ во, вверх – вниз (логопед держит подбородок ребенка).

2. Активные движения – открывание и закрывание рта; щелкание зубами, удержание рта открытым под счет. (Все упражнения производятся перед зеркалом.)

Упражнения для развития движения губ

1. Удержание губами различных предметов (пластмассовых трубочек) с постепенным уменьшением диаметра.

2. Вытягивание сомкнутых губ – возвращение в нормальное положение.

3. Вытягивание губ хоботком – растягивание губ при сжатых челюстях (сначала с механической помощью).

4. Вытягивание губ – растягивание их в улыбку при раскрытых челюстях.

5. Вытягивание верхней губы вместе с языком (язык толкает верхнюю губу).

6. Втягивание губ внутрь рта, с плотным прижатием к зубам.

7 Прикусывание нижней губы верхними зубами.

8. Вытягивание верхней губы за нижнюю.

9. Вращательные движения губ, вытянутых хоботком.

Когда дети научатся смыкать губы, тогда можно будет перейти к следующим упражнениям по воспитанию ротового выдоха: дуть на ватку, полоску бумаги, целлулоидный шарик.

Когда ребенок научится надувать щеки и смыкать губы, можно перейти к постановке звука *п*.

Упражнения, направленные на развитие подвижности языка детей с тяжелыми нарушениями артикуляции, надо начинать с непроизвольного рефлекторного уровня.

1. Для выдвижения языка вперед к губам ребенку протягивается конфета, или нижняя губа намазывается вареньем.

2. Для сокращения языка нужно положить кусочек сладкого на кончик языка или дотронуться до кончика языка шпателем.

3. Для выработки движений языка в сторону положить кусочек сахара между щекой и зубами или намазать сладким уголок рта.

4. Для поднятия кончика языка дотрагиваться карамелькой до верхней губы.

Эти упражнения подготавливали активные движения языка. Затем проводится пассивная и активная гимнастика языка.

1. Движения языка вперед – назад производить захватыванием кончика языка через стерильную салфетку.

2. Прикусывание кончика языка.

3. Движения языка вправо – влево выполнять сначала с механической помощью.

4. Поднятие языка за верхние зубы.

Был использован прием, рекомендуемый О. В. Правд иной – язык продвигается между губами, ребенок причмокивает губами и языком. Губы отодвигаются логопедом, в то время как ребенок продолжает щелкать спинкой языка о края верхних зубов. Шпателем логопед отодвигает кончик языка вглубь, и таким образом вырабатывается прищелкивание языка у альвеол верхних зубов. Путем систематических упражнений ребенок научается удерживать язык в верхнем положении.

5. Присасывание яъдка к нёбу (подготовка постановки звука *р*). Присасывание сначала вырабатывалось при закрытом рте. Затем мы опускали нижнюю челюсть ребенка. Таким образом вырабатывалось присасывание языка к нёбу.

6. Дутье на распластанный язык (после того как была выработана правильно направленная струя воздуха). Воздушная струя массирует язык, увеличивает его эластичность.

Некоторые из полученных движений мы комбинировали, так как это способствовало выработке переключения от одного движения к другому. Например, вытянуть язык, поднять его и прижать к верхним альвеолам, высунуть и прижать к нижним альвеолам. Также постепенно увеличивали дозировку упражнений.

Одновременно проводилась работа над развитием правильного речевого дыхания и над голосом.

По мере того как отрабатывались у детей некоторые движения артикуляционного аппарата, начиналась постановка звуков, артикуляция которых была подготовлена этими упражнениями.

Намечая последовательность изучения звуков, мы учитывали три момента: степень доступности звуков для произношения и постепенность перехода от меньших произносительных трудностей к большим, их артикуляционную и акустическую близость и возможность подбора слов, включающих изучаемые звуки.

Степень доступности звуков для произношения зависит от ряда обстоятельств, в частности от возможности зрительно воспринимать отдельные элементы артикуляции и наличия «орального образа звука». Звуками, имеющими видимую артикуляцию, считаются следующие: **я**, о, *у*, **э**, **и**, **я**, *б*, *м*, *ф*, *в*, **ш**, **ж**, **л**, **с**, #**я**, *к* (по

степени уменьшения видимых элементов артикуляции). Возможность наблюдать за артикуляционными позициями языка, губ облегчает создание «имитационного образа», так как образуются

связи между зрительными и двигательными впечатлениями. Существенное значение имеет и доступность артикуляции для кинестетического восприятия. С этой точки зрения губные согласные звуки легче для усвоения, чем язычные.

По легкости артикуляции самыми простыми принято считать гласные звуки и среди них звук *а*, который образуется продвижением вперед прижатого ко дну ротовой полости языка. Большинство авторов, изучающих фонетику детской речи и технику произношения, отмечают, что среди согласных взрывные легче усваиваются, чем фрикативные. В. А. Богородицкий пишет, что произношение фрикативных представляет больше трудностей для усвоения по сравнению с взрывными: взрывные требуют простого грубого прижатия органа, тогда как для призубных орган произношения должен держаться приближенным или отчасти касающимся, но не нажатым. А. Н. Гвоздев подчеркивает, что ранее всех усваиваются взрывные звуки я, *т*, *к*. Предлагают начинать работать над согласными со взрывных Ф. А. Рау и М. Зееман.

Нужно отметить, что очень удобно начинать работать над взрывными согласными с детьми, страдающими ринолалией, так как создается воздушное давление, способствующее закрытию мягкого нёба (Е. Ф. Рау). В более тяжелых случаях нарушения артикуляционного аппарата существенно облегчает артикуляцию близость ее к безусловным рефлекторным движениям: жевания, глотания и т. д.

Таким образом, наиболее легкими в артикуляторном отношении оказываются гласные звуки, соноры *м*, *н* и взрывные согласные, среди которых самый легкий звук л. Из фрикативных звуков наиболее легкие звуки *ф*, *в* и *х*. Однако в ряде случаев (например, при расщеплении губы) трудными являются губно-губные звуки (л, *б*).

Вторым существенным моментом для определения последовательности постановки звуков является их акустическая и артикуляционная близость. Известно, что усвоение звука усложняется, если его артикуляция близка к артикуляции ранее усвоенного звука. Кроме того, у детей, имеющих расстройства артикуляции, возможны замены гоморганных звуков, т.е. звуков, сходных по артикуляции (л, *б*, *м*; ш, *д*, л; *к* — *т*) и др. Также трудна дифференциация гласных *а* — *о* — *у*, *и* — *ы*. Анализ ошибок письма свидетельствует о смешении глухих и звонких согласных, свистящих и шипящих, поэтому последовательность изучения звуков Должна, как в нормальном развитии детской речи, отражать по-

степенный переход от грубых дифференцировок к более тонким. Вот почему изучение звуков *у*, о, *м*, я, и, *ы* должно быть рассредоточено во времени.

Третьим моментом является возможность подбора слов, включающих изученные звуки. С этой точки зрения изучается звонкий звук *в* раньше, чем *ф; ы* раньше, чем *э* (хотя звук э более легкий). Раньше включаются в изучение более трудные звуки *л* и с, так как со звуком *л* много обиходных слов, обозначающих глаголы прошедшего времени.

Итак, целесообразно поставить в первую очередь следующие звуки: а, я, *у, м, к,* ы, я, дс, в, о, /я, *с, л* (1-я группа). На этом звуковом материале проводятся упражнения по дифференциации звуков, наиболее резко противопоставленных в артикуляционном отношении:

1) дифференциация ротовых и носовых звуков я — *м*\

2) дифференциация *м — н* (внутри группы сонаров);

3) дифференциация *к — т* (внутри группы взрывных звуков);

4) дифференциация гласных *а — у — о — ы —;*

5. Дифференциация взрывных и фрикативных звуков *т и с* .

Перечисленные звуки, как наиболее легкие, в ряде случаев можно отработать до нормы. Но в выраженных случаях артикуляционных расстройств и эти звуки представляют большую произносительную трудность и требуют специальных приемов.

Иногда приходилось помогать ребенку произвести движения, необходимые для произношения того или иного звука. Например, при анартрии мы механически сближали губы для создания артикуляционной установки звука я. Кроме того, существенную помощь оказывало четкое произношение изучаемого звука самим учителем в момент артикулирования ребенком. Это способствовало тому, что недостаточно четкие кинестетические раздражения от собственного неполноценного произношения восполнялись за счет слуховых раздражений, связанных с восприятием чужой четкой речи.

В тех случаях, когда мы не смогли добиться полноценного произношения звука, мы ограничивались временно его приближенным произношением.

Говоря о приближенном произношении звука, мы имеем в виду доступный для ребенка предел в овладении артикуляцией, или «аналог» звука, не совпадающий полностью по своим акустическим и артикуляционным свойствам с эталоном нормальной речи, но вместе с тем четко противопоставленный всем остальным звукам речи или его аналогам в устной речи ребенка.

Сохраняющиеся у определенной части учащихся отклонения в произношении звуков от нормы носили антропофонический, а не фонологический характер (терминология Ф. Ф. *Pay)*.

Например, ребенок мог произносить звук *с* межзубно или с недостаточным выдохом воздушной струи, но ни в коем случае

не заменял звуком *ш* или *з*, т. е. не имел фонологического дефекта.

Приближенное произношение звука («аналог») являлось определенной ступенью на пути к овладению правильной артикуляци-т ей. Это не противоречит закономерности нормального развития детской речи. На постепенное проявление звуковых вариантов, приближающихся к усваиваемому звуку, указывает и А. Н. Гвоздев.

Овладение такого рода аналогом звука достаточно для того, чтобы ребенок мог оперировать им во время работы по развитию фонематических представлений и навыков звукового анализа. В процессе обучения постоянно использовались схемы артикуляций изучаемых звуков, наблюдение за артикуляцией логопеда и собственной (ученика), привлекалось внимание к кинестетическим ощущениям, возникающим при произнесении звуков детьми. Устанавливалось соотношение между звуком слышимым и произносимым ребенком. В момент совпадения кинестетических возбуждений от положения органов речи при произнесении звука со слышимым звуком происходит процесс дифференциации данного звука от других. В памяти ребенка закрепляются артикуляционно-акустические признаки звука, что очень важно для распознавания слышимой речи.

Следующая группа звуков (все звонкие звуки, шипящие, аффрикаты,/?, йотированные) представляли для подавляющего большинства учащихся значительные произносительные трудности.

Между тем работа по развитию фонематического восприятия проведенная на звуках 1-й группы, значительно его улучшает, дети начинают лучше узнавать звуки в словах, удерживать правильную их последовательность. Возможности фонематического восприятия становятся более благоприятными, закрепляются навыки звукового анализа, а возможности артикуляционного аппарата улучшаются значительно медленнее. Например, учащиеся легко выделяли из слов и узнавали на слух не только все изученные звуки, но у них улучшилось слуховое восприятие звуков, еще не поставленных в речи. Так, Вова Л. страдающий анартрией, легко выделял еще не пройденный звук *р* из слов на слух и даже мог довольно быстро отобрать картинки со словами, содержащими звук *р*. Эти данные говорят о том, что недостатки слухового восприятия быстрее выравниваются, чем нарушение артикуляции. Существенным обстоятельством

является и то, что дети с разными дефектами артикуляции, с разной степенью артикуляционного расстройства, по-разному усвоившие произношение пройденных звуков и развившие моторику артикуляционного аппарата через определенный период обучения оказываются на одинаковом уровне развития фонематического восприятия.

Когда учащиеся переходят к изучению звуков, более трудных в артикуляционном отношении, они уже развили в достаточной мере восприятие речевых звуков и приобрели навыки звукового анализа. Работа по различению этой группы звуков имеет меньшую артикуляционную опору, так как в силу произносительной сложности мы не сразу добивались нормального их произношения. Мы объясняли учащимся артикуляцию этих звуков и в зависимости от индивидуальных особенностей требовали выполнения всех или возможно большего числа артикуляционных работ, необходимых для произнесения изучаемого звука. В случае тяжелого нарушения моторики артикуляционного аппарата мы объясняли ребенку и показывали на схеме все артикуляционные уклады изучаемого звука, выделяли основной, характерный признак, сравнивали с артикуляцией других звуков. Четкое проговаривание изучаемого звука логопедом помогало формированию артикуляционно-акустического образа звука.

Чиркина Г В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. — М. 1969. — С. 101—110.

О. А. Токарева

Функциональные дислалии

Дислалии – нарушения звукопроизношения, обусловленные расстройством нейродинамики (слабость дифференцировок) функциональной или органической природы. Своеобразные фонетические нарушения звукопроизношения, неизжитые детьми в дошкольном возрасте, в дальнейшем самостоятельно не исчезают, а переходят в стойкие дефекты произношения.

Функциональные дислалии – нарушение звукопроизношения, обусловленное слабостью основных нейродинамических процессов при нормальном физическом слухе и нормальном строении периферического речевого аппарата. Фонематический слух ребенка может быть снижен.

При функциональных дислалиях нарушается произношение только согласных звуков (гласные остаются сохранными). Может наблюдаться расстройство отдельного звука или нескольких звуков из одной фонетической группы согласных, либо может быть нарушено много звуков из разных фонетических групп.

Эти фонетические расстройства могут проявляться: 1) в отсутствии звуков; 2) в искажениях; 3) в заменах. ... Среди замен

можно выделить: а) замены звуков, одинаковых по способу образования, но различных по месту артикуляции, например, замена взрывных заднеязычных *к и г* взрывными переднеязычными *т* и *д;* б) замены звуков, одинаковых по месту артикуляции, но различных по способу образования, например замена фрикативного переднеязычного с переднеязычными взрывными #я; в) замены звуков, одинаковых по способу образования, но различных по участию органов артикуляции, например замена язычного с губно-зубным *ф;* г) замены звуков, одинаковых по месту и способу образования, но различающихся по участию голоса, например замена звонких звуков глухими; д) замены звуков, одинаковых по способу образования и по активнодействующему органу, но различающихся по признаку твердости и мягкости, например замена мягких твердыми и твердых мягкими.

Фонетические нарушения могут различаться по частоте случаев. Неправильное произношение может наблюдаться в отношении любого согласного звука, но реже нарушаются те звуки, которые просты по способу артикуляции и не требуют дополнительных движений языка, например л#, и, /и, *п.* Чаще всего дефекты произношения встречаются при формировании трудных по артикуляции звуков. Чем сложнее способы артикуляции звука, тем позже и труднее устанавливается у ребенка правильное его произнесение и тем многообразнее будут дефекты произношения этого звука. Чаще нарушаются язычные звуки, например *р,* л, группа свистящих с, з, *ц* и группа шипящих ш, ж, *ч, ш.* Обычно твердые и мягкие пары согласных нарушаются в одинаковой степени.

Исходя из характера нарушения произношения, относящегося к определенной группе звуков, можно выделить следующие виды нарушений звукопроизношения, которые в логопедии по традиции носят названия букв греческого алфавита.

1. **Сигматизм** (сигма – греческое название буквы *с)* – недостатки произношения свистящих и шипящих звуков с, з, *ц,* ад, *ж, н, ш.* Среди других нарушений произношения сигматизмы занимают одно из первых мест по количеству случаев.

2. **Ротацизм** (ро – греческое название буквы *р)* – недостатки произношения звуков *р, р'* Ротацизм является наиболее распространенным видом дислалии. Замена *р* или $р^9$ другими звуками русского языка называется **параротацизмом.**

3. **Ламбдацизм** (ламбда – греческое название буквы **л**) – недостатки произношения звуков **л, л'** Замена звука **л** другими звуками русского языка называется **параламбдацизмом.**

4. **Каппацизм** (каппа – греческое название буквы *к),* **гамма-цизм** (гамма – греческое название буквы *г)* или **хитизм** (хи –

греческое название буквы ɔc) – недостатки произношения заднеязычных звуков 1c, г, *х*. Замена звука *к* другими звуками русского языка*ноет:* название паракаппацизма.

5. Йотацизм (звук йот специального обозначения в алфавите не имеет) – дефекты произношения звука / Этот звук употребляется в русском языке как краткое *й* и как составной звук, входящий в произношение йотированных гласных я, ю, е, *ё*.

Кроме указанных выше пяти видов нарушений произношения, выделяются еще две группы расстройств произношения, которые связаны с фонетическими нарушениями. Это дефекты озвончения и дефекты смягчения.

Дефекты озвончения. Эти дефекты выражаются в нарушении шести пар согласных звуков: *п-б, д-т, ф-в,* с-з, *ш-щ, к-г,* противопоставленных в произношении по признакам глухости и звонкости, т. е. с участием или без участия голоса.

Дефекты смягчения. Им могут подвергаться различные согласные звуки, противопоставленные в произношении по твердости и мягкости, например л-л', *р-р\ к-hf* и т. д. Исключения составляют только ш, ж, ц, не имеющие мягких пар, и звуки *ч,* щ, и, которые произносятся всегда мягко и не имеют твердых пар.

Дислалии могут проявляться различно: в тех случаях, когда дефектным оказывается отдельный звук, например *р,* или когда нарушение касается всех звуков одной фонетической группы, например дефекты звуков группы шипящих, принято говорить о *простой дислалии.*

Когда нарушение касается одновременно звуков из различных фонетических групп, например дефекты звуков группы шипящих, свистящих и сонорных л, *р,* то в этом случае принято говорить о *сложных дислалиях.* Для сложной дислалии характерны частые комбинации ...дефектов...

В основе функциональных дислалии нет так называемых органических, т.е. структурных, нарушений центральной нервной системы, а патологический механизм речи складывается в результате различных нейродинамических нарушений в коре больших полушарий, приводящих к ослаблению дифференцировоч-ного торможения в речедвигательном и речеслуховом анализаторах. Эти нарушения корковой нейродинамики могут быть обусловлены общей физической ослабленностью ребенка (в результате перенесенных заболеваний и расстройств питания) и замедленностью его психофизического развития.

Своевременное и правильное формирование звукопроизношения у такого физически ослабленного ребенка может не наступить. Часто формирование правильного произношения ребенка задерживается вследствие социальных причин (неблагоп-

риятная речевая среда и недостаточная забота окружающих о речи ребенка), а также плохого слухового внимания ребенка и недостаточного его стремления к овладению правильным произношением. Нарушения нейродинамики могут обусловить преимущественно моторную или сенсорную недостаточность. Возможна также и смешанная сенсомоторная недостаточность в структуре речевого дефекта, так как между моторными и сенсорными актами существует тесная взаимосвязь.

Моторная недостаточность. У детей с хорошим слухом и нормальным умственным развитием вследствие тех или иных причин не формируется своевременно моторная готовность органов артикуляции. Движения артикуляторных органов у них неловки и недостаточно дифференцированы. Поэтому при артикуляции некоторых сложных звуков, когда требуются тонкие и дифференцированные движения, ребенок испытывает серьезные затруднения и нужные артикуляционные движения не усваивает. Вследствие моторной недостаточности вместо правильных звуков у детей закрепляются дефектные.

Сенсорная недостаточность. Дефекты произношения при функциональной дислалии могут быть обусловлены и недоразвитием фонематического слуха. При сенсорной недостаточности вследствие нарушения или слабости речевого анализатора у ребенка отмечаются затруднения в дифференциации звуков, различающихся между собой тонкими акустическими признаками (например, различение согласных звуков, противопоставленных по звонкости и глухости) В результате таких затруднений фонематическая система языка у ребенка полностью не формируется.

Сенсомоторная недостаточность. Часто дефекты произношения при функциональных дислалиях бывают обусловлены не одной только моторной или сенсорной недостаточностью, а их сочетанием. Деятельность речедвигательного и речеслухового анализаторов в акте теснейшим образом взаимосвязана и взаимообусловлена. Так, при недоразвитии фонематического слуха вследствие нарушения речеслухового анализатора затруднено не только слуховое восприятие, но и формирование четких кинестезии, необходимых для правильного произношения. При нарушениях ре-чедвигательных анализаторов (моторная недостаточность) у ребенка не только неправильно формируется произношение, но из-за неправильных и нечетких кинестезии, поступающих в центральный отдел речеслухового анализатора, плохо формируется и фонематический слух.

Нам представляется оправданным подразделение дефектов произношения при функциональной дислалии в зависимости от того, какие причины обусловили данные дефекты и с нарушени

ем какого из ведущих анализаторов мы встречаемся в том или другом случае. Исходя из этого, можно выделить группу дислалии, при которых особенно ярко проявляется моторная недостаточность артикуляционных движений, обусловленная нарушением речедвигательного анализатора. Эту группу дефектов произношения мы также считаем возможным назвать **моторной дислали-ей**... При нарушениях речеслухового анализатора, т.е. при преимущественно сенсорной недостаточности, характер дефектов произношения будет иной. Здесь часты случаи смешений одного звука с другим, близким по акустическим признакам, при восприятии на слух и в собственном произношении в связной речи.

Эту группу дефектов произношения оправданно называют **сенсорной дислалией.**

При нарушениях деятельности речедвигательного и речеслухового анализаторов в акте речи, т.е. при сенсомоторной недостаточности, характер дефектов произношения будет более сложным и более разнообразным. В этом случае будут иметь место и искажения согласных звуков, и различные замены одних согласных звуков другими, отличающимися и по способу артикуляции, и по месту образования, и по акустическому характеру... Эту группу дефектов произношения, обусловленную сенсомоторной недостаточностью, правильнее всего назвать **сенсомоторной дислалией.**

Принципы и методы логопедической работы

Логопедическая работа при функциональных дислалиях должна строиться с учетом как общих дидактических принципов, например систематичности, доступности материала, сознательного усвоения его детьми и др., так и специфических приемов коррекции вытекающих из структуры данного речевого дефекта.

Важнейшими из них, с нашей точки зрения, являются: 1) принцип максимального использования в работе различных анализаторов; 2) принцип сознательности; 3) принцип поэтапности; 4) принцип последовательности и параллельности в работе над звуками; 5) принцип формирования произношения в условиях естественного живого общения.

В работе над исправлением дефектного произношения следует максимально использовать все сохранные анализаторы. Для того, чтобы ребенок мог достичь полного восприятия нужного звука,

внимание его прежде всего фиксируется на правильном звучании этого звука при отчетливом произнесении его логопедом.

Благодаря сохранному слуховому анализатору ребенок учится узнавать и выделять нужный звук среди других речевых звуков.

Посредством зрительного анализатора ребенок воспринимает некоторые движения речевых органов (губ, языка, нижней челюсти) логопеда и, контролируя с помощью зеркала собственную артикуляцию, воспроизводит необходимое положение речевых органов для произнесения нужного звука.

Для более полного восприятия ребенком правильного произношения звуков используются также тактильно-вибрационные ощущения. Посредством кожно-вибрационного анализатора ребенок может дополнительно воспринимать характер выдоха, работу голосовых связок в момент произнесения данного звука логопедом и контролировать собственное произношение. Особое значение для усвоения правильной артикуляции и контроля над ней имеют собственные двигательно-кинестетические ощущения ребенка, образующиеся в результате повторных движений речевых органов в момент воспроизведения нужного звука. С помощью соответствующих кинестетических ощущений в дальнейшем ребенок контролирует собственное произношение. Приступая к работе над исправлением произношения, нужно, чтобы ребенок сам достаточно сознавал свой дефект и необходимость его устранения.

В процессе исправления произношения принято различать три последовательных этапа: а) выделение дефектно произносимого звука и его исправление, т.е. установление новых элементарных нервных связей; б) включение исправленного звука в стереотип слогов, слов и их сочетаний, т.е. его автоматизация. С точки зрения высшей нервной деятельности, это представляет собой закрепление новой нервной связи в более сложных условиях и доведение ее до полного автоматизма; в) сопоставление исправленного звука с другими артикуляционно близкими ему звуками, т. е. дифференциация.

Процесс коррекции произношения при функциональных дислалиях начинается с выделения дефектно произносимых звуков и установления ребенком различия между правильно и неправильно произнесенным звуком на слух и путем наблюдения за своим произношением и произношением логопеда с помощью зеркала. В процессе специально подобранных артикуляционных упражнений у ребенка вырабатываются новые условнореф-лекторные связи. Соотношение слуховых и артикуляционных упражнений во времени на первом этапе логопедической работы может быть различным » зависимости от характера дефекта. Так, при затруднениях моторного характера ребенок может значительно раньше

научиться различать звук на слух, чем правильно его воспроизводить. Артикуляционным органам ребенка в этом случае потребуется больше времени на подготовку нужного артику

ляционного уклада, чем при затруднениях сенсорного характера. При затруднениях сенсорного характера значительно больше времени должно быть отведено на воспитание у ребенка фонематического слуха, на выделение нужного звука, определение места этого звука в слове на слух и соотнесение правильного звучания с нужным положением речевых органов. В этом случае выработка у ребенка нужного артикуляционного уклада, соответствующего данному звуку, будет протекать легко и не потребуется много времени. Затруднять ребенка будет воспитание звука, т.е. узнавание данного звука среди других звуков, особенно среди близких ему по артикуляции и звучанию. Для преодоления этих затруднений следует проводить специальные тренировочные упражнения в воспитании фонематического слуха, в узнавании данного звука среди других близких ему звуков и в установлении прочной связи между речеслуховыми и речедвигательными кинестезиями.

Строгая систематичность и последовательность в упражнениях приводят к уточнению в коре головного мозга ребенка условных связей, которые при повторении все более фиксируются. Задача следующего этапа логопедической работы состоит в том, чтобы нормализованные условные речевые связи автоматизировались. Процесс автоматизации вновь поставленного или исправленного звука, который снова вводится в слог и в слово, представляет нередко трудную задачу, так как при выработке нового динамического стереотипа приходится преодолевать сопротивление прежнего неправильного навыка.

Эта постепенность достигается в работе систематичностью преподнесения фонетического материала, изменением и усложнением видов речевой деятельности и постепенным переключением со зрительного контроля на контроль речедвигательных кинестезии. С фонетической точки зрения автоматизация произносительных навыков выражается прежде всего в последовательном переходе от менее сложных речедвигательных динамических стереотипов — слогов — к более сложным стереотипам — словам и их сочетаниям. Отрабатываемый звук берется в различных комбинаторных и позиционных условиях и с чередованием ударения и ритма. После того как новый звук оказывается достаточно автоматизированным и ребенок правильно произносит его в различных слогах и словах, следует переходить к дифференциации данного звука с другими артикуляционно и акустически близкими ему звуками.

Дифференциация как следующий этап логопедической работы над звуком необходима в целях предупреждения и устранения возможного смешивания близких звуков, их генерализации.

В основе этого процесса лежит дифференцировочное торможение (как вид внутреннего торможения), когда новый звук многократно повторяется и подкрепляется поощрением логопеда, а другой близкий звук – дифференцируемый – не подкрепляется повторением. Происходит дифференцирование близких раздражителей, их различие. Дифференциация артикуляционно близких, «сходных» звуков проводится тогда, когда эти звуки произносятся ребенком правильно в отдельных словах, а в связной речи смешиваются.

Для выработки точных дифференцировок смешиваемых звуков существуют специальные, постепенно усложняющиеся упражнения на противопоставление близких звуков. Ребенок упражняется в произношении специально подобранных слогов сначала в одном указанном порядке, а затем в обратном. Темп этих упражнений постепенно ускоряется. После слоговых упражнений переходят к дифференциации смешиваемых звуков в словах. Материал упражнений на дифференциацию постепенно все более и более усложняется. Так, например, сначала берутся слова-паронимы, отличающиеся друг от друга диференцируемы-ми звуками...; затем ребенку предлагается называть различные картинки и раскладывать их в соответствии с дифференцируемыми звуками. После того как ребенок справится с указанной задачей, переходят к упражнениям в названии слов с дифференцируемыми звуками и к самостоятельной связной речи.

Речевые звуки одной фонетической группы должны ставиться и исправляться в определенной последовательности. Эта последовательность определяется прежде всего общим дидактическим правилом, согласно которому в обучении следует идти от легкого к трудному.

Легкость или трудность звука для усвоения в произношении определяется рядом факторов и прежде всего доступностью артикуляции для восприятия и воспроизведения с помощью зрительного контроля. Артикуляция звуков складывается из отдельных артикуляционных движений различной степени трудности. Поэтому раньше следует работать над звуками, более простыми по артикуляции, при произнесении которых движения речевых органов менее сложны и хорошо видимы... В момент постановки и автоматизации одного из звуков данной фонетической группы другие звуки из этой группы временно исключаются как близкие по своим артикуляционным и фонетическим признакам, требующие тонких дифференцировок. Внутри группы согласных звуков можно

рекомендовать для работы такую последовательность, принятую в логопедической практике: ставить и исправлять глухие согласные раньше звонких, смычные согласные раньше ще

левых, твердые согласные раньше мягких, а простые согласные раньше слитных (аффрикат). Звуки *р и л* могут ставиться и исправляться в любой последовательности, но в каждом случае учитываются артикуляционные возможности ребенка и имеющиеся звуки, близкие по артикуляции к исправляемым.

В практике исправления функциональных дислалии встречаются дети, у которых нарушения распространяются на звуки из разных фонетических групп. В этих случаях можно проводить работу одновременно над несколькими звуками, т. е. параллельно, но звуки для исправления и постановки брать из разных фонетических групп, различных по своим артикуляционным и акустическим признакам... В формировании правильного звукопроизношения большое значение имеют выбор речевого материала и те условия, в которых осуществляется это формирование. Используемый для работы над произношением речевой материал должен быть хорошо знаком детям, важно также, чтобы он соответствовал речевым возможностям детей и был им необходим для общения с окружающими...

Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. М.у 1969. — С. 100—128.

Л. С. Волкова

Нарушения детской речи и их устранение в учебно-воспитательном процессе

Многолетнее изучение речевых недостатков (типа косноязычия), наблюдаемых у детей массовой начальной школы, показало, что значительная их часть не является патологическим отклонением. Большинство этих недостатков речи не сказывается на общем и речевом развитии детей. Однако имеются и такие виды косноязычия, которые создают детям значительные трудности в овладении устной и письменной речью, сказываются на их общем развитии.

В отдельных случаях учителя массовой школы не ставят такое отставание в зависимость от речевого недоразвития. В связи с этим возникает вопрос о возможности дальнейшего обучения в массовой школе детей, имеющих такие расстройства речи.

Чтобы правильно определить возможности развития ребенка и грамотно построить педагогическую работу, необходимо установить причины и проявления различных речевых нарушений (косноязычия) у детей массовой школы... .

Мы установили семь групп речевого нарушения. Уровень развития речи, характер и глубина поражения относительно каждой из групп определялись сущностью речевого недостатка.

Каковы же эти группы?

Группа 1. Задержанное косноязычие (затянувшееся фонетическое развитие маленьких детей). Оно проявляется в различных фонетических нарушениях, касающихся одного-двух звуков (сиг-матизмы, парасигматизмы, нарушения />, *л* и замены). Общее развитие у детей, имеющих такие частичные расстройства речи, и готовность к обучению грамоте хорошие. У детей, имеющих эти нарушения, на более ранних этапах развития было несколько задержано формирование фонетической стороны речи.

Группа 2. Задержанное косноязычие (детская искаженная речь) как результат влияния причин социально-психологического характера: педагогической запущенности., подражания.., двуязычия...

В этой группе встречается не только искажение одного-двух звуков. Развернутая речь иногда страдает как в лексическом, так и в грамматическом отношении из-за нечеткого, неполного, а порой и смазанного фонетического оформления. Общий уровень развития речи и готовность к обучению грамоте несколько ниже, чем у детей, имеющих речевые нарушения первой группы. Общий же уровень развития ребенка относительно высок (за исключением педагогической запущенности). Такие нарушения являются результатом искусственного привнесения искажений (воздействия) или невнимания к искажениям детской речи.

Группа 3. Косноязычие на почве акустических нарушений... Искажения проявляются в нарушении дифференциации отдельных фонем в звукоразличительном, а следовательно, и в звуко-произносимом отношении. Замены. Речь с большими затруднениями лексического характера. Неправильное использование отдельных звуков. У детей, имеющих такие нарушения, несколько замедлено общее речевое развитие и обучение грамоте.

Нарушения этой группы – результат несформировавшейся речи, позднего ее начала или замедленного развития.

Группа 4. Косноязычие как результат несовершенства артику-ляторного аппарата...

Проявления следующие: от нарушения в произношении одного звука до невнятной речи (последнее – уже более тяжелая форма). У детей, имеющих эти нарушения, в большинстве случаев полная

речь, богатый словарный запас, развернутая структура предложения и хорошая готовность к обучению грамоте. Это механические дислалии – результат короткой подъязычной уздечки, толстой и неподвижной губы, мясистого языка, дефор

мации и неправильного расположения зубов, переднего и бокового прикуса, расщелины губ, мягкого и твердого нёба и т.д. (за исключением тяжелых случаев).

Все эти группы речевых расстройств чаще всего встречаются среди детей массовой школы и представляют собой относительно легкие речевые нарушения (за исключением ротацизмов и специфических нарушений письма). В их внешних проявлениях есть много общего, но их сущность и причины различны. Эти нарушения могут быть преодолены учителем начальной школы.

Группа 5. Остаточные явления алалии.

Косноязычие, проявляющееся в дефектах произносимой и слуховой дифференциации звуков, легко выраженном аграмма-тизме, затруднениях самостоятельной речи, сопровождающихся заиканием, пропуском и заменой слов.

Затруднения фонетического анализа слов. У детей, имеющих такое нарушение, низкий уровень развития речи. Недоразвитие элементарных форм фонетического анализа, соответствующее дошкольному возрасту. Усвоение грамоты значительно затруднено.

Такие нарушения являются остаточными явлениями перенесенной в детстве алалии. (Дети, спонтанно выведенные из состояния немоты). Причины таких алалий – тяжелые заболевания, преждевременное рождение, позднее развитие.

Группа 6. Дизартрия... (с подгруппой стертая дизартрия).

Разлитое нарушение звукопроизношения. Смазанная, вялая, невыразительная, малопонятная для окружающих речь. Часто встречается оттенок гнусавости.

Общее развитие детей низкое. К обучению грамоте не подготовлены. Из-за отставания общего и речевого развития оставляют впечатление умственно отсталых. Эти речевые недостатки – результат поражения центральной нервной системы на различных участках после воспалительных и инфекционных заболеваний головного мозга и др.

Группа 7. Косноязычие невротического характера... У детей этой группы понимание речи хорошее. Затруднено произношение. Иногда речь становится невозможной. Все это осложняется значительными психическими наслоениями и срывами, что усиливает речевой недостаток. У детей резко замедлены или ускорены нервные процессы, движения и речь.

Расстройства речи, входящие в 5, 6 и 7 группы, встречаются редко, но эти более тяжелые речевые нарушения (по причинам и проявлениям) могут быть причиной неуспеваемости.

Устранение речевых недостатков проводится учителем (общая система обучения с учетом особенностей этих детей и дополни

тельная работа) совместно со специалистом-логопедом. В необходимых случаях привлекается врач (косноязычие невротического характера). Ведущая роль принадлежит специалисту-логопеду. Учитель должен систематически закреплять результаты речевой работы на материале учебных предметов. При условии дети, имеющие рассмотренные виды речевых расстройств, могут успешно обучаться в массовой школе и иметь достаточно хорошее развитие.

Педагогическая работа должна начинаться с первого дня пребывания ребенка в школе, так как именно с этого времени ребенок начинает овладевать высшими формами фонетического анализа слов. Основная работа должна проводиться в период обучения грамоте. Но для дифференцированной работы учителя необходимо правильно определить группу речевого нарушения и придать работе такой характер, который обеспечивал бы полноценное речевое развитие.

Ориентиром для учителя в определении принадлежности речевого нарушения к той или иной группе может служить рассмотренное нами содержание каждой группы. При этом особое внимание следует обращать на то, что при одинаковых проявлениях могут быть совершенно разные причины речевых нарушений.

Педагогические сочинения / Под ред. А. Земита-на. — Рига, 1969. — С. 35-39.

О. В. Правдина

Дислалия

Среди нормальных детей дошкольного и школьного возраста неправильное произношение звуков чаще всего является единственным дефектом всей речи ребенка: понимание речи в этих случаях оказывается полноценным, полноценны и словарь и грамматический строй. Такие случаи нарушения звукопроизношения принято называть *дислалией.* Термин «дислалия» означает *расстройство речи.* Дислалии делятся на *органические* (так называемые механические) и *функциональные.*

К функциональным дислалиям принято относить все те случаи неправильного звукопроизношения, когда не имеется органической основы. Таким образом, в раздел функциональных дислалии попадают случаи, зависящие от неправильного речевого

воспитания (неправильное произношение маленького ребенка не поправляют, а иногда даже культивируют), от неправильной или

иноязычной речи окружающих, а также случаи, связанные с повышенной возбудимостью или некоторой отсталостью ребенка, что мешает образованию тонких дифференцировок в речи как моторного, так и сенсорного характера.

Механическими дислалиями называют те случаи неправильного звукопроизношения, которые обусловлены органическими дефектами периферического речевого аппарата, его костного и мышечного строения или его периферической иннервации. Нарушения периферического речевого аппарата могут быть врожденными и приобретенными. К врожденным дефектам относятся несращения верхней губы, челюсти, мягкого и твердого нёба. Сравнительно частым дефектом развития является укороченная и слишком массивная уздечка языка (подъязычная связка). При этом дефекте могут быть затруднения движения языка, так как слишком короткая уздечка фиксирует его у дна полости рта. Дефекты развития челюстей и зубного ряда ведут к аномалиям прикуса (нормальным считается такой прикус, когда при смыкании челюстей нижние передние зубы слегка прикрываются верхними).

Аномалии прикуса могут иметь различный вид.

Прогнатия — верхняя челюсть сужена и сильно вытянута вперед, вследствие этого нижние передние зубы не смыкаются с верхними.

Прогения — нижняя челюсть выступает вперед, передние зубы нижней челюсти выступают впереди передних зубов верхней челюсти.

Открытый прикус — между зубами верхней и нижней челюстей при их смыкании остается промежуток; в одних случаях промежуток бывает только между передними зубами, тогда как задние смыкаются нормально – передний открытый прикус; в других случаях передние зубы смыкаются нормально, а промежуток получается между боковыми зубами – боковой открытый прикус: он может быть двусторонним, левосторонним или правосторонним.

В результате челюстнолицевых травм с раздроблением костей и разрывом мышц и последующими рубцами, а также в результате различных болезненных процессов, поражающих иннервацию речевых мышц, возникают нарушения в артикуляционных органах в любом возрасте, – это приобретенные дефекты.

Исправление дефектов звукопроизношения

Цель логопедического воздействия – исправление неправильного употребления звуков во всех видах речевой деятельности: в устной, письменной, в заученной и самостоятельной речи, в процессе игры, учебы, общественной и производственной жизни.

Сущность логопедического воздействия заключается в воспитании правильных и затормаживании неправильных навыков, что достигается при помощи специальной системы педагогического воздействия.

Средством логопедического воздействия являются специальная методика исправления произношения, т.е. прежде всего правильно построенная система речевых упражнений и система артикуляционной гимнастики. В некоторых случаях дополнительно применяется массаж.

Ввиду того, что речь связана с движением речевого аппарата, большое место в логопедической работе при дефектах звукопроизношения занимает артикуляционная гимнастика, которая применяется чаще всего при постановке звуков, иногда и на этапе автоматизации звуков. Значение артикуляционной гимнастики вполне оправдано, так как произношение звуков в речи – это сложный двигательный навык.

Целью артикуляционной гимнастики является выработка правильных, полноценных движений артикуляционных органов, необходимых для правильного произношения звуков, и объединение простых движений в сложные – артикуляционные уклады различных звуков. В зависимости от формы звукового дефекта употребляется тот или иной комплекс артикуляционных упражнений. Артикуляционные упражнения могут быть беззвучными – без включения голоса – и с участием голоса. Начинаются они обычно с движений по подражанию, а при невозможности последних – с пассивных движений, т.е. движений, производимых при механической помощи (чисто вымытая рука или палец логопеда, а затем и самого ребенка, продезинфицированные медицинские шпатели или специальные логопедические зонды). Пассивные движения постепенно переводятся в пассивно-активные, а затем и активные (самостоятельные), при зрительном контроле перед зеркалом, вначале значительно замедленные. В процессе автоматизации вырабатывается кинестетическое ощущение каждого движения и необходимость в зрительном контроле постепенно отпадает, движение становится легким, правильным, привычным, может производиться в любом темпе. Закрепление любого навыка требует систематического повторения, поэтому желательно проводить артикуляционную гимнастику систематически, раза два в день (утром и вечером); это возможно при включении ее в домашние задания. Упражнение не должно доводить орган до утомления. Первым признаком

утомления является снижение качества движения, что и является показателем к временному прекращению данного упражнения. Дозировка количества одного и того же

упражнения должна быть строго индивидуальной как для каждого человека, так и для каждого данного периода работы с ним. На первых занятиях иногда приходится ограничиваться только двумя повторениями упражнений в связи с повышенной истощаемостью упражняемой мышцы. В дальнейшем можно доводить их до 10–20 повторений, а при условии коротких перерывов и еще увеличивать их число. В комплекс основных движений для развития и упражнения всего артикуляционного аппарата входят самые простые и наиболее характерные движения всех органов артикуляции во время речи – губ, челюстей, языка.

Комплекс основных движений: Губы: оскал, вытягивание в трубочку. Челюсти: открывание и закрывание рта. Язык: а) вперед–назад, б) вправо–влево, в) вверх–вниз, г) распластывание-суживание.

При коррекции отдельных звуков, помимо общего комплекса артикуляционных движений, проводятся специальные комплексы. Иногда они касаются только одного органа и даже одного какого-либо вида движений данного органа (например, при рубцах на губе проводятся только упражнения губ, при постановке смягчения согласных – упражнения на выгибание средней части спинки языка). Чаще всего требуется проводить более сложные и разнообразные комплексы движений... Принципом отбора движений каждый раз будет служить характер дефектного произношения и целесообразность рекомендуемых движений для правильного произношения данного звука. Недостаточно отобрать целесообразные движения, нужно научить своего ученика правильно применять соответствующие движения, т.е. предъявить определенные требования к качеству движений. Необходимо выработать следующие качества всех движений: точность, чистоту, плавность, силу, темп, устойчивость перехода от одного движения к другому.

Точность движения определяет правильный конечный результат его, что оценивается конечным местоположением и формой органа.

Плавность и легкость движения предполагает движения без толчков, подергиваний, дрожания органа. (Напряжение мышцы всегда нарушает плавность и легкость движения). Движение должно совершаться без вспомогательных или сопутствующих движений в других органах.

Темп — вначале движение производится несколько замедленно, логопед регулирует темп при помощи отстукивания рукой или

счета вслух. Затем темп движения должен стать произвольным – быстрым или медленным.

Устойчивость конечного результата — полученное положение органа должно удерживаться без изменений произвольно долго.

Переход (переключение) к *другому движению* и *положению* должен также совершаться плавно, достаточно быстро. Движение каждого органа должно происходить симметрично по отношению к правой и левой стороне, но в случае ослабленное™ одной из сторон органа упражняется преимущественно одна сторона – более слабая, и упражнения служат для ее укрепления. В этом случае практикуются движения с нагрузкой, т.е. с преодолением сопротивления. Вид, длительность проведения артикуляционных упражнений и их разовая дозировка зависят от характера, от тяжести речевого нарушения.

Постановка звука в большинстве случаев оказывается более сложным, искусственным процессом, чем самостоятельное появление звука у ребенка. С физиологической точки зрения постановка звука – создание нового условного рефлекса.

У дошкольника звук часто может быть вызван при помощи включения его в какую-нибудь игровую ситуацию, а иногда достаточно бывает привлечь внимание ребенка к его звучанию (усилив и выделив его) и артикулированию.

Постановка звука производится последовательными приемами:

1. Нужный артикуляционный уклад расчленяется на более элементарные артикуляционные движения, которые и тренируются у косноязычного путем подготовительной артикуляционной гимнастики. После многократного повторения вырабатывается кинестетическое ощущение упражняемого движения, оно автоматизируется, и тогда ребенок может производить его быстро и правильно.

2. Простые отработанные движения вводятся в комплекс движений, и таким образом вырабатывается правильный артикуляционный уклад нарушенного звука.

3. При воспроизведении правильного уклада включается го-лосовыдыхательная струя, и ребенок неожиданно для себя воспроизводит нужный звук. Слуховое внимание привлекается только после некоторого закрепления правильного произношения. Затем предъявляется и прямое требование произнести нужный звук. После безошибочного многократного воспроизведения звука постановка его может считаться законченной.

В тех случаях, когда одни звуки заменяются другими, сходными с ними, близкими по артикуляции (например, *к* на /я, *л* на *в* и т. д.), правильный уклад оказывается частично уже сформированным в

дефектном произношении звука. Можно и должно использовать готовые механизмы. В этих случаях уже на этапе

постановки включается частично работа по дифференциации (разделению) двух сходных звуков.

Автоматизация звука с точки зрения высшей нервной деятельности есть введение вновь созданной и закрепленной относительно простой связи – речевого звука в более сложные последовательные речевые структуры – слова и фразы, в которых данный звук или опускается совсем, или произносится неправильно. Работу на этом этапе следует рассматривать как затормаживание старых, неправильных, динамических стереотипов и выработку новых. Как известно, эта работа трудна для нервной системы и требует очень большой осторожности и постепенности. Осторожность и постепенность этого процесса обеспечивается доступностью и систематичностью речевого материала: переход от изолированного звука к различным типам слогов и звукосочетаний..., затем к словам с данным звуком, предложениям, а в дальнейшем к различным видам развернутой речи. Необходимость тренировки звука в различных сочетаниях объясняется тем, что артикуляция звука несколько видоизменяется в зависимости от влияния предыдущего и последующего звука и от структуры и длины слова. При автоматизации звука в слогах очень полезно упражнять в повторении нужных прямых слогов с соблюдением определенного ритма... Такие упражнения очень облегчают введение звука в слово и во фразу, где упражняемые слоги оказываются под ударением в разных частях слова. В дальнейшем можно перейти к заучиванию стихотворений и скороговорок, текст которых насыщен упражняемым звуком. На последнем этапе дифференциации вновь выработанного звука со звуком, который употребляется в качестве его заменителя, используется дифференцйровачное торможение.

Ребенок должен приобрести не только правильный двигательный навык произношения отдельных заученных слов, но и умение контролировать свое произношение и исправлять его на основании сравнения воспринимаемой речи окружающих и собственной. И то и другое приобретается на основе выработки дифференцировочного торможения в речи в самых разнообразных условиях. Последовательность и постепенное усложнение речевых упражнений при дифференциации те же, что и при автоматизации звуков: дифференциация в слогах, затем в словах, фразах и различных видах развернутой речи.

Методика автоматизации и диференциации звуков различных категорий однотипна, но требует использования различного ре-

чевого материала, насыщенного тем или иным звуком, а методика постановки разных звуков различна, так как зависит от кате

юрии групп дефектных звуков и от характера нарушения (вида и его варианта).

Правдына О. В. Логопедия. — М.) 1969. — С. 82— 85, 98-104

А. В. Ястребова

Особенности устной речи учащихся I класса

Повышение эффективности и качества обучения учащихся общеобразовательной школы предполагает своевременное выявление, предупреждение и устранение имеющихся у некоторых из них недостатков устной и письменной речи.

Чем раньше начинается коррекция речевых нарушений у учащихся, тем выше ее результативность как в плане ликвидации собственно речевых недостатков, не осложненных первичными и вторичными последствиями, так и сопутствующей им педагогической запущенности. Вот почему особое внимание учитель-логопед общеобразовательной школы должен уделять школьникам первых классов. Своевременное выявление среди них учащихся с речевой патологией, правильная квалификация имеющихся у них дефектов устной речи и организация адекватного дефекту коррекционного обучения позволяют не только предупредить появление у этих детей нарушений письма и чтения (как вторичного дефекта по отношению к устной речи), но и не допустить отставания в усвоении программного материала по родному языку.

Сопоставление характера (типа) недостатков произношения с уровнем развития фонематических процессов, лексического запаса, грамматического строя позволяет уточнить роль дефектов произношения в общей картине нарушений устной речи. Так, если недостатки произношения проявляются только в виде искаженного произношения отдельных (или даже нескольких) звуков, то в подавляющем большинстве случаев это указывает на изолированный фонетический дефект. Это означает, что данный ребенок, имеющий нормальные слух, зрение, интеллект, к школьному возрасту (6–7 лет) в силу ряда причин не успел приспособить артикуляционный уклад к произнесению определенных звуков в фонетической системе языка, носителем которого он является. Формирование фонематических процессов при этом

не задерживается; на их базе своевременно развиваются спонтанные предпосылки к овладению анализом и синтезом звукового состава. В дальнейшем ребенок свободно овладевает

письмом и чтением и полноценно усваивает программу обучения в целом.

По-иному следует подходить к диагностике недостатков произношения в тех случаях, когда они проявляются преимущественно в виде смешения и замены различных оппозиционных звуков (по акустическими артикуляционным признакам)... В тех случаях, когда нарушение произношения проявляется в виде замены и смешения звуков и сопровождается недоразвитием фонематических процессов, следует констатировать, что речевой дефект распространяется на всю звуковую сторону речи. Встречающиеся при этом недостатки произношения есть лишь одно из проявлений такого состояния патологии речи, которое принято обозначать как фонетико-фонематическое недоразвитие. Поскольку в этом случае страдают фонематические процессы, у таких детей замедленно и с определенными пробелами формируются спонтанные предпосылки к анализу и синтезу звукового состава слова. Все это, вместе взятое, достаточно серьезно затрудняет обучение грамоте, а затем и родному языку в целом.

У некоторых детей подобная несформированность звуковой стороны речи сочетается с пробелами в формировании лексико-грамматических средств языка. В этих случаях нарушение произношения, как бы массивно оно ни было выражено, является лишь одним из проявлений такого сложного нарушения речи, которое принято квалифицировать как общее недоразвитие речи.

Такой ребенок испытывает значительные затруднения не только в процессе овладения грамотой, письмом и чтением (как полагают некоторые логопеды), но и программой начального обучения в целом...

Содержание и приемы коррекционной работы

Первый этап коррекционного обучения. В этот период на логопедических занятиях уточняются речевые возможности детей, уровень сформированное™ языковых средств (произношение, словарь, грамматический строй, связная речь), определяется состояние коммуникативных умений и навыков, осуществляется развитие и совершенствование психологических предпосылок к активной учебной деятельности (устойчивость внимания, способность к переключению). Причем формирование этих свойств осуществляется в неразрывной связи с развитием общеучебных

умений, прежде всего навыков и умений планировать и контролировать учебную работу, осуществлять ее по ориентирам (основным и вспомогательным). Постепенно в процессе выполне

ния различных упражнений у учащихся создается база для организации деятельности, на многоориентирной основе, что чрезвычайно важно для полноценного овладения грамотой, письмом и чтением по новому «Букварю».

В течение подготовительного периода ведется активная работа над уточнением и постановкой дефектных звуков и параллельно – над развитием и совершенствованием фонематических представлений. Эта работа, проводимая на основе анализа звучащей речи, занимает на логопедических занятиях центральное место. В процессе реализации данного учебного комплекса дети получают практическое представление о предложении, слове, слоге, ударении, звуке, букве, гласном, согласном. На первых занятиях термины используются только учителем-логопедом.

В течение первых занятий учитель-логопед выявляет возможности каждого из учащихся в отношении преодоления дефекта и овладения знаниями. Во время этих занятий он формирует у детей представления о звуковой структуре слова, готовит их артикуляционный аппарат к дальнейшей работе над произносительной стороной речи, обучает умению самостоятельно осуществлять учебную деятельность, приучает к активной коррекции произношения. Все это создает необходимую базу для дальнейшей планомерной и целенаправленной работы по совершенствованию звуковой стороны речи;

Все изучаемые в русле первого этапа темы (и выполняемые детьми тренировочные упражнения) имеют выраженную направленность на восполнение пробелов в звуковой стороне речи. Постепенно, по мере упорядочения практических представлений о фонетической структуре слова, дети подводятся к овладению пониманием основных грамматических понятий: «предложение», «слово», «звук», «слог», «гласный», «согласный» (звонкий–глухой, мягкий–твердый) – и начинают пользоваться данной терминологией (разумеется, в практическом плане).

Помимо решения основной коррекционной задачи на всем протяжении первого этапа ведется работа над упорядочением лексического запаса, грамматического строя речи и формированием связной речи детей.

Второй этап коррекционного обучения. В процессе коррекции нерезко выраженного недоразвития речи во время занятия на первом этапе у учащихся были преодолены фонетико-фонема-тические нарушения и методом устного

опережения создана база для целенаправленной работы над восполнением пробелов в лек-сико-грамматическом развитии. На втором этапе занятий происходит:

1) уточнение значений имеющихся у детей слов и дальнейшее обогащение словарного запаса путем накопления новых слов (относящихся к различным частям речи) и знакомства с различными способами словообразования и словоизменения;

2) уточнение, развитие и дальнейшее совершенствование грамматического оформления речи учащихся на основе овладения предложениями различных синтаксических конструкций, а также за счет усвоения связи слов в предложении (согласование, предложное и беспредложное управление);

3) закрепление навыков организации учебной деятельности...

Третий этап коррекционного обучения. На третьем этапе у учащихся первых классов осуществляется совершенствование связной речи.

Центральное место в процессе развития связной речи учащихся занимает работа над предложением как основной речевой единицей... На предыдущих этапах коррекции работа над предложением, не являясь главной, неизменно велась на каждом занятии. В основном вся фонетическая и лексическая работа проводилась на материале предложения...

Приобретенные учащимися в процессе составления словосочетаний и предложений умения способствовали осознанному потреблению предложений в речи.

Ястребова А. В. Коррекция нарушений речи у учащихся общеобразовательной школы. — М., 1984. С. 5-56.

Л. В. Спирова, А. В. Ястребова

Нарушения речи у детей

Большинство детей к моменту обучения в школе уже полностью овладевают звуковой стороной речи, имеют довольно развернутый словарный запас, умеют грамматически правильно строить предложения. Однако не у всех процесс овладения речью происходит одинаково. В ряде случаев он может задержаться, и тогда у детей отмечаются различные отклонения в речи, нарушающие нормальный ход ее развития.

Нарушения речи многообразны. Они имеют различное выражение и зависят от причины и структуры дефекта.

Фонетические нарушения речи выражаются как в дефектах произношения отдельных звуков, так и их групп без других сопутствующих проявлений. Сущность фонетических нарушений заключается в том, что у ребенка под влиянием различных причин

(например, анатомического отклонения в строении или движении артикуляционного аппарата – зубов, челюсти, языка, нёба – или подражания неправильной речи) складывается и закрепляется искаженное артикулирование отдельных звуков, которое влияет лишь на внятность речи и не мешает нормальному развитию других ее компонентов. Типичные примеры нарушений, относящихся к данной группе, – велярное, увулярное, или одноудар-ное, произношение звука *р,* мягкое произношение шипящих при нижнем положении языка, межзубное произношение свистящих и т. д. Такие нарушения произношения звуков часто называют в литературе *антропофоныческими.* Они обычно не оказывают влияния на усвоении детьми школьных знаний, но могут влиять на формирование личности...

Фонематические нарушения выражаются в том, что ребенок не только дефектно произносит те или иные звуки, но и недостаточно их различает, не улавливает акустической и артикуляционной разницы между оппозиционными звуками. Это приводит к тому, что дети недостаточно четко овладевают звуковым составом слова... Подобные нарушения иногда, называют *фонологическими.*

Формирование звуковой стороны речи при нормальном ее развитии происходит в двух, взаимосвязанных направлениях: усвоение артикуляции звуков (движений и позиций органов речи, нужных для произношения) и усвоение системы признаков звуков, необходимых для их различения.

Каждый язык, как показали лингвистические исследования (Н. Трубецкой, Р Якобсон, М. Галле и др.), располагает своей фонематической системой, где определенные звуковые признаки выступают как сигнальные, смыслоразличительные (фонемы), в то время как другие звуковые признаки остаются несущественными (вариантами). Весь звуковой строй языка определяется системой противопоставлений (оппозиций), где различие даже в одном признаке изменяет смысл произносимого слова.

Дифференциация звуков речи как при восприятии, так и при произношении происходит на основе выделения сигнальных признаков и отвлечения их от несущественных, не имеющих фонематического значения.

Затруднения в выработке звуковых дифференцировок у детей чаще всего проявляются в замене при произношении одного звука другим и смешении звуков.

В первом случае звук отсутствует в речи ребенка и постоянно заменяется другим определенным звуком.

Во втором случае ребенок правильно произносит звук, владея соответствующей артикуляцией, но, несмотря на это, в словах в

развернутой речи не всегда пользуется им. В одних словах он правильно употребляет звук, а в других пропускает его или смешивает с близким по артикуляции или звучанию звуком. Один и тот же звук может иметь несколько разных заменителей (субститутов). В этом случае говорят о неустойчивом пользовании звуком, так как сходные по звучанию или артикуляции звуки вследствие недостаточно четкого их различения взаимо заменяются.

Замена и смешение звуков наблюдаются внутри определенных фонетических групп: внутри свистящих.., шипящих.., звонких и глухих.., сонорных..,\мягких и твердыми т. д. и, как правило, происходят лишь в пределах указанных групп. Исключения составляют свистящие и шипящие звуки, близкие по артикуляции, а также звуки *ц* и *ч,* которые могут заменяться звуками *т-т'\ д-д* опять-таки звуками близкими по своей артикуляции.

Замене или смешению подвергаются не обязательно все звуки определенной фонетической группы. Эти нарушения часто распространяются лишь на какую-нибудь пару звуков.... Иногда замена и смешение звуков сочетаются с искаженным произношением отдельных звуков. Чаще всего нарушения наблюдаются при произношении свистящих ишинящих-эвук-ов, звонких и глухих, а также сонорных *р* и *д.*

Наряду с недостатками произношения звуков у некоторых детей встречаются и нарушения произношения слоговой структуры слова: пропуски слогов, добавления, перестановки...

Указанные ошибки произношения свидетельствуют о недостаточном фонематическом развитии школьника, т. е. о том, что ребенок в дошкольном возрасте не проделал необходимой познавательной работы по вычленению отдельных звуков из живой речи, по соотнесению их между собой.

Если такому ребенку не была своевременно оказана логопедическая помощь, то он в дальнейшем не сможет полноценно овладеть грамотой.

Недостатки произношения отдельных звуков (фонематический дефект), а также недостатки произношения и различения звуков, обусловливающие затруднения в овладении чтением и письмом, являются самыми распространенными среди учащихся общеобразовательных школ. Поэтому учитель должен знать, что недостатки произношения могут быть либо самостоятельным нарушением, либо выступать в качестве одного из проявлений более сложного нарушения звуковой стороны речи, и уметь дифференцировать данные нарушения.

Работа учителя по формированию правильного произношения

Постановка того или иного звука непосредственно связана с необходимостью уточнения и формирования правильной артикуляции, соответствующей фонетической системе данного языка.

Процесс исправления недостатков произношения звуков складывается, как правило, из двух этапов: подготовка артикуляционного аппарата для правильного произношения звука, первичной его постановки и закрепления звука в устной речи.

Характерной особенностью первого этапа является обязательная опора на различные анализаторы (зрительной, слуховой, кожный и двигательный), которые облегчают воспроизведение требуемой артикуляции по образцу и контроль за ней. ?Важно развить умение следить за положение органов речи, поэтому отработка правильной артикуляции звука включает (как обязательное условие) показ и рассказ ученику о том, в каком -положении находятся органы речи при произнесении отрабатываемого звука. При показе артикуляции следует широко пользоваться зеркалом, посредством которого ребенок может 'видеть положение органов речи у себя и у учителя и тем самым контролировать свое произношение. Необходимо добиваться, чтобы он сознательно воспроизводил требуемые движения речевых органов и в дальнейшем строго следил за их соблюдением.

В случае малоподвижности речевых органов прибегают к системе подготовительных артикуляционных упражнений (своеобразной артикуляционной гимнастике), цель которой — усвоение отдельных элементов артикуляции, необходимых для выработки Навыков правильного произношения звуков.

Подготовка артикуляции — это только одно из условий, необходимых для правильного произнесения звука.

Уточнив артикуляцию, следует дать послушать ребенку звучание отрабатываемого звука при изолированном его произношения и в словах, что способствует установлению прочной связи между артикуляционными и акустическими свойствами звука. Учитель сначала длительным акцентированием выделяет отрабатываемый звук в словах, чтобы ученик самостоятельно научился его различать. Цель данных упражнений заключается в том, чтобы научить ребенка прислушиваться к своей речи и речи окружающих...

После того как будет достигнуто правильное произношение и Различение изучаемого звука, умение выделять его из состава любого слова, можно перейти к изучению другого звука.

Работа учителя по устранению фонематического недоразвития речи

Система преодоления фонематического недоразвития предусматривает два взаимосвязанных направления работы:

1) коррекцию произношения, т. е. постановку и уточнение артикуляции звуков;

3) последовательное и планомерное развитие звукового анализа и синтеза слова.

Как известно, на начальном этапе обучения детей языку первостепенная роль отводится углубленной и разносторонней работе над звуками. Детей учат воспринимать звуки на слух, правильно их произносить, осознавать звуки как фонемы.

Однако время, отведенное программой на усвоение материала этого раздела, рассчитано в основном на детей, имеющих нормальное речевое развитие и дошкольную подготовку. Оно оказывается недостаточным для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием...

Таким образом, основными задачами учителя, независимо от того с учащимися каких классов он проводит специальные занятие, являются:

1. Максимальная направленность и более продолжительная по количеству времени работа по формированию у ребенка умения сравнивать, сопоставлять и различать звуки речи (сначала на правильно произносимых, позже – на уточненных и исправленных звуках).

2. Отработка и уточнение артикуляции тех звуков, которые правильно произносятся изолированно, но в речи сливаются или звучат недостаточно отчетливо, смазанно.

3. Постановка отсутствующих и искаженно произносимых звуков и введение их в речь.

4. Формирование умений сопоставлять и различать систему дифференциальных (акустико-артикуляционных) признаков звуков.

5. Закрепление уровня звукового анализа, который доступен ребенку, и постепенное подведение к устойчивому автоматизированному навыку, т. е. обучение ребенка более сокращенным и обобщенным операциям, посредством которых производится звуковой анализ, формирование умения выделять звуки не только в сильных, но и в слабых позициях, различать варианты их звучания...

Чтобы направить внимание и интерес ребенка к звуковой стороне речи, научить его прислушиваться к звукам, выделять их из слова, необходимо вначале организовать его ориентировку в зву-

ковом составе слова на правильно произносимых и четко дифференцируемых звуках. После этого внимание ребенка следует сосредоточить на вновь поставленном или уточненном в произношении звуке. На специально подобранном речевом материале достигается правильное произношение звука, различение и выделение этого звука из состава слова, умение определять его место в целостном звуковом комплексе слога или слова.

Когда ребенок усвоит правильное произношение изучаемого звука... проводится работа по дифференциации этого звука от других акустически и артикуляционно близких звуков. Детям предлагаются упражнения на сравнение и сопоставление звуков по артикуляционным и акустическим свойствам, на различение этих звуков в словах и связных текстах...

При работе над слуховым восприятием должна строго соблюдаться поэтапность в применении тех упражнений, которые учитель предлагает учащимся. Вначале необходимо научить ребенка различать изучаемый звук среди других в чужой речи... Затем следует научить ребенка различать отрабатываемый звук не только в чужой, но и в своей собственной речи.

Лишь после того как ребенок научится самостоятельно различать изучаемый звук в словах (в чужой и собственной речи), можно перейти к формированию умения выделять звуки из состава слова, отделять их друг от друга, сравнивать между собой, определять роль и характер связи между звуками в слове.

При подборе речевого материала необходимо следить, чтобы в предъявленных для звукового анализа словах не встречались на первых порах звуки, близкие по акустическим или артикуляционным признакам изучаемому звуку.

Если ребенок испытывает трудности не только в различении звуков, но и в определении их количества и последовательности в словах, то вначале для ориентировки можно дать ему готовую наглядную схему звукового состава этих слов... По мере усвоения анализа с помощью схемы следует перейти к выделению звуков путем громкого, несколько утрированного их проговари-вания в анализируемых словах, и, наконец, действие по звуковому анализу происходит в умственном плане.

Усвоение каждой новой операции готовит учащихся к последующей, и в результате практической работы накапливаются определенные фонематические обобщения и наблюдения над звуковой стороной языка.

После того как будет достигнута четкость произношения и восприятия каждого из смешиваемых или заменяемых звуков... приступают к последнему этапу работы над звуком – к его дифференциации.

Предлагая учащимся упражнения на дифференциацию звуков, следует обращать их внимание на различие в звучании, артикуляции звуков, на их смыслоразличительную роль в слове.

Спирова Л. Ф., Ястребова А. В. Учителю о детях с нарушениями речи. — М., 1985.

Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева

Дислалия у детей

Дислалией называется стойкое нарушение произношения одного или нескольких звуков речи. Оно выражается в том, что некоторые звуки либо совсем не произносятся (опускаются), либо искажаются до неузнаваемости, либо заменяются другими...

Классификация дислалии

По количеству нарушенных звуков дислалия делится на простую и сложную. Если в произношении отмечается до четырех дефектных звуков, то диагностируется *простая дислалия,* если пять и более – *сложная.*

Если дефект выражается в нарушении произношения одной артикуляционной группы звуков (например, свистящих), то дислалия называется *мономорфной.* Если же дефект распространяется на две и более артикуляционные группы (например, ротацизм, сигматизм и ламбдацизм), то дислалия называется *полиморфной...*

Причины дислалии

Одной из самых распространенных причин недостатков звукопроизношения является неправильное строение артикуляционного аппарата. Здесь, прежде всего, следует выделить укороченную уздечку языка (подъязычная связка). При этом дефекте движения языка оказываются затрудненными, так как слишком короткая уздечка не позволяет ему при верхнеязычных звуках высоко подниматься. Кроме того, дислалия может быть вызвана либо слишком большим, едва умещающимся во рту и от этого неповоротливым языком, либо, наоборот, слишком маленьким и узким языком, что также затрудняет правильную артикуляцию.

Дефекты строения челюстей, ведущие к аномалиям прикуса, также могут вызвать дислалию.

Неправильное строение зубов, зубного ряда также может привести к дислалии. Например, при больших расщелинах между зубами язык в момент речи может попадать в эти расщелины, искажая звукопроизношение.

Отрицательно сказывается на звукопроизношении и неправильное строение нёба. Узкое, слишком высокое (готическое) нёбо препятствует правильной артикуляции многих звуков.

Толстые губы, часто с отвислой нижней губой, или укороченная, малоподвижная верхняя губа затрудняет четкое произношение губных и губно-зубных звуков.

Дислалия наступает также и вследствие недостаточной подвижности органов артикуляционного аппарата: языка, губ, нижней челюсти. Она может быть вызвана также и неумением ребенка удерживать язык в нужном положении или быстро переходить от одного движения к другому.

Еще одной причиной дислалии является неправильное воспитание речи ребенка в семье. Иногда взрослые, подлаживаясь под детскую речь или умиляясь забавному лепету ребенка, долгое время сюсюкают с малышом, а это задерживает развитие у него правильного произношения.

Дислалия может возникнуть и вследствие подражания. Вредным, как правило, оказывается постоянное общение ребенка с малолетними детьми, у которых еще не сформировалось правильное звукопроизношение. Ребенок может также подражать искаженному звукопроизношению взрослых членов семьи. Особенно вредно для детей постоянное общение с людьми, чья речь неясна, косноязычна или слишком тороплива, а иногда просто пронизана диалектными особенностями. Может плохо сказаться на речи детей и пребывание в двуязычном окружении. Разговаривая в раннем возрасте на разных языках, ребенок часто переносит особенности произношения одного языка на другой.

Часто причиной дислалии у детей оказывается так называемая педагогическая запущенность. Если взрослые не обращают внимания на развитие правильного звукопроизношения ребенка, не поправляют его ошибок в речи, сами не произносят звуки четко и правильно, не привлекают внимание малыша к правильному произношению того или иного звука, то в этом случае его речь, не подвергаясь необходимой коррекции со стороны взрослых, тормозит нормальное развитие произношения ребенка.

Дефекты звукопроизношения у детей могут быть обусловлены и недоразвитием фонематического слуха. При этом у ребенка

отмечаются затруднения в дифференциации звуков, различающихся между собой тонкими акустическими признаками... В ре-[3]Ультате надолго задерживается развитие правильного звукопро

изношения у детей. В свою очередь недостатки в произношении звуков, особенно если они выражаются в их замене или в смешении, могут затруднять формирование фонематического слуха и в дальнейшем стать причиной общего недоразвития речи и нарушений письма и чтения.

Дислалия у детей может быть вызвана и снижением слуха.

Причиной тяжелой и длительной дислалии может быть и недостаточное умственное развитие ребенка.

Отграничение сложных форм дислалии от сходных состояний

Нередко в специальные детские сады попадают дети с внешними симптомами, сходными с проявлением сложной дислалии, отягощенной фонематическим недоразвитием. Однако боковое произношение многих фонем, появление излишней слюны в момент речи, неумение удерживать ту или иную артикуляционную позу продолжительное время, нижняя артикуляция некоторых верхних звуков должны насторожить логопеда и заставить провести особо тщательное обследование подвижности речевых органов, а также качество движений языка, их точность и силу.

Для этой цели необходимо внимательно изучить положение и поведение языка в полости рта в состоянии покоя. При этом можно обнаружить, что положение языка постепенно меняется: он то лежит спокойно, то оттягивается внутрь рта, то выгибается кверху, то отклоняется в сторону.

Если предложить ребенку поднять язык вверх, то можно наблюдать много лишних движений (язык высовывается резко вперед, становится длинным, узким), прежде чем язык примет нужное положение. Это свидетельствует об изменениях тонуса мышц языка, одной его половины или только кончика.

Качество движений языка легко проверить, предложив ребенку многократно выполнить следующее упражнение: поднять язык вверх, затем вытянуть вперед, повернуть его к левому уху и, наконец, к правому. При этом легко обнаружить неточность и недостаточность силы движений языка, а иногда и его вялость. Такие явления обусловлены гиперкинезами языка, постоянно подвижного, как бы не находящего нужного положения.

Далее следует проверить язык на утомляемость. Для этой цели можно предложить ребенку 1 —2 мин показать, как кошка лакает молоко, т.е. попросить его производить быстрые движения языка

вперед. Внимательно наблюдая за поведением языка, можно обнаружить замедление темпа движений, их неточность. Если после таких упражнений попросить ребенка высунуть язык впе-

ред, то язык заметно отклонится в сторону и не сможет находиться в спокойном состоянии. Все это свидетельствует о наличии мышечной и иннервационной недостаточности в органах артикуляции.

Если ребенок называет изображенные на картинках предметы и при этом артикуляция многих звуков неточна, как бы смазана, или после многократного повторения слов наступает заметное утомление, артикуляция становится замедленной, неполной, или для многих звуков характерно боковое произношение, то перечисленные симптомы свидетельствуют не о дислалии, а о стертой форме псевдобульбарной дизартрии. Детей с таким диагнозом, так же как и дислаликов, зачисляют в группу для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием.

Бывает и так, что при первичном обследовании логопед не заметил у ребенка стертой формы псевдобульбарной дизартрии и принял ее за дислалию. Но, приступив к коррекционной работе, обнаружил, что тот или иной ребенок заметно отличается от остальных особой трудностью преодоления недостатков звукопроизношения. В таком случае необходимо снова провести логопедическое обследование данного ребенка, особо обратив внимание на только что перечисленные признаки.

Методы устранения дислалии

Исправление недостатков звукопроизношения у детей начинается с постановки у них точного, тонко дифференцированного произнесения звукосочетаний, одновременно у них развивают фонематическое восприятие. Понятно, что без полноценного восприятия фонем, без четкого их различения невозможно и их правильное произнесение. Вот почему, если при логопедическом обследовании устанавливается нарушение фонематического слуха, то прежде всего следует начинать работу по его развитию. Развитие фонематического восприятия проводится в игровой форме на фронтальных, подгрупповых и индивидуальных занятиях.

Начинается эта работа на материале неречевых звуков, постепенно вводятся звуки речи, правильно произносимые детьми и те, которые вновь ставятся (или исправляются и вводятся в самостоятельную речь ребенка). Кроме этого, с первых занятий параллельно проводится работа по развитию слухового внимания и слуховой памяти. Такая двоякая направленность занятий позволяет добиваться наиболее эффективных результатов в раз-

витии фонематического восприятия. Ведь неумение вслушиваться в речь окружающих часто является одной из причин неправильного звукопроизношения.

Развитие фонематического восприятия. В процессе логопедических занятий ребенок должен, прежде всего, овладеть умением контролировать свое произношение и исправлять его, сравнивая речь окружающих с собственной.

Логопедическую работу по развитию у детей способности дифференцировать фонемы можно условно разделить на шесть этапов:

1) узнавание неречевых звуков; 2) различение одинаковых слов, фраз, звукокомплексов и звуков по высоте, силе и тембру голоса; 3) различение слов, близких по звуковому составу; 4) дифференциация слогов; 5) дифференциация фонем; 6) развитие навыков элементарного звукового анализа...

Артикуляционная гимнастика. При предварительном логопедическом обследовании часто обнаруживаются нарушения в строении и подвижности органов артикуляционного аппарата. В таких случаях параллельно с работой по развитию фонематического восприятия проводится артикуляционная гимнастика (подготовительные упражнения). Целью такой гимнастики является выработка полноценных движений артикуляционных органов, необходимых для правильного произношения звуков. Кроме того, с ее помощью происходит объединение простых движений в сложные, в артикуляционные уклады различных фонем.

Как правило, упражнять следует лишь нарушенные движения и только те, которые нужны для постановки определенного звука. Всю систему артикуляционной гимнастики можно разделить на два вида упражнений: статические и динамические.

Статические подготовительные упражнения

1. *Лопаточка.* Широкий язык высунуть, расслабить, положить на нижнюю губу. Следить, чтобы язык не дрожал. Держать 10–15 с.

2. *Чашечка.* Рот широко раскрыть. Широкий язык поднять кверху. Потянуться к верхним зубам, но не касаться их. Удерживать язык в этом положении 10–15 с.

3. *Иголочка.* Рот открыть. Язык высунуть далеко вперед, напрячь и сделать его узким. Удерживать в таком положении 15 с.

4. *Горка.* Рот приоткрыть. Боковые края языка прижать к верхним коренным зубам. Кончик языка упереть в нижние передние зубы. Удерживать в таком положении 15 с.

5. *Трубочка.* Высунуть широкий язык. Боковые края языка загнуть вверх. Подуть в получившуюся трубочку. Выполнять в медленном темпе 10–15 раз.

Каждое из перечисленных упражнений выполняется медленно по 8–10 раз.

Динамические подготовительные упражнения

1. *Часики.* Высунуть узкий язык и тянуть его попеременно то к правому, то к левому уху. Двигать языком из угла в угол в медленном темпе под счет логопеда. Проделать 15–20 раз.

2. *Лошадка.* Присосать язык к нёбу, щелкнуть языком. Щелкать медленно, сильно. Тянуть подъязычную связку. Проделать Ю–15 раз..

3. *Качели.* Высунуть узкий язык. Тянуться попеременно то к носу, то к подбородку. Рот при этом не закрывать. Упражнение проводится под счет логопеда 10–15 раз.

4. *Вкусное варенье.* Высунуть широкий язык, облизать верхнюю губу и убрать язык в глубь рта. Повторять 15 раз.

5. *Змейка.* Рот широко открыть. Язык сильно высунуть вперед, напрячь и сделать его узким. Узкий язык максимально выдвигать вперед и убирать в глубь рта. Двигать языком в медленном темпе 15 раз.

6. *Маляр.* Высунуть язык, рот приоткрыть. Облизать сначала верхнюю, затем нижнюю губу по кругу. Проделать 10 раз.

7 *Катушка.* Кончик языка упереть в нижние передние зубы. Боковые края языка прижать к верхним коренным зубам. Широкий язык «выкатывать» вперед и убирать в глубь рта. Проделать 15 раз.

8. *Грибок.* Раскрыть рот. Присосать язык к нёбу. Не отрывая язык от нёба, сильно оттянуть вниз нижнюю челюсть. Проделать 15 раз.

При подготовке к постановке каждого очередного звука логопед должен выбирать из всех перечисленных упражнений только те, которые необходимы для данной артикуляции и при данных особенностях подвижности органов артикуляционного аппарата ребенка.

Исправление дефектов звукопроизношения

Логопедическая работа по устранению дислалии проводится на основе артикуляционных навыков через использование компенсаторных возможностей организма (зрительных и слуховых восприятий, тактильных и кинестетических ощущений).

Занятия по исправлению дефектов звукопроизношения ведутся в следующей последовательности:

1) подготовительные упражнения;

2) постановка звука;

3) автоматизация навыка произношения звука в слогах (прямых, обратных, со стечением согласных);

4) автоматизация навыка произношения звука в словах;
5) автоматизация навыка произношения звука в предложениях;
6) автоматизация навыка произношения звука в самостоятельной речи;
7) дифференциация звуков...

Филинева Т. Б. Чевелева Н. А.. Логопедическая работа в специальном детском саду. — М. 1987. С. 5 - 24.

Б. М. Гриншпун

Дислалия

Дислалия (от греч. dis – приставка, означающая частичное расстройство, и lalio – говорю) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Среди нарушений произносительной стороны речи наиболее распространенными являются избирательные нарушения в ее звуковом (фонемном) оформлении при нормальном функционировании всех остальных операций высказывания.

Эти нарушения проявляются в дефектах воспроизведения звуков речи: искаженном (ненормативном) их произнесении, заменах одних звуков другими, смешении звуков и – реже – их пропусках.

Перечисленные виды нарушений: замены, смешения и искажения звуков – в традиционной Логопедии рассматриваются как рядоположные. В современных логопедических исследованиях, опирающихся на положения лингвистики, они подразделяются на две разноуровневые категории. Замены и смешения звуков квалифицируются как фонологические (Ф. Ф. Рау), или (что то же самое) фонематические (Р Е. Левина), дефекты при которых нарушена система языка. Искажения звуков квалифицируются как антропофонические (Ф. Ф. Рау), или фонетические, дефекты, при которых нарушена произносительная норма речи. Такое разделение углубляет представление о структуре речевого дефекта и направляет внимание на поиски адекватных методов его преодоления...

На современном этапе развития логопедии квалификация дефекта опирается на совокупность критериев разных дисциплин, изучающих речь. Вместе с тем для логопедии как педагогической

отрасли знаний важным является выделение таких признаков нарушения, которые существенны для самого логопедического воздействия, т.е. учет того, каким является дефект, фонематическим или фонетическим.

В соответствии с предложенными критериями выделяются три основные формы дислалии: акустико-фонематическая, артику-ляторно-фонематическая, артикуляторно-фонетическая.

Акустико-фонематическая дислалия. К ней относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные избирательной несформированностью операций переработки фонем по их акустическим параметрам в сенсорном звене механизма восприятия речи. К таким операциям относятся опознания, узнавания, сличения акустических признаков звуков и принятие решения о фонеме.

В основе нарушения лежит недостаточная сформированность фонематического слуха, назначением которого является узнавание и различение входящих в состав слова фонем. При этом нарушении система фонем оказывается у ребенка не полностью сформированной (редуцированной) по своему составу. Ребенок не опознает тот или другой акустический признак сложного звука, по которому одна фонема противопоставлена другой. Вследствие этого при восприятии речи происходит уподобление одной фонемы другой на основе общности большинства признаков. В связи с неопознанием того или другого признака звук узнается неправильно. Это приводит к неправильному восприятию слов (*гора* — «нора», *жук* — «щук», *рыба* — «лыба»). Эти недостатки мешают правильно воспринимать речь как самому говорящему, так и слушающему.

Неразличение, ведущее к отождествлению, уподоблению, наблюдается при дислалии преимущественно в отношении фонем с одномерными акустическими различиями. Например, в отношении некоторых сонорных фонем *(р-л)* и некоторых других. В тех случаях, когда тот или иной акустический признак является дифференциальным для группы звуков, например глухость-звонкость, дефектным оказывается восприятие всей группы. Например, звонких, шумных, которые воспринимаются и воспроизводятся как парные или глухие (*ж-ш*, d-m, *г-к*, *з-с* и т. д.). В ряде случаев нарушенным оказывается противопоставление в группе взрывных или сонорных согласных.

При акустико-фонематической дислалии у ребенка нет нарушений слуха. Дефект сводится к тому, что у него избирательно не формируется функция слухового различения некоторых фонем.

От акустико-фонематической дислалии следует отличать более грубые нарушения, распространяющиеся на перцептивной и

смысловой уровни процессов восприятия речи и приводящие к ее недоразвитию.

Артикуляторно-фонематическая дислалия. К этой форме относятся дефекты, обусловленные несформированностью операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам в моторном звене производства речи. Выделяют два основных варианта нарушений. При первом – артикуляторная база оказывается не полностью сформированной, редуцированной. При отборе фонем вместо нужного звука (отсутствующего у ребенка) отбирается звук близкий к нему по набору артикуляционных признаков. Отмечается явление субституции, или замены одного звука другим. В роли заменителя выступает звук более простой по артикуляции.

При втором варианте нарушения артикуляторная база оказывается полностью сформированной. Усвоены все артикулятор-ные позиции, необходимые для производства звуков, но при отборе звуков принимается неправильное решение, вследствие чего звуковой облик слова становится неустойчивым (ребенок может произнести слова правильно и неправильно). Это приводит к смешениям звуков в силу их недостаточной дифференциации, к неоправданному употреблению звуков.

Замены и смешения при этой форме дислалии осуществляются на основе артикуляционной близости звуков. Но, как и в предыдущей группе нарушений, эти явления наблюдаются преимущественно между звуками или классами звуков, различающихся по одному из признаков: свистящими и шипящими (с-ш, з-ж).. между взрывными шумными переднеязычными и заднеязычными *(т-к, д-г).*„ между парными по артикуляции язычными твердыми и мягкими фонемами *(с-с\ л-л\ т-т*)*... и др. Эти явления могут наблюдаться среди звуков, одинаковых по способу образования, между аффикатами *ц* и «*.., сонорами *р и л* . . .

При этой форме дислалии фонематический слух у ребенка чаще всего сформирован полностью. Он различает все фонемы, узнает слова, в том числе и слова-паронимы. Ребенок часто осознает свой дефект и даже пытается преодолеть его. При этом во многих случаях такая самокоррекция под управлением слухового контроля проходит успешно.

Дефектное произношение при этой форме дислалии обусловлено не собственно моторными нарушениями, а нарушением операций отбора фонем по их артикуляторным признакам. Ребенок справляется с заданиями на имитацию сложных неречевых звуков, требующих для своей реализации определенных укладов

речевых органов; нередко производит более сложные в моторном отношении звуки и заменяет ими отсутствующие, наиболее простые по артикуляции звуки.

Артикуляторно-фонетическая дислалия. К этой форме относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями.

Зруки произносятся ненормированно, искаженно для фонетической системы данного языка, которая у ребенка при этой форме дислалии полностью сформирована, но фонемы реализуются в ненормированных, непривычных вариантах (аллофонах).'Чаще всего неправильный звук по своему акустическому эффекту близок к правильному. Слушающий без особых затруднений соотносит этот вариант произнесения с определенной фонемой.

Наблюдается и другой тип искажений, при котором звук не опознается. В таких случаях говорят о пропуске, элизии звука. Случай пропусков звуков при этой форме дислалии — явление редкое (с ним чаще встречаемся при других, более грубых дефектах, например, при алалии). При дислалии аналог звука, сугубо индивидуальный по своему акустическому эффекту, выполняет в речевой системе ребенка ту же фонематическую функцию, что и нормированный звук.

Нарушаются не все звуки: так, при различных индивидуальных особенностях произнесения акустический эффект при произнесении губных (взрывных и сонорных) согласных, а также переднеязычных взрывных и сонорных согласных оказывается в пределах нормы. Почти не встречаются искажения губно-зубных *(ф-ф\ в-в>).*

Основную группу звуков, в которой наблюдается искаженное произношение, составляют переднеязычные не взрывные согласные. Реже наблюдается дефектное произнесение заднеязычных взрывных согласных и среднеязычного.

Переднеязычные не взрывные согласные представляют собой довольно сложные по артикуляции звуки, овладение их правильным укладом требует тонких дифференцированных движений. При произношении ребенок не может опереться на те движения, которые у него сформировались ранее в связи с биологическими актами, например при овладении губными согласными или взрывными переднеязычными. Эти звуки формируются у него позже других, потому что он должен овладеть новыми комплексами движений, предназначенных для произношения.

В ходе освоения произносительных умений и навыков ребенок под управлением своего слуха постепенно нащупывает те артикуляционные позиции, которые соответствуют нормальному

акустическому эффекту. Эти позиции записываются в памяти ребенка и в дальнейшем воспроизводятся по мере необходимости. При нахождении правильных укладов ребенок должен на

учиться различать уклады, близкие в произношении звуков, и выработать комплекс речедвижений, необходимых для воспроизводства звуков (Ф. Ф. Рау). Процесс выработки речедвижений сопряжен со специфическими трудностями, так как в качестве промежуточных звеньев выступают адекватные и неадекватные звуки, которые в русском языке не несут смыслоразличительной функции. В ряде случаев такой промежуточный для развития произношения звукозаменитель, близкий к нужному звуку по акустическому эффекту, начинает приобретать смыслоразличи-тельную (фонематическую) функцию. Он принимается фонетическим слухом ребенка как нормированный. Его артикуляция закрепляется. В дальнейшем звук обычно не поддается самокоррекции вследствие инертности артикуляторных навыков. Эти дефекты, в отличие от дефектов предшествующих групп, имеют тенденцию к закреплению.

Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса *-изм:* ротацизм – дефект произношения *р, р* ламбдацизм – *л* и *л* сигматизм – свистящих и шипящих звуков, йотацизм – *йот,* каппацизм – *к и к',* гаммацизм – г и *г* хитизм – *х* и *х'* В тех случаях, когда отмечается замена звука, то к названию дефекта приставляют приставку *пара-:* параротацизм, парасигматизм и др.

Группировка дефектов произношения и термины, которыми они обозначаются, не подходят для описания нарушений русской произносительной системы. Например, для обозначения нарушений заднеязычных согласных излишни два термина, но они уместны для тех языков, в которых *г* и *к* оказываются различными по способу образования. Для характеристики ряда согласных эта система явно недостаточна: нет названия для дефектов произношения фрикативных шипящих *ш* и ж, для дефектов произнесения аффрикат. Так как в фонетической системе греческого языка не было подобных звуков, не оказалось и соответствующих названий. В связи с этим условно были объединены в группу сигматизмов, кроме дефектов произношения свистящих, и дефекты других звуков – фрикативных шипящих и аффрикат.

Для искаженного нарушения произношения характерно то, что в большинстве своем однородный дефект наблюдается в группах звуков, близких по артикуляционным признакам. Например, в паре глухих-звонких звуков искажение оказывается одинаковым: *з*

нарушается так же, как *с, ж* как *ш*. Это же относится к парам по твердости-мягкости: *с* нарушается как *с*^{9} Исключение составляет звуки *р* и *р*\ *л* и *л'*\ твердые и мягкие нарушаются по-

разному. Могут нарушаться твердые, а мягкие оказаться не нарушенными.

Уровни нарушенного произношения

Многие авторы отмечают, что в ряде случаев дети правильно употребляют звук изолированно, в слогах, а иногда в словах и в отраженной речи, а в самостоятельной речи не употребляют (М. А. Александровская). Аналогичные явления отмечаются в работах М. Е. Хватцева, О. В. Правдиной, К. П. Беккера, М. Сова-ка и др. Эти данные свидетельствуют о том, что произносительные умения детей соотносятся со степенью сложности вида речевой деятельности.

О. В. Правдина (1973) выделяет три уровня нарушенного произношения: полное неумение правильно произносить звук или группу звуков; неправильное произношение их в речи при правильном произношении изолированно или в легких словах; недостаточное дифференцирование (смешение) двух близких по звучанию или по артикуляции звуков при умении правильно произносить оба звука. Выделенные уровни отражают этапы усвоения звука в процессе развития ребенка, выявленные А. Н. Гвоздевым. Эти данные свидетельствуют о том, что ребенок с нарушенным произношением проходит те же этапы овладения звуком, что и нормальный, но на каком-то из этих этапов он может задержаться или остановиться.

К. П. Беккер и М. Совак (1981) говорят о звуковой, слоговой и словесной дислалии. Более оправданным нужно считать уров-невое разделение дислалии, а не разделение их на разные формы, так как факты свидетельствуют о том, что речь должна идти о степени сформированное™ умений при одном и том же виде. Разная степень сформированности умений может наблюдаться в каждой из описанных форм дислалии...

Методика логопедического воздействия при дислалии

Основной целью логопедического воздействия при дислалии является формирование умений и навыков правильного воспроизведения звуков речи. Чтобы правильно воспроизводить звуки речи (фонемы), ребенок должен уметь: узнавать звуки речи и не смешивать их в восприятии (т. е. отличать один звук от другого по

акустическим признакам); отличать нормированное произнесение звука от ненормированного; осуществлять слуховой контроль за собственным произнесением и оценивать качество вое

производимых в собственной речи звуков; принимать необходимые артикуляторные позиции, обеспечивающие нормированный акустический эффект звука; варьировать артикуляционные уклады звуков в зависимости от их сочетаемости с другими звуками в потоке речи; безошибочно использовать звук во всех видах речи.

Логопед должен найти наиболее экономный и эффективный путь обучения ребенка произношению.

При правильной организации логопедической работы положительный эффект достигается при всех видах дислалии. При механической дислалии в ряде случаев успех достигается в результате совместного логопедического и медицинского воздействия.

Предпосылкой успеха при логопедическом воздействии является создание благоприятных условий для преодоления недостатков произношения: эмоционального контакта логопеда с ребенком; интересной формы организации занятий, соответствующей ведущей деятельности, побуждающей познавательную активность ребенка; сочетания приемов работы, позволяющих избежать его утомления.

Логопедическое воздействие осуществляется поэтапно, при этом на каждом из этапов решается определенная педагогическая задача, подчиненная общей цели логопедического воздействия.

Этапы логопедического воздействия

Исходя из цели и задач логопедического воздействия, представляется оправданным выделить следующие этапы работы: подготовительный этап; этап формирования первичных произносительных умений и навыков; этап формирования коммуникативных умений и навыков.

1. **Подготовительный этап.** Основная цель его — включить ребенка в целенаправленный логопедический процесс. Для этого необходимо решить ряд общепедагогических и специальных логопедических задач.

Одной из важных общепедагогических задач является формирование установки на занятия: логопед должен установить с ребенком доверительные отношения, расположить его к себе, адаптировать к обстановке логопедического кабинета, вызвать у него интерес к занятиям и желание в них включиться. У детей нередко наблюдается скованность, стеснительность, замкнутость, а иногда и боязнь встреч с незнакомыми сверстниками и взрослыми. От

логопеда требуется особая тактичность, доброжелательность; общение с ребенком должно осуществляться без официальности и излишней строгости.

Важной является задача формирования производных форм деятельности и осознанного отношения к занятиям. Ребенок должен усвоить правила поведения на занятиях, научиться выполнять инструкции логопеда, активно включаться в общение.

В задачи подготовительного этапа входит развитие произвольного внимания, памяти, мыслительных операций, особенно аналитических операций, операций сравнения и вывода.

К специальным логопедическим задачам относятся: умение опознавать (узнавать) и различать фонемы и формирование ар-тикуляторных (речедвигательных) умений и навыков.

В зависимости от формы дислалии эти задачи могут решаться параллельно или последовательно. При артикуляторных формах (фонематической и фонетической) в тех случаях, когда нет нарушений в восприятии, они решаются параллельно. Формирование рецептивных умений может быть сведено к развитию осознанного звукового анализа и контролю за собственным произношением. При акустико-фонематической форме дислалии главная задача заключается в том, чтобы научить детей различать и узнавать фонемы с опорой на сохранные функции. Не решив эту задачу, нельзя перейти к формированию правильного произношения звуков. Чтобы работа над правильным произношением звука принесла успех, ребенок должен уметь его слышать, так как регулятором нормированного употребления является слух.

При смешанных и комбинированных формах дислалии работа над развитием рецептивных умений предваряет формирование артикуляторной базы. Но в случае грубых нарушений фонематического восприятия она проводится и в процессе формирования артикуляторных умений и навыков.

Работа над формированием восприятием звуков речи строится с учетом характера дефекта. В одних случаях работа направляется на формирование фонематического восприятия и на развитие слухового контроля. В других – в ее задачу входит развитие фонематического восприятия и операций звукового анализа. В третьих – ограничивается формированием слухового контроля как осознанного действия.

При этом нужно учитывать следующие положения.

• Умение опознавать и различать звуки речи как осознанные. Это требует от ребенка перестройки отношения к собственной речи, направленности его внимания на внешнюю, звуковую сторону, которая ранее им не осознавалась. Ребенка нужно специ-

ально обучать операциям осознанного звукового анализа, не полагаясь на то, что он спонтанно им овладевает.

• Исходными единицами речи должны быть слова, так как звуки – фонемы существуют лишь, в составе слова, из которого

путем специальной операции они выделяются при анализе. Лишь после того ими можно оперировать как самостоятельными единицами и проводить наблюдения за ними в составе слоговых цепочек и в изолированном произнесении.

• Операции звукового анализа, на основе которых формируются умения и навыки осознанного опознания и дифференциации фонем, проводятся в начале работы на материале с правильно произносимыми ребенком звуками. После того как ребенок научится узнавать тот или иной звук в слове, определять его место среди других звуков, отличать один от другого, можно перейти к другим видам операций, опираясь на умения, сложившиеся в процессе работы над правильно произносимыми звуками.

• Работу по формированию восприятия неправильно произносимых звуков нужно проводить так, чтобы собственное неправильное произношение ребенка не мешало ему. Для этого в момент осуществления операций звукового анализа нужно ребенка максимально ограничивать или исключить собственное его проговаривание, перенеся всю нагрузку на слуховое восприятие материала.

• Проговаривания ребенка желательно подключать на последующих занятиях, когда возникает необходимость сравнения его собственного произношения с нормированным.

При фонематических дислалиях необходимо сформировать недостающие движения органов артикуляции; внести коррекцию в неправильно сформировавшееся движение. В тех случаях, когда звук искажается за счет нарушений в способе или месте его образования, необходимо сочетание обоих приемов.

Для формирования артикуляционной базы разработаны типы упражнений, дидактические требования и методические рекомендации, пособия по исправлению произношения.

При дислалии нет грубых моторных нарушений. У ребенка с дислалией не сформированы некоторые специфические для речи произвольные движения органов артикуляции. Процесс формирования артикуляционных движений осуществляется как произвольный и осознанный: ребенок учится производить их и контролировать правильность выполнения. Необходимые движения сначала формируются по зрительному подражанию: логопед перед зеркалом показывает ребенку правильную артикуляцию звука, объясняет, какие движения следует произвести, предлагает ему повторить. В результате нескольких проб, сопровождаемых зрительным контролем, ребенок добивается нужной позы. При

затруднениях логопед помогает ребенку шпателем или зондом. На последующих занятиях можно предложить выполнить дви-

жение по устной инструкции без опоры на зрительный ооразец. Правильность выполнения ребенок в дальнейшем проверяет на основе кинестетических ощущений. Артикуляция считается усвоенной, если она выполняется безошибочно и не нуждается в зрительном контроле.

При работе по формированию правильного произношения необходимо избегать упоминаний о том звуке, над которым ведется работа.

Логопед в ходе выполнения задания ребенком проверяет, правильно ли он выбрал позу для произношения нужного звука. Для этого он просит ребенка произвести выдох («сильно подуть»), не изменяя позы. При сильном выдохе возникает интенсивный шум. Если шум будет соответствовать акустическому эффекту нужного глухого согласного, значит, поза принята правильно. Если нет, тогда логопед просит ребенка-несколько изменить позу органов артикуляции (чуть-чуть поднять, опустить, продвинуть язык) и снова подуть. Поиски наиболее удачной позы проводятся до тех пор, пока не будет получен положительный результат.

В ряде случаев, прислушиваясь к производимому шуму, ребенок отождествляет его с нормированным звуком и даже пытается самостоятельно включить в речь. Поскольку это не всегда приводит к положительным результатам, логопеду следует в таких случаях отвлечь внимание от звука, переключив на другой объект.

При дислалии нет необходимости в обилии упражнений для органов артикуляции, достаточно тех, в результате которых окажутся сформированными необходимые движения. Работа ведется над отдельными собственно речевыми движениями, которые не сформировались у ребенка в процессе речевого развития.

Требования, которые необходимо предъявлять к проведению артикуляционных упражнений:

1. Выработать умения принимать требуемую позу, удерживать ее, плавно переключаться с одной артикуляционной позы на другую.

2. Система упражнений по развитию артикуляционной моторики должна включать как статические упражнения, так и упражнения, направленные на развитие динамической координации речевых движений.

3. Необходимы упражнения на сочетание движений языка и губ, так как при произношении звуков эти органы включаются в совместные действия, взаимно приспосабливаясь друг к другу (это явление носит название коартикуляции).

4. Занятия должны проводиться кратковременно, но многократно, чтобы ребенок не утомлялся. В паузах можно переключить его на другой вид работы.

5. Уделять внимание формированию кинестетических ощущений, кинестетического анализа и представлений.

6. По мере овладения движением, необходимым для реализации звука, логопед переходит к отработке движений, обязательных для других звуков...

2. Этап формирования первичных произносительных умений и навыков. Цель данного этапа заключается в том, чтобы сформировать у ребенка первоначальные умения правильного 'произнесения звука на специально подобранном речевом материале. Конкретными задачами являются: постановка звуков, формирование навыков правильного их использования в речи (автоматизация умений), а также умений отбирать звуки, не смешивая их между собой (дифференцировать).

Необходимость решения указанных задач в процессе логопедической работы вытекает из закономерностей онтогенетического овладения произносительной стороной речи.

Постановка звука достигается применением технических приемов, подробно описанных в специальной литературе. В работах Ф. Ф. Рау выделяются три способа: по подражанию (имитатив-ный), с механической помощью и смешанный.

При постановке звука в качестве его исходной основы следует обращаться не к изолированному сохранному звуку, а к звуку в слоговом сочетании, так как слог — это естественная для звука форма его реализации в речи... Это положение является очень важным в связи с тем, что при постановке изолированного звука переход к слогу нередко оказывается затрудненным. Необходимо предусматривать возможные динамические перестройки артикуляции одной и той же фонемы в разном звуковом окружении. Это достигается без особого труда, так как схемы (программы) сочетаний звуков у ребенка с дисл алией не нарушены.

По мере того как звук оказывается поставленным в одной из слоговых позиций, ведется работа по его включению в речь, или автоматизации.

Процесс автоматизации звука заключается в тренировочных упражнениях со специально подобранными словами, простыми по фонетическому составу и не содержащими нарушенных звуков.

Нередко оказывается, что уже в процессе автоматизации ребенок начинает свободно включать в спонтанную речь поставленный звук. Если он его не смешивает с другими, то нет необ ходимости в последующей работе над ними. В логопедической практике встречаются случаи, когда требуется дальнейшее про-

должение работы над звуком, в частности по его разграничению с другими звуками, т. е. дифференциации.

Работа над дифференциацией звуков способствует нормализации операции их отбора.

При работе над дифференциацией звуков одновременно подключаются не более пары звуков, если для работы необходимо большое количество звуков одной артикуляторной группы, их все равно объединяют попарно.

3. Этап формирования коммуникативных умений и навыков. Цель его — сформировать у ребенка умения и навыка безошибочного употребления звуков речи во всех ситуациях общения.

На занятиях широко применяются тексты, а не отдельные слова, используются различные формы и виды речи, используются творческие упражнения, подбирается материал, насыщенный теми иди иными звуками. Подобный материал больше подходит для занятий по автоматизации звуков. Но если на данном этапе ребенок будет работать только на специально подобранном материале, то он не овладеет операцией отбора, так как частотность этого звука в специальных текстах превышает нормальное их распределение в естественной речи. А ребенок должен научиться оперировать ими.

Случаи сложных или комбинированных функциональных и механических дислалии требуют четкого планирования занятий, разумной дозировки материала, определения последовательности в исправлении звуков, а также представления о том, какие звуки могут быть включены в работу одновременно, а какие должны отрабатываться последовательно.

Гриншпун Б. М. Дислалия. — М. 1989

Раздел 2 РИНОЛАЛИИ

М. Д. Дубов

Клиническая картина при расщелинах нёба

Расщелина нёба проявляется прежде всего более или менее широким сообщением между полостями рта и носа. Это сообщение не всегда соответствует протяженности расщелины.

При сквозных односторонних расщелинах с наклонным стоянием нёбных пластинок и сошника сообщение это может быть сравнительно незначительным, тем более, что часть просвета еще закрывается гипертрофированными нижними носовыми раковинами. Сообщение между ротовой и носовой полостями уменьшается, в особенности после рано произведенной хейлопластики. При двухсторонних сквозных расщелинах сообщение вначале очень широко, но после ранней хейлопластики сообщение это в переднем отделе нёба может быть доведено до минимума благодаря сближению краев нёбных пластинок и сошника. Наиболее широкое сообщение наблюдается при полных несквозных расщелинах. Частичные расщелины, в том числе и скрытые, иногда связаны с большим укорочением мягкого нёба, и сообщение ротовой полости с носовой в заднем отделе выражено при этом особенно резко.

Степень укороченное™ мягкого нёба может быть установлена прямым измерением расстояний между режущим краем верхних центральных резцов и задней стенкой глотки и между режущим краем тех же резцов и задним краем мягкого нёба. При этом нет необходимости пользоваться какими-либо специальными приспособлениями или, как рекомендуют некоторые авторы, изогнутой по рельефу нёба проволокой. Можно пользоваться обычным смотровым шпателем или градуированной линейкой. Сравнивая отрезки прямой (хорды) вместо отрезков соответствующих дуг, вряд ли можно допустить большую ошибку. Разность между полученными величинами и будет указывать на степень недостаточности (укорочения) мягкого нёба, которая зависит от формы расщелины, степени недоразвития нёбных пластинок,

возврата. Измерения произведенные у 216 больных, дали результаты, приведенные в таблице (см. с. 121).

Само собой разумеется, что эти цифры дают только анатомическую характеристику условий для замыкания носоглоточного

прохода. Замыкание этого прохода обусловливается состоянием мышц глоточного кольца, степенью их недоразвития, что наблюдается при расщелинах нёба. При этом следует также учитывать общее состояние больного, в частности – состояние и деятельность его мышечного аппарата вообще.

Таблица

Укорочение нёба при расщелинах, по нашим наблюдениям

Форма расщелины	Число больных	Среднее укорочение (в мм)
Сквозная двухсторонняя	**19**	**16,3**
„ односторонняя	**62**	**13,2**
Несквозная полная	**25**	**16,4**
частичная	**94**	**14,2**
скрытая	**16**	**15,9**

Из таблицы, между прочим, видно, что степень недостаточности нёба не всегда совпадает с тяжестью формы расщелины. При несквозных расщелинах наблюдается большее укорочение, чем при сквозных односторонних. Это подтверждается и клиническими наблюдениями. При сквозных односторонних расщелинах речь бывает порой значительно менее искажена, чем при несквозных, особенно полных и даже частичных и скрытых.

Если шпателем отдавливать мягкое нёбо кзади и кверху, симулируя его движения при фонации и глотании, можно убедиться, что задний край мягкого нёба в той или иной мере не достигает задней стенки глотки, как в норме. В этом можно также убедиться, наблюдая рефлекторные движения мягкого нёба при раздражении инструментом слизистой корня языка или задней стенки глотки.

Этот момент недостаточности нёба в переднем отделе как пассивной перегородки между ротовой и носовой полостями и как активного клапана в заднем отделе обусловливает основные функциональные расстройства у носителей расщелины.

_У-Щ>ворожденных *"^тРУ^ноu* возРасте на первый план выступают ^шбстрбиства"со стороныГШГГания и :цыхания. Невозможность герметизации полости рта, необходимой для сосания, нарушает последнее уже в первой его стадии – аспирации; кроме того, при проглатывании часть молока выливается через носовые ходы. При недостаточно внимательном или неумелом уходе весь процесс вскармливания ребенка сразу нарушается, очень часто его сразу переводят на искусственное питание со всеми вытекающими отсюда последствиями. Если же продолжаются

попытки прикладывания ребенка к груди или же вскармливание продолжается без достаточного контроля за количественной стороной и без борьбы с расстройством глотания, ребенок начинает страдать от недоедания. Расстройства питания – одна из основных причин высокой летальности детей с расщелинами нёба в этом периоде.

Наряду с этим наблюдаются расстройства со стороны дыхательной системы. Невозможность разобщения ротовой и носовой полостей приводит к смешанному ротовому и носовому дыханию, выключается, по крайней мере частично, механизм фильтрации, согревания и увлажнения вдыхаемого воздуха. Отсюда – частота заболеваний дыхательных путей, играющих также немаловажную роль в повышенной летальности носителей расщелин. При расщелинах нередко наблюдаются хронические воспалительные заболевания глотки и миндалин: слизистая глотки в состоянии застойной гиперемии, лимфатические фоликулы в толще слизистой оболочки увеличены, что выражается в ее зернистости, миндалины гипертрофированы. Невозможность разобщения носовой и ротовой воздушных струй обусловливает затруднение дыхания; при длительном разговоре, громком чтении больным «не хватает воздуха».

Нарушение деятельности мягкого нёба при расщелинах вызывают изменения и в деятельности слуховой (евстахиевой) трубы. В норме мышца, растягивающая мягкое нёбо, при сокращении расширяет просвет трубы, а подымающая мягкое нёбо мышца расширяет просвет в области перешейки трубы и суживает ее глоточное отверстие. Нарушение функции этих мышц и наличие хронических воспалительных процессов в носоглотке способствует возникновению катара слуховой трубы – евстахнита, что нарушает вентиляцию барабанной полости, всасывание воздуха из последней в капилляры слизистой оболочки и замещение его углекислотой. Это приводит к понижению атмосферного давления и втягиванию барабанной перепонки (В. Н. Воячек, С. М. Компа-неец). Больные жалуются на закладывание ушей, шум в ушах.

Симптомы бронхоаденита, что при рентгеноскопии выражалось в наличии в корнях легких плотных узлов или в усилении корневого рисунка и его тяжистости, мы обнаружили у 40 больных из 78, обследованных в этом отношении. Среди детей до 10-летнего возраста симптомы бронхоаденита обнаружены у 32 из 56.

Несомненно, что у больных с расщелинами нёба, наряду с нарушением питания и дыхания, имеют место особенности душевных переживаний, связанные с положением таких детей в коллективе. Все это легко сглаживается в семье при достаточно

разумном и любовном отношении окружающих, но такое отношение значительно сложнее обеспечить в детском коллективе школы или дошкольного учреждения. Трудности, возникающие в общении со сверстниками в большом детском коллективе, не могут, очевидно, не вызывать тяжелых переживаний.

М. Е. Хватцев приводит следующее наблюдение:

Ученик 4-го класса из-за насмешек товарищей в связи с его картавостью перестал ходить в школу и настолько был психически травмирован, что возник вопрос о наличии у него шизофрении. После устранения логопедом картавости и соответствующих оздоровительных бесед мальчик был переведен в другую школу и стал в ней хорошо учиться, лишь изредка вспоминая о своей «болезни»[1]

Важным симптомом расщелин нёба является расстройство речи, которое проявляется в нарушении тембра голоса – открытой гнусавости (rhinolalia aperata) и нарушении образования отдельных звуков – артикуляции (dyslalia literalis – disarthria).

Гнусавость, т.е. носовой оттенок речи, связана с наличием широкого сообщения между ротовой и носовой полостями и недостаточным замыканием носоглоточного прохода из-за укорочения мягкого нёба, вследствие чего голосовыдыхательная струя почти полностью проходит через нос. Этому способствует разобщение комплекса нёбно-глоточного сфинктера и пониженная подвижность мышц глотки, в особенности верхнего сжимателя глотки и нёбных дужек.

Расстройство ^дуупп^рячп^рнист чядигит как от нарушения деятельное!и Мышечного <ЯТпарата Мягкого нёба, глотки и языка, так и от деформации твердого нёба, альвеолярного отростка, неправильного расположения зубов, при наличии расщелины губы – от недостаточной ее подвижности после хейлопластики и, иногда, еще от нарушения формы крыла носа (ноздри). Мышечный аппарат, очевидно, уже очень рано приспосабливается к своеобразным условиях глотания у носителей расщелин; к этому, с развитием речи, присоединяются усилия при разговоре. Возникает гипертрофия языка в задних отделах, подвижность же кончика его, наоборот, понижена. Это отметил еще Лангенбек.

Наряду с недостаточностью периферического речевого аппарата, и как следствие этой недостаточности, нарушается воспитание всего нервно-мышечного аппарата речи. Состояние периферического аппарата речи обусловливает характер проприоцептивных возбуждений от двигательно-речевых аппаратов, которые переда-

[1] Хватцев М. Е. Логопедия. М., 1951. — С. 11.

ются на эффекторные аппараты двигательно-речевого анализатора для осуществления речевого акта (Н. К. Красногорский). Ба-

зисом речи или базальным компонентом являются, по И. П. Павлову, кинестезические раздражения речевых органов.

Таким образом, при наличии расщелины нёба возможна задержка в развитии речи, извращенное воспитание слуха, и поэтому больные «не слышат своей гнусавости». Это приводит к трудностям в усвоении языка, правописания.

Следует учесть, что на нормальное развитие речи в раннем возрасте могут влиять расстройства питания, рахит и другие заболевания и что даже «относительно легкие расстройства питания уже оказывают задерживающее влияние на речевые реакции; более тяжелые расстройства надолго останавливают развитие речи».[1]

Речь у носителей расщелин иногда сопровождается компенсаторными гримасообразными движениями мимических мышц лица, в особенности крыльев носа. Больные как бы стремятся движением крыльев носа задержать прохождение воздушной струи.

Наряду с движением крыльев носа, у некоторых больных при разговоре сокращаются лобные мышцы, мышцы, сморщивающие брови. По меткому выражению Дорреиса — это больные, «разговаривающие лицом» (Facetalkers). Все это создает впечатление, что среди носителей расщелин много умственно-отсталых, на что указывают некоторые зарубежные и отечественные авторы. В действительности умственная отсталость носителей расщелин часто является только кажущейся, что подтверждает и наши наблюдения.

Са-в И. 17 лет, с правосторонней расщелиной губы и нёба производил впечатление умственно отсталого, настолько плохо вступал в общение, что мы не решились оперировать его под местным обезболиванием, как обычно в таком возрасте. Уранопластика была произведена под эфирным наркозом. Однако уже в послеоперационном периоде больной стал общительнее, и последующую операцию на губе хорошо перенес под местным обезболиванием. В дальнейшем поведение больного ничем не отличалось от поведения сверстников, умственное его развитие вполне соответствовало возрасту.

Другая больная, Ф-ва С. (1953 г.), имевшая частичную расщелину нёба, по словам матери, считалась умственно отсталой, речь ее понимала только мать; до 10 лет не училась. В этом возрасте ей был изготовлен «плавающий» обтуратор. В 1949 г. поступила в школу, в 1953 г. успешно перешла в 5-й класс. Поступив в клинику в 1953 г., она сначала отказывалась от операции и просила изготовить новый обтуратор. В дальнейшем, основательно расспросив персонал и окружающих больных, согласилась на операцию и хорошо перенесла ее под местным обезболиванием.

[1] к р а с н о г о р с к и й Н. И. К пятидесятилетию условных рефлексов. // Педиатрия. — 1953. — № 2. — С. 7.

Среди оперированных у нас по поводу расщелин нёба имеются люди, окончившие затем с отличием вузы, оставленные в аспирантуре, способные работники разных специальностей. Такие же наблюдения имел и И. С. Венгеровский.

Хейм проследил судьбу 413 носителей расщелин в возрасте старше 14 лет. Все они по состоянию здоровья, психическому развитию и успеваемости в школе ничем не отличались от своих сверстников.

Организация лечебной и профилактической помощи при расщелинах нёба

В деле организации медицинской помощи при расщелинах нёба основная задача — предупреждение высокой летальности детей с расщелинами нёба и обеспечение своевременного и рационального их лечения. Для этого необходимо провести ряд мероприятий, которые лучше всего осуществить в виде диспансеризации при совместной работе врачей-акушеров, педиатров и стоматологов, на базе нашей обширной сети детских лечебно-профилактических учреждений, имеющих огромный опыт диспансерного обслуживания. Успеху этих мероприятий должны также содействовать медицинский и воспитательский персонал дошкольных учреждений, врачи и педагоги в школах.

Важным моментом является своевременный учет и регистрация новорожденных с расщелинами губы и нёба, для чего необходимо ознакомить персонал родовспомогательных учреждений с вопросами распознавания этого уродства в его разнообразных проявлениях.

Одна из первых мер — правильная организация питания этих детей, начиная с первых часов жизни. Необходимо стремиться обеспечить естественное или, по крайней мере, целесообразное искусственное вскармливание, по возможности грудным молоком матери.

Только отдельные новорожденные с расщелинами нёба способны самостоятельно брать грудь. Если же первое кормление проводится через рожок или с ложечки, то ребенка затем трудно приучить к сосанию груди, даже если это становится для него возможным. Это можно объяснить быстротой образования и стойкостью условных рефлексов у детей (Н. И. Красногорский). По-

этому, А. А. Лимберг правильно настаивает на применении приспособлений для естественного вскармливания детей с расщелинами уже с первого кормления. Однако, если это не сделано, не

следует отказываться от попыток прикладывания к груди в дальнейшем. Следует считаться также с тем, что при длительном сцеживании лактация у матери может прекратиться, и ребенка приходится полностью переводить на искусственное питание, что, хонечно, нежелательно.

Издавна предлагались приспособления для вскармливания детей с расщелинами нёба в виде сосок-обтураторов (П. С. Пергамент, Санвенеро-Россели и др.), однако большинство их может быть изготовлено только фабричным путем, и поэтому они мало доступны для широкой практики. Весьма ценными являются попытки использовать приспособления, которые можно изготовить по мере надобности из подручного материала.

Одно такое приспособление можно изготовить из куска любой мягкой резины (использованная резиновая грелка, резиновый пузырь для льда). Кусок резины вырезают по форме грудной железы, а в центре его — языкообразную пластинку для закрытия расщелины. Эту резиновую накладку закрепляют на груди завязками так, чтобы язычок лежал выше соска. Накладку для груди можно изготовить из более плотной резины, а края пластинки и язычок — из тонкой резины от перчатки, которая будет меньше раздражать нежную слизистую оболочку рта ребенка. На язычке можно прикрепить баллон, изготовленный из пальца резиновой перчатки (Н. И. Ярчук).

А. А. Лимберг (1952) описал резиновый баллон для естественного вскармливания. Палец от резиновой перчатки, соответствующий размеру расщелины, соединяют с тонкой резиновой трубкой при помощи клея и тесемки. Чтобы предупредить сужение просвета трубки на месте соединения с баллоном, в нее вставляют колечко из стеклянной трубки или спираль. Баллон смачивают молоком или сладкой водой и вводят в расщелину перед кормлением. Трубку выводят через расщелину альвеолярного отростка, носовые ходы или ротовую щель; затем баллон надувают до расправления, на конец трубки накладывают зажим Кохера или Пеана и одновременно ребенка прикладывают к груди.

Разумеется, что вскармливание ребенка при помощи таких приспособлений требует настойчивости и должно контролироваться повторным взвешиванием ребенка. В крайнем случае можно вскармливать ребенка из рожка с широкой резиновой соской, которая одновременно закрывает просвет расщелины, как обтуратор.

Гиёрги-Алгай (Gyorgy-Algaay, 1957) предложил ввести в просвет соски кусок резиновой губки. Это усиливает сопротивление току молока и заставляет ребенка сосать не напряжением щеч-

ных мышц, а при помощи движений нижней челюсти, как при естественном вскармливании, что способствует развитию над-подъязычных мышц и предупреждает возникновение аномалий прикуса.

Чтобы предупредить затекание молока в носовую полость, следует ребенка кормить не в обычном горизонтальном положении, а в наклонном кзади. В консультациях желательно иметь плакаты с изображением разных способов вскармливания.

Следующая важная задача — предупреждение заболеваний, связанных с нарушением акта дыхания, которые, как уже было указано, часто поражают детей с расщелинами нёба. Матери, замечая частые заболевания верхних дыхательных путей и легких у детей, перестают выносить их на воздух. К этому примешивается защита от посторонних взглядов при наличии расщелины губы. Все это создает опасности, связанные с грубым нарушением режима грудного ребенка, лишением его свежего воздуха, инсоляции. Необходимо бороться с опасностями от нарушения дыхания, преодолеть ложный стыд матери. Опыт показал, что если закрывать на воздухе нос и рот ребенка маской из 1–2 слоев марли, это помогает очистке и согреванию вздыхае-мого воздуха и защищает нижнюю часть лица от взглядов любопытных.

Все эти меры, разумеется, могут быть проведены с достаточным успехом только при постоянном наблюдении опытного и хорошо осведомленного в этом вопросе медицинского персонала.

Непосредственно из родильного дома ребенка передают под специальное наблюдение детской поликлиники. Здесь должна быть обеспечена дальнейшая организация рационального вскармливания, снабжение грудным молоком, смесями и т. д. Кроме того, через специальное наблюдение участкового педиатра и патронажной сестры регулируют домашний режим ребенка. Периодическая консультация оториноларинголога необходима для предупреждения и своевременного лечения заболеваний верхних дыхательных путей и слухового аппарата (евстахииты!).

В возрасте 6–8 месяцев при наличии расщелины губы возникает вопрос об оперативном вмешательстве. Желательно, чтобы детская поликлиника или амбулатория была прикреплена для этого к определенному хирургическому учреждению, лучше всего специализированному стационару, куда можно было бы в организованном порядке направлять детей.

Особенно важен вопрос о приеме детей с расщелинами губы и нёба в ясли и детские сады. Этих детей часто неохотно принимают

туда потому, что они нуждаются в особом уходе. Очевидно, что именно поэтому их следует принимать в первую очередь.

Мы неоднократно наблюдали, как правильное воспитание в коллективе благотворно влияет, в частности, на умственное развитие этих детей.

В дошкольном периоде возникает вопрос об оперативном вмешательстве по поводу расщелины нёба. Очевидно, первый совет по этому вопросу придется давать детскому врачу. Поэтому детские врачи должны быть осведомлены о сроках и возможностях оперативного вмешательства при расщелинах нёба, должна быть также обеспечена консультация хирурга-стоматолога. Для того чтобы исключить случайность при обращении за хирургической помощью, необходимо и в этом случае установить постоянную связь детской поликлиники с ближайшим специализированным стационаром (отделение областной или городской больницы, специализированная клиника и т.п.), куда детей следует направлять в плановом порядке.

В ряде случаев до операции ребенок может быть снабжен обтуратором, что улучшает условия питания, уменьшает попадание пищи в полость носа, способствует развитию мышц мягкого нёба и речи. Наиболее применим, по нашим наблюдениям, «плавающий» обтуратор Кэза. Его можно применять уже в грудном возрасте. Однако вопрос о сроках применения обтуратора должен разрешаться индивидуально для каждого ребенка. Для установления стандартных сроков данных еще недостаточно. Естественно, что с ростом ребенка обтуратор приходится менять. В задачу диспансерного обслуживания входит, таким образом, снабжение носителей расщелин обтуратором и наблюдение за правильным пользованием.

Обтуратор Кэза назван «плавающим» потому, что он удерживается не на зубной пластинке, как другие обтураторы, а на краях костной расщелины и мышцами мягкого нёба и глотки, которые охватывают его кольцом и держат «как бы в объятиях». Применим он при расщелинах, хотя бы частично захватывающих твердое нёбо.

Обтуратор имеет форму вытянутого овала с более узкой передней частью, соответственно расщелине твердого нёба, края обтуратора в этой части желобоватые, для охвата краев костной расщелины. Задний отдел — «парус», выполняющий просвет расщелины мягкого нёба, имеет закругленные боковые края и уплощенный задний, который примыкает к задней стенке глотки несколько выше валика, образуемого верхним сжимателем глотки. Весь «парус» располагается на верхней (носовой) поверхности

мягкого нёба. При сокращении во время фонации или глотания мышцы нёба и глотки отталкивают обтуратор кверху и кпереди, он удерживается в правильном положении и не

может проскользнуть вглубь глотки. Дети обычно быстро привыкают к обтуратору и перестают ощущать его как инородное тело. Все это, конечно, действительно, если обтуратор изготовлен правильно. А. А. Лимберг, все же, рекомендует вначале удерживать обтуратор на нити, продетой через отверстие в переднем его отделе.

Для изготовления обтуратора делают гипсовый слепок, причем гипс вводят не жидким, а в виде комка. Можно ввести в рот на широком шпателе кусок размягченной оттискной массы (стента) и, вдавливая его в просвет расщелины сзади наперед и снизу вверх, сделать слепок, на котором должны быть отпечатки носовой и ротовой сторон краев расщелины. Если ребенок при этом сопротивляется и у него возникают рвотные движения, то это способствует получению хорошего отпечатка. Слепок выводят, отливают гипсовую модель и изготавливают шаблон из воска с проволочным каркасом (для прочности). После примерки шаблона воск, как обычно, заменяют пластмассой.

Методику изготовления плавающего обтуратора подробно описали Л. В. Горбанева-Тимофеева (1955) и З. И. Часовская (1957).

Л. В. Ильина-Маркосян предложила 2 типа обтураторов при расщелинах нёба.

Для детей грудного возраста изготовляют из эластической пластмассы пластинку, которая покрывает альвеолярные отростки, твердое и мягкое нёбо. Обтуратор надевают во время кормления ребенка. В передней части обтуратора проводят шелковую нить, с помощью которой пластинку прикрепляют к бутылке с молоком или «еще где-либо в полости рта».

Таким образом, этот обтуратор, несомненно, уступает «плавающему», который ребенок носит постоянно, что обеспечивает не только питание, но и улучшает дыхание, что не может не отразиться на развитии нёба. Кроме того, при постоянном ношении обтуратора, как уже указывалось, ребенок привыкает к нему и перестает ощущать как инородное тело. Осложняет применение обтуратора Л. В. Ильиной-Маркосян необходимость частой смены или исправления его. Непонятно также указание автора о закреплении шелковой нити «где-либо в полости рта» у грудного ребенка.

Обтуратор для старших детей состоит из зубной пластинки и нёбной занавески. Последняя состоит из 2 листков. Нижний — менее эластичный — покрывает расщелины задней трети твердого нёба и части мягкого со стороны ротовой полости; верхний, более

тонкий и эластичный листок покрывает расщелину мягкого нёба с носоглоточной стороны и при сокращении мышц мяг

кого нёба доходит до задней стенки глотки. Очевидно, этот обтуратор также значительно сложнее плавающего, так как ношение нёбной (зубной) пластинки должно затруднять, по крайней мере в первое время, жевание. Кроме того, изготовление такого обтуратора также, несомненно, сложнее.

В ряде случаев до операции (при ношении обтуратора) и после операции у старших детей и взрослых необходимо обеспечить обучение их речи. Возникнет необходимость иметь на местах кадры инструкторов — логопедов, владеющих методикой обучения речи при расщелинах нёба. Организация такого обучения должна войти в систему диспансерного обслуживания носителей расщелин.

Вся работа по диспансерному обслуживанию должна сопровождаться мерами санитарного просвещения: распространением среди населения, особенно среди матерей, правильных сведений о расщелинах, об излечимости этого уродства.

Вопрос об организации помощи при расщелинах губы и нёба обсуждался и в зарубежной литературе. В 1946 г. Фог-Андерсен (Fogh-Andersen) сообщил, что в Дании эта помощь централизована с 1933 г. Врачи обязаны регистрировать детей с расщелинами, возможно скорее после рождения. Впоследствии этих детей вызывают в Институт дефектов речи в Копенгагене, откуда направляют в специализированный стационар или в ортопедическое отделение для изготовления обтуратора. В этом же институте производится обучение речи.

На опыт скандинавских стран ссылается английский автор Олдфилд (Oldfield, 1949), по данным которого, в Англии имеется около 60 ООО носителей расщелин. Олдфилд считает, что все носители расщелин должны быть приняты на учет с рождения для того чтобы их своевременно и рационально оперировать и подвергнуть обучению речи.

По Коузину (Coursin, 1950), в Ланкастере, штат Пенсильвания, в специальной клинике для лечения расщелин нёба обеспечена комплексная работа хирургов, зубных врачей, ортодонтис-тов, логопедов и психиатров.

По данным Маргарет Уоррен (Warren, 1958), в 25 штатах Северной Америки имеются специальные коллективы для обслуживания детей с расщелинами лица и нёба. Буриан (Burian, 1955) и Совак (Sovak, 1957) из Чехословакии предлагают специально учитывать детей с расщелинами лица и нёба.

Дубов М. Д. Врожденные расщелины нёба. — М., 1960. - С. 35-46.

А. Г. Ипполитова

Логопедические занятия при ринолалии в дооперационном периоде

Логопедические занятия с детьми при врожденной расщелине нёба принято начинать после пластической операции нёба, занятия же в дооперационном периоде, к сожалению, до сих пор не вошли в практику. Между тем тяжелая операция в полости рта производится обычно сравнительно поздно (в 7–8 лет), а нередко откладывается и на более поздние периоды жизни, наиболее часто из-за того, что далеко не везде есть специалисты-хирурги, которые делают эти операции. По данным М. Д. Дубова (1961), в Советском Союзе ежегодно рождается свыше пяти тысяч детей с расщелиной губы и нёба; оперируются ежегодно только несколько сотен детей.

Гнусавая малопонятная речь оказывает большое отрицательное влияние на развитие ребенка. Ринолалики тяжело переживают свой дефект. У многих из них с раннего возраста развивается повышенная застенчивость, раздражительность. Обучение в школе из-за плохой речи часто задерживается до 8–9 лет и не всегда успешно заканчивается.

У нормального ребенка при физиологическом дыхании вдох осуществляется через нос. Таким образом, в легкие поступает воздух, согревшийся в хоанах, он не раздражает слизистых оболочек дыхательного тракта и предохраняет ребенка от простуды.

У ринолалика даже при односторонней, полной или частичной, расщелине вдох осуществляется..аетивнее через расщедин^т. е. через рот, а не через нос. Врожденная расщелина способствует «порочному приспособлению», а именно неправильному положению языка, его корня, причем остается свободным лишь кончик языка, который оттянут в среднюю часть полости рта (корень языка чрезмерно поднят вверх, прикрывает собой расщелину, а одновременно и глоточное пространство. Кончик языка находится на дне рта в средней части, примерно на уровне пятого зуба нижнего ряда.).

Попадание пищи через расщелину в нос, по-видимому, также способствует чрезмерному развитию корня языка, который закрывает собой расщелину.

Итак, у ребенка с врожденной расщелиной самые важные, самые жизненные функции стабилизируют положение чрезмерно поднятого корня языка. Вследствие этого воздушная струя при

выходе из подсвязочного пространства направляется почти перпендикулярно к нёбу. Это затрудняет ротовой выдох в речевом акте и создает гнусавость.

Кроме того, постоянное положение поднятого корня языка затормаживает движения всего языка. В результате осуществление нужных движений языка для артикуляции речевых звуков у ринолаликов не удается; кроме того, слабая выдыхательная струя, не попадая в переднюю часть ротовой полости, не стимулирует образование различных артикуляционных смычек в верхнем отделе речевого аппарата. Оба указанных условия приводят ребенка ос тяжелому косноязычию. Чтобы улучшить произнесение того или иного звука, ринолалики нащ5ШШпог*Все напряжение наГар-тикуляционный аппарат, усиливая этим напряжение языковых, губных мышц, вовлекая мышцы крыльев носа, а иногда и все лицевые мышцы.

Иногда в речи ринолалика имеются отдельные звуки, близкие к норме, но отсутствие хорошего ротового выдоха при произнесении их создает сильный носовой оттенок. Таким образом, у ринолаликов неправильны все звуки речи. Их следует обучать всему заново, чтобы не сталкиваться с имеющимся у них неправильным динамическим стереотипом произношения того или иного звука.)

У ринолаликов jBjo^nepa4HojiH^M„ne,pH^^ возможно воспитание правильной артикулШдйи'всех речевых звуков несмотря на то что утечка воздуха через носовые отверстия в какой-то степени имеет место.

Навыки, приобретенные до операции, удерживаются и после операции и тем облегчают дальнейшую работу и укорачивают ее сроки.

Занятия следует возобновлять возможно раньше — на 12–15 день после операции, когда ринолалик находится еще в стационаре, клинических условиях по поводу операции.-

Не излагая подробно методики логопедической работы в доо-п£рационном периоде, можно сформулировать несколько основных принципов, лежащих в ее основе; они не теряют своего значения и в послеоперационном периоде.

I. При врожденных расщелинах нижний и средний разделы речевого аппарата (дыхательный и голосовой) остаются сохранными. Дефектным является только часть верхнего отдела речевого аппарата (отсутствие нёба или его недостаточность).

В работе с ринолаликами и будет главным — перенесение центра тяжести при вызывании звуков на здоровые отделы речевого аппарата с возможно меньшей нагрузкой на дефектное нёбо (в верхнем отделе).

Г^авильный ротовой выдох при опущенном корне языка полностью снимает носовой оттенок в том или ином звуке, а впоследствии и во всей речи.

II. При исправлении речи у ринолаликов следует избегать грубых артикуляционных упражнений (высовывание языка, отведение высунутого языка в сторону, подъем кончика языка на верхнюю губу ит. п.), чтобы не утяжелять впоследствии произвольные движения, необходимые при закреплении артикуляций отдельных звуков. Тренируются только движения, необходимые для произнесения того или иного звука, причем необходимо следить, чтобы ребенок выполнял показанное движение легко, без напряжения?' которое может передаваться на другие группы мышц речевого ап[г] парата. Например, при подъеме кончика языка вверх для вызывания звука *ш* ребенок часто напрягает сильно губы, жевательные мышцы и тем самым затрудняет движения языка, делает его весь напряженным, малоподвижным. В данном случае ребенку предлагают выполнять движения языка вверх спокойней, легче, не настаивают на немедленном выполнении этого движения полностью.

III. Необходимо широко использовать физиологическое взаимодействие мышечных групп речевого аппарата, т. е. их взаимосвязанность и взаимозависимость. Например, нужно переместить язык несколько вглубь рта. Для этого механическим путем выдвигают углы рта вперед. При отодвигании углов рта в стороны язык приближается вперед.

Указанные приемы используются с обязательным привлечением зрительного контроля (работа перед зеркалом).

Описанный способ получения правильных артикуляций помогает ребенку ощущать и осознавать движение и соответствующее ему напряжение той или иной группы мышц и дифференцировать их между собой.

IV До закрепления правильной артикуляции не следует фиксировать внимание ребенка на звуке, для того чтобы старая привычная артикуляция его не мешала закреплению вновь появившегося правильного произношения. После закрепления произношения звука его вводят в слова и фразы, которые ребенок проговаривает под контролем логопеда.

Объем_расщелины не должен смущать логопеда, ибо самостоятельная речь детей с полной двусторонней расщелиной характеризуется четкими гласными звуками; их речь более понятна для окружающих, чем речь детей с неполной врожденной расщелиной или с субмукозной щелью. Дооперационные занятия при полной расщелине дают более эффективные результаты и в логопедической практике.

Встречаются случаи ринолалий, осложненные явлениями дизартрии или оральной апраксии.

Очерки по патологии речи и голоса. / Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1963. Вып. II. — С. 102—104.

А. Г. Ипполитова

Основные принципы логопедической работы при открытой ринолалии

Принципы логопедической работы при открытой ринолалии вытекают из сущности данного нарушения и его причин.

1. В основу методики положен **принцип использования физиологического дыхания,** которое постепенно перевоспитывается в речевое диафрагмальное с ротовым выдохом.

2. Развитие такого типа речевого дыхания проводится одновременно с формированием артикулем звуков речи. **Такая параллельность в формировании дыхания и артикулем** позволяет уже на первых занятиях получить правильные звуки речи.

3. При ринолалии наблюдается тотальное нарушение звукопроизношения. В связи с этим в логопедической работе **необходимо формировать правильное произношение всех звуков речи заново.** Некоторые звуки в речи могут показаться правильными по звучанию, но это впечатление обманчиво, так как общая напряженность мышц артикуляционного аппарата и неправильное положение языка не обеспечивают нормальной артикуляции. Поэтому эти кажущиеся правильными звуки нельзя использовать в логопедических занятиях.

Итак, начиная работу с ринолаликом, необходимо отказаться от всего, что он умеет произносить, и начать работу заново. Этот путь лучше обеспечит эффективность наших усилий.

4. **Последовательность работы над звуками при ринолалии определяется подготовленностью артикуляционной базы звуков.**

Звуки речи взаимозависимы и взаимосвязаны, и потому наличие полноценных звуков одной группы является производным базисом для формирования следующей группы звуков: одни звуки являются производными для других. Артикулемы имеющихся звуков будут тем необходимым основанием, на котором воспитываются новые звуки. В постановке отдельных звуков могут быть использованы разные опорные звуки.

5. **Подготовка артикуляционной базы звука проводится при помощи специальной артикуляционной гимнастики.** Эта гимнастика постоянно сочетается с развитием речевого дыхания ребенка.

В системе упражнений по развитию артикуляционного прак-сиса главным должно быть использование физиологического

взаимодействия мышечных групп речевого аппарата, т. е. их взаимосвязанности и взаимозависимости.

Следует избегать грубых артикуляционных упражнений, не являющихся основой артикуляции каких-либо звуков (высовывание

языка, отведение высунутого языка на верхнюю губу и т.п.), так как они никак не соответствуют произвольным движениям, необходимым для закрепления артикуляций отдельных звуков.

Тренируются движения, необходимые для произнесения того или иного звука, причем нужно следить, чтобы ребенок выполнял показанное движение легко, без напряжения, так как напряжение может иррадировать на другие группы мышц речевого аппарата.

Дополнительные артикуляционные упражнения можно применять только в строго дифференцированном плане и только в необходимых случаях. Все они должны быть естественными, физиологичными и выполняться ребенком без особого напряжения. Чаще всего они применяются в случаях комбинированных расстройств. Так, в случаях тяжелых дизартрии, которые могут сопутствовать ринолалии, применяется массаж и механическая помощь для развития движения необходимых групп мышц, тренируются движения для преодоления односторонней слабости языка и т.д. Упражнения строго дифференцируются с учетом необходимости и полезности каждого из них. Итак, при проведении гимнастики артикуляционного аппарата следует обращать внимание на то, что все тренируемые движения должны служить формированию определенных артикуляционных укладов речевых звуков.

6. При вызывании звука первоначально внимание ребенка направляется на его артикулему; **не следует фиксировать внимание ребенка на звуке с привлечением слухового контроля** для того, чтобы его старая привычная артикуляция не мешала закреплению вновь появившегося правильного произношения. Ребенок *ы&* должен знать заранее, над произношением какого звука он рабохазхь

7 Правильные речевые навыки закрепляются логопедом и лишь частично – родителями под руководством логопеда. / На первых 10–15 занятиях контроль за формированием правильных речевых навыков осуществляется только логопедом т.е. ребенок не получает заданий на дом.

После того как артикуляции окажутся усвоенными^ вводится буквенное обозначение звуков: речевой материал, проработанный на занятиях с логопедом, можно закреплять на самостоятельных занятиях под контролем родителей.

После закрепления произношения отдельных звуков проводится их автоматизация в словах и фразах, которые ребенок произносит под контролем логопеда.

Объем речи на занятиях постепенно расширяется, усложняясь до контекстной речи, и окончательные речевые навыки закрепляются в форме диалога в новых для ребенка условиях.

В соответствии с изложенными принципами нами разработана методика обучения правильной речи больных с ринолалией в дооперационный и послеоперационный периоды. Система занятий, изложенная в методике, оправдала себя в практической работе. Она проста и физиологична, не утомительна для ребенка, значительно облегчает труд логопеда и сокращает срок логопедических занятий.

В основу работы положены занятия по формированию правильного речевого дыхания и одновременного построения правильных артикулем.

Логопедическая работа в дооперационном периоде

Дооперационное логопедическое воздействие при открытой ринолалии до недавнего времени почти не применялось, о возможности его применения говорилось очень осторожно. Занятия проводились в основном с оперированными больными. При операции анатомический дефект частично или полностью устраняется, но нужного эффекта для речи чаще всего не возникает.

Поздние сроки осуществления операции уранопластики, недостаточная эффективность ее влияния на совершенствование речи, длительность логопедического воздействия после операции и ряд других причин привели к необходимости пересмотра сроков логопедического воздействия после операции и заставили искать плодотворные пути логопедической работы до операции.

Если исходить из того, что дефект речи при ринолалии обусловлен не только наличием расщелины, но и неправильным положением языка в полости рта и нарушением взаимодействия мышц всего артикуляционного аппарата, то можно предположить, что компенсация двух последних дефектов (неправильного положения языка в полости рта и нарушения взаимодействия мышц артикуляционного аппарата) возможна до операции и обеспечит предпосылки для улучшения речи.

Таким образом, еще до операции можно создать предпосылки для формирования правильной речи. Логопедическое воздействие в дооперационном периоде осуществляется в условиях наличия анатомического дефекта у больных, часто имеющих также определенные психологические особенности.

Поэтому в работе учитываются формирование правильной речи и коррекция развития личности.

Формирование правильной речи (работа над произношением) у ринолалика складывается из воспитания направленного

ротового выдоха в сочетании с одновременным созданием полноценных артикул ем речевых звуков. Процесс логопедического воздействия делится на два периода. **Подготовительный период.**

Основная цель занятий этого периода — формирование правильного речевого дыхания параллельно с освоением артикулем.

Период можно условно разделить на два этапа:

А) Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха через нос и рот.

Б) Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулем гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных звуков.

А. **Формирование речевого дыхания.** Формирование речевого дыхания проводится на протйжении всей работы с ребенком. В подготовительном периоде эта работа ограничивается формированием только длительного ротового выдоха. (I этап работы).

В основе предлагаемой системы работы — использование физиологического дыхания, образование физиологически естественных, ненапряженных дифференцировок речевых движений.

Наиболее продуктивным для формирования правильной речи является диафрагмальное (нижнереберное) дыхание. Г, В начале обучения необходимо определить вид физиологического дыхания, „ребенка, положив свою ладойь на боковую поверхность выше его талии. Если дыхание ребенка нижнереберное, логопед приспосабливает свое дыхание к ритму его дыхания и начинает работу. Если же у ребенка верхнеключичное или грудное дыхание, следует попытаться вызвать нижнереберное дыхание по подражанию. Для этого можно приложить ладонь ребенка к себе на бок и проверить своей ладонью его дыхание. Ребенок, ощущая при вдохе движение ребер логопеда и подражая ему, переключается на нижнереберное дыхание. ^./С появлением правильного спокойного дыхания при закрытом рте можно переходить к дифференциации[ротового и носо-вргр. дыхания. Необходимо объяснить ученику, что существуют различные виды вдоха и их сочетания: при закрытом рте вдох и выдох происходят через нос; при открытом рте возможны различные сочетания вдоха и выдоха. После такого объяснения ребенку предлагается проделать конкретные дыхательные упражнения.

Цель этих упражнений — в процессе разучивания различных видов вдоха й выдоха згщ&пить диафрагмальный вдох и постепенный спокойный выдох. Кроме того, эти упражнения закла-

дывают основы ритма речевого дыхания с паузой после вдоха. Формирование" речевой паузы при дыхании происходит спон

танно, так как ребенок задерживает выдох, обращая внимание на то, как нужно осуществить выдох: через нос или рот при переходе от вдоха к выдоху. При дальнейшем обучении произношению гласных и согласных звуков эта пауза будет постепенно увеличиваться и закрепляться. А с переходом к слоговым сочетаниям, словам и фразам она полностью нормализуется, что обес-педщт правильное речевое дыхание.

^ Во время таких упражнений необходимо приучать ребенка к ощущению проходящей по слизистым оболочкам ротовой и глоточной полости направленной струи воздуха во время вдоха и лыдрха.

Направление выдыхаемой через рот струи воздуха контролируется движением ваткиг положенной на гладкую поверхность бумаги или ладони, поднесенной ко рту при выдохе, чтобы ребенок мог видеть направление ее движения и корригировать это направление в соответствии с указаниями логопеда. Такой выдох, ни в коем случае не отождествляемый с выдуванием, формирует направленность полного, спокойного ротового выдоха.

Мы не считаем нужным проводить каких-либо специальных упражнений по развитию дыхания (сдувание ватки, надувание мягких резиновых игрушек и т. п.), часто применяемых в логопедической практике, так как все виды такого дыхания к речи отношения не имеют. Кроме того, эти упражнения часто выполняются ребенком с напряжением, которое для речи вредно, так как оно может иррадиировать на весь мышечный комплекс речевого аппарата и тем самым затруднять артикуляцию.

Внимание ребенка постоянно фиксируется на направлении речевого выдоха и на положении органов артикуляции при выдоху

√ Для организации правильного ротового выдоха необходимо изменить положение языка в полости рта.

Уже при разучивании видов вдоха и выдоха внимание ребенка сразу же обращается на положение органов артикуляции: при ротовом выдохе кончик языка нужно удерживать у нижних резцов, рот открывать как при позевывании. При этом корень языка должен быть опущен. Если передвижение кончика языка к нижним резцам недостаточно снижает корень языка, можно временно допустить высовывание языка между зубами или нажать на корень языка шпателем (последний применяется в крайнем случае).

Правильный ротовой выдох при опущенном корне языка полностью снимает носовой оттенок в том или ином звуке, а впоследствии и во всей речи.

Б. Развитие орального праксиса. Параллельно с работой по развитию диафрагмального дыхания проводится гимнастика артикуляционного аппарата на артикулемах гласных и согласных звуков (И этап работы).

На четкость речи в большой мере влияет характер произношения гласных звуков. С них и начинается специфическая гимнастика в процессе которой тщательно прослеживается уклад органов произношения для каждого гласного звука. Особое внимание уделяется положению кончика языка, который на первых порах необходимо удерживать у нижних резцов при подготовке артикулем всех гласных звуков. Этот прием позволяет увеличить объем ротовой полости и тем самым обеспечить возможности для прохождения воздушной струи через рот. Изменение положения губ при артикуляции гласных, благодаря мышечной взаимосвязанности, естественным путем приведет язык к правильному положению для каждого отдельного звука. Гимнастика начинается с изучения артикуляции гласных звуков. /"U подготовительном периоде главная задача состоит в орга-1*шзации ротового выдоха, поэтому все артикуляционные упражнения осуществляются без включения ходрса. Ребенок еще не знает, что выполняемыеТш упражнения являются артикулемами гласных звуков. В это время логопеду представляется возможность уточнять и улучшать уклад артикулем. Формируемые артикуляции запоминаются ринолаликом кинестетически, устанавливаются условнорефлекторные связи между артикулемой и ее рисунком, и он начинает свободно воспроизводить шепотом звук, ориентируясь на рисунок. Объяснения логопеда знакомят ребенка с точным положением органов произношения, с направлением воздушной струи через рот.

При формировании артикулем следует обращать внимание на выполнение упражнений без напряжения и предупреждать появление синкинезий лицевых и мимических мышц.

При развитии орального праксиса нужно предусмотреть некоторые специфические пути воздействия, которые оказываются необходимыми особенно в случаях комбиноза ринолалии с другими речевыми нарушениями.

Принцип избирательной артикуляционной гимнастики допускает применение дополнительных артикуляционных упражнений (не создающих непосредственно артикулем речевых звуков). Например, при сочетании ринолалиии и дизартрии у ребенка язык при подъеме кверху резко уходит в левую сторону. Это значит, что

правая сторона его мышц слабее левой. При слабости мышц правой стороны языка следует проводить соответствующие упражнения только для укрепления и развития мышечной силы

правой половины языка. Для этого ребенку предлагают языком дотронуться до зубов с левой стороны вверху и внизу, подпереть языком левую щеку, что дает нагрузку на мышцы правой стороны языка.

При слабости левой стороны языка все указанные упражнения проводятся с учетом нагрузки на левую сторону.

Эффективными являются упражнения с преодолением сопротивления. Например, при правосторонней слабости языка ребенка просят высунуть язык и отвести его в левую сторону. Этому отведению логопед препятствует шпателем, чтобы увеличить нагрузку на мышцы правой стороны языка и т. д.

Для улучшения произвольных движений языка, губ и лицевых мышц при артикуляции нужно рассказывать ребенку, где и как он должен дать то или иное напряжение мышц и научить его «послушать» это напряжение, ощупать положение органов произношения, участвующих в данной артикуляции, запомнить это положение зрительно (пользуясь зеркалом) и кинестетически. Для более четких ощущений можно помочь ребенку механически. Например, взять язык в стерильную марлевую салфетку и произвести нужный уклад языка.

При формировании артикуляционного праксиса необходимо учитывать мышечнукд взаимосвязь брганов артикуляции. Для этого полезно использовать следующие приемы. Например, для формирования определенного артикуляционного уклада нужно переместить язык несколько в глубь рта. Для этого механическим путем выдвигаются углы рта вперед. И наоборот, при отодвигании углов рта в стороны язык приближается вперед.

Указанные приемы используются с обязательным привлечением зрительного контроля (работа перед зеркалом).

Описанный способ получения правильных артикулем дает возможность подробно объяснить ребенку видимые стороны артикуляции и тем самым воздействовать на невидимые. Это помогает ребенку ощутить и осознать движение и соответствующее ему напряжение той или иной группы мышц и дифференцировать их между собой.

Таким образом, в предлагаемой системе логопедической работы испрльзуатся..ст1е1щфическая гимнастика органов артикуляции (тренируются только тё^й™ен1та;пКоторые необходимы для произнесения речевых звуков); вместе с тем предусматривается ряд дополнительных упражнений, способствующих развитию артикуляционного праксиса. Развитие артикуляционного праксиса

проводится одновременно с развитием речевого дыхания. Все упражнения по созданию артикуляций звуков яв

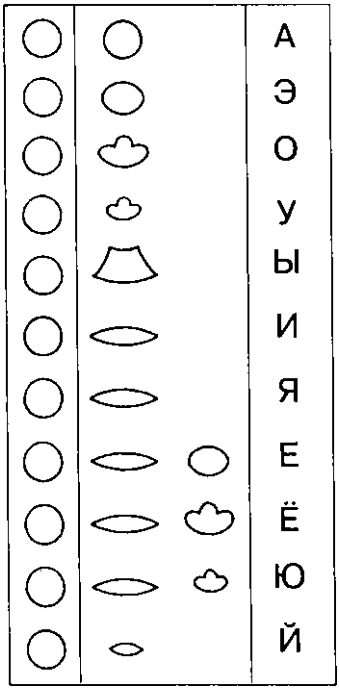
ляются одновременно обучением ротовому выдоху, т. е. служат приемом воспитания речевого дыхания и гимнастикой для речевого аппарата.

Последовательность работы над звуками в подготовительном периоде

Гласные звуки Артикулемы гласных звуков формируются в такой последовательности: а, э, о, *ы, у, и,* я, *е, ё, ю* (заканчивает эту последовательность полугласный звук *й).*

Звуки я, *е, ё, ю* формируются из сочетания *и* и соответствующего гласного звука *(а,* э, о, *у).* Звук *и* позволяет проследить направление выдоха как в первой, так и во второй части дифтонга.

Приводим ниже рисунки для записи артикуляции того или иного звука, подчеркивающие особенности артикулем (звуки *а, э, о, у, и).* Эти рисунки показывают направление вытягивания губ и подчеркивают, что напряжение в губных мышцах падает больше на верхнюю губу. Для звука ы напряжение мышц у крыльев носа, для *и* подчеркивается симметричное отведение углов рта в горизонтальном направлении. Длительность ротового выдоха схематически изображается длинным прочерком, а краткость его – точкой (для *й).*



Эти схемы можно выполнить из картона, что даст возможность ощупывать их (особенно при нарушении орального праксиса и при сильном снижении зрения).

Согласные звуки После знакомства с артикулемами гласных звуков начинаются упражнения по развитию ротового выдоха на артикулемах глухих согласных звуков. Работа над артикулемами гласных продолжается при шепотном их произнесении

Ипполитова А. Г. Открытая ринола-лия. - М. 1983. - С. 51-58.

И. И. Ермакова

Расстройства голоса при ринолалии и их коррекция

Расстройство голоса при ринофонии и ринолалии многосторонне. Ведущим является изменение тембра голоса – открытая назализация – неприятный носовой резонанс, придающий к тому же смазанное, глухое звучание всей речи. Назализация возникает из-за отсутствия разграничения носовой и ротовой полостей. Она значительно изменяет акустические характеристики фонем. Голос становится монотонным, неполетным и слабым.

Расщелина нёба, как анатомический дефект надставной трубы, приводит к асимметрии в строении резонаторных полостей гортани, глотки, носа, а также дискоординирует функцию комплекса нёбо – гортань, в котором нёбо играет роль пускового двигательного возбудителя. Доказано, что положение мягкого нёба вызывает изменение положения голосовых складок. Поэтому нарушение целостности, анатомическая и функциональная асимметрия мышц мягкого нёба и глотки приводят с возрастом к функциональной асимметрии голосовых складок, что снижает силу голоса, делает его сдавленным, истощимым, смодулированным.

Анатомический дефект, гортанные звукообразования, двигательная дисфункция в сочетании с неправильным голосоведением провоцирует узелковые и воспалительные процессы в гортани, фонастению, парез внутренних мышц гортани у 70–80% подростков и взрослых с расщелинами нёба. Эти заболевания ослабляют и истощают голос, придают ему осиплость и охриплость.

^ Все перечисленные патологические качества голоса усугубляются нарушением фонационного дыхания и особенностями поведения людей, страдающих ринолалией или ринофонией.

В результате звучание голоса и механизм фонации при расщелинах нёба становятся настолько специфичными, что М.Зее-ман выделил голос при ринолалии в самостоятельное расстройство и назвал его «дисфония палатина» или «палатофония».

Из всего вышесказанного становится ясно, какое важное место занимает коррекция голоса в комплексе коррекционно-пе-дагогической работы по исправлению ринофонии и ринолалии. Основные задачи этих мероприятий – нормализация

тембра, развитие природных голосовых данных детей, восстановление двигательной функции гортани при заболеваниях голосового аппарата и воспитание навыков правильного голосоведения.

-К мерам, способствующим улучшению голоса детей до пластической операции нёба, относятся постановка физиологического и фонационного дыхания, профилактика дистрофии мускулатуры глотки и нёба, коррекция звукопроизношения. £f После операции работа над голосом состоит из дыхательной гимнастики, удлиняющей выдох и активизирующей внутренние межреберные мышцы и подвижность диафрагмы, усиление нёбно-глоточного смыкания, выработки навыка правильного голосоведения, расширения диапазона голоса, увеличения его силы, а также компенсации расстройства двигательной функции гортани, если таковое уже имеется. Все фонопедические мероприятия тесно переплетаются и проводятся в комплексе с другими, направленными на исправление фонетической стороны речи.

Непосредственно голосовые упражнения начинаются на I этапе с постановки гласных фонем. На II этапе они продолжаются в виде вокальных упражнений, которые дают наилучший эффект в решении основной задачи — развитии подвижности нёбной занавески, .Применение вокальных упражнений в обучении лиц с небно-глоточной недостаточностью и расщелинами нёба основано на тесной филогенетической и функциональной связи мягкого нёба и гортани. В норме при пении мышечный тонус нёбной занавески резко повышается с возрастанием мышечного тонуса в гортани и глотке. Мягкое нёбо рефлекторно поднимается и примыкает к задней стенке глотки.

Вокальные упражнения растягивают нёбную занавескуг растормаживают и одновременно активизируют всю мускулатур} гортаноглотки, заставляют ребенка шире открывать рот, увеличивать силу звука. Методика проведения фонепедических упражнений и их последовательность при ринолалии имеют ряд особенностей.

На II этапе эти упражнения сводятся к пению гласных: вначале звуков *а* и э, через 2–3 урока прибавляется 0,еще чере: неделю *и* и последним *у*. При ежедневных занятиях сроки сокращаются.

Начинаются вокальные упражнения с пения терций, что детям довольно трудно, особенно при сниженном слухе. Но интервалы меньше двух тонов, как правило, недоступны детям с ринолалией, поскольку они не привыкли петь, не слышат разницы в высоте тонов, а новизна материала и ощущений и восприятие музыкальных тонов еще больше затрудняет слуховые диф-ференцировки.

К вокальным упражнениям приступают на 3–4-м занятие после повторения гласных, когда появляется хотя бы незначи

тельная подвижность мягкого нёба. Его тренируют пением гласных в диапазоне терции первой октавы с детьми и трезвучия с подростками и взрослыми.

При практически неподвижной нёбной занавеске или лишь при подергивании ее края начинают с пения «а» или «э» на одной ноте. Затем переходят к пению терций, потом трезвучия. Чтобы определить допустимую нагрузку, первые попытки осуществляют только под контролем логопеда. При расслаблении нёба занятия немедленно прекращают. Обычно поют гласные по 2–3 раза подряд до 12 раз в день под аккомпанемент фортепиано.

Начинают пение с низкого тона. Последующий переход к более высокому тону резко активизирует мышцы гортани и глотки, что помогает значительно дольше удерживать сегменты нёба в высокой позиции. Поэтому при снижении слуха подросткам и взрослым целесообразно петь интервалы, охватывающие 3,5–4 тона.

Поют трезвучия и терции не менее трех недель. Чтобы удлинить выдох и увеличить продолжительность смыкания мягкого нёба с задней стенкой глотки, повторяют верхнюю ноту трезвучия дважды, не прерывая фонации. Для развития голоса и усиления смыкания поют достаточно громко, но не форсируют голос, поскольку активность нёба быстро истощается и оно провисает, вследствие чего звук назализуется. Все вокальные упражнения выполняют стоя.

/"Чтобы расширить диапазон, увеличить силу голоса, развить интонацию, упражнения модифицируют: меняют тональность, .поют, тихо, громко.

Подбор вокальных упражнений должен быть строго дифференцированным для каждого обучающегося, поскольку в пении участвуют все отделы голосового аппарата, и очень важно, чтобы они работали без всякого напряжения и насилия, вредно отражающихся на голосе. Как указывают В. Г Ермолаев и Н. Ф. Лебедева, детский голос требует максимально щадящего отношения, которое должно проявляться в соблюдении следующих требований: петь только в соответствующем возрасту диапазоне, при пении не использовать крайние ноты присущего данному возрасту диапазона, петь на коротких певческих фразах, петь негромко, без напряжения. Эти требования основаны на анатомических и физиологических особенностях детского организма. Пренебрежение ими ведет к нарушению голосовой функции.

Подбирая вокальные упражнения, следует руководствоваться схемой средних диапазонов детских голосов. Наиболее легко, без усилий и усталости детские голоса до периода мутации звучат в

следующих диапазонах (по В. Г Ермолаеву и Н. Ф. Лебедевой, 1970):

3—4 года — ми^1 — соль^1
5—6 лет — ми^1 — си^1 7—10 лет — ре^1 — ре^2 10—14 лет — ми^1 — ре^2

При правильном выполнении вокальных упражнений носовой оттенок в пении вначале значительно уменьшается и постепенно совсем исчезает. Желательно петь под аккомпанемент фортепиано, но можно и под магнитофон или с голоса логопеда.

Пбслё активизации нёбно-глоточногоемыкания, постановки диафрагмально-реберного дыхания и владения умением произносить гласные без носового оттенка голоса переходят к упражнениям для воспитания навыка правильного[4] голосоведения, расширения диапазона и увеличения силы голоса, окончательного снятия носового оттенка. Коррекция звукопроизношения проводится параллельно с фонопедическими упражнениями.

С детьми без органических изменений в голосообразующем аппарате эти тренировки начинаются с произнесения гласных звуков. Упражняются в произнесении изолированных гласных, а потом их сочетаний, что объясняется ориентацией занятий на дальнейшие тренировки подвижности нёбной занавески. Количество гласных в сочетаниях постепенно увеличивается до трех.

Упражняясь в произнесении сочетаний гласных, нет необходимости соблюдать приведенный порядок. Логопед сам отбирает нужные по звуковому составу сочетания. Постановка гласных проводится в порядке а, э, *о, у, и с* ориентацией на степень подъема и напряженности нёбной занавески.

Ребенок повторяет гласные за логопедом, подражая его манере фонации. Логопед же произносит гласные «в маску» — в позиции резонатора, громко, но не напрягаясь, без крика. Довольно трудно дать при этом ребенку доступную инструкцию. Важно обратить его внимание на широкое открывание рта, продвижение кончика языка вперед к нижним резцам, на ощущения раскрытия глотки и правильной ненапряженной фонации.

В литературе неоднократно указывалось на уменьшение носового оттенка при фонации в грудном регистре. Однако переводить фонацию в грудной регистр детям до 13 лет не стоит, поскольку подобное голосоведение несвойственно до мутации, нефизиологично и его редко удается ввести в спонтанную речь.

Для детей со здоровым голосовым аппаратом бывает достаточно проведения нескольких занятий по обучению правильной фонации. Как только дети ощутят кинестетически и смогут дифференцировать правильную фонацию на слух, они будут в состо

янии выполнять, опираясь на нее, все последующие упражнения для расширения диапазона и увеличения силы голоса.

Далее переходят к «мычанию» — протяжному произнесению звука *м* с фиксацией внимания на носовом резонансе согласного. (Дети иногда склонны после операции заменять носовые *м, н* ротовыми *б, д)*.

Выбор фонемы *м* как исходной при постановке голоса в фоно-педической практике определяется ее физиологической основой, удобной для правильной фонации. Она отличается незначительной напряженностью, большим импедансом, выраженным резонансом носовой и придаточных полостей, что в итоге активизирует работу голосового аппарата. При произнесении *м* с сомкнутыми губами, опущенным корнем языка и с небольшой щелью между зубами легко достигается подача звука «в маску». Первоначально фонему произносят кратко, но постепенно звучание удлиняют.

После того как ребенок научится произносить без напряжения фонему *м* на наиболее удобном и естественном для него тоне голоса, приступают к слитному произнесению открытых слогов со звуком *м* при опоре на это звучание: *ма, мо, му, мэ, мы.* Упражняются 6–8 раз в день непосредственно после трехкратного короткого произнесения *м.*

Повторяя слоги, выделяют согласный звук, произнося его протяжно. Гласный же звучит коротко. Предварительно объясняют и показывают, что нет необходимости артикулировать фонему *а.* Достаточно прикрыть губы. Слоги с другими гласными произносят по подобию. Гласные при этом могут звучать редуцированно.

Учитывая, что длительная задержка на носовых звуках для страдающих ринофонией нежелательна, переключаются на аналогичные упражнения со звуком л, как только будет освоен удобный и естественный тон фонации. Также являясь сонором, фонема *л* наиболее сходна по фонации с *м* из всех ротовых согласных.

Затем переходят к попарному произнесению слогов. Упражнение повторяют несколько раз в день.

Подобные упражнения выполняют со всеми сонорами и звонкими фрикативными согласными звуками, вводя их в следующей последовательности: *м, н, й,* л, *р, в, з, ж.* Если хорошо отработано правильное выполнение упражнения с *м,* то тренировки с другими согласными звуками обычно не вызывают затруднений, а потому долго задерживаться на них не стоит. Необходимо только

уточнить еще раз представление о носовом и ротовом резонансе, сопоставляя звучание голоса «в маску» в звукосочетаниях с носовыми и ротовыми фонемами, не повторяя многократно одни и те же сочетания.

После закрепления кинестезии переходят к повторению рав-ноударных слогов и слогов с перемещением ударения, используя сочетания этих же согласных со всеми гласными. Например: *мамомэмумы мама — мама — мамама.*

Громкое, плавное произнесение слогового ряда показывает владение ребенка своим голосом, достаточное для перехода к речевым упражнениям. Начинаются они с произнесения сочетаний из двух слов и спряжений глаголов «в маску» с опорой на согласные *м, н, ё,* л, *р, в, з, ж.* Например:

Вон Валя, вон мама, вон Нина, вон яма. Вон
Вова, вон Мила, вон номер, вон ель.

Спряжение служит основой для увеличения количества слов во фразе, которое растет от-занятия к занятию. Приводим несколько коротких фраз, пригодных для спряжения с распространением предложения:

Я мыл(а) Милу.	Я нарезал (а) лимон.	Я съел (а) сметану.
Я мел(а) пол.	Я вел(а) Вилю.	Я жалею Женю.
Я ел(а) малину.	Я вылил(а) воду.	Я живу на восьмом этаже.

Распространение фразы проводятся постепенно, например: *Я поливал(а). Я поливал(а) левкои. Я поливал(а) левкои водой. Я поливал(а) левкои теплой водой. Я поливал(а) левкои теплой водой из лейки.*

При правильном выполнении упражнений голос ребенка звучит звонко, громко, без носового оттенка. Далее остается приучить выполнять все логопедические речевые упражнения на правильном голосоведении и ввести этот навык в спонтанную речь. Подготовкой служат тренировки в повторении нескольких коротких скороговорок и стихов с опорой на соноры.

Принцип подбора скороговорок и стихов одинаков: фразы, из которых они построены, должны быть короткими, включать только правильно произнесенные фонемы, в них должно быть достаточное количество сонорных и звонких фрикативных согласных. Скороговорки и стихи ребенок вначале повторяет за логопедом по одной фразе. Слова произносит слитно, слегка нараспев, утрируя соноры. Примерами пригодных для тренировок скороговорок могут служить следующие:

На мели мы налима ловили.
Наловил Валерий два ведра форели.
Нил поймал линей: один мал, два длинней.

На крыше у Шуры жил журавль Жура.
У Маши на кармашке маки и ромашки.
Дед Данила делил дыню. Дольку — Диме, дольку — Дине.

Дошкольники с нормальным голосовым аппаратом, сохранными кинестезиями и развитым фонематическим слухом, при достаточно длинном и подвижном мягком нёбе к этому моменту коррекционно-воспитательной работы спонтанно переходят на правильное голосоведение в бытовой речи. Им можно приступать к вокальным упражнениям для расширения диапазона и увеличения силы голоса.

г "Если же ребенок произносит упражнения неправильно — сдавленным, тихим голосом, с носовым оттенком, следует установить причину этого. Ею могут быть снижение речевых кинестезии, расстройство фонематического слуха, тугоухость, ослабление направленной воздушной струи, ограниченное открывание рта, значительное укорочение нёбной занавески или недостаточная ее подвижность. Крайне редко причиной плохого голоса детей младше 7 лет с врожденными расщелинами нёба бывают заболевания голосового аппарата. В любом из этих случаев логопеду следует провести соответствующую коррегирующую работу, а затем вернуться к начальным фонопедическим упражнениям.

Увеличения силы голоса и расширения его диапазона легче всего достигнуть вокальными упражнениями. Каждое занятие III и IV Этапов начинают с распевания терций или трезвучий на гласные звуки или «мычание». При этом меняют тональность, поют то тише, то громче, начинают петь пиано, переходя постепенно к форте, и наоборот. Затем приступают к пению коротких музыкальных фраз и песенок. Музыкальные фразы, пригодные для увеличения силы и расширенйЗГдиапазона голоса при ринофонии и ринолалии, должны отвечать следующим требованиям; 1) быть простыми и легко запоминающимися; ^2) обладать легким ритмическим рисунком, не требующим слишком длинного выдоха; 3) по диапазону не выходить за пределы отработанного трезвучия; 4) мелодия фразы обязательно должна быть построена на интервалах не меньше терции; 5) петь можно только в речевом диапазоне, т.е. песню следует протранспонировать на основной тон голоса обучающегося, поскольку такое пение не вызывает перенапряжения голосовых складок.

Первое время, чтобы выучить мелодию и фразировку песни, научиться брать дыхание в нужные моменты, ребенок вместе с логопедом поют только мелодию песни на гласные звуки и лишь потом переходят к пению со словами^/При несоблюдении указанного порядка работы появляются следующие характерные ошибки: обучающиеся нечетко произносят слова, берут дыхание про-

извольно (иногда разбивая слово на слоги), вдыхают через рот, выдыхают через нос, переходят на ключичное дыхание и т. д., т. е. возвращаются к патологическим навыкам, свойственным их де-

фектной речи. Это указывает на то, что переход к новому виду вокальных упражнений вызывает у детей большие затруднения, которые усиливаются изменениями слухового восприятия.

Переход к пению со словами требует внимания. Только после усвоения фразировки и мелодии песни на гласных обучающиеся могут спокойно сосредоточиться на правильном произнесении слов при пении. Поэтому подбирают песни со словами на пройденные звуки. Пение дает возможность отключить внимание от послогового утрированного произнесения, задать необходимый темп. Начинают петь медленно, но вскоре приближаются к темпу разговорной речи; поют, плавно переключаясь от звука к звуку. Не стоит браться за изучение нескольких песен одновременно. Это рассеивает внимание ребенка.

Так как обучающиеся еще нагружены постановкой и автоматизацией звуков, то занимаются они пением ограниченно – в течение одного занятия не более 15 минут – по 3–5 минут в один прием.

Можно рекомендовать детям пение начальных двух фраз из песен «Машенька-Маша» (сл. и муз. С.Невельштейна), «Грибок» (муз. М.Раухвергера, сл. О.Высотской), «Неваляшка» (муз. З. Левиной, сл. О. Петровой), «Веселый музыкант» (муз. Филиппенко, сл. Т. Волгиной), «Как на тоненький ледок» (нар. в обработке М. Иорданского). Взрослым – «Как ходил-гулял Ванюша» (муз. и сл. народные), «Ты, соловушко, умолкни» (муз. М. Глинки), «Как прекрасен этот мир» (муз. Д.Тухманова, сл. В. Харитонова), «Мелодия» (муз. А. Пахмутовой, сл. Н. Добронравова).

Для заключительных вокальных упражнений IV этапа подбирают песни, во фразах которых тоны располагаются по звукоряду, т. е. интервалы между ними не превышают одного тона. Такое построение мелодии способствует более длительному удерживанию нёбной занавески в смыкании. Подобные тренировки позволяют преодолеть истощаемость двигательной функции мягкого нёба. Мелодии песен и музыкальных фраз в этот период уже выходят за пределы речевого диапазона и у взрослых охватывают октаву. Это помогает сделать речь мелодичной и интонационной, избежать монотонности.

На заключительном этапе вокальных упражнений дети могут петь фразы из песен «Зима» (муз. В. Карасевой, сл. Л'. Френкеля), «Лягушка» (муз. и сл. А. Карасева), «Веселые гуси» (муз. и сл. народные), а подростки и взрослые – из песен «Дубинушка» (муз. и сл народные), «Не повторяется такое никогда» (муз. С. Туликова,

сл. М. Пляцковского), «Надежда» (муз. А. Пахмутовой, сл. Н. Добронравова), «Лес горит, пылают горы» (муз. М. Полнареффа, сл. В. Крылова).

Вокальные упражнения заканчиваются пением народных прибауток на одном тоне. Такой вид тренировок наиболее труден и доступен только при хорошо подвижном нёбе.

Продолжение занятий пением после исправления речи и голоса предотвращают рецидивы ринофонии, которые могут возникать у детей из-за функциональной слабости нёбной занавески после воспалительных заболеваний носа, глотки или гортани. Взрослым, у которых имеется психастенический фон, занятия пением помогают избегать оживления старых связей в определенных, неприятных для обучавшихся ситуаций.

При выявлении у подростков или взрослых фонастении или пареза внутренних мышц гортани в коррекционно-педагогичес-кую работу включаются фонопедические упражнения для восстановления голоса при различных нарушениях голосового аппарата.

Последовательность упражнений следующая: 1) дутье в губную гармошку; 2) «мычание»; 3) произнесение пар слогов; 4) длительное произнесение сочетаний со звуком *м;* 5) длительное произнесение сочетаний гласных звуков последовательно по одному, два, три, четыре, пять; 6) закрепление навыков правильного голосоведения в словах, начинающихся с прямых ударных слогов *ма, мо, му, мэ, мы;* 7) фразовые упражнение; 8) чтение текстов; 9) вокальные упражнения.

Параллельно с ними в занятия включаются упражнения для активизации мускулатуры шеи, наружных и внутренних мышц гортани:

1) Исходное положение – руки в замок на затылке. Отклонение головы назад с сопротивлением рук.

2) Исходное положение – сжатые в кулак кисти подпирают подбородок. Наклоны головы вперед с сопротивлением рук.

3) Исходное положение – ладони к ушам. Наклоны головы в стороны с сопротивлением рук.

4) Движения нижней челюсти вниз, в стороны, вперед. Сжимание челюстей.

5) Надувание щек (можно с зажатыми крыльями носа).

6) Доставание кончиком языка мягкого нёба.

7) Поднимание мягкого нёба при зевке.

Этот комплекс рекомендуют для выполнения дома 6 раз в течение дня, по 4–5 раз каждое упражнение.

Принимая во внимание ряд органических и функциональных отклонений при врожденных расщелинах, проводить фонопеди-

ческие мероприятия приходится с их учетом. Наличие носового оттенка не является препятствием для проведения фонопедии. Наоборот, в дальнейшем избыточная назализация тем легче уст-

ранится, чем полноценнее будет двигательная активность гортани и громче голос, так как усиление основного тона само по себе уменьшает носовой оттенок.

Проводя вокальные упражнения в послеоперационном периоде, придерживаются очень узкого диапазона – 1–2 тона – во избежание перегрузки нездорового голосового аппарата.

Бесполезно обучать правильному голосоведению до того, как двигательная функция гортани будет активизирована и щель несмыкания голосовых складок уменьшена.

Приступая к «дутью в гармошку» с целью массажа гортани вдыхаемой и выдыхаемой воздушной струей, проверяют в состоянии ли подросток выполнять его. Данное упражнение можно рекомендовать для систематических занятий только после выработки стойкой, направленной воздушной струи. Дуют мягко и плавно в одно отверстие гармошки, плотно прижав губы к инструменту. Выполняя упражнение, обучающийся сидит на стуле, опустив подбородок. Ступни согнутых ног параллельно стоят на полу. Налаживая дутье в губную гармошку, следует помнить, что оно требует значительных физических усилий. Но нельзя излишне напрягаться, излишне глубоко и часто дышать, поднимать плечи. Лучше допустить беззвучное дутье нежели неправильное. Повторяют упражнение часто – 8–10 раз в день, но дуют в один прием понемногу – всего 3–4 раза подряд. При затруднениях, которые могут возникнуть из-за утечки воздуха в нос, выполняют упражнение с зажатыми крыльями носа. Но такой вариант менее желателен.

В упражнении «мычание» обращает на себя внимание тот факт, что тактильный контроль за правильной подачей голоса «в маску» для подростков и взрослых с ринолалией почти обязателен. Поэтому, обучая «мычанию», рекомендуют прикасаться пальцами к переносице или класть ладонь на темя, чтобы ощутить вибрацию костей носа или черепа.

После овладения произнесением пар слогов с фонемой *м* вводят аналогичные упражнения с фонемой л и тренируют попарное произнесение слогов с фонемами *м* – *л* или *н* — л, чтобы закрепить дифференцированное ощущение фонации «в маску» при произнесении носовых и ротовых фонем.

У людей с нормальным строением верхней челюсти после проведения фонепедии голос спонтанно улучшается и в бытовой речи. Лица с врожденными расщелинами нёба нуждаются в специальных упражнениях.

Упражнения по закреплению навыка правильного голосоведения с подростками и взрослыми проводятся по тем же принципам, что и с детьми на материале скороговорок, спряжений,

стихов. Но количество их должно быть несколько больше. Для закрепления кинестезии приходится дольше останавливаться на произнесении слов, словосочетаний и предложений на звуки *м*, *н*, л, с которых начинается предложенный в данном пособии дидактический материал.

Фонема у, произносимая в сочетании с гласными звуками, не только активизирует двигательную функцию гортани, но и значительно облегчает правильное голосоведение. Поэтому целесообразно спряжение предложений с этим звуком, таких, например:

Я ел(а) ягоды.	Я ехал(а) в Майкоп.
Я объелась ягод.	Я явилась на прием.
Я мою каюту.	Я объехал(а) яму.
Я еду на юг.	Я купаюсь в водоеме.

После появления и стабилизации признаков улучшения двигательной функции гортани – увеличения силы голоса, уменьшения охриплости, расширения диапазона (что обязательно отражается на стробоскопической картине в сторону ее улучшения) – приступают к работе над устранением остаточного носового оттенка голоса – вокальным упражнениям III и IV этапов. Но постоянно, до завершения коррекционно-педагогической работы, контролируют манеру голосоведения, пока новый приобретенный навык не станет бессознательно привычным.

При значительной нёбно-глоточной недостаточности приходится переводить фонацию в грудной регистр и отрабатывать ее в упражнениях на мягкой атаке голоса и придыханием. Этот способ издавна применяется в логопедии для уменьшения носового оттенка речи.

Особенности постановки звуков при ринолалии

Патологическое звукообразование при ринолалии имеет ан-тропофонические и фонологические признаки. Первые заключаются в искажении звучания фонем, а вторые – в замене одной фонемы другой. Практически все звуки при ринолалии назализованы, многие из них звучат лишь приближенно, и од-

новременно они взаимозаменяются внутри групп, сходных по способу образования у акустическим признаком. Поэтому ра-

бота по исправлению звукопроизношения занимает длительный период времени. Органические дефекты и многолетний опыт патологической артикуляции фонем еще больше затрудняют коррекцию.

Коррекция каждого звука предусматривает: 1) умение выделять его среди других; 2) соотносить с определенной артикуле-мой; 3) правильно воспроизводить артикулему; 4) применять это умение в потоке связной речи.

Как упоминалось выше, воспитание слуховых дифференцировок предшествует созданию артикуляционного уклада. Приступая к постановке звука, ребенок уже должен уметь выделять в речи фонему, над которой работает, что не противоречит приему начального обучения артикулеме без называния согласного звука.

Детям, не дифференцирующим особенностей собственной.речи на слух, в процесс постановки звука привлекают зрительный, тактильный и кинестетический анализаторы. Тактильное и зрительное наблюдение не могут постоянно сопровождать бытовую речь. Кинестезии в дальнейшем остаются единственным видом контроля над спонтанной речью. Кроме того, кинестетический контроль осуществляется в момент речи, в то время как слуховой срабатывает уже после проговаривания. Поэтому соотнесение фонемы с определенной артикулемой является очень важным моментом в работе над звуком.

Воспроизведение звука предусматривает образование преграды в нужной зоне, подачу на нее направленной воздушной струи, обеспечение достаточного внутриротового давления и при необходимости включение фонации.

Величина воздушного давления в полости рта не зависит от произвольного усилия. Она достигается только благодаря компенсированному нёбно-глоточному смыканию. При недостаточности последнего давления во рту падает из-за утечки воздуха в нос. Любая попытка возместить утечку усиленным выдохом или сужением глотки и носовых ходов увеличивает скорость воздушного потока, усиливает носовой оттенок и понижает разборчивость речи. Имеется прямая зависимость объема утечки воздуха от размера нёбно-глоточной недостаточности. Тем не менее успех коррекци-онно-воспитательной работы в значительной мере определяют индивидуальные компенсаторные способности детей.

При недостаточности нёбно-глоточного смыкания не фиксируют внимание ребенка на объеме утекающей воздушной струи, а стараются сделать ее максимально бесшумной. Этому помогает

плавное выполнение всех упражнений без резких утрированных движений и скандирования.

Приступая к коррекции звуков, проводят проверку детей на способность к воспроизведению артикуляций и фонем по подражанию, что позволяет выявить наиболее доступные звуки.

Вызывая звуки, нужно стараться максимально использовать уже доступные ребенку движения и фонемы, а не создавать абсолютно новые модели. Такой подход уменьшает напряжение, облегчает введение звука в слоги и выражает принципы опоры на уже сформированные умения и переход от простого к сложному для каждого обучающегося.

Приемы вызывания согласных описаны в специальной педагогической литературе довольно подробно. Однако при врожденных расщелинах нёба и губы они не всегда подходят из-за органических изменений артикуляционного аппарата, снижений кинестезии и слуховых дифференцировок. Особенность всех корригирующих приемов при ринолалии заключается в том, что они должны быть достаточно ощутимы, не вызывая попутно напряжения артикуляторов, что усиливает утечку воздуха в нос и удлиняет и без того увеличенное время смычки.

Коррекцию звуков начинают с наиболее доступных данному ребенку. Выбор метода и упражнений устанавливается строго индивидуально. Однако выраженные органические дефекты могут препятствовать достижению идеальной артикуляции. Рубцо-вые изменения губы ограничивают ее подвижность: открытый прикус, прогения, прогнатия, нарушения зубного ряда в переднем отделе верхней челюсти, постоянное ношение массивного ортодонтического аппарата осложняют постановку губно-губных и переднеязычных звуков. Значительные рубцовые изменения уплощают нёбный свод и ограничивают открывание рта. Поэтому, стремясь к акустической полноценности фонем, можно допускать отклонения в артикуляции.

Детям со сниженными кинестезиями и расстройствами фонематического слуха приходится задерживаться на промежуточных, более грубых артикуляциях: межзубной, одноударной и пр., т.е. пользоваться звуками-аналогами. Следует отметить, что подготовительные упражнения для коррекции отдельных звуков могут продолжаться довольно долго, пока не будет выработан четкий кинестетический стереотип.

В образовании взрывных фонем самым важным моментом является обеспечение достаточного внутриротового давления для мгновенного прорыва преграды. Утечка воздуха в нос при уко-

рочениях и свищах нёба ведет к раздражению давления, и сила звуков ослабляется.

Помимо этой трудности, свойственной всей группе взрывных, коррекцию звуков *л*, *п'\ б, б'* может осложнять малоподвижная

верхняя губа, стянутая рубцами; н, *т\ д, д′* — расщелина альвеолярного отростка и нарушения зубного ряда; *к, к* г, *г′* — выраженное укорочение нёба и свищи на границе твердого и мягкого нёба.

Постановка двугубного *п* возможна различными способами. Так, при наличии направленной воздушной струи предлагают ребенку похлопать губами во время мягкого тихого дутья. При этом слышится шепотное *па-па-па.* Увлажнение губ создает незначительное залипание и облегчает смыкание.

Как исходный прием можно использовать «поплевывание» губами, если ребенок уже научился делать это упражнение с высунутым языком.

При длинном подвижном нёбе рекомендуют надуть щеки и хлопнуть по ним ладонями, чтобы воздух изо рта резко прорвался сквозь сомкнутые губы. Затем следует многократное повторение этого движения при постепенном уменьшении объема воздуха во рту с помощью рук и без них. Ребенок фактически переходит к «поплевыванию» губами.

Надуть щеки при нёбно-глоточном несмыкании невозможно. В этом случае зажимают пальцами крылья носа, чтобы уменьшить утечку воздуха, и учатся легкому «поплевыванию». Затем делают это уже упражнение с открытыми крыльями носа.

Относительно зажимания крыльев носа в специальной литературе высказываются противоречивые мнения. На наш взгляд, применение данного приема целесообразно в период вызывания звука. До операции он позволяет усилить направленную воздушную струю, обеспечить необходимое давление воздуха, в результате чего ребенок ощущает артикулему. После операции усиленные таким образом кинестезии лучше восстанавливаются. Ребенок понимает, к чему следует стремиться, учится их воспроизведению и через несколько дней при достаточной длине нёба повторяет звук, не зажимая крыльев носа.

Применяя данный прием, нужно объяснить, что ноздри берут «в щепоть» левой рукой: большой палец лежит на левой ноздре, четыре других — на правой. Локоть поднят вверх, что позволяет следить за артикуляциями в зеркале. Зажимая же нос только двумя пальцами (обычно большим и указательным), дети очень сильно сдавливают его и вызывают неприятные ощущения.

При укороченном нёбе, когда при разжимании носа давление падает и звучание резко ослабевает, можно также временно за-

жимать одну ноздрю. Подушечкой указательного пальца крыло носа слегка прижимают к лицу (не к носовой перегородке).

Иногда до операции можно посоветовать положить горизонтально указательный палец на верхнюю губу под нос. Это не

сколько ограничит утекающий поток воздуха, не изменив формы артикуляторов.

Необходимо отметить, что звук *л*, вызванный похлопыванием губами, легче ввести в прямые слоги, а от «поплевывания» и надувания щек – в обратные.

Можно предложить ребенку дуть и одновременно указательным пальцем попеременно смыкать и размыкать нижнюю и верхнюю губу. При этом палец лежит горизонтально под красной каймой нижней губы. Легкими ритмичными движениями поднимает и опускает ее. В результате слышится многократно звук *п*.

Но, как мы отметили из практики, при применении такой сугубо механической помощи наиболее трудно перейти к вызыванию изолированного звука и к введению его в слог.

Звук *т* отмечается некоторыми исследователями в числе наименее разборчивых при ринолалии. Межзубный *т* легко получить от «поплевывания» – подготовительного упражнения I этапа. Для этого нужно улыбнуться, чтобы обнажились зубы, и плюнуть, слегка высунув кончик языка.

Звук *т* может быть вызван от *п*. Несколько раз подряд повторяют слоги *па-па-па*, положив широкий язык на нижнюю губу. Затем воспроизводят эти же слоги улыбаясь, чтобы отключить губы от артикуляции. Возможно и изолированное вызывание звука таким образом. Но послоговое произнесение значительно облегчает введение нового звука в слова.

Межзубная фонема *с* также позволяет перейти к *т* при ритмичном смыкании и размыкании резцов, закусывающих язык.

Вызывание фонемы от уже имеющихся звуков желательнее, поскольку звук произносится менее напряженно и легко вводится в слоги и слова.

Обычно стараются ненадолго затормозить занятия на межзубной артикуляции *т*, чтобы закрепить при зрительном контроле более сильные ощущения и грубые движения. Переход к призуб-ной артикуляции трудностей не вызывает, для этого достаточно попросить ребенка воспроизвести звук при сомкнутых зубах.

Звук *к* при ринолалии либо отсутствует, либо заменяется глоточным паразвуком. Его исправляют традиционно, сдвигая переднюю часть спинки языка в глубину полости рта шпателем во время произнесения слогов *та-та-та*.

По мере перемещения языка слог *та* превращается в *тя*, затем в *кя*, и наконец, в *ка*. Фонему вводят в другие слоги, продолжая пользоваться механической помощью. Ребенок самостоятельно нажимает на язык указательным пальцем. Неожиданное для обучающегося отведение руки вызывает правильное произнесе

ние последующего слова по инерции. Затем механическая помощь полностью отменяется.

Исправление звука невозможно при узком, высоком готичес-крм твердом нёбе или при выраженном укорочении мягкого нёба, когда спинка языка не имеет опоры для смычки. В подобных случаях можно не тормозить глоточную артикуляцию звука, поскольку акустически он незначительно отличается от нормального. Однако предварительно следует опробовать произнесение звука *к* при контакте корня языка с нёбом в различных точках свода, поскольку возможны различные комбинации локализации соприкосновения языка и нёба. Они зависят от последующего гласного звука и компенсаторных способностей ребенка.

Фрикативные согласные при врожденных расщелинах чаще всего образуются фарингеальным способом (глоточным). Эффективность их исправления тесно связана с наличием направленной воздушной струи. При утечке воздуха в нос коррекция также возможна. Но звук получается ослабленным.

По мнению А. Г Ипполитовой (1955), из фрикативных согласных легче всего проходит постановка звука *ф*. Для этого пациент по инструкции или с механической помощью приближает нижнюю губу к верхним зубам и дует на нее.

Звук *с* исправляют чаще всего традиционным способом. Учат дуть на вату, дуть с просунутым между губами широким языком, дуть на язык между зубами (межзубное с), дуть на язык, придвинутый к нижним резцам. Но дутье при этом должно быть тихим, беззвучным.

Особенность коррекции звука *с* при нёбно-глоточной недостаточности состоит в невозможности использования упражнений с утрированным дутьем. Если два первых подготовительных приема не вызывают заметных трудностей, то как только дети приступают к упражнениям с приоткрытыми губами, почти все они переходят на выдох глоткой.

Чтобы предупредить это явление и заранее подготовить образование желобка на языке, мы рекомендуем дуть через соломинку. Пластмассовая соломинка лежит на середине высунутого языка. Она задвинута на 2–2,5 см за зубы вдоль языка между резцами. Ребенок учится дуть на руку или на пух через соломинку, придерживая ее сначала губами, а потом только зубами и языком. Постепенно соломинку выдвигают изо рта, и ребенок самостоятельно воспроизводит зазубное с.

Звук *с* иногда используют в качестве теста для прогнозирования эффективности постановки согласных. Применение данного согласного объясняется наибольшей плотностью смыкания нёба и глотки при его артикуляции.

Аффриката *ц* легко получается обычным способом от слияния звуков *т и с*. Следует только напомнить в этом случае об артикуляции звука *т* у нижних резцов. Но ребенок может справиться и без напоминания, поскольку любые указания на положение языка, на подробности артикуляции делают ее более напряженной.

Введение в слова, фразы и даже спонтанную речь межзубных артикуляций используется для усиления кинестетического и зрительного контроля при расщелинах альвеолярного отростка, затруднении открывания рта, ношении массивных ортодонтичес-ких аппаратов, снижении слуховых дифференцировок и выраженной нёбно-глоточной недостаточности. Возможна постановка и верхней артикуляции.

Перевод на зазубную артикуляцию свистящих возможен только при полном отсутствии глоточного призвука.

Трудности исправления шипящих связаны с их сложным артикуляционным укладом. Сближенные зубы препятствуют зрительному контролю. Все элементы артикуляции шипящих приходится изучать отдельно (положение губ, языка, подача воздушной струи на язык).

При постановке звука *ш* много времени уходит на обучение приподниманию языка в форме «ковшика». Обучающимся также трудно направлять вверх струю воздуха, продвигая одновременно язык в форме «ковша» в полость рта. Вместо направленной воздушной струи дети часто переходят на выдох носом.

Поэтому при доступной верхней артикуляции предлагают одновременно дуть на нижние зубы, «подуть» зубами или «посвистеть» сквозь зубы. Причем подготовку к дутью начинают задолго до упражнений в поднимании языка.

При наличии проторного звука *р* наиболее проста постановка звука *ш* от его шепотного произнесения при сближенных зубах и округленных губах.

Если ребенку легко удается по подражанию нижняя артикуляция звука ш, ее закрепляют и вводят в речь.

Показаниями к постановке нижних шипящих можно считать дефекты переднего отдела твердого нёба, массивную подъязычную уздечку, отсутствие слуховых дифференцировок.

Для исправления звука *щ* достаточно произнести с, округлив губы и оттягивая назад кончик языка. Используя этот прием, можно не вызывать изолированный звук, а попытаться сразу произнести прямые слоги: *ся, се, сё, сю, си*. Если кончик языка

отодвинулся, то слышатся соответственно: *ща, ще, що, щу, щи.* Если ребенок уже владеет четким правильным **ш**, то можно вызвать *щ и* от этого звука. Протяжно произнести **ш-ш**, опуская

широкий кончик языка вниз. Спинка языка и его корень остаются неподвижными.

В тех случаях, когда ребенка затрудняет изменение положения органов артикуляции по инструкции, можно вызвать *щ* как мягкий вариант ш. Предварительно объясняют, что согласный звук можнб произнести строго, твердо, например *м, л, с, а* можно ласково, мягко: *м\ л\ с*^{9} Затем просят: «Скажи мне строго, твердо ш-ш! А теперь скажи ласково, мягко...

Аффрикату *ч* ставят от *т*^{9} или от слияния *т*^{9}*и щ.* Введение ее в слоги начинают с закрытых.

Звук *х* обычно трудностей не вызывает и стимулируется от выдоха или удлиненного произнесения звука *к.*

Звук *j* получают слиянием гласного с и в словах, например: *иакорь* вместо «якорь» и т. п. Но отсутствие этой фонемы при ринолалии наблюдается только у детей младше 5 лет.

Звук л, особенно его мягкий вариант, оказывается сохранным чаще других согласных. При нарушении его или отсутствии постановка этого звука от *ы* или *а* обычно не вызывает затруднений. Нужно только удерживать высунутым суженный «колышком» язык. Протяжное произнесение гласного *ы* с закушенным языком позволяет вызвать изолированный л, а ритмичное покусывание напряженного высунутого языка во время фонации гласного *а* стимулирует слоги типа *ла-ла-ла.*

Вибрирующий звук *р* довольно редко удается поставить при недостаточности нёбно-глоточного смыкания. В этих случаях направленная воздушная струя не может достичь надлежащей силы, чтобы вызвать вибрацию кончика языка. При этом на силу струи влияет не только длина, но и степень автоматизированно-сти нёбной занавески.

Утечка воздуха в носовую полость позволяет получить вибрацию кончика языка только при зажимании крыльев носа. Некоординированные замедленные движения мягкого нёба не позволяют воспроизводить вибрирующий *р* в потоке речи, хотя имеется возможность его правильного произнесения в изолированных словах.

В таких случаях обучают одноударному или проторному звуку и вводят его в речь. Эти звуки-аналоги пригодны для воспитания слуховых дифференцировок и обучения грамоте благодаря оригинальности артикуляции и звучания.

Разумеется, при наличии соответствующих условий не отказываются от получения вибранта. Коррекция звука проводится

традиционными способами, но наиболее часто исходными фонемами служат *ж* и *з*.

Смычно-проходные носовые звуки *м*, *и* также могут нарушаться при ринолалии. Это расстройство бывает двух типов: звуки

заменяются вокализацией или глоточной смычкой или после операции теряют носовой оттенок, когда дети полностью переключаются на ротовой резонанс.

Исправление этих недостатков не вызывает затруднений. Детям предлагают сомкнуть губы, приоткрыть зубы и длительно произносить гласный а, добиваться ощущения вибрации в носу. Получив таким образом *м*, просят воспроизвести его, зажав язык между зубами. При этом четко слышится межзубный *н*.

В литературе имеются данные, что при ринолалии воспроизведение и разборчивость глухих взрывных и фрикативных согласных фонем страдают больше, чем звонких.

Тем не менее обычно начинают исправлять звукопроизно-шение именно с глухих звуков. Условия занятий в этом случае облегчаются отсутствием одного из компонентов звонких фонем – вокализации, что уменьшает носовой резонанс. Работа без голоса позволяет также при необходимости готовить и стимулировать звуки, не называя их, что помогает предотвратить проявления действия фиксированной патологической установки.

Подростки, применявшие в прошлом гортанные звукообразования, при включении фонации при произнесении изолированного звука включают одновременно гортанный звук. Этот симптом не позволяет опираться при постановке на тактильный контроль гортани. Практика подтверждает неэффективность данного приема. После операции у подростков с расщелинами наблюдается некоторая дискоординация органов ротовой полости и гортани, что приводит к упреждению или запаздыванию фонации при вызывании звонких согласных. Кроме того, при ринолалии не рекомендуется произносить согласные протяжно и утрированно, поскольку усиливается напряжение, выдох и удлиняется время смычки.

Можно применять два приема озвончения.

Первый эффективен при работе с детьми без голосовых расстройств. Ребенок длительно произносит или поет на основном тоне голоса гласный звук. Во время фонации он должен спокойно, не увеличивая напряжения, но достаточно быстро воспроизвести нужную артикуляцию, не прерывая голосообразования.

Словесная инструкция логопеда может выглядеть примерно так: «Тяни «хлопни губами» или пой *а-а-а*, но в середине дотронься нижней губой до верхних зубов». Таким образом ребенок воспроизводит звуки *б* и *в* интервокальной позиции. Логопед

одновременно беззвучно выполняет задание, чтобы ребенок мог синхронно артикулировать и не затормаживаться на смычках.

Нельзя заранее называть звук, даже его глухую пару. Иначе дети воспроизводят дефектный звонкий или прерывает фонацию на глухом.

Вызывание звуков *б*, *в*, г, *д*, *ж* начинают с гласного а. Гласный *а* применяется при вызывании звонких согласных фонем, так как широко открытый рот позволяет обучающемуся наблюдать себя, а расслабленные губы не мешают артикуляции. Произнося звук *д*, следует коснуться зубами высунутого языка. Работая над звуком ж, останавливаются на следующих моментах: 1) обучающийся тянет звук *а* и одновременно поднимает язык «ковшиком»; 2) обучающийся тянет звук *а* и одновременно поднимает язык «ковшиком» и сближает зубы и округляет губы. Разумеется, вызывание звукам от *р* проще. Звук *г* вызывают с механической помощью аналогично к, но во время фонации.

Свистящий *з* целесообразнее стимулировать, пользуясь гласным *э*. Губы при артикуляции последнего чуть раздвинуты в стороны, а опасность включения носового резонанса невелика. Ребенка просят слегка высунуть язык и сблизить зубы.

Далее упражняются в произнесении звонких в интервокальной позиции между разными гласными, например:

ава	эва	ова	ува	ива
авэ	эвэ	овэ	увэ	ивэ
аво	эво	ово	уво	и во
аву	эву	ову	уву	иву
авы	эвы	овы	увы	ивы

Эти сочетания фонируют голосом различной громкости, усиливая первую гласную и заглушая вторую и наоборот. Тем самым постепенно приучаются произносить одну из гласных шепотом, т. е. подготавливаются к изолированному произнесению прямых и обратных слогов.

В период упражнений с интервокальной позицией логопед подбирает слова, в которых нужный звук стоял бы между гласными. Переходя к произношению слогов, стараются не задерживаться на этом, а быстрее приступать к произнесению отдельных слов.

Второй прием сложнее, применение его менее желательно. Он используется при обучении подростков с нарушениями голоса и парезами мягкого нёба. Голос у последних бывает глухим, смодулированным, гласные звучат напряженно и неестественно.

Применение второго приема подразумевает, что дети уже владеют подачей голоса «в маску». Ребенка просят длительно фони-ровать носовой сонор *м*, а затем, улыбнувшись, слегка высунуть язык, т. е. стремятся воспроизвести сочетание типа

ммм333. Подобным образом стимулируют сочетания *мммжжж* или *мммввв*

Подобный способ может быть рекомендован только для вызывания фрикативных звуков. Пользуясь им, работу над звонкими взрывными приходится отодвигать на конец обучения.

В случаях выраженной назализации согласной возможно сочетание обоих приемов. Тогда «мычание в маску» используется для вызывания правильного чистого мягкого голосоначала, а потом переходят к гласной, стимулирующей подъем нёбной занавески, например: *ммmааажжжааа, ммmэээжжжэээ.* Эти сочетания произносят на одном тоне.

Возможно также применение как исходного и ротового соно-ра *л.* Корригируя произношение звонких взрывных и фрикативных согласных, нельзя полностью отождествлять их артикуляцию с артикуляцией глухих. При произнесении последних возможны более замедленные движения, необходимо большее напряжение органов артикуляции. Звонкие фонемы звучат чисто, без сдавленного оттенка только при плавных неутрированных переключениях от звука к звуку. Значительно облегчает закрепление звонких согласных пение. Петь можно слоги на любые известные обучающимся музыкальные упражнения и фразы. Но начинать мелодию нужно с гласного звука, например: *а-за-за-за.*

Ермакова И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. — М., 1984. — С. 42—60.

Раздел 3 ДИЗАРТРИИ

А. Куссмауль

[О дизартрии]

Человеческая речь представляет собой результат движений, которые выражают мысли характеристическими движениями и произносимыми или изображаемыми словами.

Если речь составляет верное зеркало, отражающее в себе человеческий дух со всеми его особенностями как индивидуальными, так и вытекающими из национального характера, то, с другой стороны, она служит верным отражанием и болезненных состояний души... там, где она поражается самостоятельно, расстройство ее само *по себе составляет патологический объект.*

Самостоятельным процессом речь является в *артикуляции и дикции.* Артикуляция, как двигательный акт, связана с наружным аппаратом речи, а также с периферическими центральными нервными аппаратами, при помощи которых возникают разнообразные правильные внутренние и внешние движения, образующие звуки, слоги, слова. Все расстройства артикуляции следует называть дизартрическими расстройствами речи. Но обыкновенно те из них, которые обусловливаются грубыми механическими ненормальностями в наружных частях аппарата речи и его двигательных нервах отличают под именем *дислалии* от настоящих или *центральных дизартрии,* которые могут обусловливаться органическими расстройствами или же имеют только функционала ный характер. *Дикция* — представляет собой смешанный *чувственно-интеллектуальный* акт, посредством которого слова, как чувственные знаки для выражения мыслей не только связываются с представлениями, но, кроме того принимают грамматическую форму и синтаксические сочетания. Расстройства дикции можно назвать *дисфазиею.*

Следовательно, дизартрические и дисфазические расстройства составляют область собственно расстройств речи, которые можно

соединить под именем *лалопатий.* Таким образом, – лалопа-тии распадаются на дизартрии (со включением *дислалии и дисфа-зии).* При всех этих расстройствах дело идет только о недостатках

чисто *формального* выражения и движений мыслей в звуках, слогах, словах и фразах, – независимо от *субстанционального содержания* этих звуковых форм. Мысль может быть неверна, но она может быть высказана в безукоризненной форме. И наоборот – верная мысль может быть высказана в неправильной форме. Если же нарушается и правильность образования самих мыслей, то тогда уже говорят о *дислогии* и логопатии...

Акт речи связан с возможностью артикуляции и дикции... Под артикуляцией мы разумеем сумму внутренних и внешних движений, при посредстве которых образуется слово, как сочлененный комплекс звуков, независимо от его внутреннего значения. Члены, из которых состоят слова, суть *слоги*, которые, в свою очередь, не суть простейшие звуковые элементы, а, напротив, сами состоят из *букв — гласных* и *согласных*.

Так как артикуляция приобретается изучением и состоит в заученных, координированных движениях* то мы должны исследовать – *каким образом мы овладеваем ею*. В этом отношении мы должны различать три периода.

1. Еще до истечения первой четверти года жизни, приблизительно в то время, когда появляются первые схватывательные движения, дети, находясь в хорошем настроении духа, обыкновенно развлекаются тем, что издают без всякого постороннего внушения разнообразнейшие звуки. Этот *«лепет маленьких детей»* слагается главным образом из губных звуков и из гласных букв, а также и из звуков язычных и нёбных... Они если и связываются между собой, то лишь непрочно и более случайно. Эти первоначальные звуки, которые я назову *дикими* имеют чисто *рефлекторное* происхождение... Указанные звуки можно рассматривать как свойственные человеку с самого начала, *основные звуки*, которые в течение бесчисленных генераций превращаются во все те звуки, которые имеются в алфавитах современных нам народов.

2. Позже... дикие звуки начинают заменяться *общеупотребительной разговорной речью*. — Здесь подражание не вдет рядом с пониманием слов... Первые, *отчетливо артикулированные* буквы и слоги отличаются большой простотой...

3. На третьей ступени развития ребенок выучивается связывать с заученными им словами известные определенные, объективные образы, которые мало по малу перерабатываются в сознательные представления. Только теперь речь начинает служить *выражением мыслей*... совершается удивительный акт слияния представления со словом, – возникает *сознательная речь*.

...Развитие артикуляции совершается непрерывно, рядом с развитием дикции...

Некоторые солидные исследователи относили без дальнейших рассуждений, артикуляцию звуков к функциям *продолговатого мозга и вар. моста,* а некоторые *причисляли сюда же и мозжечок.*

Cruveilhier еще в 1834 г., основываясь на некоторых случаях атрофии продолговатого мозга — отдельной или же одновременной с атрофией вар. моста, в котором существовали расстройства артикуляции, пришел к заключению, что в названных частях должен заключаться центр артикуляции.

Schroeden von der Kolk приписывает регулирующее влияние на движение мышц, участвующих в речи оливам, которые, как он полагает, основываясь на своих исследованиях, связаны при посредстве волокон как с друг с другом, так и с ядрами *n.hypoglossi* и *fasialis...*

Правильность произношения букв предполагает ненарушимость двигательных ядер продолговатого мозга.

Острые болезненные процессы или *другие хронические же процессы* в продолговатом мо^ ^^^ШЗш^^^и^ШШ^и"в особенности ядер *n.hypoglossi,* влекут за собой дизарт^ичн^жи^ произношения, доходящей даже до ^полной потери способности выражать свои мысли посредством звуков. R этой" категории забол^аршй^шш и воспалитедьнью^ опухоли^^

з^олеваниЮд которое распространяется с. нерепа *или*^ периоста, или вследствие давления со стороны опухолей мозжечка, или введетвиё распространения воспалительных или дегенератд^-ных процессов от вар. моста или продолговатого мозга на двига-1еШщуф ядерную область, — во всех этих случаях могут произойти в продолговатом мозгу изменения, которые повлекут за собой расстройства в образовании звуков.

Но и в этих случаях, когда *ядра остаются неприкосновенными, заболевания вар. моста, одного или совместно с продолгова^ тым мозгом,* могут затруднять артикуляцию, причиняя *расстройства в проведении импульсов,* исходящих из мозговых полушарий и распространяющихся в направлении к ядрам и к соответствующей мускулатуре. То^да|образование звуков становится неправильным или только относительно *распределения во вре-мени,* или же *по форме.* В первом случае гласные и согласные буквы произносятся совершенно правильно и отчетливо, но только каждая отдельно; если же они связываются между собой, то или медленно, или —

оставляя паузы между отдельными слогами, или наконец – без надлежащей равномерности.

Очевидно, что здесь пути к мышцам не прерваны, но только — не гладки, не ровны, а может быть, и уменьшены в числе, отдельные волокна или даже пучки волокон уничтожены, и проведение совершается окольными путями. Во втором случае проведение^страдает более *ЖШ*М9Ж$Х* быть восстановлено даже ппйо^щми" путями; здесь мы имеем также неясное произноше^

[illegible]

ние гласных и согласных, доходящее до полного уничтожения спо-сб№6стй артикулировать звуки, до док*nof^kj^^* — дйзартрйчёские расстройства называют — в отличие от базаль-ных ядерных — *базальными и кинезодинескимы дизартриями* и притом — *центральными или интрацеребральными,* в противоположность *периферическим или экстрацеребральным, но еще внутричерепным,* в основании которых лежит повреждение двигательных нервов языка уже по выходе их из продолговатого мозга.

По всей вероятности при этих интрацеребральных базальных кинезодических дизартриях дело не доходит до атрофии мускулатуры аппарата речи, что бывает при поражениях ядерных и экстрацеребральных. Кроме того, здесь бывает (что не наблюдается при ядерной неясности произношения), что язык tff-югла исполняет правильно и^ьютро^ он мр^е^ быть выдвинут далёко перед зобами, дотщщмрщ, дод^х,-бьшишщю придавлен к небу; может двигаться в етчздхщ^ жевание и глотание таюкГс^

нее"— речь бывает у^ пщо^щх.^ддучаев возможно Двоякое объяснение. Здесь или "проведение звуковых импульсов пострадало сильнее, чем проведение импульсов для др5ТТ13Гдвйг^^ соответствуют другие, ~bie-

нее *[ЮСУрШ^вшШ пути; или* же— и это Вероятнее ^жШ^Сгра-дает "и проведение импульсов к произвольным движениям языка, служащим не для речи, а для других целей, но эти па£езы абШружйваются не так легко, как парезы языка в акте речи и чтобы констатировать их, следует прибегать к другим еще средствам^ Больные этого рода не могут, напр. щелкать языкоТСРс 15коц силой и ловкостью, с какой они делали это прежде, легче устают при жевании и глотании. Так, парез губ нередко обнаруживается только тем, что больной не может свистеть с прежней силой...

Куссмауль А. Разстройства речи. Опыт патологии речи. - Киев, 1879. - С. 27-69.

М. Е. Хватцев

Классификация косноязычия

Косноязычие, обусловленное расстройством головного мозга, называется косноязычием *центрального* происхождения...

Этиология, Поражения мозга: а) механическими внутриутробными природовыми травмами головки младенца, часто с кровоизлиянием (ушибы материи, сжатие черепа во время родов, интоксикация в результате асфиксии и т. п.).

б) перенесенными в раннем детстве болезнями (дифтерия, скарлатина, менингит, энцефалит, корь, сыпной тиф), длительным и тяжелым истощением {дистрофия);

в) значительно реже — в результате болезней родителей (сифилис, алкоголизм, туберкулез, нервность, глубокое истощение и проч.).

Под воздействием перечисленных вредных факторов происходят или аномалийное развитие мозга, или частичные деформации его, перерождение некоторых его клеток под влиянием интоксикации, или разрыв нервных связей.

Такие поражения центральной нервной системы вызывают нарушения многих функций в деятельности ребенка, как физических, так и психических, и прежде всего в области речи.

Косноязычие, вызванное органическим поражением или функциональным расстройством речевых аппаратов и их связей между собой в головном мозгу — от коры до ядер продолговатого мозга включительно, называется *дизартрией* (дис — качественное различие, артрон — сочленение). Дизартрия представляет собой все формы косноязычия от искажения звуков, «смазанной речи» до гнусавого невнятного произношения.

Органическая дизартрия: 1) при рахите (резкие деформации черепа сдавливают мозг и нарушают его кровообращение и питание — речь задерживается в своем появлении и развитии); 2) при прирожденной гидроцефалии (позднее появление речи и искаженное развитие звукопроизношения); 3) при буль-барном параличе (в продолговатом мозгу поражены ядра нервов звукопроизводящих органов, что дает неясное и медленное произношение и гнусавость); 4) при псевдобульбарном параличе (повреждены нервные пути от коры к ядрам продолговатого мозга; речь медленная, иногда с гнусавостью, в результате — плохая артикуляция звуков); 5) при сифилисе головного мозга, менингите,

энцефалите, множественном склерозе и кровоизлияниях в мозг, опухолях в мозгу, мозговых травмах (все это или повреждает в той или иной степени слухоречевые системы мозга, или ра

зобщает их, что затрудняет точное, дифференцированное восприятие и производство тех или иных звуков речи); 6) при хорее и спазматическом тике (при дефектах в левой височной речевой доле мозга, вследствие анатомо-физиологической связи слуха и' речи, даже при полной сохранности периферического органа слуха происходит плохая смысловая дифференцировка тех или иных звуков речи, а следовательно, и искаженное воспроизведение их; нарушен фонематический слух; ярким примером такой сенсорной центральной дизартрии являются случаи, когда человек улавливает все неречевые звуки, но не воспринимает некоторые звуки речи; если же их артикуляции скрыты от его глаз, то даже и не произносит их: вместо *с* говорит *т* и т. п. 7) в случаях центральной тугоухости (из-за нечетких восприятий звучаний, неречевых и речевых, звуки неправильно произносятся); 8) при поражении нижнего отдела передней центральной извилины с параличом язычных мышц; 9) при поражении мозжечка (произношение отрывистое, иногда монотонное, гнусавое).

Тяжелые случаи дизартрии, когда, например, поражены пути, соединяющие кору со стволом мозга и ядрами в продолговатом мозгу (при бульбарном и псевдобульбарном параличе), называются *анартрией.* При этом нарушении артикуляция совсем или почти невозможна.

Функциональная дизартрия. При всякого рода расстройствах структуры мозгового вещества, ослабления нейронных связей в слухоречевых областях мозга (эти расстройства функции мозгового вещества возникают на почве недостаточного питания его, вредного изменения химизма крови и т.п.) происходит плохая дифференцировка в восприятии и производстве речи. Например, нередко косноязычие появляется в результате недостаточности чувства слухоречевого ритма.

Хватцев М. Е. Логопедия. — М.у 1959. - С. 73.

К. А. Семенова

Речевые расстройства у детей с церебральными параличами

У детей с церебральными параличами, как правило, наблюдается моторная речевая недостаточность.

Большое место в патологии речи у этих детей занимают дизартрии – *мозжечковая* и *псевдобульбарная.*

Если рассматривать развитие речи как результат усвоения внешних звуковых впечатлений, двигательных образов и оживления

следов этих образов, развитие внешних реакций, как это делал М. Н. Аствацатуров, т.е. считать, что в основе речи лежит выработка путем упражнения прочных сочетательных связей между следами от определенных звуковых впечатлений и следами тех движений, производимых речевой мускулатурой, которые воспроизводят словесный знак.., то анализ всех этих механизмов у детей с церебральными параличами показывает следующее. Поражение моторики имеет генерализованный характер, однотипный и для скелетной, и для речевой мускулатуры. В основе патологии движения лежит значительное, до степени ригидности, повышение тонуса мускулатуры при всяком активном движении и в меньшей степени при пассивном движении. Характерные черты спастического пареза в равной мере касаются как мышц конечностей, так и мимической, жевательной и артикуляционной мускулатуры, на что указывает и М. Б. Эйдинова (1959). Так же как и в движениях конечностей, в этой мускулатуре отмечаются непостоянство в характере функционирования одних и тех же мышц, неточность, недифференцированность, неплавность и истощаемость движений, наблюдаются разные содружественные движения. Трудности непроизвольного сокращения в двигательном акте сочетаются с трудностями активного расслабления мышц. Последнее обстоятельство свидетельствует о неполноценности, недостаточности развития префрон-тальных зон коры, обусловливающее крайне трудное переключение в более тяжелых случаях от фонемы.к фонеме, от слога к слогу, в более легких — от слова к слову. Возможно, это является одной из причин недостаточности развития «кинетической мелодии» (А. Р Лурия, 1947), создающей плавную речь. Недостаточность переключения наряду со спастичностью, нарастающей в процессе работы артикуляционных мышц, обусловливает то, что подражательные движения, с которых всегда начинается речь у здорового ребенка..., для детей с церебральными параличами и резко выраженной спастичностью становятся практически невозможными, и, таким образом, выключается первое и главное звено речеобразования.

У ряда детей имеют место более или менее отчетливо выраженные элементы апраксии речевой мускулатуры. Апраксия речевой мускулатуры у этой группы детей имеет принципиальное сходство с гораздо более глубокой и тоже своеобразной апракси-ей позы пальцев — невозможностью воспроизведения позы по кинетическому следовому образу при возможности делать

это по непосредственному и следовому зрительному раздражению. Это свидетельствует о недостаточности развития премоторных и рет-роцентральных зон коры.

У детей с церебральными параличами имеется чрезвычайно легкая подавляемость возможности движения артикуляционной мускулатуры, так же как и мускулатуры кисти и пальцев, экстеро-цептивными раздражениями зрительными, слуховыми, тактильными, а также вестибулярными и собственно двигательными. Под влиянием раздражений повышается тонус артикуляционных мышц, и целенаправленное движение, если оно и было начато, становится невозможным.

У всех детей наблюдается недостаточность кинестетического отдела речедвигательного анализатора. Слабость кинестетического звена обусловливает, по-видимому, своеобразную апраксию мимико-артикуляционной мускулатуры, препятствующую развитию подражательных речевых движений. Кроме того, можно полагать, что низкий тонус кинестетического отдела речедвигательного анализатора, обеспечивающего анализ поступающей из артикуляционного аппарата в мозг импульсации, является одним из основных препятствий для создания речевых схем и следового двигательного образа слов. Следовая двигательная реакция является одним из необходимых условий для создания цепных реакций — «кинестетических мелодий», лежащих в основе развития серийных движений при иннервации одним двигательным (речевым) импульсом (А. Р Лурия, 1947).

Псевдобульбарные параличи

М. Б. Эйдинова и Е. Н. Правдина-Винарская (1959) считают различного рода дизартрические речевые расстройства самым важным симптомом псевдобульбарного паралича. При слабости губных мышц ребенок плохо или совсем не произносит звуки *у, б, в, п, ф*, при слабости язычных мышц — *о, и, д, ф, с, р*, при парезе мягкого нёба — *г, х, к*. Не только парез, но и спастич-ность артикуляционных мышц и аппарата фонации играет большую роль в патологии речи. Самые разнообразные комбинации пареза черепномозговых нервов и спазма различных групп мышц, осуществляющих акты артикуляции и фонации, создают пеструю, во всех случаях своеобразную клинику псевдобульбарного паралича (Л. М. Шендерович, 1938). Те формы расстройства речи, которые обязаны своим происхождением в большей степени экстрапирамидным нарушениям, характеризуются обязательным наличием двух симптомов: расстройства речи типа дизартрии в сопутствующих стриарных симптомов (М. С. Маргулис, 1926).

В течение процессов развития речи явления паралича мышц голосовых связок сменяются у некоторых детей таким же преходящим спазмом, который наблюдается в жевательной мускула

туре. Тогда афония или гипофония в свою очередь сменяются дисфонией, при которой тихая, часто шепотная речь перемежается неудержимо громкими выкриками слогов, слов, иногда фраз.

Обращает на себя внимание, и то, что у преобладающего большинства детей, судя по нашим наблюдениям, имеется амимия. Амимия может развиться в результате тяжелого поражения надъя-дерных путей черепномозговых нервов.

Почти у всех детей, как самых маленьких, так и более старших, наряду с псевдобульбарной симптоматикой наблюдаются различного типа гиперкинезы, насильственный смех и плач, в 50% – мозжечковые расстройства (З.И.Тельнова, 1940).

Каждая клиническая форма псевдобульбарного паралича обладает определенными характерными особенностями.

1. *При паралитической форме* симптомы псевдобульбарного паралича резко выражены во всех своих проявлениях; афония, дисфония, дисфагия нередко приводят к тому, что у ребенка нет даже отчетливого голосообразования, а процесс еды, глотания для него чрезвычайно сложен. У этих детей никогда не наблюдается выкрикивание слов обусловленного преходящим повышением тонуса или гиперкинезами мускулатуры голосовых связок. Паралич наблюдается и в собственно артикуляционной и лицевой мускулатуре, в связи с чем амимия у них выражена более отчетливо, чем у детей других групп. Это состояние мимико-артикуляционной мускулатуры аналогично тому, которое наблюдается в скелетной, где явления паралича также преобладают над спастичностью. Спастичность выявляется либо в определенных группах мышц при движении, либо при определенном положении тела (вертикальном) – она развивается тогда в аддукторах бедер, икроножных мышцах, иногда сгибателях или разгибателях пальцев. Повышение тонуса возникает и в артикуляционной мускулатуре, но незначительное. Сходную картину вялого паралича у взрослых можно связывать с поражением варолиева моста... О возможности развития вялого паралича у детей с той же локализацией процесса говорилось выше. У этих больных восстановление речи происходит с большим трудом – с трудом регрессирует именно псевдобульбарные симптомы и с наибольшим трудом из них – паралич нёбной занавески и мышц языка. С таким же трудом и лишь незначительно развивается координация между дыхательными и артикуляционными движениями. Псевдобульбарная дизартрия наряду с афонией и носовым оттенком голоса держится долго.

2. *При экстрапирамидной форме* паралитические расстройства артикуляционной мускулатуры (нередко относительно легкие) осложняются глубоким тоническим напряжением артикуляци

онных мышц. Язык собран в ком у корня, малоподвижен, напряжены голосовые связки Характер нарушения деятельности артикуляционной мускулатуры однотипен с нарушением деятельности скелетной мускулатуры. Спастичность распространяется и на дыхательную мускулатуру, и на мускулатуру гортани, что обусловливает своеобразие расстройства голосообразования у этих детей, характер дисфонии. Первой задачей логопеда в этих случаях является обучение ребенка расслаблению мышц артикуляционного аппарата, чем подавляется и гиперкинез, обучение активным движениям мышц языка, губ, гортани, отработка синхронности дыхания и голоса...

3. *При мозжечковой форме* наблюдаются различные варианты атаксических расстройств, парезы спастического напряжения артикуляционной, жевательной и дыхательной мускулатуры. Отмечаются замедление темпа, дискоординация всех движений, включая и речевые. И здесь имеется прямой параллелизм между характером патологии скелетной и артикуляционной, жевательной и дыхательной мускулатуры.

Общим для всех форм псевдобульбарного паралича является усугубление вегетативной и псевдобульбарной симптоматики при всех видах активного движения и скелетной, и артикуляционной мускулатуры: нарастание спастичности артикуляционных мышц, учащение и дизритмия пульса, гипергидроз, иногда изменение окраски кожи лица, отчетливое усиление гиперсаливации, учащение и нарушение ритма дыхания, усугубляющее недостаточность слабо развитой речевой функции.

Все эти явления, наряду с нарастающей при движении мими-ко-артикуляционных мышц спастичностью, затрудняют анализ поступающих речевых сигналов, что препятствует возможности закрепления речевых условно-рефлекторных связей.

Морфологически, как уже говорилось, при псевдобульбарном параличе обнаруживается замедленное развитие моторной зоны коры и пирамидного пути. Эта же причина лежит в основе функциональной недостаточности тех корковых систем, сосредоточенных в премоторной зоне, с которыми, как говорилось выше, связана функция денервации речевых синергии и автоматизации определенных групп речевых движений, что создает плавность речи, автоматизм речевых процессов.

Недостаточность некоторых гностических функций у этих детей связана в основном с патологией ядерного отдела

двигатель-но-кинетического анализатора, но усугубляется, по-видимому, и слабой возбудимостью самих проприоцепторов.

Патология кинестезии лежит в основе симптоматики, указывающей на недостаточность ретроцентральных зон у детей пре

имущественно со спастическими и гиперкинетическими формами. У них наблюдается апраксия языка, нарушение некоторых сложных форм кинестетического чувства языка и пальцев. Этот момент, несомненно препятствует появлению и закреплению условнорефлекторных речевых связей...

Наряду с этим у многих детей существуют оральные автоматизмы, которые в силу легкости подавления возбуждения в ре-чедвигательном анализаторе также могут явиться препятствием к развитию речи по механизму подавления слабого очага возбуждения (в коре) более сильным, локализующимся в стволе (И. П. Павлов, 1946).

Семенова К. А. Детские церебральные параличи — М.} 1968. - С. 113-127.

К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин

Дизартрии

Наиболее частыми речевыми нарушениями у детей с церебральными параличами являются дизартрии... Несмотря на то, что клиническая картина дизартрии в рамках псевдобульбарного синдрома была описана около 100 лет назад.., единого определения этой формы речевого нарушения не существует. Одни авторы относят к дизартрии только те формы речевой патологии, при которых нарушения звукоопроизносительной стороны речи обусловлены парезами и параличами артикуляционных мышц. Другие толкуют понятие «дизартрия» более широко и относят к ней все нарушения артикуляции, фонации и речевого дыхания, возникающие в результате поражения различных уровней центральной нервной системы.

Патологические изменения при дизартриях... сводятся к повреждениям коры головного мозга в переднем участке прецент-ральной извилины, в передней центральной извилине, в *girus sup-ramarginalis,* повреждениям и недоразвитию пирамидных путей и экстрапирамидной системы, лобно-мозжечковых систем и соединяющих их волокон, мозжечка, ядер черепномозговых нервов в продолговатом мозге. В зависимости от локализации поражения клинические проявления дизартрии будут неодинаковыми.

Большинство авторов различают у детей с церебральными параличами следующие формы дизартрии: 1) псевдобульбарную; 2) экстрапирамидную; 3) мозжечковую; 4) корковую.

Особенностью дизартрии у детей с церебральными параличами является их смешанный характер, частое сочетание различных вариантов дизартрии у одного и того же больного. Это связано с тем, что при воздействии вредоносного фактора на развивающийся мозг повреждения нередко имеют распространенный характер, и тем, что поражение одних систем может способствовать недоразвитию и нарушать функционирование других.

Некоторые общие клинические симптомы, характерные для дизартрии, и общие принципы речевой терапии

Нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре. Для большинства форм дизартрии характерно изменение мышечного тонуса речевой мускулатуры. Обычно эти изменения тонуса имеют сложный патогенез, связанный как с локализацией поражения, так и со сложной дезинтеграцией всего рефлекторного, двигательного и речевого развития. Поэтому в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному. Остановимся на отдельных вариантах нарушения мышечного тонуса при дизартриях.

Спастичность артикуляционных мышц. При спастичности артикуляционных мышц отмечается постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка и губ; язык в полости рта напряжен, спинка его спастически изогнута, кончик не выражен, язык оттянут кзади. Губы спастически напряжены. Активные движения в артикуляционной мускулатуре резко ограничены. Спастичность артикуляционных мышц имеет место при спастической форме псевдобульбарной дизартрии. Наряду со спастичностью речевой мускулатуры у детей отмечается спастичность и скелетных мышц. Наиболее часто это имеет место при спастической диплегин.

Гипотония артикуляционных мышц. Гипотония в артикуляционной мускулатуре наиболее часто отмечается при мозжечковой форме дизартрии. Гипотония в речевой мускулатуре обычно сочетается с гипотонией и слабостью скелетных, мимических и жевательных мышц. Язык тонкий, распластанный в полости рта, губы вялые, отсутствует возможность их плотного смыкания, в силу этого рот постоянно полуоткрыт, выражена гиперсаливация. В отличие от бульбарных нарушений не отмечается атрофии, фибриллярных подергиваний в языке, глоточный рефлекс сохранен. Эта форма нарушенного мышечного тонуса наиболее часто имеет место при некоторых вариантах диплегии, ослож-

ненных мозжечковой недостаточностью, особенно в первые месяцы жизни ребенка, а также при астатически-атонической форме церебрального паралича.

Меняющийся тонус артикуляционных мышц обычно имеет место при гиперкинетической дизартрии. Нарушение тонуса артикуляционных мышц в этих случаях сочетается с их гиперкинеза-ми. Сходная картина отмечается и в скелетной мускулатуре. Это чаще всего наблюдается при гиперкинетической форме церебрального паралича...

Особенности мышечного тонуса при дизартриях у детей с церебральными параличами определяет первый важный принцип речевой терапии этих детей.

Речевая терапия при дизартриях основывается на тесном единстве с мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций. Первым моментом речевой терапии является необходимость добиться максимального мышечного расслабления как в артикуляционных, так и в скелетных мышцах. Для этого перед тем, как приступить к логопедическим занятиям, каждого ребенка оценивают с точки зрения его уровня двигательного развития. Затем определяют характер его мышечного тонуса как в артикуляционной, так и в скелетной мускулатуре и, что особенно важно, устанавливают, как меняется состояние тонуса в зависимости от положения тела в пространстве и положения головы по отношению к туловищу. Затем определяют так называемую «реф-лексзапрещающую позицию». Определение этой позиции основано на придании такого положения телу и голове ребенка, которое будет способствовать уменьшению действия примитивных, задержанных и извращенных рефлекторных схем, приводящих к повышению мышечного тонуса... После того как определена «рефлек-сзапрещающая позиция», переходят к последовательному ее закреплению.

Ограничение подвижности артикуляционных мышц зависит от измененного мышечного тонуса, параличей и парезов артикуляционной мускулатуры, а также от оральной апраксии...

В результате недостаточной подвижности речевых мышц грубо расстраивается звукопроизношение. Особенно ограниченной становится подвижность языка. При этом может отмечаться недостаточность подъема языка вверх в полости рта, что может иметь место при парезе или грубом нарушении мышечного тонуса в шило-подъязычной, двубрюшной, подъязычно-глоточной, челюстно-подъязычной, язычно-глоточный, шило-язычной и язычно-нёбной мышцах. Отмечается нарушенное произношение звуков, для которых необходимо движение языка вверх, а также звуков, требующих для своего воспроизведения сочетанного дей-

ствия указанных мышц языка *(л, р,* ж, ш, *ц, ч, д, т н* некоторых других). Иногда наблюдается недостаточность движения языка вниз. Это обычно имеет место при патологическом состоянии

ключично-подъязычной, щитовидно-подъязычной, челюстно-подъязычной, подбородочно-язычной, челюстно-подъязычной и двубрюшной мышц. Может нарушаться и произношение некоторых гласных звуков (э, *и).*

При парезах мышц языка, изменении их тонуса нередко оказывается невозможным изменение конфигурации языка: удлинение, выдвижение, укорочение, оттягивание назад и поднятие отдельных его частей, искривление, разнообразные боковые движения. Все это приводит к нарушению звукопроизношения так называемых язычных звуков, произношение которых связано с изменением изгиба спинки языка (а, *е>* и), нёбно-язычных (дс, з, ж, л, с, ш, *ку т, г, д, р, н).* Таким образом, при поражении мышц языка расстраивается звукопроизношение большинства звуков.

Наряду с ограниченной подвижностью языка обычно отмечается малая подвижность губ... становится невозможными или ограниченными вытягивание губ трубочкой, растягивание углов рта, а также другие движения, которые меняют размер и форму преддверия рта, оказывая тем самым влияние на резонирование всей ротовой полости. При поражении мышц губ страдает главным образом произношение губных звуков *(б,* л, *м, в, ф).*

Мускулатура губ иннервируется лицевым нервом, поэтому парезы и параличи губных мышц обычно сочетаются с нарушением функций других мимических мышц нижней части лица (области, иннервируемой нижней ветвью лицевого нерва), что характерно для центрального пареза лицевого нерва.

Ограниченная подвижность мягкого нёба в результате поражения нёбных мышц (мышц, натягивающих мягкое нёбо, мышц, поднимающих его, нёбно-язычных мышц) еще больше нарушает звукопроизношение. Мышцы мягкого нёба иннервируются двигательными веточками язычно-глоточного и блуждающего нервов. Некоторое участие в иннервации нёбной мускулатуры принимает также тройничный и лицевой нерв. В зависимости от уровня поражения указанных нервов, их путей или ядер различают вялый и центральный парез мышц мягкого нёба.

При поражении мышц мягкого нёба голос приобретает носовой оттенок («открытая гнусавость»). Иногда, наоборот, чрезмерная спастичность нёбных мышц может способствовать появлению «закрытой гнусавости». При поражении блуждающего нерва «открытая гнусавость» и артикуляционные расстройства нередко сочетаются с хрипотой и афонией вследствие частичного или полного нарушения функции внутренних мышц гортани.

Выраженные артикуляционные расстройства определяют второй важный принцип речевой терапии дизартрии – развитие речевых артикуляций. В процессе работы над артикуляцией, так же

как и при работе над общей моторикой, важным принципом является фактор тактильно-проприоцептивного разрушения, развитие статико-динамического ощущения, четких артикуляционных кинестезии и кинестетического следового образа движения артикуляционных мышц. Работу проводят с максимальным подключением других анализаторов (особенно зрительного и тактильного).

Большое место в работе при дизартриях занимает артикуляционная гимнастика.

Работу рекомендуется начинать с обучения ребенка проглатыванию слюны. Для этого производят массаж жевательных мышц, пассивно-активно вызывая жевательные движения и закидывая голову ребенка назад, просят его проглотить слюну. Для стимуляции жевательных движений ребенку на каждом занятии дают булку или печенье и учат его жевать перед зеркалом. Затем ребенка учат произвольному закрыванию рта за счет пассивно-активных движений нижней челюсти. Вначале эти упражнения проводятся пассивно: одна рука логопеда помещается под нижней челюстью, под подбородком, другая кладется на голову ребенка; путем легкого надавливания и сближения рук челюсти ребенка смыкаются. Там, где позволяют степень и характер двигательного поражения, эти движения производят при помощи рук самого ребенка. В дальнейшем проводят активную гимнастику по тренировке этих движений под счет и по команде: «открой рот, закрой».

Для развития достаточного произвольного напряжения мышц лица, круговой мышцы рта рекомендуется применение специальных салфеток, трубочек. Ребенок охватывает трубку губами и старается помешать попыткам логопеда вытянуть ее изо рта. Для развития мышц губ применяют специальные упражнения по вытягиванию губ вперед трубочкой, растягиванию их в стороны, по чередованию этих движений (хоботок-оскал, хоботок-оскал и т. д.). Эти упражнения нередко представляют очень большую трудность для ребенка с дизартрией и требуют предварительных тренировочных упражнений на опускание нижней губы при фиксировании верхней и др.

Особенно большая работа должна проводиться над мышцами языка. Эту работу рекомендуют начинать с воспитания активного прикосновения концом языка к краю нижних зубов. Затем приступают к отработке общих, менее дифференцированных движений языка, вначале в пассивном плане (вытягивание языка вперед и убирание его назад в полость рта). Отработка мышц

корня языка начинается с их рефлекторных сокращений. Так, раздражая корень языка бумажной трубочкой, добиваются рефлекторного сокращения этих мышц; эти движения закрепляют

на рефлекторах, а затем произвольных кашлевых движениях. После этого постепенно переходят к отработке более тонких и дифференцированных движений языка, вначале пассивных, а затем активных.

Проводя артикуляционную гимнастику, работая над голосом и дыханием, одновременно соответственно отрабатываемым артикуляционным укладам, у ребенка вызывают первые звуки. Работая над речевой мускулатурой, одновременно упражняют мимические мышцы лица. Ребенка учат закрывать и открывать глаза, один глаз, придерживая рукой другой, хмурить брови и т. д.

Работа над артикуляторной моторикой и мимикой всегда сочетается с работой по развитию моторики рук. У детей постепенно развивают опорную, хватательную, манипуляционную деятельность рук и тонкие дифференцированные движения пальцев. При работе над ручной моторикой для воспитания четких пальцевых кинестезии также применяют тактильную стимуляцию при помощи массажа. Если логопедические занятия проводят с ребенком в положении сидя, то его руки помещают на стол, ладонь и пальцы прижимают к столу. При проведении гимнастики рук детей учат разминать и раскатывать пластилин; сжимать руками резиновые груши, захватывать кончиками пальцев мелкие предметы, складывать мозаику, рисовать, лепить, вырезать, штриховать, раскрашивать картинки, застегивать и расстегивать пуговицы, крючки, шнуровать ботинки, пользоваться ложкой и вилкой.

Нарушения голосообразования

Характерной особенностью дизартрии является нарушение голоса, что в значительной степени зависит от патологического состояния мышц гортани, особенно перстне-щитовидных, натягивающих истинные голосовые связки. При поражении этих мышц голос становится слабым, немелодичным.

Все движения гортани связаны с движениями языка, нёба и нижней челюсти, поэтому нарушения голоса и артикуляционные расстройства чаще всего выступают вместе. Для возникновения голоса большое значение имеет вибрация голосовых связок. При слабости и паретичности мышц голосового аппарата вибрация голосовых связок нарушается, поэтому сила голоса становится минимальной. Спастическое сокращение мышц голосового аппарата иногда полностью исключает возможность вибрации

голосовых связок... Поэтому патологические состояния мышц голосового аппарата могут быть причиной нарушения произно

шения звонких согласных и замены их на глухие, артикуляция которых осуществляется при не сомкнутых и не колеблющихся голосовых связках.

Нарушения голосообразования при дизартриях определяют необходимость при проведении речевой терапии особое внимание уделять постановке голоса и отдельных звуков... Эти приемы являются общепринятыми в логопедии и в значительной степени основываются на сочетанных координированных движениях артикуляционных, дыхательных и фонационных мышц. Поэтому при постановке звуков у детей с церебральными параличами большое значение имеет ортофоническое лечение, основанное на двигательной терапии голоса при помощи артикуляционных и дыхательных упражнений. Большое внимание уделяют утрированным артикуляционным движениям перед зеркалом и сочетанию их со звуком.

Проводя артикуляционную гимнастику при постановке голоса, особенно большое внимание уделяют развитию движений нижней челюсти вниз и движений мягкого нёба. При помощи этих движений образуются достаточные резонаторные камеры, необходимые для звучания голоса. Таким образом, все мероприятия по постановке голоса и звуков у детей с дизартрией проводят в общем комплексе речевой терапии этих детей.

Как при проведении артикуляционной гимнастики, так и при работе над голосообразованием нередко требуется применение медикаментозной терапии (стимулирующей, антихолинэстераз-ной и симптоматической, направленной на снижение мышечного тонуса).

Нарушения дыхания

Нарушения дыхания являются частыми при дизартриях у детей с церебральными параличами, особенно при гиперкинетической и мозжечковой формах. Эти нарушения дыхания имеют сложный патогенез. Прежде всего могут иметь значение паре-тичность дыхательных мышц, изменения их тонуса, нарушение их реципрокной иннервации...

Большое значение в нарушении активного выдоха у детей с церебральными параличами может иметь общий недостаточный объем их дыхания, который в значительной степени может зависеть от вынужденного неподвижного положения ребенка.

Расстройства дыхания у детей с церебральными параличами наиболее часто зависят от нарушения центральной регуляции дыхания, а также от патологии двигательной функциональной системы.

Клинически нарушения дыхания у детей с церебральными параличами проявляются в расстройствах ритма и глубины дыхания, в нарушении координации между артикуляцией и дыханием. В момент речи дыхание учащается, после произнесения звука ребенок делает судорожный вдох. В некоторых случаях нарушения дыхания отмечаются и независимо от речи, но всегда в момент речи эти нарушения резко усиливаются. Особенно страдает у детей с церебральными параличами возможность активного выдоха. Несмотря на постоянно полуоткрытый рот, они выдыхают через нос, произвольное выдыхание через рот часто является невозможным.

Работа над дыханием... начинают с первых месяцев жизни ребенка. Это имеет большое значение прежде всего для его общего соматического состояния, а также для стимуляции первых звуков.

С детьми после года в процессе проведения логопедических занятий регулярно работают над развитием речевого дыхания. Ребенка учат дышать через рот... Затем вдыхать и выдыхать через нос... Наконец вдыхать через нос и произвольно выдыхать через рот. С детьми более старшего возраста все эти занятия проводят в виде коллективной дыхательной гимнастики под счет или музыку. Там, где позволяют двигательные возможности, подключаются движения руками. Разработка речевого дыхания проводится в различных положениях больного ребенка: на спине, сидя, стоя. С детьми раннего возраста и при тяжелом двигательном поражении дыхательные упражнения в основном проводятся в положении на спине – в «рефлексзапрещающей позиции». В процессе отработки речевого дыхания большое значение имеют специальные игры-упражнения: выдувание мыльных пузырей, задувание свечей, сдувание со стола мелких пушинок и бумажек, игра на губной гармошке, различных дудочках, дутье в специальные бумажные трубочки. Работа над дыханием, фонацей и артикуляцией проводится в тесном единстве; большое значение в этой работе имеют специальные логоритмические игры.

Оральная апраксия

У детей с церебральными параличами часто выявляется апраксия артикуляционных мышц. При дизартрии выявление ап-раксии нередко затруднено из-за параличей и парезов артикуляционных мышц и нарушений мышечного тонуса. Апраксия

речевой мускулатуры способствует еще большему ограничению объема движений в артикуляционных мышцах. Уменьшение проявлений апраксии происходит по мере развития всей рече-дви

гательной функциональной системы, особенно ее афферентного звена.

Очень важным разделом речевой терапии является работа над развитием орального и ручного праксиса, кинестетических ощущений и кинестетического следового образа.

Ассоциирование реакции проявляется в нарастании мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре и усиливают дизарт-рические нарушения при всех видах активных движений в конечностях. С другой стороны, попытки активных артикуляторных движений способствуют усилению мышечного тонуса в скелетной мускулатуре.

Важным разделом речевой терапии является правильная организация логопедических занятий. Логопед стремится не допустить чрезмерных усилий ребенка, которые могут способствовать диффузному повышению мышечного тонуса как в скелетной, так и в речевой мускулатуре. Успехи речевой терапии дизартрии во многих зависят от раннего начала логопедических мероприятий, поэтому ранняя диагностика дизартрии имеет очень большое значение.

Вопросы ранней диагностики дизартрии. Клинические проявления дизартрии часто входят в симптомокомплекс так называемого псевдобульбарного синдрома. Уже у новорожденных можно отметить первые признаки псевдобульбарных нарушений: слабость крика или его полное отсутствие, нарушения сосания, глотания, дыхания, отсутствие или слабость некоторых врожденных безусловных рефлексов (сосательного, поискового, хоботкового, ладонно-рото-головного). Крик у таких детей тихий, плохо модулированный, нередко с носовым оттенком, иногда в виде отдельных всхлипываний, которые ребенок производит в момент вдоха.

Дети не берут грудь или сосут очень вяло, при сосании захлебываются, синеют. В тяжелых случаях нарушено и глотание, и дети глотают только в тех случаях, когда пища попадает глубоко в полость рта. Может иметь место асимметрия лица, отвисание нижней губы. Дыхание у таких детей поверхностное, нередко учащенное и аритмичное. По мере роста ребенка выявляется, что он совсем не может жевать, кусать, пить из чашки или из блюдца. Указанные затруднения кормления являются причиной раннего перевода детей на искусственное вскармливание. В отдельных тяжелых случаях такие дети до 2–3 лет питаются через соску.

Все это, с одной стороны, приводит к проявлениям гипотрофии, анемии, гипопротеинамии, общей соматической ослабленное™, с другой – способствует еще более выраженной слабости

артикуляционных мышц в связи с отсутствием их деятельности. Последнее значительно утяжеляет речевые нарушения у этих детей.

Клинические формы дизартрии

Псевдобульбарная дизартрия. Как уже указывалось выше, клинические проявления псевдобульбарной дизартрии входят в сим-птомокомплекс псевдобульбарного синдрома и проявляются у детей раннего возраста главным образом в расстройствах сосания, глотания, жевания, в нарушениях дыхания. Спастичность артикуляционных мышц и фонационных мышц играет большую роль в патологии речи у этих детей. Отмечаются самые разнообразные комбинации парезов черепномозговых нервов и спазмов различных артикуляционных и фонационных мышц.

В зависимости от клинических особенностей в логопедической практике выделяются две формы псевдобульбарной дизартрии: спастическая и паретическая. Наиболее часто отмечается сочетание обеих форм.

Спастическая форма псевдобульбарной дизартрии. При спастической форме псевдобульбарной дизартрии отмечается выраженная спастичность артикуляционной и фонационной мускулатуры. Спастичность может преобладать над парезами артикуляционных мышц. В силу измененного мышечного тонуса и па-ретичности подвижность артикуляционных мышц резко ограничена. Как и при всяком центральном парезе, страдают наиболее тонкие, изолированные движения. Особенно это касается движений языка вверх. Поэтому при указанной форме дизартрии нарушено прежде всего произношение переднеязычных звуков, для которых требуется поднятие кончика языка вверх *(р, л, ж, шу ч)*. Нередко ограничены также движения языка в стороны, вниз, вперед. В тяжелых случаях имеется только ограниченное движение вперед, и язык едва касается края нижних зубов. Как при всяком центральном парезе, крайне затруднено произвольное расслабление; попытка к движению и движение вызывают повышение мышечного тонуса в артикуляционной, фонационной, а также дыхательной мускулатуре, а в некоторых случаях и в скелетных мышцах (ассоциированные реакции).

Следующей особенностью этой формы дизартрии является частое наличие *синкинезий.* Наиболее характерной синкинезией является движение нижней челюсти, нижней губы при попытке

поднятия кончика языка вверх. Характерно отсутствие произвольных движений при сохранности рефлекторных, автоматических. Ребенок не может произвольно открыть рот и произнес

ти звук а, в то же время он может зевать, плакать, кашлять. Ребенок не может по инструкции высунуть язык вперед, а при еде облизывает губы.

В более легких случаях псевдобульбарной дизартрии активные движения артикуляционных мышц сохраняются, но объем их ограничен, ребенок с трудом удерживает позу языка, губ.

Спастическая псевдобульбарная дизартрия возникает в результате двустороннего надъядерного поражения кортико-нуклеар-ных путей на различном уровне их протяжения...

Паретическая форма псевдобульбарной дизартрии. При этой форме псевдобульбарной дизартрии отмечается выраженный парез речевых мышц со значительной их слабостью и ограничением активных движений, нерезко повышенный или даже пониженный мышечный тонус. Не все авторы выделяют паретическую форму в самостоятельную, однако у детей раннего возраста при некоторых формах церебрального паралича нередко наблюдается преобладание паретического компонента над спастическим, что требует определенных логопедических приемов. С этой точки зрения правомерно выделение паретической формы. При этой форме дизартрии отмечается общая слабость лицевой, артикуляционной и жевательной мускулатуры. Язык обычно вялый, широкий, распластанный, занимает всю ротовую полость, подвижность его резко ограничена. Отмечается повышенная истощаемость речевой мускулатуры. Жевание крайне ослаблено, рот полуоткрыт, усилена саливация. В фонетическом отношении нарушено прежде всего произношение звуков, требующих наиболее точных дифференцированных движений языка (переднеязычные звуки) и достаточно мышечных усилий (смычные губные звуки – л, *т, к, б, д,* г), особенно губно-губные: л, *б, м,* язычно-альвеолярные звуки: *р.* При выраженной паретичности мышц языка может страдать и произношение ряда гласных звуков, особенно тех, которые требуют достаточного подъема спинки языка вверху и, *ы, у.* Для этой формы дизартрии характерно также то, что наряду с ограничением активных движений артикуляционных мышц отмечается большая трудность в удержании нужной артикуляционной позы. Язык может уклоняться в сторону более паретич-ной половины.

В силу паретичности мышц мягкого нёба отмечается в той или иной степени выраженности открытая гнусавость. Ребенок все звука произносит с носовым оттенком. Мягкое нёбо провисает, подвижность его при произношении звуков ограничена.

Речь при паретической форме псевдобульбарной дизартрии обычно медленная, афоничная, затухающая, плохо модулированная. В ряде случаев паретическая форма дизартрии, так же как и

спастическая, осложняется нарушением кинестетического восприятия речевых мышц и элементами оральной апраксии.

Преобладание паралича наблюдается и в лицевой мускулатуре, поэтому амимия у детей обычно значительно выражена. Состояние мимико-артикуляционной мускулатуры аналогично тому, которое наблюдается в скелетной мускулатуре, где явления паралича также преобладают над спастичностью. Спастичность выявляется либо в определенных группах мышц при движении, либо при определенном положении тела (вертикальном) – в этом случае она развивается в аддукторах бедер, икроножных мышцах, иногда в сгибателях или разгибателях пальцев. Повышение тонуса при изменении положения тела может возникать и в артикуляционных мышцах, но обычно он повышается незначительно и не доходит до степени выраженной спастичности, как это имеет место при спастической форме.

Локализацией поражения при паретической форме псевдобульбарной дизартрии, по мнению ряда авторов, является область варолиева моста... У больных с этой формой дизартрии восстановление речи происходит с большим трудом – медленно регрессируют псевдобульбарные симптомы, дыхательные нарушения, с большим трудом развивается координация между дыхательными и артикуляционными движениями, поэтому нарушения звукопроизношения наряду с афонией и носовым оттенком голоса держатся долго.

Речевая терапия при псевдобульбарной дизартрии должна начинаться с первых месяцев жизни ребенка. На первом году жизни она имеет следующие задачи: 1) воспитание навыков глотания, сосания, жевания; 2) развитие проприоцептивных ощущений в речевой мускулатуре путем пассивно-активной гимнастики артикуляционных мышц; 3) развитие дыхательной функции; 4) воспитание голосовой активности. В дальнейшем наряду с работой над артикуляцией, фонацией, речевым дыханием и фонематическим слухом большое внимание уделяется воспитанию речевых кинестезии, развитию кинестического следового образа как в речевой мускулатуре, так и в мышцах пальцев рук. Вся речевая терапия проводится на фоне медикаментозной в едином комплексе реабилитационных мероприятий.

Экстрапирамидная дизартрия. Речевые нарушения при экстрапирамидной дизартрии зависят в основном от трех факторов: 1) резкого изменения тонуса; 2) нарушения эмоционально-двигательной иннервации; 3) появления гиперкинезов.

В соответствии с локализацией поражения удельный вес и клинические проявления каждого из трех перечисленных компонентов будут неодинаковыми. В зависимости от этого выделя

ют две формы экстрапирамидной дизартрии: *ригидную* и *гиперкинетическую.* Нередким является сочетание обеих форм.

Для нарушений мышечного тонуса при экстрапирамидной локализации поражения характерны меняющийся характер этого тонуса, его большая зависимость от внешних влияний, произвольных движений, эмоционального состояния больного, положения его тела и головы. Отсюда важное клиническое отличие экстрапирамидной дизартрии от псевдобульбарной. Для экстрапирамидной дизартрии характерно отсутствие стабильности артикуляционных нарушений, поэтому и расстройства фонации (звукопроизношения) менее постоянны, чем при псевдобульбарной. Так, ребенок в спокойном состоянии может правильно произносить, отдельные звуки, особенно когда он в процессе игры разговаривает со своими игрушками, и тот же ребенок не может произнести этих звуков в беседе с родителями, особенно с незнакомыми людьми. Если в спокойном состоянии в речевой мускулатуре отмечается дистония с трудностью удержания какой-либо артикуляционной позы, то при попытке произнесения слов наблюдается резкое повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре. Корень языка резко напрягается, и ребенок нередко непроизвольно выкрикивает отдельные заднеязычные звуки — *гы-кы* и т. д. При менее выраженном нарушении мышечного тонуса ребенок пытается говорить, но речь его смазанная, невнятная, голос с гнусавым оттенком...

Тонические мышечные нарушения могут распространяться и на дыхательную мускулатуру, и на мышцы гортани, обусловливая своеобразие расстройства голосообразования и дыхания у этих детей.

Следующие клинические особенности этой формы дизартрии зависят от нарушений эмоционально-двигательной иннервации и проявляются в расстройствах так называемой просодической стороны моторной речи. В этих случаях страдает не столько артикуляция, сколько мелодия, темп речи, возможность говорить медленно или быстро, нарушается интонация. Эмоциональный оттенок речи утрачивается, речь делается монотонной, однообразной, смодулированной. Во время фразовой речи происходит ее постепенное затухание, переходящее порой в неясное бормотание.

К особенностям этой формы дизартрии следует отнести и частое наличие *гиперкинезов* как *в речевой,* так и *в скелетной мускулатуре.* Наличие гиперкинезов в речевой мускулатуре грубо ис-

кажает речь, порой делает ее малопонятной, временами невозможной. Так, в некоторых случаях гиперкинезы языка приводят к насильственному раскрытию рта и выбрасыванию языка впе

ред, что может полностью лишать ребенка возможности говорить. При гиперкинетической форме дизартрии отмечаются также выраженные гиперкинезы в мышцах диафрагмы, межреберных мышцах, что грубо нарушает дыхание, плавность речи и приводит к возникновению насильственных выкриков, стонов.

Особенностью этой формы дизартрии являются также резко выраженные дыхательные нарушения.

Если для псевдобульбарной дизартрии характерна кинестетическая апраксия, связанная с нарушением кинестетического восприятия и нестойкостью кинестетического следового образа, то при этой форме дизартрии чаще имеет место кинестетическая динамическая апраксия, которая приводит к большим трудностям при переключении от одной артикуляции к другой, при переходе от звука к звуку, от слова к слову, т.е. в отличие от псевдобульбарной дизартрии здесь наиболее резко страдает автоматизация артикуляторных движений. Иногда эти моторные нарушения речи могут напоминать фонетические расстройства при моторной алалии...

Особенности речевой терапии при экстрапирамидной форме дизартрии. Основной задачей речевой терапии при экстрапирамидной форме дизартрии является изменение характера пропри-оцептивной афферентной импульсации, при которой было бы возможно уменьшение ригидности и гиперкинезов как в речевой, так и в скелетной мускулатуре. Это достигается прежде всего путем нормализации патологической афферентации из лабиринтов, путем изменения положения тела ребенка в пространстве и положения головы по отношению к конечностям (помещение ребенка в «рефлексозапрещающую позицию»)...

Одной из задач речевой терапии при экстрапирамидной форме дизартрии является максимальное развитие произвольных движений в артикуляционной, фонационной, дыхательной и скелетной мускулатуре. Ребенка не только учат произвольно управлять своими речевыми и скелетными мышцами, но и воспитывают у него возможность движений в определенном ритме и темпе, возможность произвольного превращения движений и переключений с одного движения на другое. Все речевые занятия проводят на фоне стимулирующей, антихолинэстеразной и симптоматической терапии, направленной на снижение мышечного тонуса и уменьшение гиперкинезов... Для развития произвольного дыхательного ритма, координации между дыхательными движениями, фонацией и артикуляцией всю речевую терапию с этими детьми

рекомендуют проводить под определенные ритмические раздражители. Такими раздражителями могут быть слуховые – музыка, удары метронома, счет, зрительные – ритмические взмахи рука

ми логопеда и потом самого ребенка. Важная роль в работе с этими детьми принадлежит пению и логоритмике.

Во всех случаях логопедические мероприятия начинаются с разработки ритмичного, произвольного дыхания... Для развития произвольного дыхания исключительно большое значение имеют специальные дыхательные игры-упражнения выдувание мыльных пузырей, задувание свечей, сдувание различных мелких предметов, игра на губных музыкальных детских инструментах (дудочки, свирели, гармошка). Наряду с работой над дыханием проводятся специальные упражнения по развитию артикуляции и фонации. При проведении этих упражнений большое внимание уделяется развитию статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезии.

С детьми более старшего возраста, владеющими навыками ходьбы, наряду с индивидуальными логопедическими занятиями проводится коллективная речевая игротерапия. Применяются различные ритмические игры, в процессе которых отрабатываются определенный тип речи и движения, возможность произвольной остановки. С этими детьми возможно применение отдельных элементов аутогенной тренировки для воспитания возможности произвольного расслабления, произвольного управления дыханием, фонацией и артикуляцией.

Мозжечковая дизартрия. Мозжечковая дизартрия отмечается при поражении мозжечка и его связей. Для этой формы дизартрии прежде всего характерна выраженная асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией. Речь становится замедленной по темпу, толчкообразной, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы – «скандированная речь».

Наблюдается мозжечковая дизартрия при атонически-астатической форме детского церебрального паралича, а также при некоторых других формах заболевания, осложненных астатически-атоническим синдромом. Тонус в артикуляционной мускулатуре при этой форме дизартрии обычно понижен: губы и язык гипотоничны, подвижность их ограничена, мягкое нёбо пассивно провисает, жевание ослабленно, мимика вялая. Ввиду гипотонии и паретичности артикуляторных мышц, атаксии с явлениями гиперметрии ребенок с трудом воспроизводит и удерживает определенные артикуляционные уклады. В фонетическом отношении страдает прежде всего произношение тех звуков, для которых требуется достаточная четкость и дифференцированность

артикуляторных движений (переднеязычные звуки), а также достаточная мышечная сила сокращения губных и язычных мышц (губные и взрывные звуки). Ввиду паретичности мышц мягкого

нёба при этой форме дизартрии обычно имеет место открытая гнусавость. При мозжечковой дизартрии, как и при некоторых других формах, нередко отмечаются проявления оральной дисп-раксии с нечеткостью кинестетического восприятия в речевой мускулатуре.

В процессе становления речи у этих детей исключительно важное значение имеют занятия по выработке синхронности голоса и дыхания. Большое место в речевой терапии, так же как и при экстрапирамидной дизартрии, занимают логоритмика, речевая игротерапия и пение. Большая работа ведется над развитием координации между дыханием, фонацией, артикуляцией и движением в скелетной мускулатуре.

Корковая дизартрия. Понятие корковой дизартрии является более спорным, и не все авторы считают возможным выделение этой формы речевого поражения. Действительно, у детей с церебральными параличами диагностика корковой дизартрии нередко затруднительна, особенно в тех случаях, когда корковая дизартрия не выступает изолированно, а сочетается с другими вариантами дизартрии или с моторной алалией,

У детей с церебральными параличами можно выделить две формы корковой дизартрии: эфферентную и афферентную. При эфферентной форме корковой дизартрии поражение, локализуется в области передней центральной извилины, там, где представлена иннервация артикуляционной мускулатуры...

В связи с этим при корковой дизартрии страдает произношение тех звуков, которые связаны с наиболее тонкими изолированными движениями отдельных мышечных групп языка (это прежде всего некоторые переднеязычные звуки — *р, л* и др.). При корковой дизартрии в отличие от псевдобульбарной нет слюнотечения, нет нарушений голоса и дыхания.

В плане дифференциального диагноза корковую дизартрию необходимо отличать от функциональной дислалии. Поэтому диагноз корковой дизартрии у ребенка раннего возраста нередко представляет большие трудности. Установление диагноза облегчается *в* процессе проведения логопедической работы над постановкой тех или иных звуков. При функциональной дислалии значительно легче удается поставить и ввести в речь недостающие звуки.

При афферентной корковой дизартрии отмечается своеобразная кинестетическая апраксия в речевой мускулатуре и в пальцах

рук, что заставляет предполагать наличие поражения в рет-роцентральных областях коры головного мозга.

Логопедические мероприятия при корковых дизартриях проводятся на фоне медикаментозной терапии... Логопедическая

работа имеет своей задачей развитие тонких дифференцированных артикуляционных движений, кинестетических ощущений, орального и ручного праксисаЛ'"^-"4-**™*

Особенностью дизартрических нарушений у детей с церебральными параличами является частная недостаточность фонематического слуха, которая нередко наиболее отчетливо проявляется в письменной речи этих детей. Нарушенное звукопроиз-ношение и выраженная недостаточность обратной афферентной связи (слабость кинестетического и слухового контроля) могут приводить к недоразвитию слуховой памяти и семантической стороны речи.

Таким образом, несмотря на то что при всех формах дизартрии у детей, особенно на ранних этапах заболевания, отмечается главным образом нарушение фонового уровня речевой системы, это нарушение в период формирования речевой функции при отсутствии или недостаточности логопедических мероприятий может приводить к сложной речевой дезинтеграции и на более поздних этапах заболевания все- больше начинает выявляться и недостаточность смыслового уровня речевой системы (фонематические и семантические нарушения, патология письменной речи и чтения). Поэтому при работе с детьми, страдающими дизартрией, необходимо наряду с развитием звукопроизношения большое внимание уделять развитию слуховой функциональной системы, воспитанию фонематического слуха, работать над развитием понимания речи, развивать внутреннюю речь и интеллект этих детей.

Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. — М., 1972. — С. 222—277.

О. В. Правдина

Дизартрия

Дизартрия — тяжелое и сложное нарушение звуковой, стороны речи. Дизартрия — латинский термин, который в переводе означает расстройства членораздельной речи — произношения. В практике сложилось несколько иное понимание этого термина — как расстройства двигательной моторной стороны устной речи.

В тяжелых случаях речь превращается в какое-то подобие мычания и делается совершенно непонятной. Такие крайние, наиболее тяжелые случаи дизартрии носят название анартрии, т. е. полной невозможности произносительной речи.

С неврологической точки зрения различают следующие основные виды дизартрии: бульбарную, псевдобульбарную, подкорковую, мозжечковую и корковую. Между перечисленными видами имеется много общего, но выявляются и глубокие различия между ними... Родовая общность всех указанных форм дизартрии у взрослых людей (точнее, у лиц с уже сложившейся речью) подчеркивается следующими моментами:

1) очаговые поражения двигательных отделов центральной или периферической нервной системы;

2) расстройство произносительной стороны устной речи при полноценной системе фонем, полном словаре и сохранном грамматическом строе. Остаются сохранными также понимание речи окружающих, чтение про себя, процессы внутренней речи и мышления. (При развитии дизартрии в раннем детском возрасте развитие системы фонем, объема словаря и грамматического строя речи обычно запаздывает).

У всех больных дизартрией расстройства произношения заключаются в смазанной, невнятной артикуляции звуков с наличием как полных, так и частичных замен (литеральных парафазии), а также в нарушениях плавности, темпа и громкости речи.

Клинические формы дизартрии

*^£ульбарная дизарщшя^* Характер поражения мозга. Одностороннее (безразлично право- или левостороннее) или двустороннее поражение периферических двигательных невронов (тройничного, лицевого, языкоглоточного, блуждающего и подъязычного).

Патогенез (особенности двигательных расстройств). Избирательные вялые, преимущественно право- или левосторонние параличи мышц речевого аппарата (языка, губ, мягкого нёба и глотки, гортани, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных). Атрофии этих мышц, их атония (язык вялый, дряблый). Снижены или отсутствуют глоточный и нижнечелюстной рефлексы. Расстройства любых непроизвольных и произвольных движений в соответствующих группах мьЦцц.

---Хпшшн^сше-оимнтомы!. Голос слабый, глухой, истощающийся. Гласные и звонкие согласные звуки оглушены. Тембр речи изменен по типу открытой гнусавости. Артикуляция гласных приближена к нейтральному гласному звуку. Артикуляция согласных упрощена. Смычные согласные и вибрант p заменяются соответствующими щелевыми. Характер щели у щелевых звуков тоже упрощается. В

результате в речи доминируют глухие плоскощелевые звуки. Нередки избирательные расстройства артикуляции

в соответствии с избирательным распределением вялых парезов. Речь замедленна, резко утомляет больного.

*Псё&кгбуаьбарнт» дт^рицт^* Характер поражения мозга. Обязательно двусторонние' поражения центральных двигательных кортико-бульбарных невронов.

Патогенез (особенности двигательных расстройств). Пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата. Мышечных атрофии нет. Тонус мышц повышен по типу спастической гипертонии (язык напряжен, отодвинут назад). Глоточный и нижнечелюстной рефлексы усилены. Нередки насильственные смех и плач. Параличи всегда двусторонние, хотя возможно их значительное преобладание справа и слева. Наиболее расстроены: 1) произвольные движения и 2) самые тонкие движения кончика языка.

Клинические симптомы. Голос слабый, сиплый и хриплый, гласные и согласные звуки произносятся глухо, но иногда наряду с оглушением звонких согласных, наблюдается озвончение глухих согласных. Тембр речи гнусавый, особенно гласных заднего ряда и твердых согласных со сложным артикуляционным укладом *(ру л, ш, ж, ч> ц).* Артикуляция гласных сдвинута назад. Артикуляция согласных упрощена и тоже сдвинута назад. Смычные согласные и вибрант *р* заменяются на щелевые. Щелевые согласные со сложной формой щели превращаются в плоскощелевые. Артикуляция твердых согласных нарушается больше, чем мягких. Больной слышит свои дефекты произношения и активно старается их преодолеть. Однако его усилия приводят, как правило, к нарастанию гипертонии в парализованных группах мышц и, следовательно, к усилению патологических особенностей артикуляции.

Подкорковая дизартрия. Характер поражения мозга. Различ-ныеГпоражения подкорковых ядер мозга и их нервных связей.

Патогенез (особенности двигательных расстройств). Экстрапирамидные расстройства мышечного тонуса в виде гипертонии, гипотонии или дистониич Насильственные движенйя~(гйпёрки-незы) в мышцах речевопГаппарата в виде дрожания (например, интонационный тремор), медленных червеобразных сокращений мышц (например, при двойном атетозе), быстрых ритмических сокращений одних и тех же мышц (например, при миоклонии), быстрых внезапных сокращений разных мышечных групп (например, при хорее).

Клинические симптомы. Расстройства произношения чрезвычайно разнообразны, часто непостоянны. Голос бывает напряженным, резким, хриплым, колеблющимся в тембре и громкости. Иногда голос в процессе речи затухает и переходит в шепот.

Иногда артикуляция гласных бывает нарушена больше, чем согласных. Отдельные слова и звуки могут произноситься правильно, но в момент гиперкинеза они оказываются резко искаженными и невнятными. Как правило, расстраиваются темп, ритм и мелодика речи. Больной замечает свои расстройства артикуляции.

Кинестетическая постцентральная корковая дизартрия. Характер поражения мозга. Одностороннее поражение постцентральных полей коры (их нижних отделов) доминантного, обычного левого полушария мозга.

Патогенез (особенности двигательных расстройств). Апраксия кинестетического типа. Распад кинестетических обобщенных схем артикуляции шумовых признаков звуков в структуре слога с трудностями различения соответствующих артикуляционных укладов.

Клинические симптомы. Голос и тембр речи не расстроены. В процессе речи заменяются шумовые признаки звуков: признаки места образования (особенно язычных согласных), признаки способа образования (особенно аффрикат и шипящих), признаки твердости и мягкости. Эти нарушения артикуляции непостоянны, лабильны, вследствие чего замены звуков бывают неоднозначны *(п-м, пб, пф, п-т* и т.д.). Даже в тяжелых случаях кинестетической дизартрии тот или иной шумовой артикуляционный признак может искажаться не в 100% случаев. Ребенок-дизартрик слышит свои ошибки артикуляции и активно (под контролем слуха и кинестетических ощущений) пытается их исправить, что приводит к нарушениям плавности и замедлению речи.

Кинестическая премоторная коровая дизартрия. Характер поражения мозга. Одностороннее поражение премоторных полей коры (их нижних отделов) доминантного, обычно левого, полушария мозга.

Патогенез (особенности двигательных расстройств). Апраксия кинетического типа. Распад временных обобщенных схем арти-куляторного действия с напряженностью, замедленностью отдельных движений, распадом артикуляторных действий на составляющие их элементы; трудности переключений с одного элемента на другой, персеверации.

Клинические симптомы. Голос звучный, тембр речи не нарушен. Ритмические структуры слов имеют тенденцию к превращению в цепочки открытых ударных слогов. Артикуляция согласных напряжена, начальная и конечные согласные нередко удлинены

или толчкообразны. Характерны замены щелевых звуков на смычные. Переходные фазы артикуляции часто превра

щаются в самостоятельные звуки-вставки. Наблюдаются пропуски звуков в стечениях согласных и упрощения аффрикат *(ц-с, т> тс).* Чрезмерная напряженность артикуляции косвенно приводит к усилению громкости голоса, избирательному оглушению звонких смычных и реже щелевых согласных.

Детская псевдобульбарная дизартрия,. Для детской практики наиболее существенна псевдобульбарная форма дизартрии. Следует оговорить, что с неврологической точки зрения детская псевдобульбарная дизартрия имеет сложный патогенез: наряду с центральными спастическими параличами мышц речевого аппарата у ребенка, как правило, наблюдаются экстрапирамидные нарушения мышечного тонуса, различные гиперки-незы, а иногда и другие двигательные расстройства. Сложность и неоднозначность патогенеза детской псевдобульбарной дизартрии определяет и особенности ее клинических проявлений.

Эта форма дизартрии у детей обычно входит в синдром детского церебрального паралича, возникающего в раннем детском возрасте (преимущественно до 2 лет) в связи с травматическими или воспалительными заболеваниями головного мозга. Нередко детский церебральный паралич является последствием родовой травмы.

Нарушения моторики у этих детей носят широкий характер. Часто страдает и моторика верхней части лица (движения глаз, бровей), вследствие чего лицо бывает неподвижным, маскообразным, амимичным, наблюдается общая моторная неловкость, неуклюжесть, причем у одних детей оказывается более пострадавшей правая сторона тела, у других – левая. Родители отмечают, что ребенок не может себя обслужить – сам не одевается, не обувается, плохо бегает, прыгает. Естественно, что все функции неречевого характера, в которых необходимо участие языка, губ и других частей речевого аппарата, оказываются также неполноценными: ребенок плохо пережевывает пищу, плохо ее глотает, не умеет вовремя проглотить и задержать усиленно выделяющуюся слюну, поэтому наблюдается обычно более или менее сильно слюнотечение (саливация).

Специалисты, которые занимаются псевдобульбарной дизартрией, отмечают, что при детском параличе различные мышцы поражаются не в одинаковой степени: одни – больше, другие – меньше.

Клинически различают паралитическую, спастическую, гиперкинетическую, смешанную и стертую формы детского церебраль-

ного псевдобульбарного паралича. Чаще всего встречаются смешанные формы, когда у ребенка имеются налицо все указанные

явления нарушения моторики – почти одинаково выраженные симптомы пареза, спастичности и гиперкинеза.

Паретичность проявляется в виде вялости, уменьшения силы движения, его замедленности и истощаемости; любое артикуляционное движение производится медленно, часто не доводится до конца: язык доходит только до зубов, он не удерживается там длительно, и повторное движение производится с еще большим затруднением, а иногда и совсем не может быть повторено.

Спастическое (напряженное) состояние всех артикуляционных органов также мешает движению.

Иногда на первом месте стоит не паретичность, а насильственные движения всего речевого аппарата, или даже всего тела, которые возникают при любой попытке движения губ, языка. Хотя акты жевания и глотания затруднены, но обращает на себя внимание то, что в процессе еды и других обиходных действий ребенок производит те движения, которые были для него почти невозможны при произвольном их выполнении. Например, ни по речевой инструкции, ни по показу он не может оскалить зубы, а заставьте его улыбнуться, и оскал происходит; поднесите ко рту длинный узкий леденец – и губы, которые были почти неподвижны, вытягиваются для того, чтобы схватить леденец. В моторике детей, страдающих псевдобуль-барным параличом, в их безусловнорефлекторной и предметной деятельности отмечаются большие возможности, чем в произвольных движениях, производимых по инструкции.

Речевое развитие уже с самых первых проявлений паралича происходит в ненормальных условиях. На основании многочисленных данных установлено, что период лепета у такого ребенка отсутствует. Родители отмечают, что их ребенок с раннего детства был молчалив, но понимал речь окружающих, а собственная речь после появления первого слова *мама* не развивалась до 2–4 лет, а иногда даже до 5 лет. Дальше речь развивается и достигает своего нормального уровня в отношении полноты словаря, структуры слова и фразы.

Тяжелое нарушение речи и нарушение общей моторики оказывают задерживающее влияние на общее развитие и характер детей: они делаются застенчивыми, малообщительными, нерешительными, пассивными, выключенными из детского коллектива и из школы, так как произношение, хотя и улучшается с возрастом, остается резко отстающим, причем страдает не только звукопроизношение, но и другие звуковые компоненты речи: голос,

темп, ритм, интонация. Словом, речевое развитие при псевдобульбарной дизартрии идет все время дисгармонично, не-

равномерно — ее звуковая сторона находится в явном несоответствии с другими сторонами речи

Стертые формы доской псевдобульбарной дизартрии встречаются" значительно чаще, они легко^смешиваются с обычными формами дислалии, но дают себя знать особой трудностью их преодоления.)По данным логопеда Л.В.Мелеховой, из 340 детей с диагнозом^функциональная дислалия, включенных в логопедические занятия, у 49,5% речь была полностью исправлена в течение 1–2 месяцев занятий при двухразовом посещении. У остальных 50,5% в этот же срок было достигнуто только частичное улучшение. При продолжении занятий оказалось, что этой группе детей требовались значительно большие сроки занятий, но и при этом условии речь детей плохо исправлялась. «При первичном осмотре артикуляционного аппарата этих дисл ал и-ков наблюдается различное положение языка в полости рта в состоянии покоя. Язык неспокойный, напряженный, лежит бугром (горбится), постоянно оттягивается внутрь рта. Иногда наблюдаются западения правой или левой половины языка, тогда он постоянно кренится в одну сторону. У иных наблюдается склонность к сужению языка, тогда при побуждении к действию он сразу становится узким, длинным и без нужды высовывается изо рта. Это состояние свидетельствует об изменениях тонуса мышц языка в одной или обеих половинах его. Часто недостаточным бывает только кончик языка.

Качество движений языка также весьма разнообразно. При отсутствии ограничения в движениях языка и губ можно обнаружить неточность и недостаточность силы движений. Вялость, приблизительность характерны для одних случаев, а в других неточность движений обусловливается гиперкинезами языка, постоянно подвижного, как бы не находящего нужного положения. Это видно при движениях языка вперед, вверх и в стороны. Неоднократное повторение движений вызывает быстрое утомление: замедляется темп движений, быстро наступает потеря точности движения, иногда наблюдается легкое посинение языка, затрудняется сохранение заданного положения языка»[1]. Трудности в преодолении таких случаев дислалии говорят о наличии мышечной и иннервационной недостаточности в органах артикуляции, препятствующих развитию правильного звукообразования.

Врачи М. Б. Эйдинова и Е. Н. Правдина-Винарская в работе «Детские церебральные параличи и пути их преодоления» выс

[1] Мелехова Л. В. Сравнительный анализ логопедической работы при различных формах дислалии // Уч. записи МГПИ им. В. И. Ленина. — М., 1964. Вып. 219.

казывает мнение, что в основе нарушений артикуляции могут лежать очень легкие остаточные нарушения иннервации, выявляющиеся только при углубленном специальном исследовании движений языка, а в речи – неточность произношения. Логоте-рапевт Г Гутцман, говоря о подобных случаях, характеризует их следующим образом: общая характеристика всех расстройств – смытость, стертость артикуляции в различной степени... Движения языка поражены в каждом случае в большей или меньшей степени. Большей частью наблюдаются лишь слабость и затруднения движений. Часто высовывание языка реализуется вполне нормально, но вверх, вниз, движения к нёбу или в сторону невыполнимы. После многократных движений, при легком утомлении движения: делаются неполными, медленными... Расстройства артикуляций определяются тем, какие мышечные группы наиболее поражены. В зависимости от того, преобладает ли расстройство губ, языка или мускулатуры нёба, отличают различные нарушения.

Методика логопедической работы при дизартрии

Методика логопедической работы при дизартрии складывается из массажа, специальной логопедической гимнастики, выработки и автоматизации навыков артикуляции.

Механизм действия массажа сложен. Он состоит не только из прямого механического воздействия на массируемые ткани, но также из нервнорефлекторного и гуморального воздействия. В логопедической работе при дизартрйях необходимо умело применять приемы массажа, как расслабляющие напряженные спастические группы мышц, так и ведущие к раздражению и тонизации нервно-мышечного речевого аппарата.

Для того, чтобы получить эффект расслабления, нужно создать спокойную обстановку: цомещение должно быть теплым, больного ничто не должно отвлекать, он должен сидеть удобно, без напряжения и не сосредоточивать свое внимание на органах речевого аппарата – все это можно достигнуть, проводя дружескую беседу. Массаж необходимо проводить теплыми, сухими руками, употребляя легкие поглаживания, необходимые для определенной мышечной группы. При тонизирующем массаже, напротив, рекомендуются более интенсивные и резкие движения разминания, похлопывания, поколачивания. Массажу пораженной мышечной группы следует предварить воздействие на всю

шейно-плечевую область для усиления крово- и лимфообращения. Приемами массажа удобно закончить все логопедическое занятие.

В процессе логопедической гимнастики преследуются различные цели: умение расслаблять все спастические мышцы, достижение полной амплитуды произвольных движений, удержание активного речевого органа в определенном положении, развитие силы мышечных сокращений, затормаживание сопутствующих содружественных движений (синкинезий), достижение скорости, точности движений, выполнение сложных комплексных движений и легкости переключения с одного движения на другое. В силу своеобразия мышечного речевого аппарата (наличие в нем мышц, не поддающихся произвольной регуляции; малая анатомическая и функциональная дифференцированность мышц друг от друга, нередко крепление их к подвижным фасциальным перегородкам и коже и пр.), а также малой доступности многих мышечных групп для прямого наблюдения и непосредственного воздействия принципы общей лечебной гимнастики не могут быть механически перенесены в логопедическую практику. Тем не менее и здесь применяются элементы лечения положением, т. е. фиксации двигательного органа в определенном положении; пассивные, пассивно-активные и активные движения. Как правило, комплексы упражнений должны быть индивидуальны с учетом характера дизартрии, степени ее выраженности, возраста больного, его личности, интеллекта и др. Во всех случаях в комплекс упражнений логопедической гимнастики включаются дыхательные упражнения, так как дыхание – это энергетическая основа речи и при слабом речевом дыхании затрудняется образование как голоса, так и речевых шумов. Поэтому при любой форме дизартрии следует упражнять глубину и продолжительность вдоха и выдоха, умение произвольно переходить от грудного к брюшному, или полному дыханию, произвольно регулировать дыхание через рот и через нос. Для развития дыхания полезны также занятия пением и те виды спорта, которые увеличивают емкость легких.

Выработка и автоматизация навыков артикуляции со взрослыми часто оказываются излишними; они спонтанно нормализуются, как только ликвидируются параличи и нарушения тонуса. Артикуляция восстанавливается согласно тем навыкам, которые были приобретены и автоматизированы до развития дизартрии... При детских формах дизартрии, когда из-за двигательных расстройств навыки артикуляции еще не сформированы, их выработка и автоматизация становятся центральным разделом логопедической работы и при отдельных клинических формах

дизартрии имеет свои особенности, обусловленные различным патогенезом этих дизартрии.

Бульбарная дизартрия. Цель логопедической работы при вялых параличах и парезах заключается в улучшении трофики тка

ней, улучшении проводимости нервов, повышении возбудимости мышц, преодолении контрактур. Эти цели достигаются приемами тонизирующего массажа и логопедической гимнастики с использованием лечения положением; интенсивных, с быстрым нарастанием амплитуды и скорости пассивных движений; пассивно-активных и активных движений. Логопед специальное внимание обращает на затормаживание содружественных движений при попытке выполнения дизартриком активных движений паретичными мышцами. В разработке индивидуализированного комплекса упражнений необходимо учесть распределение вялых параличей. Логопед обращает внимание на тренировку тех групп мышц, которые участвуют в образовании отрабатываемой группы звуков. Например, при нарушении артикуляции губных звуков тренируются прежде всего мышцы губ и щек; язычных звуков — мышцы языка; голоса — мышцы гортани и шеи; при преимущественно открытой гнусавости — мышцы глотки и мягкого нёба. При любом распределении пареза тренируется дыхательная мускулатура.

Псевдобульбарная дизартрия. При спастических параличах внимание логопеда направлено, во-первых, на понижение рефлекторной возбудимости мышц и расслабление их тонического напряжения. Этой задаче отвечают приемы расслабляющего массажа, упражнения на активное расслабление мышц, дыхательные упражнения. Во-вторых, логопед упражняет парализованные мышцы, чему служит лечение положением, дифференцированный массаж паретичных мышечных групп, медленные, плавные, с постепенным увеличением амплитуды пассивные движения, пассивно-активные и активные движения. В тренировке активных движений всегда следует обращать внимание на тонкие движения кончика языка. В тяжелых случаях псевдобульбарной дизартрии отдельные произвольные движения вырабатываются на основе непроизвольных безусловно рефлекторных синергии: кашля, глотания, чихания и т. д.

Подкорковая дизартрия. Методика логопедической работы может быть весьма разнообразной в соответствие с разнообразием клинических проявлений при подкорковой дизартрии. Обычно используются приемы расслабляющего массажа, а иногда и тонизирующего. Логопеду необходимо тренировать больного в активном расслаблении мышц и в волевом подавлении гиперкинезов. В ряде случаев удается преодолеть невнятность и смазан-ность артикуляции расчленением автоматизированных

артикуляторных навыков произношения целых слов и (фраз. Постоянно работа ведется над развитием дыхания, над темпом, ритмом, мелодикой и оптимальной четкостью речи.

Кинестетическая постцентральная корковая дизартрия. В соответствии с апраксическим патогенезом дизартрии задача логопеда заключается в формировании артикуляционных укладов, главным образом согласных. Для этого логопед объясняет больному, что нужно делать, чтобы получить данный признак согласного (например, звонкость, смычку, щель и пр.) или целостный артикуляционный уклад данного согласного (например, *ny m,* с и пр.). Для наглядности логопед пользуется артикуляционными профилями, муляжами и другими пособиями. При произнесении отрабатываемых согласных логопед обращает внимание больного на состояние своих губ, языка, дает больному ощутить рукой наличие или отсутствие вибрации своей гортани и выход воздушной струи через нос или рот и ее характер. Затем больной самостоятельно воспроизводит те же самые согласные перед зеркалом, контролируя правильность своего произношения с помощью зрения, слуха, тактильных и вибрационных ощущений. В дальнейшем дизартрик дифференцирует произношение сходных артикуляционных укладов согласных и, наконец, отрабатывает их в структуре слов и фраз разной степени сложности. Данная последовательность логопедических приемов вполне приемлема в работе с детьми. У взрослых часто целесообразнее дифференцировать артикуляционные уклады согласных в структуре слова.

Кинетическая премоторная корковая дизартрия. При чистых формах этого расстройства отработка произношения отдельных артикуляционных укладов не требуется, задача заключается в том, чтобы научить больного сочетанию отдельных артикуляционных укладов в последовательные комплексы — артикуляторные действия, соответствующие слову. Обращать внимание больного на качество произношения отдельных звуков вредно, так как это еще больше усугубляет напряженность его артикуляции и посло-говое произношение слов. Предметом тренировки становятся целые слова и короткие фразы, при произношении которых внимание больного акцентируется на правильном, несколько подчеркнутом воспроизведении ритмической структуры слова с выделением ударного слога. Внимание больного также акцентируется на интонационном контуре целой фразы с выделением слова, находящегося под логическим ударением. Больному даются упражнения на произвольное расслабление своих мышц и рекомендуется говорить тихим голосом. Дидактический материал подбирается таким образом, чтобы в нем не было по возможности длинных многосложных слов и слов с трудной звуковой структурой

(таких, как «встреча», «искусственный»), так как такие слова выявляют имеющиеся у больного трудности переключения с одного артикуляционного уклада на другой и персеверации.

Детская псевдобульбарная дизартрия. Цель логопедической работы при псевдобульбарной дизартрии может быть сформулирована следующим образом: выправить звуковую сторону речи ребенка в широком смысле этого слова и попутно выравнять все остальные стороны речи и личности ребенка, вторично пострадавшие в своем развитии в связи с основным нарушением.

Задача логопедического воздействия заключается в следующем: а) преодолеть имеющиеся нарушения речевой моторики; б) преодолеть, затормозить неправильные речевые навыки; в) создать взамен их новые – правильные; г) закрепить новые навыки до степени автоматизации.

При псевдобульбарной дизартрии очень большое внимание должно быть уделено работе над речевой моторикой. Эта работа складывается из следующих звеньев: а) массаж; б) использование непроизвольных движений; в) пассивная гимнастика с постепенным переходом в пассивно-активную; г) активная гимнастика.

Массаж служит для возбуждения иннервации речевой и лицевой мускулатуры. Перед массажем рекомендуется провести упражнения на расслабление массируемой мускулатуры. Массаж проводится теплой рукой; начинается он обычно с поглаживания, этим же приемом его хорошо и закончить. Другими приемами будут легкое похлопывание и пощипывание. Более энергичное проведение их может усиливать гиперкинезы и спастичность. Массируют мышцы щек, губ, верхней поверхности языка, мягкого нёба (в зависимости от места поражения). Мягкое нёбо массируется спереди назад ладонной стороной чисто вымытого большого или указательного пальца. Длительность массажа не должна превышать 2–3 минуты. После массажа все движения делаются более свободными, что позволяет закреплять их и создавать новые, более сложные.

Имеющиеся непроизвольные движения (например, оскал, получаемый при улыбке, вытягивание губ при сосании круглого леденца или даже чисто вымытого пальца, поднятие языка при пощелкивании) производятся перед зеркалом; при этом нужно привлечь внимание ребенка к наблюдению движения в зеркале как у себя, так и у логопеда; дать ему пощупать напряжение в соответствующем органе, например, гортани – при звучании голосовых связок, при зевании и т. п., послушать получаемый звук стона, покашливания. Движение многократно повторяется сначала

сопряженно, затем отраженно и, наконец, самостоятельно по речевой инструкции логопеда.

Пассивной гимнастикой называется такая форма гимнастики, когда ребенок производит движение только при помощи меха

нического воздействия – под нажатием руки логопеда или соответствующего зонда, шпателя. После нескольких повторений делается попытка произвести то же движение еще один-два раза без механической помощи, т.е. пассивное движение переводится сначала в пассивно-активное, а затем в произвольное, производимое по речевой инструкции логопеда.

Активной гимнастикой называется система упражнений для различных речевых органов, которые проводятся по инструкции логопеда, под его счет. Они должны проводиться ритмично, плавно, с достаточным напряжением и силой. Логопед считает, меняя темп (то замедляя, то ускоряя его), но всегда следя за тем, чтобы движение оставалось правильным, точным, ненапряженным. После приобретения некоторого навыка в такой гимнастике логопед требует, чтобы ребенок проводил упражнения и дома, сначала под наблюдением старших, а затем самостоятельно, но всегда контролируя себя при помощи зеркала. Упражнения для различных частей речевого аппарата языка, губ, жевательных мышц объединяются, что дает возможность очень скоро переходить от беззвучных упражнений к упражнениям с включением речевых звуков. Упражнения должны проводиться не менее двух раз в день сначала только с логопедом, а в дальнейшем и самостоятельно. Длительность их вначале 5 минут, а затем до 15–20 минут (в зависимости от утомляемости ребенка). При первой возможности все движения соединяются с произношением соответствующих звуков, в дальнейшем слов и предложений, что является наилучшей формой тренировки.

Вся работа при дизартрии делится на три периода. Несмотря на указанные общие задачи, для каждого периода должна быть выделена своя основная задача.

Для первого периода – освобождение речи и психики ребенка от вторичных и менее стойких явлений, которые мешают начать планомерную систематическую работу над речью. Это преодоление насильственных движений, обильного слюнотечения, пассивности. В основе пассивности лежат недостаточность общей моторики (затрудняющая возможность самостоятельного передвижения и самообслуживания) и недостаточное слуховое внимание. Эти явления служат причиной неполного контакта ребенка с окружающими и мешают логопеду в организации речевой работы, поэтому должны стоять на первом плане в первом периоде.

Для второго периода характерным является преодоление основного нарушения – фонетической неполноценности речи. Она

стоит теперь на первом плане. Обучение ребенка, организация его досуга в значительной степени должны быть подчинены этой задаче.

В третьем периоде, когда речь делается понятной для окружающих, ребенка включают в детский коллектив.

Первый период. Борьба со слюнотечением. Нужно объяснить ребенку, что он должен глотать накапливающуюся у него во рту слюну, не дожидаясь, пока она потечет. Это необходимо сделать перед тем, как начать говорить, или перед тем, когда нужно произвести какое-либо артикуляционное движение. На первых порах, когда затруднен еще и сам акт глотания, следует предложить пожевать, несколько закидывая голову назад, что облегчает акт глотания. Кроме глотания слюны, ребенок должен научиться закрывать рот и удерживать его закрытым. Напоминания об этом нужно делать и дома. С этих же указаний начинается работа перед зеркалом.

Для того чтобы активизировать у ребенка желание преодолеть свое слюнотечение, можно после первых успехов (что отмечается примерно через неделю) предложить снять нагрудник.

Очень часто ребенок бывает травмирован своей речевой неполноценностью. Родители и воспитатели должны воспитывать в ребенке уверенность в том, что в результате активной работы с его стороны речь исправится.

При наличии насильственных движений необходимо сразу начать работу над их затормаживанием. В этих случаях главное внимание следует уделить не динамике, а статике движения (удержанию полученного положения) и даже состоянию полного покоя. Например, перед ребенком ставится задача: открыть рот и постараться при этом затормозить подергивания губ, лежащего во рту языка или высунуть язык и проследить за тем, чтобы он лежал спокойно, без подергиваний. Ребенок контролирует свои движения зрительно, сидя перед зеркалом. Логопед вслух считает: «Раз, два, три...» — и это служит мерой того времени, в течение которого ребенку удается затормозить насильственные движения. Первое время период измеряется секундами, в ходе работы он начинает все более удлиняться (одновременно ведется аналогичная работа в отношении движений пальцев рук для подготовки к письму). Аналогично проводится работа и по снижению напряжения артикуляционного аппарата, являющегося, так же как и насильственные движения, препятствием как к осуществлению, так и к удержанию полученного движения. Эти упражнения также проводятся перед зеркалом: логопед обращает внимание ребенка на то, что язык его выдвигается комом, твердый, напряженный и показывает на себе расслабленный язык — тонкий, широкий,

распластанный. Для сравнения можно дать пощупать ребенку мышцу расслабленную и напряженную (хотя бы двуглавую мышцу в обла

сти плеча) Высунутый комом язык можно слегка похлопать шпателем, под влиянием чего мышцы языка на короткий срок расслабляются и он принимает распластанное положение. Эти упражнения, так же как и предыдущие, ведутся на выдержку-логопед ритмично считает от начального момента расслабления языка, губ и т.п. до конца его, побуждая ребенка увеличивать длительность этого периода.

Для активизации голосовых связок, что бывает особенно необходимо при паралитических формах псевдобульбарного паралича, полезно дать пощупать ребенку напряжение звучащей гортани, прикладывая одну руку к гортани логопеда, а другую – к начинающей вибрировать своей гортани, и фиксировать его слуховое внимание на звучании.

Важно, чтобы звук сразу получался свободный, без излишнего напряжения: ребенку нужно ощутить резонирование грудной полости и следить за тем, чтобы он подавал голос на выдохе и прекращал подачу, как только начнет чувствовать, что ему не хватает воздуха.

С каждым разом нужно стремиться увеличить длительность звучания. Первые голосовые упражнения проводятся на звучании согласного м, этот звук очень прост по артикуляции, но требует направления воздушной струи из гортани в полость носа.

Серией упражнений на гласных вырабатывается длительное и короткое звучание, понижение и повышение голоса. Очень большую роль могут сыграть занятия по пению. В результате их значительно выравниваются речевое дыхание, длительность, сила, звучание и модуляция голоса.

Второй период. В этом периоде ведущей становится работа над произношением. Наряду с этим начатая в первом периоде работа над звуками и подготовительная работа по грамоте способствует довольно быстрому развитию слухового восприятия ребенка до нормы.

Работа над словарем также идет попутно с общей работой, как специально речевой, так и учебной.

В выборе речевого материала логопед должен быть очень гибок, так как словарь должен по возможности соответствовать возрасту и интересам повседневной жизни детей. Он может быть подобран как из специальных пособий по исправлению произношения, так и из различных букварей. Слова должны подбираться по двум принципам: а) по постепенно нарастающей трудности произнесения – длине, звуковому составу и б) по смысловому

значению, начиная со слов конкретных и обиходных и постепенно переходя к более абстрактным. Слова должны записываться и даже снабжаться соответствующими рисунками

в тетрадке ребенка; эта тетрадь будет служить материалом для домашней работы. При обучении логопед должен будет обратить внимание на дифференциацию близких фонем, что представляет некоторые затруднения.

Третий период. Работа над произношением в этом периоде должна занимать большое место, но она уже будет дополнительной и в значительной степени может проходить в процессе общедошкольного обучения. Логопед должен установить тесный контакт с педагогом школы, чтобы совместно предъявлять необходимые и вместе с тем посильные требования к речи ребенка. (Конечно, приобщение ребенка к детскому коллективу желательно и в первом периоде работы с ним, но оно еще не может быть полным).

Рассмотрим детально упражнения над произношением, которые должны быть проделаны при помощи описанных уже приемов, особенности постановки и отработки звуков. Нет необходимости останавливаться на постановке звуков, так как и при псевдобульбарной дизартрии используется методика, ранее изложенная. Укажем только на некоторые особенности постановки отдельных звуков и подчеркнем, что сроки работы над каждым звуком значительно больше, чем те, которые обычны в работе с дислаликами:

1) не рекомендуется сразу добиваться полной чистоты звука; шлифовка каждого звука должна проводиться длительно, на фоне все развивающейся, усложняющейся работы над другими звуками;

2) необходимо одновременно работать над несколькими звуками, принадлежащими к различным артикуляционным установкам;

3) последовательность работы над звуками диктуется постепенным усложнением артикуляционных установок...

Группы звуков по трудности их произношения. Если проанализировать все звуки, то можно разделить их по трудности произношения на следующие четыре группы: 1) *а, э, м, п; 2) у,* о, *ф, в, б, т*у *д, н, и,* с, з, *х, к, г* (и их мягкие варианты); 3) *ц, я, ю, ч;* 4) ш, ж, *л, р.*

Все артикуляционные упражнения проводятся под счет логопеда.

Движения нижней челюсти. Открывание и закрывание рта; удерживание открытым, закрытым (при закрывании рта следует следить зс тем, чтобы оно происходило симметрично).

Для получения свободного и в полном объеме закрытия рта и длительной фиксации его используют жевательные движения;

через зрительный зеркальный контроль эти движения переходят затем в план произвольных движений. Выдергивание заку

шенной чистой марлевой салфетки, ощупывание движения головки нижней челюсти в суставе способствует усилению напряжения мышц, большей силе данного движения. Звуки, в артикуляцию которых входит это движение, следующие: *э, и, т, с, ш, л, р.*

\ Движения губ. Под счет производится поочередно оскал зубов (от улыбки) и вытягивание хоботком (от сосательного движения губ). В качестве механической помощи для движения ос-крла можно употребить оттягивание пальцами уголков губ. Для укрепления губ можно рекомендовать удержание губами бумажных трубок различного диаметра (все уменьшающегося), круглой каучуковой палочки, зонда. Звуки, в артикуляцию которых входят движения вытягивания губ хоботком, – *а, о, у; для* движения оскала – а, э, *и.*

Дальнейшим усложнением этих движений будут:

а) оскал при открытом рте – звуки *л, р;*

б) раздельное поднимание верхней губы, опускание нижней губы (вначале пальцем фиксируем неподвижность другой губы) – звуки $ф_э$ *в;*

в) выдвигание губ рупором; это трудное движение, которое можно получить при одновременном поднятии верхней губы, опускание нижней и механическом нажатии щек впереди – звуки *чу шу жу щ.*

Движения языка. 1. Вперед – назад. Вначале логопед чистой марлевой салфеткой захватывает кончик языка и несколько раз производит движения; эти движения входят в звуки $а_у$ с, *у ы.*

2. Прикусывание высунутого языка (следить за выдвиганием языки по средней линии). Движение нужно для межзубной постановки звуков $с_у з_у$ *л, н.*

3. Движения языка вправо-влево, касаясь кончиком языка уголков губ, с преимуществом упражнением пораженной стороны. Это движение вырабатывается с трудом, сначала удается только с механической помощью. В речевой артикуляции это движение не применяется, но оно имеет большое значение для акта жевания и служит подсобным упражнением для развития кончика языка.

4. Поднятие языка за верхние зубы. В результате причмокивания губ, выдвигания языка вперед и последующего механического отодвигания губ получается прищелкивание спинки языка о верхние зубы. Затем логопед шпателем отодвигает кончик языка вглубь и добивается прищелкивания языка у альвеол верхних зубов. Эти упражнения необходимы для постановки звука *р.*

Приведенные примеры дают представление о последовательности и сложности этой работы.

При открытой гнусавости некоторые методисты активизируют нёбную занавеску при помощи отрывистого громкого произнесения гласных; при псевдобульбарной дизартрии это упражнение оказывается трудным из-за вялости всей артикуляции *v{* особенно языка. При псевдобульбарной дизартрии легче всего выработать проторные звуки *ф, в.* Автоматизация звуков легче удается в обратных слогах, а при переходе к прямым слогам /в смягченных слогах (с гласными *и, е$_у$ я, ю),* а не в твердых. Кр-нечно, большую трудность при псевдобульбарной дизартрии представляет постановка самого сложного звука – *р.*

Автоматизация поставленных звуков в речи требует также длительных сроков работы.

На основании всего изложенного видно, что работа с ребенком, страдающим псевдобульбарной дизартрией, требует и от логопеда и от ребенка много терпения, настойчивости и времени.

Упражнения должны проводиться длительно и систематически, они легко могут надоесть ребенку, поэтому от логопеда требуется много умения и такта, чтобы заставить ребенка их производить, а кроме того, много изобретательности, чтобы варьировать форму их преподнесения. Одной из таких форм являются подвижные и настольные игры...

Закрепление необходимых навыков происходит под контролем родителей, воспитателя, педагога в процессе разнообразной деятельности (игра, учение, труд и т. д.). Так, в частности, происходит овладение навыком следить за своей собственной речью. Чем больший контакт логопед сумеет установить с названными лицами, тем эффективнее окажется его работа.

Псевдобульбарная дизартрия может иметь у детей разную степень выраженности. Логопед должен учитывать степень поражения, возрастные особенности детей. Используемый речевой материал, приемы работы, предлагаемый темп должны соответствовать индивидуальным особенностям детей. В результате систематических занятий ребенок-дизартрик может быть включен в процесс полного общения с окружающими.

Таким образом, методика логопедической работы при каждой специфической форме дизартрии должна соответствовать патогенезу двигательных расстройств, т. е. она должна быть патогенетически обоснованной. Естественно, это методическое требование может быть осуществлено только при достаточной дифференциально-диагностической квалификации данного случая дизартрии.

Кроме того, в логопедической методике должны быть отражены индивидуальные особенности той или иной формы дизар-

трии у данного больного. Для этого, в частности, необходим анализ первичных и вторичных расстройств произношения. Вторичные расстройства часто не требуют специального внимания логопеда, они устраняются сами собой по мере преодоления первичных расстройств; так, например, неплавность речи у больного с кинестетической апраксической дизартрией исчезает при восстановлении навыков артикуляторного праксиса. Оглушение звонких согласных у больного с кинетической апраксической дизартрией исчезает, как только будет ликвидирована напряженность артикуляции больного и пр.

Наконец, методика логопедической работы значительно видоизменяется в зависимости от возраста больного вообще и в зависимости от возраста, в котором дизартрия у ребенка возникла. Чем раньше в жизни ребенка возникла дизартрия, тем больше в клинической картине симптомы первичной двигательной недостаточности начинают сопровождаться симптомами системного недоразвития речи в целом. Соответственно логопедическая методика становится все более многоплановой, направленной, например, не только на тренировку парализованной речевой мускулатуры, но и на выработку и автоматизацию навыков артикуляции, воспитание фонематического анализа слов, обогащение словаря и пр.

Точно так же методика логопедической работы осложняется с возрастанием распространенности поражения мозга и, следовательно, с усложнением патогенеза. Для того, чтобы и в этих условиях логопедическая методика была патогенетически обоснованной, необходимо видеть в сложной клинической картине ее принципиальные компоненты. А для этого нужно знать, как выглядят эти компоненты и какие приемы логопедической работы этим чистым формам дизартрии соответствуют.

Было отмечено, что наиболее частая в логопедической практике «псевдобульбарная дизартрия» у детей с неврологической точки зрения имеет более сложный патогенез, чем при чистой псевдобульбарной дизартрии. Соответственно и методика в этих случаях должна быть более комплексной, направленной на преодоление не только центральных спастических параличей в речевом аппарате, но и подкорковых дистоний и гиперкинезов, апраксических явлений и, как правило, симптомов системного недоразвития речи.

Правдина О. В. Логопедия. — М., 1973. — С. 91—149.

Е. Ф. Соботович, А. Ф. Чернополъская

Проявления стертых дизартрии и методы их диагностики

В литературе имеются многочисленные указания на то, что в практике логопедической работы встречаются недостатки произношения, которые по своему внешнему проявлению напоминают дислалию, но имеют длительную и сложную динамику устранения.

Некоторые исследователи находят у детей с названными дефектами произношения различные нарушения двигательных функций артикуляционного аппарата. Так, Л. В. Мелехова (1976) отмечает неточность, слабость движений органов артикуляционного аппарата, их быструю истощаемость. При этом автор указывает, что эти нарушения обнаруживаются нередко лишь в динамике логопедической работы.

Среди двигательных расстройств Р А. Белова-Давид (1967), М. Палмер (1967), Х. Риф (1969) называют и такие, как трудность нахождения определенных положений губ, языка, необходимых для произношения звуков.

Природа указанных нарушений остается недостаточно раскрытой, вследствие чего исследователи для их обозначения предлагают различные термины: артикуляторная диспраксия (М. Мор-лей, 1957), центральная, органическая или усложненная дислалия (М. Зееман, 1961; Л. В. Мелехова, 1967).

В процессе обследования детей старшего дошкольного возраста, страдающих полиморфным косноязычием, нами была выделена группа детей в количестве 53 человек (из ПО), у которых отмечались подобные недостатки.

Специальное обследование речи этих детей, состояние общей и речевой моторики, дополненное данными психоневрологического осмотра, а также длительное динамическое наблюдение позволили выявить некоторые особенности проявления и происхождения данной формы косноязычия.

Недостатки произношения у названных детей носили различный характер. Они могли проявляться только в нарушениях произношения звуков, причем в одних случаях это не вызывало задержки фонематического развития, а в других такая задержка имела место. Произношение детей этой группы характеризовалось смазанностью, размытостью, нечеткостью артикуляции звуков, что особенно резко проявлялось в потоке речи. У части детей данные

недостатки проявлялись на фоне ЗПР и общего речевого недоразвития.

В процессе логопедической работы, направленной на устранение этих недостатков, отмечалась неравномерность развития языковых систем: если фонематические представления и лекси-ко-грамматический строй речи развивались и быстро достигали ^ормы, то произношение этих детей длительное время оставалось дефектным и не соответствовало уровню развития их речи. \ Недостатки звуковой стороны речи нередко проявлялись на фоне неврологической симптоматики. В одних случаях (8 чел.) ока имела форму очаговых неврологических микросимптомов (Незначительно выраженное одностороннее нарушение иннервации подъязычного, языкоглоточного нерва, гиперкинезы, фибриллярные подергивания языка), в других (45 чел.) – наряду с этим имелась более выраженная неврологическая симптоматика. У всех детей отмечалось нарушение двигательной стороны процесса звукопроизношения, которое имело качественно различные проявления и позволило детей этой группы дифференцировать на 4 подгруппы.

Первую подгруппу составили дети (19 чел.), у которых отмечалась недостаточность некоторых моторных функций артикуляторного аппарата, а именно: избирательная слабость, паре-тичность лишь некоторых мышц языка. У этих детей была асимметричная иннервация языка, которая при артикуляции звуков проявлялась в слабости движений одной половины языка. При выполнении изолированных движений некоторые из этих детей не могли научиться распластывать язык, равномерно поднимать его края вверх. У всех указанных детей наблюдалось искаженное произношение звуков. Однако эти искажения были неоднотипными и распространялись на различные группы звуков, что зависело от локализации поражения мышечного артикуляторного аппарата. Так, например, при асимметричной иннервации спинки языка возникло боковое произношение звуков: (с, *з, т, д, к$_у$ г, х).* Другие звуки, при образовании которых отмечается подъем спинки языка *(и,* э, б#), также артикулировались боковым положением языка, хотя это и не отражалось на характере звучания, так как при произнесении некоторых звуков можно добиться одинакового акустического эффекта при различном положении артикуляционных органов. При асимметричной иннервации передних краев языка у одних детей отмечалось боковое произношение всей группы свистящих, шипящих, звуков *(р, д, т, н, л).* В других случаях наблюдалось смешанное межзубное и боковое произношение указанных звуков. У большинства детей этой

подгруппы (12 чел.) отмечалось соответствующее возрасту развитие лексико-грамматического строя речи.

Недостатки произношения у детей этой подгруппы устранялись только в результате артикуляторной гимнастики и выработки правильного артикуляторного уклада того или иного звука. Однако полной автоматизации правильного произношения звуков, особенно в случаях межзубного сигматизма, добиться было невозможно.

У всех детей этой подгруппы отмечалась микроорганика (асимметрия тела языка и мелких движений губ, языка), которая в ряде случаев сочеталась с симптомами более серьезного поражения центральной нервной системы (асимметрия сухожильных и ттериостальных рефлексов, наличие патологических рефлексов).

Указанные проявления косноязычия у детей представленной подгруппы дают основание думать, что в данном случае недостатки произношения были вызваны, по-видимому, односторонними парезами подъязычного, лицевого нервов. Однако эти парезы носили стертый, невыраженный характер и часто проявлялись в процессе произношения звуков речи лишь в нарушениях наиболее сложных двигательных функций.

Вторую группу составили 7 человек. У детей этой подгруппы в процессе речи отмечалась вялость артикуляции, нечеткость дикции, общая смазанность речи. Таким образом, у детей данной подгруппы имелась недостаточность моторики артикуляторного аппарата при удовлетворительном состоянии общей моторики. Для детей этой подгруппы определенную трудность представляло овладение произношением звуков, требующих мышечного напряжения, т.е. *(р,* л), аффрикат, звонких согласных звуков, особенно взрывных. В силу этого дети звуки *(р,* л) либо опускали, либо произносили искаженно, т.е. отмечалось л губно-губное (смычка заменялась губно-губной фрикцией), *р* одноударное (в результате невозможности напряжения и вибрации кончика языка), аффрикаты распадались на составные части (заменялись преимущественно щелевыми звуками), звонкие согласные заменялись глухими.

Выраженное и массивное отставание фонетической стороны речи у этих детей резко не соответствовало как уровню психического, так и общего речевого их развития.

Устранение недостатков произношения у данных детей мы начали с общей артикуляторной гимнастики, направленной на развитие силы движения, после чего проводили работу по постановке звуков известными в литературе способами. Однако, будучи поставленными, эти звуки в потоке речи произносились

по-прежнему – речь оставалась смазанной и нечеткой. Поэтому в дальнейшем мы направили основное усилие на развитие динамической координации движений, что способствовало улучшению речи этих детей..

У всех детей представленной подгруппы отмечалась неврологическая симптоматика, которая выражалась в легкой девиации языка, сглаженности носогубных складок, наличии патологических рефлексов (хоботковый рефлекс) и асимметрии движений йзыка и губ. Проявления косноязычия у детей данной подгруппы дают основание предполагать, что оно было вызвано органическими нарушениями в речедвигательном анализаторе, которые носили невыраженный, стертый характер и проявлялись только в динамических речедвигательных процессах.

Третью подгруппу составили 8 человек. Отличительной особенностью речи этих детей была замена одних звуков другими, при этом нередко один звук имел несколько звуковых вариантов. Система таких замен (субституций) базировалась на артикуляционном родстве звуков не только по месту их образования, но и по способу образования. Результатом являлось смягченное произношение твердых согласных, замена шипящих звуков свистящими, губное произношение шипящих звуков и звука л, замена *р и л* звуком й.

У этих детей имели место различные виды фонематического недоразвития. Развитие лексико-грамматического строя речи колебалось от нормы до выраженного отставания. Отмечались также затруднения в выполнении произвольных двигательных актов. Их затрудняло нахождение определенных позиций губ и особенно языка по инструкции *или* по подражанию. Значительные трудности представляло для них овладение дифференцированными движениями речевого аппарата: кончика языка и его спинки, языка и губ. Центральный двигательный импульс в данных случаях имел диффузный характер: так, у этих детей часто отмечался подъем вверх всей массы языка, в то время как требовалось сделать движение только одним кончиком языка; отмечались излишние движения губ при произнесении язычных звуков и т. д. У части детей эти проявления сочетались с некоторой вялостью движений артикуляторного аппарата.

Значительно более эффективные результаты были получены при развитии у детей данной подгруппы сознательного кинестетического анализа звуков речи с опорой на зрительное восприятие движений.

У всех детей этой подгруппы отмечалась органическая симптоматика, которая носила выраженный характер: повышение сухожильных и периостальных рефлексов с одной стороны, по-

вышение или понижение мышечного тонуса с одной или двух сторон, наличие патологических рефлексов.

Отмеченный характер нарушений речевых движений напоминает по своим проявлениям артикуляторную апраксию, свя

зываемую с афферентными нарушениями речедвигательного анализатора. Однако если артикуляторная апраксия вызывает системное недоразвитие речи – *алалию* (В. К. Орфинская, 1960; Р А. Белова-Давид, 1968), то у обследованных нами детей значительное отставание речи могло иметь место только в двух случаях. У остальных детей отмечалось или нормальное развитие всех языковых систем или незначительно выраженное их отставание. М.Морлей (1959), Х.Риф (1969) предлагают подобные проявления нарушения движений и вызванное ими расстройство звукопроизношения называть *апрактической дизартрией* в отличие от моторных алалий.

Четвертую подгруппу составили дети (19 чел.), у которых наблюдалась выраженная общая моторная недостаточность. Проявления ее были различны: У 14 детей – двигательная неловкость, малоподвижность, скованность, замедленность всех движений. У некоторых детей этой подгруппы отмечалось ограничение объема движений одной половины тела. У 5 детей, наоборот, – явления двигательной гипреактивности, беспокойства, быстрый темп движений, большое количество лишних движений при выполнении произвольных и непроизвольных двигательных актов. Эти же особенности наблюдались и в движениях органов речевого аппарата: у одних детей имелась вялость, скованность движений речевого аппарата, невозможность выполнения некоторых сложных движений, у других – двигательное беспокойство, гиперкинезы языка, невозможность удержания заданного положения языка, наличие большого числа синкинезий нижней челюсти, лицевой мускулатуры, пальцев рук и т. д.

У всех детей этой подгруппы косноязычие проявлялось различными нарушениями звукопроизношения: заменами, пропусками, искажениями звуков. У 5 детей этой подгруппы отмечался гнусавый оттенок голоса. Фонематическое и общее речевое развитие варьировало от нормы до значительного отставания. У 5 детей отмечалось заикание.

Динамика устранения косноязычия у детей этой подгруппы была неодинаковой. У некоторых из них (16 чел.) отмечалось относительно нетрудное становление правильного произношения в процессе комплексной логопедической работы по развитию фонематических представлений и воспитанию артикуляции тех или иных звуков. У других (13 чел.) логопедическая работа по устранению указанных дефектов носила очень длительный ха-

рактер. Работа с этими детьми осложнялась еще тем, что у них отмечалась в большинстве случаев задержка психического раз

вития, проявляющаяся в снижении уровня обобщений и осмысления действительности.

При неврологическом обследовании у всех детей данной подгруппы отмечались выраженные симптомы поражения центральной нервной системы. У 13 детей на этом фоне выявилась органическая микросимптоматика, нарушения функций органов речевого аппарата: девиация языка, сглаженность носогубных складок, снижение глоточного рефлекса, асимметричная иннервация нёба и т. д.

Изучение анамнестических данных всех 53 детей показало, что наряду с неблагополучием пренатального периода и постна-тального в анамнезе детей часто отмечались вредности и наталь-ного периода: асфиксии, применение механических средств родовспоможения и т. д.

Таким образом, косноязычие у всех представленных детей имело органическую основу. Однако эти органические нарушения носили часто стертый характер, проявляясь нередко в нарушениях моторной дифференциации лишь в потоке речи. Такие расстройства в практике логопедической работы часто диагностируются как дислалии.

Однако на основании анализа проявлений описанных форм косноязычия и динамики их устранения, нам кажется, что данные расстройства звукопроизношения было бы правильнее отнести к расстройствам органического ряда и обозначить их как стертые дизартрии.

Представленные клинические проявления нарушений звукопроизношения укладываются в рамки существующей классификации дизартрии... Так, нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата (первая подгруппа детей), а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры (вторая подгруппа), мы считаем возможным отнести к стертой форме псевдобульбарной дизартрии.

Клинические особенности нарушения звукопроизношения, связанные с затруднением в выполнении произвольных двигательных актов (третья подгруппа), дают основание относить их к корковым дизартриям.

Дефекты звуковой стороны речи, имеющиеся у детей с различными формами моторной недостаточности (четвертая подгруппа) могут быть отнесены к смешанным формам дизартрии...

Дефектология. — М., 1974. — № 4

ос-

Р. И. Мартынова

Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией

Среди разнообразных речевых нарушений в детском возрасте большую трудность для дифференциальной диагностики и логопедической работы представляют функциональная дислалия и легкая форма дизартрии.

Анализ случаев детей с дислалией и легкой дизартрией показал, что для понимания данных речевых расстройств недостаточно изучение особенностей собственно речевого нарушения. Патология речи (нарушение звукопроизношения) ограничивает способности и социальные возможности ребенка, отражается на всей его личности, в ряде случаев является причиной отрыва от коллектива. Стесняясь своего речевого дефекта, ребенок становится замкнутым, неуверенным в своих силах и возможностях. Дефекты речи в большинстве случаев являются причиной неуспеваемости его в школе.

Кроме того, мы наблюдали и такие явления, когда ослабление только отдельных компонентов психики — внимания и памяти ребенка — отрицательно отражались на его успехах по устранению речевого дефекта. Особое влияние на речевую, следовательно, и психические функции, оказывает наличие органической неврологической симптоматики. Таким образом, мы пришли к выводу, что наиболее плодотворным является такой прдход к ребенку, при котором внимание исследователя сосредотачивается не только на изолированных симптомах (речи), но и на расстройстве целостной сложной системы всего организма. С этой целью было проведено всестороннее клинико-педагогическое исследование детей с функциональной дислалией, легкой дизартрией и детей с нормальной речью.

1. **Результаты исследования физического статуса.** ...Анализируя результаты исследования, мы можем отметить,.что дети с легкой формой дизартрии и функциональной дислалией по физическому развитию несколько отстают от детей с нормальной речью.

? ** ьтаты исследования неврологического статуса. Проветедование показало, что у детей с нормальной речью и ьной дислалией симптомов органического поражения

^ нервной системы не отмечалось. Изменения со сто-
рак ^ ивной нервной системы в форме устойчивого дер-
отмеч. тохолодания кистей рук, нарушение потоотделения

и влажности дистальных отделов конечностей (кистей и стоп) наблюдалось у большинства детей с дислалией. Неврологическая симптоматика у детей с легкой формой дизартрии при одноразовом исследовании в поликлинических условиях, часто не выявлялась и поэтому такие дети причислялись к дислаликам. При тщательном обследовании и применении функциональных нагрузок (повторные движения, силовые напряжения) можно выявить симптомы органического поражения центральной нервной системы в форме стертых парезов, изменения тонуса мышц, гиперкинезов в мимической и артикуляционной мускулатуре, патологических рефлексов. Основное нарушение со стороны черепно-мозговых нервов связано с поражением подъязычных нервов (XII пары), которое проявляется в виде некоторого ограничения движения языка в сторону.., гиперкинезов... Повторные движения языка вверх, вперед и в стороны вызывают быстрое утомление, выражающееся в замедлении темпа движений, а иногда и легкого посинения кончика языка. Все эти нарушения обусловлены паретичностью мышц языка. Ограничение объема движений глазных яблок (III – IV – VI пары) в виде легкого недоведения до наружной спайки наблюдалось у некоторых детей... При пробе на аккомодацию и конвергенцию отмечались легкие парезы конвергенции. У одного ребенка было отмечено косоглазие. Со стороны тройничных нервов (V пара) у детей грубых парезов не наблюдалось. Однако при боковых движениях нижней челюсти у некоторых детей появлялись синкене-зии в виде поворота головы, языка, реже губ в ту же сторону. Асимметрия лицевых нервов (VII пара) имелась у детей, главным образом, за счет сглаженности правой или левой носогубной складки. Тяжелых расстройств со стороны языкоглоточных и блуждающих нервов (IX, X пары) у обследуемых детей не наблюдалось. Однако было отмечено недостаточное сокращение мягкого нёба. Голос у детей был тихим, глуховатым с небольшим носовым оттенком. Перечисленные состояния черепномозговых нервов при легкой форме дизартрии в большинстве случаев носят стойкий характер, т. к. они обусловлены органическим поражением центральной нервной системы.

Со стороны двигательной сферы у детей был слабо выраженный парез с денерваторными изменениями мышечного тонуса. Сила мышц у детей была удовлетворительной. Однако большинство детей не сразу включалось в активное сопротивление. Активные движения у всех обследованных совершалось в полном

объеме, но были замедленными, неловкими, недифференцированными. В рефлекторной сфере у детей отмечалось оживление сухожильных и периостальных рефлексов. В ряде случаев наблюдались рефлексы орального автоматизма, а также непос

тоянные, истощающиеся патологические рефлексы Бабинского и Пуссепа. Помимо вышеперечисленные нарушений в неврологическом статусе у детей с легкой формой дизартрии были отмечены изменения со стороны вегетативной нервной системы, которые проявлялись преимущественно в виде потливости ладоней и стоп, наличии стойкого красного демографизма.

Таким образом, было установлено, что у большинства детей с легкой формой дизартрии имелась легкая (стертая) неврологическая симптоматика, которая выявлялась при тщательном исследовании и указывала на органическое поражение центральной нервной системы.

3. Результаты исследования психолого-педагогического статуса. ***Внимание*** у детей с функциональной дислалией и особенно с легкой формой дизартрии менее устойчивое, чем у детей с нормальной речью... Проведенное исследование отдельных заданий на внимание позволило выявить пониженный уровень устойчивости и переключаемое™ внимания у детей с легкой формой дизартрии и функциональной дислалией. Нарушение механизма устойчивости и переключаемости внимания, по-видимому, зависит от недостаточной подвижности основных нервных процессов в коре больших полушарий...

Память. Характер выполнения задания на зрительную память у детей с функциональной дислалией и легкой формой дизартрии аналогичен результатам исследования их на переключаемость внимания, что по-видимому связано с нарушением нейро-дина-мических связей в коре больших полушарий... Слабость процесса запоминания слов у детей с функциональной дислалией и легкой формой дизартрии связана не только с затруднением выработки условных рефлексов, ослаблением внимания, но и, возможно, с нарушением фонематического слуха, возникающего вследствие недоразвития звукопроизношения.

Таким образом, проведенное исследование памяти по заданиям показало, что у детей с функциональной дислалией имелись незначительные, а у детей с легкой формой дизартрии значительные отклонения, которые можно объяснить не только нарушением их фонематического слуха, но и расстройством активного внимания...

Мышление. Дети с нормальной речью и функциональной дислалией дали одинаковое количество правильных ответов. Дети с легкой формой дизартрии дали меньшее количество правильных ответов, причем качество их работы было ниже. При выполнении

заданий дети с легкой формой дизартрии были неуверенны, пассивны, быстро истощались, проявляли негативизм. Однако некоторое ослабление их мыслительной деятельности не носило

характер умственной отсталости, а проходило по типу астениза-ции с выраженным снижением функции внимания и памяти.

Речь. Все дети понимали обращенную к ним речь. Дети с нормальной речью и функциональной дислалией имели достаточный словарь, полную фразу, громкий голос и нормальный темп речи. В отдельных случаях у детей с функциональной дислалией темп речи был убыстренным. У детей с легкой формой дизартрии активный словарь был несколько ограниченным, фраза – короткая, голос – у некоторых тихий, речь быстрая, неотчетливая. Характерным признаком как для детей с функциональной дислалией, так и с легкой формой дизартрии было нарушение звукопроизношения. Фонетические расстройства проявлялись в виде замены-одних звуков другими... смешения звуков..., отсутствия звуков... нечеткое искаженное произношение звуков. У детей с легкой формой дизартрии отмечалось расхождение между умением произносить звуки изолированно и в речевом потоке. Изолированно звуки произносились чище, правильнее, в речевом потоке – неясно, нечетко, так как слабо автоматизировались и недостаточно дифференцировались. У некоторых детей с легкой формой дизартрии, кроме нарушения согласных звуков, неясно произносились и гласные звуки, с легким носовым оттенком. Фонематический слух у детей в большинстве случаев был снижен.

1. Отставание в физическом развитии выявлялось значительно больше у детей с легкой формой дизартрии.., чем у детей с функциональной дислалией... и детей с нормальной речью...

2. У детей с нормальной речью с функциональной дислалией отклонений со стороны центральной нервной системы не выявлялось. При легких формах дизартрии неврологическая симптоматика в речевой системе выявлялась негрубо: в виде стертых парезов, гиперкинезов и нарушения мышечного тонуса в артикуляционных и мимических мышцах. Нарушение со стороны вегетативной нервной системы особенно отмечалось у детей с легкой формой дизартрии, в меньшей степени при функциональной дислалии.

3. Сравнительное исследование психических процессов (внимания, памяти мышления) у исследуемых деуей показало, что различие между исследуемыми группами проявляется не только в нарушении одной локальной функции – нарушении речи, но и в совокупности всех психических процессов. Нарушение

нервно-психических функций значительно больше выявлялось при легких формах дизартрии, чем при функциональной дислалии.

4. Подобное исследование нервной системы и выявление симптомов органического поражения (при стертых формах дизартрии) показало, что в этих случаях задерживается темп психического развития ребенка, что требует более активного медико-педагогического воздействия.

5. Проведенное исследование психологических особенностей у детей с легкой формой дизартрии и функциональной дислалией показало, что работа логопеда не должна ограничиваться постановкой и исправлением только дефектных звуков, но должна иметь более широкий диапазон коррекции личности ребенка в целом.

Расстройства речи и методы их устранения. / Под ред. С. С. Ляпидевского, С. Н. Шаховской. — М. 1975. - С. 79-91.

Л. А. Данилова

Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом

В определении детского церебрального паралича, принятого интернациональной группой исследователей в Оксфорде в 1958 г. отмечается, что это страдание обусловливается заболеванием головного мозга, поражающим те отделы, которые ведают движениями и положениями тела, и обращается внимание на тот факт, что это заболевание приобретается на ранних этапах развития головного мозга.

Следовательно, речь идет о диффузном поражении головного мозга на ранних этапах его формирования, что может привести к сенсорным и речевым нарушениям у ребенка, страдающего церебральным параличом. Кроме того, наличие двигательных дефектов создает предпосылки для особенностей развития познавательной деятельности детей, так как чувственное познание формируется на основе анализаторной деятельности мозга.

Различные формы чувственного познания (ощущение, восприятие и представление) являются основными ступенями или моментами в развитии чувственных знаний человека об объективной действительности. Здоровый ребенок познает окружающий мир посредством всех данных ему природой анализаторов. Как известно... уже на 3–4 месяце жизни он тянется за предметом.

Дети с церебральным параличом, у которых имеются парети-ческие явления в руках, обычно испытывают затруднения при

взятии предметов. А если к этому присоединяется парез ног, то это еще больше суживает круг предметов, которые они могли бы держать в руках, резко ограничивает их двигательную активность. Таким образом, развитие познавательной деятельности ребенка задерживается.

Здоровый младенец уже с 4 мес. старается схватить любой предмет и, кроме ощупывания, потрогать его губами и языком. Следовательно, у него возникают первые ощущения и представления о фактуре, форме, величине, толщине, весе, температуре и даже вкусе различных предметов. Страдающий церебральным параличом получает ничтожную долю этой информации, и соответственно у него задерживается развитие стереогноза, тактильной и температурной чувствительности, а также в словаре не могут появиться слова, обозначающие эти понятия. Кроме того, в этот период нормально развивающийся ребенок получает качественно новую информацию о пространстве и времени, ощущает насколько труднее дойти до кухни, чем до дивана, до стола, и какие сложности возникают при спуске по лестнице. Одновременно он начинает познавать направление и ориентироваться среди предметов. Больной ребенок лишен этих впечатлений.

Еще И. М. Сеченов отметил, что ходьба является важнейшим фактором в формировании восприятия пространства и времени, а следовательно, здоровый ребенок в процессе передвижения начинает улавливать разницу между количеством времени, затрачиваемым на период из одного помещения в другое (переход из комнаты в комнату, прогулка в парк). Гораздо более монотонно течет время у ребенка, прикованного болезнью к кровати. Недостаток информации во многом определяет незрелость его аналитико-синтетических связей и недоразвитие пассивного и активного словаря...

Нарушения познавательной деятельности. Не случаен тот факт, что почти во всех работах о церебральных параличах можно отметить интерес к особенностям познавательной деятельности детей, страдающих этим заболеванием. Так, М. О. Гуревич и Н. И. Озерецкий (1935) отметили утрату и западение одних интеллектуальных функций при сохранности других... М. Б. Эй-динова, Е. Н. Правдина-Винарская и др. считают, что главным недостатком психического развития детей с церебральным параличом является их неспособность к обобщению. Между тем, Е. О. Кириченко (1962) установила, что у детей с церебральным параличом, крайне ограничен кругозор и запас знаний,

наблюдается несоответствие между задержкой развития функции счета и относительно сохранной способностью к обобщению.

Познавательная деятельность, как известно, чрезвычайно сложна. Она формируется в результате стереогноза, всех видов восприятия, пространственных представлений, а также и некоторых других сторон психической жизни. О нарушениях стереогноза, в частности при церебральных параличах, впервые упоминает *Wernicke* (1874). Он установил, что нарушение стереогностического чувства непропорционально расстройствам других видов кожной чувствительности и может иметь место при полной сохранности последних... В 1964 г. Н. К. Боголепов и К. А. Семенова также установили, что при всех формах церебрального паралича имеет место глубокая задержка развития кинестетического анализатора, что выражается в его не соответствующей возрасту низкой физиологической лабильности и высоких порогах возбудимости.

Встречаются литературные указания и на возможность других нарушений познавательной деятельности у таких детей. Так, на дефекты зрительного восприятия при детском церебральном параличе обращает внимание ряд авторов, которые отмечали зрительную агнозию у этих детей... наблюдали, что дети с церебральным параличом не всегда зрительно правильно узнают предметы различной формы..., плохо различают геометрические формы. Было обращено внимание на взаимосвязь зрительного восприятия формы и нарушения стереогностической функции: расстройство последней не всегда влечет за собой дефекты визуального восприятия формы, но недостаточность зрительного восприятия формы, как правило, сочеталась с астереогнозом. Кроме того, интересным является тот факт, что описанные визуальные расстройства сопровождались нарушением пространственных представлений.

Приведенные литературные данные говорят о трудностях, которые возникают при формировании познавательной деятельности больного ребенка, и, следовательно, о необходимости разработки коррекционных мероприятий, направленных на компенсацию этих нарушений.

Нарушения речи. Ряд авторов указывали, что при детском церебральном параличе имеют место различные речевые расстройства (М. Я. Брейтман, 1902; М. О. Гуревич, Н. И. Озерецкий, 1935; М. Б. Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская, 1959; *Phelps,* 1945; *N. Botta, P. Botta,* 1958; *Tardien, 1966).* При этом обращалось внимание на многообразие речевых дефектов. Так. М. Я. Брейтман (1902) отмечал, что расстройства речи при

церебральном параличе представляют разнообразные формы — от незначительных нарушений произношения (медленная, тяжкая речь) до афазии.

Наиболее распространенным дефектом речи при этом заболевании является дизартрия. Еще *Littlew* в 1853 г., описывая внут

риутробные и родовые церебральные поражения, отмечал: «...мышцы речи также обычно поражены, и расстройства речи наблюдаются от простой неясности в произношении некоторых букв до полной потери членораздельной речи. Часто речь так же тяжеловесна и замедлена, как и другие волевые акты. Глотание часто затруднено в первые месяцы жизни, и только по истечении долгого времени ребенок научается не давать слюне вытекать изо рта и проглатывает ее».

На различные формы проявлений дизартрии при этом заболевании обращают внимание многие авторы. Так, В.А.Муратов (1898) указывал, что дизартрия при церебральном параличе имеет спастический и паретический характер. По существу, это была первая попытка классифицировать дизартрию... С.А.Чугунов (1910), *Gutzmann* (1924) и М.М.Присман (1938) отмечали, что детский церебральный паралич обычно сопровождается гиперкине-зами, т.е. описали ту форму дизартрии, которую в настоящее время называют гиперкинетический...

Таким образом, мы видим, что еще в конце прошлого века предпринимались попытки не только выделить дизартрию или симптомы при церебральном параличе, но и описать ее различные клинические формы. Последующие работы лишь дополняли и углубляли наши представления об этом часто встречающемся симптоме церебрального паралича. В частности, особое внимание было уделено вопросам классификации дизартрии...

Наиболее полную и четкую классификацию дизартрии при церебральном параличе предложили М. Б. Эйдинова и Е. Н. Правдина- Винарская (1959), выделив следующие формы детского псевдобульбарного паралича: *паралитическую, спастическую, гиперкинетическую, смешанную, рудиментарную* или *стертую.* При этом авторы отметили, что выделение перечисленных форм условно и основано на преобладании того или иного клинического симптома.

В литературе отмечается, что у детей с псевдобульбарны-ми нарушениями обычно наблюдаются и дефекты письма. Так, Р Е. Левина (1967) показала, что у детей с этими нарушениями речь смазанная, страдают артикуляция и письмо.

Система занятий с детьми дошкольного возраста (от 5 до 7 лет)

Развитие пространственных представлений. 1. Определение основных пространственных (предложных) отношений на конк-

ретных предметах. Ребенок по инструкции переставляет предметы в указанных направлениях.

2. Название основных пространственных отношений на сюжетной картине.

3. Развитие конструктивного праксиса.

4. Развитие пространственных отношений в изобразительной деятельности ребенка.

5. Тренировка памяти на пространственные отношения. Анализ картины по памяти с учетом пространственных взаимоотношений между предметами. Рассказ по памяти о расположении предметов в пространстве... Тренировка следовых проб конструктивного праксиса.

Управления по развитию осязания. 1. Тренировка по определению фактуры предмета. Узнавание на ощупь фактуры при предварительном показе.

2. Определение фактуры и форм реальных предметов без предварительного показа.

3. Дифференцировка на ощупь различных геометрических тел:

а) одинаковой формы, но разной толщины (плоские и объемные);

б) одинаковой формы и толщины, но разной величины (большие и маленькие);

в) одинаковой величины и толщины, но разной формы... Развитие этой способности формируется поэтапно:

/ этап – узнавание объемных фигур на ощупь после предварительного зрительного ознакомления с фигурой;

// этап — узнавание объемных фигур одинаковой фактуры без предварительного показа;

IIIэтап – узнавание плоских фигур одинаковой фактуры после зрительного ознакомления;

IV этап — узнавание плоских фигур на ощупь без показа;

V этап – узнавание фигур на ощупь одинаковой формы, но разных по фактуре после предварительного их осмотра;

VI этап — узнавание формы и фактуры предмета на ощупь без предварительного осмотра;

VII этап – различение предметов одинаковой формы и фактуры по величине на ощупь...

Развитие временных представлений. 1. Определение последовательности времени года, уточнение на картинках и при словесном описании отличительных признаков каждого сезона.

2. Последовательность периодов суток, разбор на режимных моментах.

3. Отработка понятий «старше – младше».

Для формирования обобщений проводятся упражнения по развитию обобщения методом исключения (игра «Четвертый лишний»).

/ этап — перед ребенком раскладываются 4 предмета, объединенные между собой определенными свойствами.

// этап – исключение лишних предметов по картине.

Для **развития понимания причинно-следственных отношений** используется игра – отгадывание... В процессе игры формируются самостоятельные наблюдения и определенные понятия о предметах, раскрываются причинно-следственные связи.

Как показали многолетние наблюдения, предложенные методы коррекции позволяют значительно развить ^сформированные функции и подготовить ребенка к восприятию программы общеобразовательной школы.

Программа коррекционной работы в подготовительном - третьем классе специальных школ для учащихся, страдающих церебральным параличом

Первые годы функционирования школ для детей с церебральным параличом показали, что учащиеся, страдающие этим заболеванием, встречаются с серьезными трудностями при овладении программным материалом, причем эти затруднения качественно отличаются от тех, с которыми сталкиваются здоровые дети.

В основу восстановительной работы были положены следующие принципы:

1) соблюдение последовательного стадийного развития процессов познавательной деятельности, наблюдаемого в онтогенезе;

2) опора на комплексную работу анализаторных систем, так при воспитании фонематического слуха, кроме слухового, опирались на речедвигательный, кинестетический и зрительный анализаторы;

3) использование в процессе занятий сохранной или уже восстановленной функции;

4) словесный анализ предметов, явлений и действий.

Предлагаемая коррекционная программа рассчитана на 4 года начальной школы (подготовительный класс, 1, 2 и 3).

Данная программа по коррекции нарушенных функций у детей с церебральными параличами включает следующие разделы:

1) развитие зрительного восприятия формы и цвета;

2) коррекция пространственных представлений;

3) компенсация временных представлений;

4) воспитание фонематического слуха и анализа;

5) обучение способности к обобщениям и дифференцировкам в связи с развитием устной речи.

В каждом разделе выделяются: название темы, содержание работы, виды коррекции, знания, умения и навыки, которыми должны овладеть учащиеся при прохождении данной темы.

В подготовительном классе учащихся следует научить дифференцировать основные цвета спектра и их оттенки и подбирать идентичные геометрические фигуры., учитывая признак формы, цвета, величины.

В 1-ом классе дети должны дифференцировать эти фигуры и различные типы многоугольников и различать тела по принципу объемности.

Во 2-ом классе приводится анализ различий при сопоставлении по признаку величины и объемности и занятия по построению различных геометрических фигур.

В 3-ем классе у учащихся вырабатывается умение построить с помощью линейки и угольника четырехугольник и углы различного типа.

При развитии пространственных представлений в подготовительном классе обращается внимание на умение ученика ориентироваться в схеме собственного тела и напротив сидящего, на способность правильно соотносить предметы в окружающем пространстве.

Большое внимание уделяется развитию конструктивного праксиса и тренировке памяти на пространственные представления.

В 1-ом классе продолжается работа по развитию конструктивного праксиса и тренировки памяти на пространственные представления; кроме того, уделяется внимание синтезированию целого из частей и устному описанию различных планов и схем пути.

Во 2-ом классе проводятся упражнения по развитию конструктивного праксиса и конструированию.

В 3-ем классе – черчение различных планов и схем пути.

В тему «Временные представления» в подготовительном классе входит уточнение и расширение представлений о временах года, времени суток, их признаках и порядке следования. Учат определять на циферблате время (только круглый час).

В 1-ом классе дети должны уметь узнавать время на циферблате... и правильно соотносить общественные события с фактами своей биографии и жизни родителей.

Во 2-ом классе требуется умение определять на циферблате время с точностью до минут, секунд; дается представление о веке – столетии.

В 3-ем классе при занятиях по этой схеме перед учениками ставится задача: уметь определять временную последовательность при чтении статей по истории.

В разделе «Развитие фонематического слуха и анализа» программа подготовительного класса построена таким образом, чтобы подготовить ребенка к овладению навыками письма и чтения, особое внимание уделяется анализу предложения, слова, слога и выделению звука. Коррекционная работа начинается с развития фонематического слуха, проводится целый ряд упражнений по выделению и дифференцирбвке звуковых параллелей на слух: гласные-согласные, шипящие-свистящие, звонкие-глухие.

В 1-ом классе продолжается анализ предложений, слов и слогов, а также обращается внимание на выделение ударного слога и на интонационное оформление предложений в зависимости от их типа.

Работа но развитию речи проводится на всех уроках, на уроках коррекции особое внимание уделяется расширению пассивного и активного словаря, умению определить логические связи, пониманию фраз с переносным смыслом, составлению рассказа.

В подготовительном классе уделяется внимание развитию навыков обобщения, дифференцирования и расширению словаря, связанного с пространственными и временными представлениями.

В 1-ом классе выполняются упражнения по определению логических связей в прочитанном тексте, анализируется смысл пословиц и поговорок, подбираются оценочные эпитеты к указанным предметам и явлениям и проводятся творческие работы.

Во 2-ом классе идет обогащение словаря, связанного с эмоциональным состоянием людей и явлениями природы... Новым видом работы является знакомство с многозначностью слов: синонимы, омонимы, антонимы и знакомство с образными выражениями, метафорами, а также различение жанров (проза и стихи, сказка и рассказ).

В 3-ем классе проводится также много творческих работ (описание виденного или слышанного, самостоятельное придумывание сказок, рассказов на заданную тему).

Проведение коррекционной работы по этой программе позволяет скомпенсировать нарушенные процессы познавательной деятельности у детей с церебральным параличом и дает возможность учащимся успешно овладеть учебным материалом...

Пути преодоления дефектов звукопроизношения

В каждой форме дизартрии мы выделили три степени поражения: легкую, среднюю и тяжелую. При легкой форме спастической дизартрии экспрессивная речь внятная, лишь с нечетким

произношением отдельных звуков, имеются негрубые затруднения при переключении в артикуляторном аппарате и отдельные элементы спастичности в различных отделах речедвигательного аппарата.

У детей со средней формой спастической дизартрии в экспрессивной речи искажено произношение одной трети звуков речи. Даже изолировано эти звуки не мркут быть произнесены правильно. Спастичность наблюдается во всех отделах артикуляционного аппарата и в мимической мускулатуре.

При тяжелой форме поражения экспрессивная речь невнятная, носит не фразовый характер, а состоит из отдельных слов. Произношение большинства звуков искажено. В процессе речевого акта наблюдаются синкинезии в мимической мускулатуре, а в мускулатуре конечностей увеличивается спастичность. Отмечается высокая спастичность во всех отделах артикуляционного аппарата.

У больных с легкой гиперкинетической формой наблюдались элементы гиперкинезов в мягком нёбе и в кончике языка. В артикуляционном аппарате несколько затруднено переключение. Речь у этих больных внятная, но в речевом потоке наблюдается нечеткое произношение отдельных звуков при правильном изолированном их произношении.

При средней форме количество гиперкинезов увеличивается, они распространяются на все отделы артикуляционного аппарата и на мимическую мускулатуру. В речевом потоке у этих больных искажено произношение примерно одной трети звуков, что делает их речь трудной для понимания.

У больных с тяжелой формой гиперкинетической дизартрии интенсивность гиперкинезов резко возрастает. Речь невнятная, искажены почти все звуки. При попытке к речи возникают ги-перкинезы мимической мускулатуры, а также мускулатуры конечностей и туловища.

Для смешанной формы дизартрии характерен комплекс нарушений в экспрессивной речи и артикуляционном аппарате свойственных соответствующим степеням поражения спастической и гиперкинетической форм.

Методики логопедической работы определялись клинической картиной – формой дизартрии.

Логопед, работая с детьми, страдающими гиперкинезами, строил свои занятия по следующим этапам:

1) развитие слухового контроля за произнесением звуков;

2) подбор позы ребенка, при которой количество гиперкинезов сводилось бы к минимуму;

3) закрепление конечностей для подавления синкинезии;

4) отработка синхронных ритмичных движений в артикуляционном аппарате поэтапно: а) между подачей дыхательной струи и голоса, б) между подачей голосодыхательной струи и движениями языка и губ, т.е. произнесение определенных групп звуков;

5) отработка произношения открытых слогов, закрытых слогов, слов и предложений.

При спастической дизартрии структура логопедической работы существенно менялась:

1)воспитание у детей слухового и зрительного контроля при произношении;

3) развитие кинестетического контроля;

3) отработка правильных укладов губ и языка при отсутствии голосоподачи;

4) порядок постановки" и корректировки звуков определяется локализацией спастичности, в первую очередь ставятся те звуки, при образовании которых соответствующие отделы языка и губ наименее спастичны.

Поэтапность логопедической работы при смешанной форме зависит от выделения ведущего расстройства.

Данилова Л. А. Мегм&ы коррекнии речевого и пси-хического развития у детей с церебральным параличом. — Л. 1977.

Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова

Дизартрия

При дизартрии нарушается двигательный механизм речи за счет органического поражения центральной нервной системы. Структуру речевого дефекта составляет нарушение звукопроиз-носительной стороны речи.

Для дизартрии характерны: нарушения артикуляционной моторики в виде изменения тонуса артикуляционных мышц, ограничения объема их произвольных движений, координаторных расстройств, различного рода синкинезий, тремора, гиперкинезов языка, губ; нарушения дыхания; расстройства голосообразования.

Речь при дизартрии смазанная, нечеткая. Нередко нарушен темп речи, который может быть ускоренным (тахилалия) или (чаще) замедленным (брадилалия). Иногда отмечаются чередо-

вания ускоренного и замедленного темпа речи. Фраза формулируется нечетко, недоговаривается, беспорядочно расставляются смысловые ударения, нарушается расстановка пауз, характерны

пропуски звуков, слов, бормотание к концу фразы. Наблюдаются й^нарушения голос^Голос оЬычно' тихии^частб Жр^ШШТйерный — to тихий, то громкий, монотонный, иногда гнусавьгй, часто хриплый. При дизартрии нарушения лексико-грамматичебкой стороны речи Пне" яёЛШгся вёдущйм1|. *Ошжо* **1торнжение**"[5]двигатёЖных"Шханйз1мов речи в доречевом периоде в сочетании с сенсорными расстройствами может приводругь к сложной дезинтеграции и патологии всех звеньев речефго развития ребенка с церебральным параличом. §

У детей с церебральным параличом|дизартрия нередко сочетается со снижением слуха, часто отмечается недоразвитие фонематического слуха. |

В основу классификации дизартрии положен принцип локализации, синдромологический подход. Кроме того, учитывается степень понятности речи для окружающих.

На основе принципа локализаций различают псевдобульбар-ную, бульбарную, экстрапирамидну|о, мозжечковую, корковую формы дизартрии.

На основе синдромологического/подхода выделяют спастико-паретическую, спастико-ригиднуку гиперкинетическую и атак-тическую формы дизартрии. /

Наблюдения показывают, что ^олее целесообразной является классификация по принципу **локализации** ввиду большей диагностической четкости различных форм дизартрии. Кроме того, системный подход к их анализу дает возможность вести логопедическую работу более дифференцированно. Синдромологичес-кая оценка характера нарушения артикуляционной моторики представляет значительную диагностическую сложность для невропатолога. Она не может бь|Ть произведена логопедом, так как в ее основе лежит тонкая дифференциация неврологических синдромов... В ряде случаев под^зно сочетать оба подхода.

Классификация дизартр^ по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом *Tardien* (1968). Им было выйелено четыре степени тяжести речевых нарушений у детей с церебральным параличом: 1) нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка; 2) нарушения произношения заметны каждому, но ре^ь понятна для окружающих; 3) речь понятна только близким ребенка; 4) речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка. Четвертая степень нарушения звукопроизношения, по

существу, представляет собой анартрию. Под анартрией понимается полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате нарушения двигательной иннервации речевой мускулатуры. По тяжести проявлений анартрия

тоже может быт# различной: 1) по^беЪтсутствиере^и и голоса; 2) наличие толькр^^голосовых реакций; \3) нашргйе звуко-слоговой активносуй/ ^

Нарушение артикуляционной моторики

I. *Нарушение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре.* При всех формах дизартрии отмечается изменение мышечного тонуса речевой мускулатуры, который при церебральном параличе имеет сложный патогенез. Характер его нарушения в артикуляционной мускулатуре зависит как от локализации поражения, так и от особенностей дизинтеграции всего рефлекторного развития. Поэтому в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному и зависеть от общей позы ребенка и положения его головы.

Выделяют следующие формы нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре.

1. *Спастичность артикуляционных мышц.* Отмечается постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка, иногда губ. Язык напряжен, оттянут кзади, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Приподнятая к твердому нёбу напряженная спинка языка будет способствовать смягчению согласных звуков. Особенностью артикуляции при спастичности мышц языка является палатализация. Поскольку в русском языке палатализация имеет самостоятельное фонематическое значение, данное нарушение артикуляции может обусловливать фонематическое недоразвитие.

Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта. Активные движения при спастичности артикуляционных мышц ограничены. Так, невозможность продвигать язык вперед может быть связана с резкой спастичностью подбородочно-язычной, че-люстно-подъязычной и двубрюшной мышц, а также мышц, прикрепляющихся к подъязычной кости.

Спастичность артикуляционной мускулатуры нередко сочетается с повышением мышечного тонуса в мышцах лица, шеи, а также спастичностью скелетных мышц.

Спастическое напряжение указанных мышц может определять или усиливать неправильное положение головы ребенка, препятствовать ее активным движениям, достаточному развитию ключичного дыхания. С шейной мускулатурой непосредственно

связаны мышцы дна полости рта и корня языка. Напряжение мышц шеи еще более ограничивает подвижность указанных мышц, а также движение нижней челюсти.

Спастичность артикуляционных мышц и шейной мускулатуры может усиливаться за счет влияния шейного тонического и лабиринтного тонического рефлексов. В этих случаях расслабление мышц артикуляционного аппарата надо начинать с выбора таких специальных поз, при которых тонические рефлексы либо не проявляются вовсе, либо проявляются минимально. При тяжелой спастичности занятия начинаются в следующих рефлекс запрещающих позициях:

Рефлекс запрещающая позиция 1. Используется при выраженности лабиринтного тонического рефлекса. В положении на спине голова, плечи и шея ребенка несколько сгибаются; также сгибается спина, бедра и колени. Мышечное расслабление достигается путем равномерных плавных раскачиваний.

Рефлекс запрещающая позиция 2. Используется при выраженности шейно-тонического рефлекса. В положении на спине ноги слегка согнуты в коленных суставах, руки вытянуты вдоль туловища. Логопед помещает свою руку под шею ребенка, давая возможность голове свободно откинуться назад, плечи при этом несколько сгибаются, шея вытягивается.

Рефлекс запрещающая позиция 3. Используется также при выраженности шейного тонического рефлекса. Положение на спине с вытянутыми ногами и руками и головой, слегка закинутой назад.

После того как выбрана адекватная поза для уменьшения влияния позотонических рефлексов, приступают к расслаблению мышц шеи, лица, артикуляционного аппарата с помощью специальных приемов.

Следующим этапом работы является расслабление мышц шеи. Приводим примеры некоторых упражнений.

Упражнение 1. Ребенок лежит на спине в рефлекс запрещающей позиции 2, голова несколько свешивается назад, одна рука логопеда на шее ребенка сзади, другой рукой он производит ритмические движения головы ребенка кругового характера сначала по часовой стрелке, затем против часовой стрелки. Производится несколько пассивных движений, затем ребенок стимулируется к повышению активных движений.

Упражнение 2. Ребенок в том же положении. Но его голова слегка свешивается через край стола. При этом она помещается на качающуюся дощечку. В этом положении производятся те же ритмические круговые движения головой. Вначале эти движения производятся пассивно, потом пассивно-активно. Наконец,

ребенок производит активные движения. Их легче выполнять под счет или музыкальную мелодию.

Упражнение 3. Ребенок в положении на животе. Голова свисает через край стола. Проделываются те же движения.

Следующий этап работы – расслабление мышц лица. При тяжелой спастичности это расслабление производится в рефлекс запрещающей позиции 1.

Прежде всего производится расслабляющий массаж мышц лица. Массаж начинается с середины лба по направлению к вискам, производится в медленном темпе. Расслаблению способствует музыкальное сопровождение (медленный, плавный ритм). Массаж должен вызывать у ребенка приятные ощущения. У отдельных детей с церебральным параличом может отмечаться гиперчувствительность всей лицевой и особенно артикуляционной областей. Простое тактильное прикосновение может вызвать у них неприятное чувство и повышение мышечного тонуса. Поэтому расслабляющий массаж лица не должен распространяться сразу на все области лица.

Вторым направлением расслабляющего массажа мышц лица является движение от бровей к волосистой части головы. Движения производятся обеими руками равномерно с обеих сторон.

Третьим направлением массирующих рук является движение вниз от линии лба, щек и мышцам шеи и плеч.

Расслабление губных мышц при тяжелой спастичности проводится в рефлекс запрещающей позиции 2. Логопед помещает свои указательные пальцы на точку, находящуюся между серединой верхней губы и углом рта с обеих сторон. Направление движения пальцев к середине губ. При этом верхняя губа собирается в вертикальную складку. Такое же движение производится по отношению к нижней губе, а затем и к обеим губам.

За время проведения следующего упражнения указательные пальцы логопеда помещаются в то же положение, но движение идет вверх на верхней губе, обнажая верхние десны, и вниз на нижней губе, обнажая нижние десны.

Во время следующего упражнения логопед помещает кончики своих указательных пальцев в углы рта ребенка, растягивает его губы с помощью пальцев. Обратным движением губы возвращаются в исходное положение.

Эти упражнения проводятся при различном положении рта: рот закрыт, приоткрыт, полуоткрыт, широко открыт.

После расслабления губ тренируют их пассивно-активные движения. Ребенка учат пить через соломинку, захватывать и удерживать губами леденцы и палочки различного размера. Для про-

ведения подобных упражнений логопед должен иметь набор стерильных палочек, которые он предварительно подогревает и помещает в сладкий сироп.

Указанные упражнения способствуют нормализации положения рта. Уже отмечалось, что при спастическом состояний мышц губ рот бывает плотно сжат. Его произвольное открывание в этом случае затруднено. Иногда при спастическом состоянии верхней губы рот может быть, напротив, открыт; при этом обычно резко выражено слюнотечение. Отсутствие контроля за положением рта резко затрудняет развитие произвольных артикуляторных движений. Поэтому, после того как достигнуто некоторое расслабление лицевой и губной мускулатуры, рту ребеИка, находящемуся в рефлекс запрещающей позиции, пассивно придается нормальное положение. Ребенок видит положение рта в зеркале. Логопед фиксирует его внимание на ощущении закрытого рта. Затем нормализация положения рта пассивно-активно осуществляется при разных положениях ребенка... Наиболее легкой рефлекс запрещающей позицией для закрывания рта является положение ребенка на боку с согнутыми ногами и слегка опущенной головой. Ребенок лежит на боку с закрытым ртом. Логопед помещает свои указательные пальцы на верхнюю губу и точку, расположенную между серединой верхней губы й углом рта, большие пальцы в тех же точках на нижней губе и производит легкое раздвигающее движение (верхняя губа поднимается вверх, нижняя вместе с нижней челюстью опускается вниз). Движения производятся в небольшом объеме. Так логопед добивается нешироКого открывания рта. Затем эти же упражнения выполняются ребенком в более сложных для него положениях (позах). Переход от пассивных движений открывания рта к активным часто становится возможным через рефлекторное зевание.

После этих подготовительных упражнений тренируются активные произвольные движения по словесной инструкции. На начальных этапах при этом используются картинки... Предлагаются задания по имитации положения рта, представленного на картинках. Постепенно упражнения несколько усложняются:^ ребенка просят дуть через расслабленные губы, производить вибрационные движения.

Спастическое напряжение у детей с церебральным параличом обычно наиболее выражено в мышцах языка. Поэтому никогда нельзя начинать расслабление с мышц языка. Необходимо начинать с изложенных выше упражнений. Работа над расслаблением мышц языка начинается всегда после общего мышечного расслабления. Следующей задачей является релаксация всего языка. При этом необходимо учитывать, что собственные мышцы языка

(при сокращении которых происходят движения всего языка) тесно связаны с мышцами нижней челюсти. Поэтому движение вниз в полости рта спастически приподнятого языка и тем са

мым его расслабление проще всего достигается при одновременном опускании нижней челюсти (открывании рта). Детям школьного возраста подобные упражнения предлагаются в виде аутотренинга. \ Если этих приемов оказывается недостаточно, то считается Полезным на кончик языка положить кусочек стерильной марли или стерильную пробку. Возникающее тактильное ощущение помогает ребенку понять, что что-то мешает свободным движениям языка, т.е. ощутить чувство спастичности. После этого логопед шпателем или языковым депрессором производит легкие горизонтальные нажимы с целью расслабления языка.

Следующим приемом расслабления являются легкие плавные покачивающие движения языка в стороны. Логопед очень осторожно захватывает язык кусочком стерильной марли и плавно ритмично двигает его в стороны.

Для расслабления мышц корня языка применяется также точечный массаж. Для точечного массажа используются так называемые «точки действия», которые характеризуются повышенной электропроводностью. Эти точки находят с помощью портативного диагностического аппарата тобископа, логопедом и врачом во время специального совместного обследования ребенка. В ряде случаев эти точки находятся под обеими углами нижней челюсти. Установив на этих точках пальцы, логопед подушечкой большого, указательного или среднего пальца производит вращатедьные движения. Вначале эти движения поверхностны; затем (через 0,5–1 мин) они выполняются с большим надавливанием; вслед за этим переходят к поверхностным движениям. Массаж этих точек производится ежедневно в течение 1,5–2 мин.

Важным приемом расслабления мышц языка является его пассивно-активные движения. Эти расслабляющие движения лучше всего производить, когда ребенок лежит на животе. Логопед берет в руку через стерильную салфетку язык ребенка. Затем производит маятникообразные раскачивания языка («висящее качание»). Постепенно пассивная помощь логопеда уменьшается. Ребенок начинает выполнять эти упражнения все более и более активно. Расслабление мышц языка способствует нормализации артикуляции, и в частности устранению палатализации.

2. *Нарушения тонуса артикуляционной мускулатуры могут проявляться и в виде гипотонии.* При гипотонии язык тонкий, распластанный в полости рта, губы вялые, не могут плотно смыкаться. В силу этого рот обычно полуоткрыт, выражена гиперсаливация.

Особенностью артикуляции при гипотонии может быть назализация. В этом случае гипотония мышц мягкого нёба

препятствует достаточному продвижению нёбной занавески вверх и ее прижатию к задней стенке зева. Струя воздуха выходит через нос. Струя воздуха, выходящая через рот, чрезвычайно слаба. Кроме того, при гипотонии нарушается произнесение губно-губных смычных шумных согласных (*я, п\ б, б'*). При гипотонии затруднена палатализация. В связи с этим особенно нарушено произношение глухих смычных согласных. Кроме того, при образовании смычки в момент произнесения глухих согласных необходима более энергичная работа обеих губ.

Более легко при гипотонии произносятся губно-губные смычные носовые сонанты *м, м'* а также губно-губные щелевые шумные согласные *ф, ф'* в, *в'* артикуляция которых требует неплотного смыкания нижней губы с верхними зубами и образования плоской щели...

При гипотонии нарушается произношение и переднязычных смычных шумных согласных *(т, т' д, д'*[9]*)*. Кроме того, искажается артикуляция переднеязычных щелевых однофокусных согласных *(с, с' з, з'),* а также переднеязычных щелевых двухфокусных согласных (ш, *ж).* Нередко наблюдаются различные виды сигматизма. Особенно часто имеют место межзубный и боковой сигматизм. Наблюдаются и другие нарушения артикуляции.

При гипотонии мышц артикуляционного аппарата применяется укрепляющий массаж (более интенсивные поглаживающие движения, элементы щипцеобразного поглаживания губной и жевательной мускулатуры и т. д.). Особенно большое значение при гипотонии имеет артикуляционная гимнастика с использованием сопротивления.

3. *Нарушения тонуса артикуляционной мускулатуры при церебральном параличе могут проявляться также в виде дистонии* (меняющегося характера мышечного тонуса). В состоянии покоя может отмечаться низкий мышечный тонус, при попытках к речи тонус резко нарастает. Дистония резко и многообразно искажает артикуляцию. Причем характерной особенностью этих нарушений является их динамичность, непостоянство искажений, замены, пропуски звуков.

II. Следующим характерным признаком нарушения артикуляционной моторики при дизартрии является *нарушение подвижности артикуляционных мышц.*

Ограниченная подвижность артикуляционных мышц представляет собой основное проявление пареза или паралича этих мышц. Именно это и определяет структуру дефекта при дизартрии.

Недостаточная подвижность артикуляционных мышц обусловливает нарушение звукопроизношения. При поражении мышц

губ страдает произношение как гласных, так и согласных звуков. Среди гласных особенно нарушается произношение лабиализованных звуков, произнесение которых связано со специфической работой губ. Это звуки *(о, у);* при их произнесении требуются активные движения губ: округление, вытягивание вперед. Среди согласных прежде всего нарушается произноше-Дрие губно-губных смычных звуков *(п, п\ б, б', м, м*).* Ребенок не может вытянуть губы вперед, округлить их, растянуть углы рта в стороны, поднять вверх верхнюю губу и опустить вниз нижнюю и выполнить целый ряд других движений. Недостаточная подвижность губ нередко нарушает артикуляцию в целом, так как эти движения меняют размер и форму преддверия рта, оказывая тем самым влияние на резонирование всей ротовой полости.

Особенно грубо нарушается звукопроизношение при резком ограничении подвижности мышц языка. При этом может отмечаться недостаточность подъема кончика языка вверх в полости рта. Обычно это связано с нарушением иннервации шило-подъязычной, двубрюшной, подъязычно-глоточной, челюстно-подъя-зычной, язычно-глоточной, шило-язычной и язычно-нёбной мышц. В этих случаях страдает произношение большинства звуков, требующих как подъема кончика языка вверх, так и соче-танной работы указанных мышц: *л, р> ж,* ш, *ц, ч, д, т и* некоторых доугих.

При нарушении иннервации ключично-подъязычной, щитовидно-подъязычной, челюстно-подъязычной, подбородочно-язычной и двубрюшной мышц ограничивается способность языка двигаться вниз. Это может отрицательно сказываться на произнесении шипящих и свистящих звуков, гласных переднего ряда *и, э* и некоторых других звуков.

При нарушении иннервации подъязычно-глоточной, лопаточ-но-подъязычной, шило-подъязычной, двубрюшной (заднее брюшко) и некоторых других мышц ограничивается способность языка двигаться назад. При этом нарушается артикуляция заднеязычных звуков *г, к, х,* а также некоторых гласных, особенно среднего и нижнего подъема *э, о, а.*

При парезах мышц языка нередко оказывается невозможным изменять его конфигурацию, выдвигать вперед, оттягивать назад, производить разнообразные боковые движения и т. д. Все это нарушает звукопроизношение большинства звуков.

Звукопроизношение нарушается в еще большей мере из-за ограниченной подвижности мышц мягкого нёба (нёбно-глоточ-ные,

нёбно-язычные и ряд других мышц). При поражении мышц мягкого нёба голос приобретает носовой оттенок.

При дизартрии нередко отмечаются парезы мышц лицевой мускулатуры, что также отрицательно влияет на звукопроизношение. Так, парезы височных мышц, жевательной мускулатуры; ограничивают движения нижней челюсти. Спастичность и па-/резы шейной мускулатуры также неблагоприятно влияют на арf-тикуляцию.

Ограниченная подвижность артикуляционной мускулатуры при дизартрии определяет необходимость использования в логопедической работе специальной гимнастики. При проведении артикуляционной гимнастики, так же как во время работы над общей моторикой, большое значение имеет тактильно-пропорцептивная стимуляция, развитие статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезии. На начальных этапах работу проводят с максимальным подключением сохранных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Тактильный анализатор играет большую роль в кинестетическом восприятии. Поэтому перед артикуляционной гимнастикой производят массаж артикуляционной мускулатуры. Характер массажа зависит от особенностей нарушения мышечного тонуса.

Перед работой над речевой мускулатурой проводятся упражнения с целью развития мимических мышц лица. У детей дошкольного возраста стараются развить способности произвольно выполнять дифференцированные мимические движения и осуществлять за ними контроль. Ребенка учат закрывать и открывать глаза, хмурить брови, надувать щеки. Во время развития мимической мускулатуры ребенка учат произвольному проглатыванию слюны, закрыванию и открыванию рта. Если у ребенка не развита функция жевания, логопед дает ему булку или печенье и учит жевать перед зеркалом. Эти упражнения сочетают со специальными занятиями, во время которых ребенка обучают произвольному закрыванию и открыванию рта.

Для развития достаточного напряжения и силы мышц лица и губ используют специальные упражнения. Для этого применяют специальные стерильные салфетки, трубочки. Ребенок охватывает трубочку или салфетку губами и старается ее удержать, несмотря на попытки логопеда вытянуть ее изо рта. Для развития мышц губ предлагают специальные упражнения по вытягиванию губ вперед трубочкой, растягиванию их в стороны, по чередованию этих движений.

Артикуляционная гимнастика мышц языка начинается с воспитания активного прикосновения концом языка к краю нижних

зубов. Затем развивают общие, менее дифференцированные движения языка. Вначале это развитие происходит в пассивном, а затем в пассивно-активном плане. Наконец, ребенок выполня

ет эти движения в активном плане. Упражнения начинают с продвижения языка вперед и убирания его назад в полость рта.

Стимуляция мышц корня языка начинается с их рефлекторных сокращений. Логопед добивается рефлекторного сокращения мышц путем надавливания шпателем на корень языка. Эти движения закрепляются при помощи безусловнорефлекторных, а затем и произвольных кашлевых движений.

\ Важным разделом артикуляционной гимнастики является развитие более тонких и дифференцированных движений языка. Первоначально эти движения выполняются в пассивном, а затем пассивно-активном плане. Наконец, добиваются произвольного выполнения движений. Одной из задач такой диференци-рованной артикуляционной гимнастики является отграничение движений языка от движений нижней челюсти. Для этого могут быть полезны упражнения по стимуляции движений кончика языка при открытом рте и неподвижной нижней челюсти. Используется серия специальных упражнений по активизации подъема кончика языка.

В процессе развития артикуляционной моторики широко используется игротерапия. Игры подбираются в зависимости от характера и степени поражения артикуляционной моторики, а также с учетом возраста ребенка. Работа по развитию артикуляционной моторики эффективна только тогда, когда она сочетается с общим комплексным лечением ребенка, с развитием его общей моторики и ручной умелости. Одновременно с работой логопеда методист по лечебной физкультуре развивает опорную, хватательную, манипулятивную деятельность рук и тонкие дифференцированные движения пальцев. При этом методист воспитывает четкие пальцевые кинестезии и подготавливает руку к письму. Воспитатель стимулирует манипулятивную деятельность рук и формирует различные ручные навыки. Так, например, детей учат разминать и раскатывать пластилин, сжимать руками резиновые груши, захватывать кончиками пальцев мелкие предметы, складывать мозаику, рисовать, лепить, вырезать, штриховать, раскрашивать картинки, застегивать и расстегивать пуговицы, крючки, шнуровать ботинки, пользоваться ложкой и вилкой, правильно держать карандаш, ручку.

При проведении занятий логопед обязательно следит за позой ребенка. Перед занятиями добивается расслабления мышц рук путем их потряхивания и поглаживающего массажа. При этом всегда учитывается возможность влияния патологических позо-тонических рефлексов. Логопед следит за тем, чтобы голова

ребенка, его ноги и руки находились в правильном положении. Руки ребенка должны быть на столе в расслабленном состоянии,

ладонь и пальцы прижаты к столу. При проведении артикуляционной гимнастики логопед подавляет сопутствующие движения в пальцах рук ребенка.

t

Нарушения дыхания

Нарушение дыхания почти всегда наблюдается у детей с церебральным параличом. Они имеют сложный патогенез, связанный как с паретичностью дыхательных мышц, изменением их тонуса, нарушением их реципрокной координации, так и с задержкой созревания дыхательной функциональной системы. Последняя проявляется в том, что у многих детей с церебральным параличом даже в школьном возрасте могут преобладать «инфантильные» схемы дыхания. Эти схемы обычно сочетаются с общим нарушением рефлекторного развития, с выраженностью патологических позотонических рефлексов. Поэтому нормализация дыхания у детей с церебральным параличом тесно связана с общей патогенетической задачей терапии – нормализацией рефлекторного развития.

Большую роль в нарушении активного выдоха у детей с церебральным параличом играет общий недостаточный объем дыхания, который обусловлен их малой двигательной активностью.

Нарушения дыхания у детей с церебральным параличом обусловлены недостаточностью центральной регуляции дыхания, а также патологией двигательной функциональной системы.

Для детей с церебральным параличом характерны инфантильные схемы дыхания: преобладание брюшного дыхания, большая его частота и недостаточная глубина. Кроме того, характерны нарушения ритма дыхания: в момент речи дыхание учащается, после произнесения звуков ребенок часто делает поверхностные судорожные вдохи. Часто наблюдаются нарушения координации между дыханием, фонацией и артикуляцией. Во всех случаях нарушен активный выдох, который укорочен и происходит обычно через нос, несмотря на постоянно полуоткрытый рот. Тяжесть дыхательных нарушений обычно соответствует тяжести общего двигательного поражения. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме церебрального паралича.

Работа над дыханием начинается с общих дыхательных упражнений. Цель этих упражнений состоит в том, чтобы увеличить объем дыхания и нормализовать его ритм. Приведем некоторые из таких упражнений.

Упражнение 1. Ребенок лежит на спине. Логопед сгибает его ноги в коленных суставах и согнутыми ногами надавливает на

подмышечные впадины. Эти движения производят в нормальном дыхательном ритме под счет: «раз» – сгибание ног, «два» – надавливание ими на подмышечные впадины, «три» – возвращение ног в исходное положение. Это упражнение способствует нормализации движений диафрагмы.

Упражнение 2. Ребенок сидит с закрытым ртом. Затем ему зажимают одну ноздрю. Ребенок дышит под определенный ритм (счет или стук метронома). Потом ребенку зажимают вторую ншдрю. Повторяется тот же цикл дыхательных движений.

упражнение 3. Ребенок сидит. Перед его ноздрями создается «веер воздуха». Под влиянием этого воздуха усиливается глубина вдска.

Одновременно с проведением общей дыхательной гимнастики очень важно научить детей с церебральным параличом правильно сморкаться. Овладение этим умением способствует формированию удлиненного произвольного выдоха. Для закрепления этой функции необходимо максимально опираться на ощущения.

Назовем основные правила дыхательной гимнастики. Нельзя переутомлять ребенка. Необходимо следить за тем, чтобы он не напрягал плечи, шею и не принимал неверную позу. Следует концентрировать внимание ребенка на ощущениях от движений диафрагмы, межреберных мышц и мышц нижней части живота. Все дыхательные движения ребенок должен производить плавно, под счет или под музыку. Дыхательная гимнастика должна проводиться до еды, в хорошо проветренном помещении.

Приведем примеры речевой дыхательной гимнастики.

– Логопед закрывает ноздри ребенка и просит его вдыхать через рот до того момента, пока он его не попросит произнести отдельные гласные звуки или слоги.

– Ребенка просят вдыхать через рот. Логопед кладет руки на грудную клетку ребенка, как бы препятствуя вдоху в течение 1 — 2 сек. Это способствует более глубокому и быстрому вдоху и более удлиненному выдоху.

– Ребенка просят как можно дольше задерживать вдох, добиваясь таким образом более медленного и глубокого вдоха, сопровождаемого медленным и продолжительным выдохом.

Такие упражнения рекомендуется проводить ежедневно в течение 5—10 минут. Во время этих упражнений в момент выдоха ребенком воздуха логопед произносит различные гласные звуки. При этом он варьирует громкость и тональность голоса. Затем он просит ребенка подражать ему... стимулируют к произнесению

щелевых согласных изолированно и в сочетании с гласными.., взрывных согласных и других звуков.

В процессе отработки речевого дыхания Еольшое значение имеют специальные упражнения-игры: выдувшие мыльных пузырей, задувание свечей, сдувание со стола мелких пушинок и бумажек и т. д. Игры подбираются дифференцированно в зависимости от возраста и характера нарушения дыхания... Работа над дыханием, фонацией и артикуляцией проводится в тесном единстве; большое значение в этой работе илеют специальные логоритмические упражнения и игры. /

Занятия по логоритмике целесообразно проюдить как с детьми дошкольного, так и школьного возраста. Ла этих занятиях упражнения по развитию общей и артикуляционной моторики, дыхания и голоса проводятся под музыкальное сопровождение. Многие наблюдения говорят о том, что музыка способствует/общему и локальному мышечному расслаблению, уменьшению! насильственных движений, согласованности и координации движений. Поэтому целый ряд движений, котоэые недоступны ребенку в обычной обстановке, могут быть выполнены под музыкальное сопровождение.

Нарушения голоса

Характерной^собенпюст^^ *Н^ф^Ё^Лъ-*
н^^4Щр!Ш^м яв^етхя^
ционные расстройства относят к основным *и* %сто на
стойким^признакам дизартрии. Й^^^^
пени влияют на разббрчйвбсть. эмоциональную выразительность речи детеиГ^арушения голоса обусловлены тарезами мышц язык!^^ голосовых складок, мышц гортани,
изменениями их мышечного тонуса и ограниче-шём подвижно-стцГТ1ри этом наибольшее значение имеет паретичность мышц гортани. В особенности это относится к персгнещитовидным мышцам, натягивающим истинные голосовые -вязки. При поражении мышц гортани голос становится слабым, немелодичным.

. Движения гортани тесно связаны с движеншми языка^ нёба, 1щжней челюсти. Поэтому при тяжелой спастич1ости указанных

выраженное нарушение
^Цля возущкно^ни
голосовых с^вяз.^ млшц голосового

аппарата может нарушать возможность вибрдщц голосовых *связок* й будет ^затруднять процесс образования, звочких согласщ^х, j^QTopbie в^тюс^с^^ия^будут^ глу:ими. Вибрация голосовых связок нарушается также при слабостт и паретичнос-

ти мышц голосового аппарата. Сила голоса в этих условиях становится минимальной.

Недостаточность проприоцептивной импульсации от органов Артикуляции, дыхания и голосообразования во всех случаях утяжеляет нарушения голоса у детей с церебральным параличом.

Нарушения голоса у детей с церебральным параличом крайне разнообразны. При различных формах дизартрии они носят специфический характер. ООДОД наиболее часто ^т^ечащся .недо-^ статочная сила голоса (голос сл13йй^™ цеосе речи) / откдоненй^те frjijroj^(ноз^иэ^щный, "[монотонный, сдавленный, тусклый; может^ыть^гортащшм, форсированным, напряженным, прерывиста слабая выраженность или отс^ствие^^тсовых' модуляций (ребенсмГн^'мо^ высоту^она). Необходимо отметить, что нарушения голоса у детей с церебральным параличом значительно усиливаются при выраженности у них позотоничес-ких рефлексов. *YWbftA$faN№s№*<^^* шбота над голосом должна начинаться в рефлекс запрещающих^ лосом всегда является только одним из звеньев^к^плексной реабилитацжжтей^ церебральным параличом, fe^amkjo-лосаx^ra^SSft^MprXI, быть использованы различные содержащиеся в логопедической литературе орто^QJшанш^ие■.plpaшiешш. Цель~этих *уп^2^нонШ ^^^1ШЙё* координированной деятельности дыханид, артикуляции и фонации. У детей од,^ибрвдмшм эти упражнения модифицируются в зависимости от формы дизартрии и клинической картины заболе^ш^

^Работа над голосом всегда нащщается с общего расслабления, артикуляционного массажа и артикуляционной гимнастики.

Большое место в ладчшед^^ занимают круговые движения* головой, активизация движешш^мягкого [нЖГйГота-ще^капёль воды, покашливание, зевота, произнес главного звука *а* на твердой ат^^ ^м^52Г^^^Яогопёд"привл екает внимание ребенка^ ощущению поднятой и удерживаемой в этом положении (под счет) нёбной занавески. Вкачестве подготовив зованы сл§дукщие;^п^Ш!^ения^

– стимуляция задней части языка и нёба легкими похлопывающими движениями при помощи языкового^ш!шйощд;

– обучение произвольному; глотанию^ глазной пипетки капает против задней стеьадгдоткдгщ^ ребенка несколько запрокинута назад; " 4

– стимуляция кашлеподЫшых^

'Т^оршотШоёТгЬлосоо^р^ возможно в том случае, если ребенок может открывать и закрывать рот, опускать нижнюю

челюсть, имитировать жевательные движения. Логопед может стимулировать поднятие нижней челюсти путем легкого и ритмичного постукивания по подбородку (челюстной дрожательный рефлекс) ребенка. Через некоторое время ребенок овладевает умением самостоятельно поднимать нижнюю челюсть. После этого его учат умению опускать нижнюю челюсть. Первоначально нижняя челюсть ребенка опускается самим логопедбм (на 1,0–1,5 см). Затем логопед просит ребенка делать это самостоятельно. Постепенно челюсть ребенка опускается на оптимальное расстояние.

Для укрепления мышц нёбной занавески используются упражнения в чередовании ее расслабления и напряжения. Например, ребенка просят до окончания зевательного движения произнести звук *а* и при широко открытом рте перейти от произнесения этого звука к звуку и, задерживая воздух во рту под давлением, прежде чем произнести взрывной звук и, привлечь внимание ребенка к ощущению состояния нёбной занавески...

Кроме органически обусловленных нарушений голоса, могут наблюдаться различные функциональные наслоения, обусловленные прежде всего общим эмоциональным состоянием ребенка. Хорошо известно, что при волнении дети с церебральным параличом склонны впадать в шепот и в беззвучную речь. Поэтому в процессе речевой коммуникации у детей с церебральным параличом важно создавать эмоционально положительный фон («ситуацию уверенности»). При работе над голосом очень полезно использовать как можно больше совместного с логопедом пения, выразительной декламации. Большое значение имеет медленное произнесение гласных. Звуки произносятся попеременно — то шепотом, то громко.

Одновременно работают над увеличением длины речевого выдоха: вначале на одном выдохе произносится по две гласных., затем по три.., и, наконец, по четыре... Потом произносятся слоги с постепенным удлинением их цепочек, затем — слова с определенными звуками, на последних этапах — стихотворения, скороговорки; последние произносятся со сменой ударения и убыстрением темпа речи, то шепотом, то громко.

Важное значение имеют упражнения по развитию силы, тембра и высоты jxxrcoca. Одним из примеров подобных *упражп^ий* может' SbiTb счет^десятками.!. с постепенньТм усилением... и с ослаблением... голоса, а также произнесение букв в алфавитном порядку, чтение стихотворений с постепенным усилением и ос-

лаблением голосаТ Для развития высоты и тембрадолоса^бод]?-шое значение имеют игры, чтение сказокпо ролям,/ инсТ^1Гйровки и т. д. Разыгрываемые детьми

игры-инсценировки помогают также развитию мелодико-инто-национной стороны речи, гибкости и модуляции голоса. Пди^ Подборе речевого материала необходимо учитывать ?ДЗДХ12.Щ^е факторы! структуру де$ект^^ догопедическую задачу, а также воспитание нравственно-этичес-ких сторон ЛИЧНОСТИ.

[Дизартрия у детей с церебральным параличом осложняется наличием многих рефлексов орального автоматизма. Поэтому одцой из важных задач коррекционной работы является подавление этих рефлексов. С этой целью ребенку придается соответствующая рефлекс запрещающая позиция. Логопед нежно прикасается к губам ребенка ваткой, другой рукой препятствуя рефлекторному движению губ. Таким же путем гасятся и другие рефлексы. Важно проводить эти упражнения систематически, 2– 3 раза в день. Для учащихся эти упражнения должны быть особым видом домашних заданий по логопедии.

Особенностью дизартрии у детей с церебральным параличом является не только недостаточность произвольных артикуляционных движений, но и слабость их кинестетических ощущений. Поэтому во время логопедической работы необходимо руководствоваться принципом двигательно-кинестетической стимуляции.

Во время упражнений по развитию артикуляционной моторики внимание ребенка всегда привлекается к возникающим при этом ощущениям (речь идет о кинестетических ощущениях). Для развития двигательно-кинестетической обратной связи важно ежедневно проводить следующие упражнения: потряхивание верхней и нижней губы, расправление щек (приподнимание их от зубной арки), опускание и поднимание нижней челюсти, помещение языка под нижними и верхними резцами, легкое похлопывание по нёбной занавеске. Вначале ребенок видит эти движения в находящемся перед ним зеркале. Потом зеркало убирается. Наконец, во время этих упражнений сидит с закрытыми глазами. В этом случае усиливаются возникающие во время упражнений кинестетические ощущения.

Кроме того, необходимо тренировать следующие артикуля-торно-сенсорные схемы:

– двугубная схема. Верхняя и нижняя губы пассивно смыкаются, удерживаются в этом положении. Фиксируется внимание на ощущении сомкнутых губ. Затем ребенка просят дуть через губы;

– губно-зубная схема. Указательным пальцем левой руки логопед приподнимает верхнюю губу ребенка, обнажая его зубы.

Указательным пальцем правой руки логопед поднимает нижнюю губу ребенка до уровня верхних резцов. При этом он просит ребенка дуть;

– язычно-альвеолярная схема. Логопед прижимает и удерживает кончик языка ребенка напротив альвеолярного отростка. Ребенка просят дуть;

– язычно-нёбная схема. Голова ребенка несколько отводится назад, задняя часть языка приподнимается к твердому нёбу. Ребенка просят производить кашлевые движения, фиксируя внимание на ощущениях соприкосновения языка и нёба и прекращения этого соприкосновения.

Важным разделом логопедической работы при дизартрии являются упражнения по развитию артикуляционного праксиса.

Артикуляционный праксис формируется в процессе речевого опыта на основе четких кинестетических ощущений и развития произвольных координированных движений артикуляционной системы. Для развития артикуляционного праксиса у детей с церебральным параличом большое значение имеют рано начатая логопедическая работа, расширение и обогащение речевого опыта ребенка, а также преобладание специальных слоговых упражнений над чисто артикуляционными, подбираются специальные серии слогов, произнесение которых предполагает последовательную смену различных артикуляционных движений.

_^пргшнен^^ слогов на начальных этап^^щщ прододить в медленном ХШШ.~Й ребенка на возникающие у цего двигательные ощущения.

Наиболее сложным разделом логопедической работы при дизартрии является работа над произношением. Все описанные выше разделы составляют как бы ее подготовительный этап. Работа над произношением строго дифференцируется в зависимости от формы дизартрии, возраста ребенка, состояния его интеллекта, уровня речевого развития и т.. д. Однако необходимо учитывать и некоторые общие принципы этой работы.

1. Логопед должен помнить, что его основной задачей является развитие речевой коммуникации, а не обучение правильному произнесению звуков. Поэтому работа над звукопроизношением всегда должна облегчать (а не затруднять) речевую коммуникацию и улучшать социальную адаптацию ребенка.

2. С точки зрения общей характеристики заболевания ребенок всегда должен оцениваться комплексно с учетом его двигательного и психического развития, общего прогноза заболевания.

Эти данные необходимо сопоставить с особенностями социального окружения.

3. Важным аспектом работы является формирование мотивов, побуждающих ребенка к преодолению нарушений звукопроизношения.

4. Логопеду необходимо развивать у ребенка дифференцированный звуковой анализ.

5. Важное значение придается усилению перцепции артикуляционных укладов с опорой на зрительно-кинестетические ощущения.

6. Работа над отдельными звуками должна носить последовательный характер. Начинать следует с тех звуков, артикуляция которых у данного ребенка более сохранна... Или выбирают те звуки, которые в определенных условиях, словах или контекстах могут произноситься правильно. Иногда звуки выбираются по принципу более простых моторных координации, но обязательно с учетам структуры артикуляционного дефекта. Из числа дефектных звуков в первую очередь выбираются звуки раннего онтогенеза, т. е. те звуки, которые при нормальном развитии первыми в речи ребенка произносятся правильно.

7 Используется дифференцированный подход к последовательным этапам работы по коррекции неправильно произносимых звуков. Если речь ребенка не понятна окружающим, целесообразно начинать работать с отдельными звуками или со звуками в . слогах. Если речь ребенка относительно понятна и в отдельных словах он может произносить дефектные звуки правильно, логопед проводит работу по коррекции звуков в различных словах. Затем правильное произношение закрепляется в различных контекстах и речевых ситуациях.

8. Необходимо учитывать влияние патологически усиленных позотонических рефлексов на звукопроизношение и предупреждать его отрицательные последствия при помощи специальных упражнений в рефлекс запрещающих позициях.

^Основ^ьши методами кощекции звущпрщщ
ются: двигатель^ слухо-зрительно-кинестетическии.

У детей дошкольного возраста дизартрия обычно сочетается с общим недоразвитие^^ " -^^^^^

Эффективность логопедической работы над звукопроизноше-нием во многом зависит от его правильной оценки. Наряду с применением общепринятой в логопедии методики обследования речи при дизартрии у детей с

церебральным параличом логопед должен обратить внимание'на следующее:

— отметить, имеется ли соответствие между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений звукопроизношения;

– провести подробное фонетическое исследование и дать анализ фонетических нарушений;

– оценить относительную силу и постоянство фонетических нарушений в различных ситуациях речевого общения;

– оценить легкость, с которой неправильное звукопроизношение поддается исправлению;

– выраженность неправильного произнесения каждого звука должна быть оценена в зависимости от его позиции в слове (начальная, средняя, конечная);

– все нарушения звукопроизношения должны быть оценены по трем основным параметрам: искажение, замена, пропуск звука.

Полученные данные полезно сопоставить с общей оценкой тяжести заболевания.

При обследовании речи детей с дизартрией чрезвычайно^важ-но определить их способность дифференцировать сходные ^о звучанию и артикуляции звуки. Ребенку предъявляют серии "пар сходных по изучению слогов. Он повторяет эти слоги. В случае нарушения артикуляции ребенок производит то или иное действие, например, поднимает руку или мяч. Затем рдбе_НКу предъяв-ляются серии сходных по звучанию слов, например: *игла — игра^ рШ — Жйк, рожки — ложки.* Важно также отметить, как ученики дифференцируют на слух дефектно произносимые зву™^101:о-пед умышленно делает в некоторых словах те же ошибки/кото-рые допускХёт^ребенок. Ученик" ^Щрыгами глазами) должен определить, какое слово логопед прощтесин^ерно.

. Далее рёбён^ предлагается прочитать слово или назвать картину ^в пред^гаемом..... щхериаае^шерщтся дефектно произно[1] симые звуки). После этого логопед сразу же два раза произносит эти слова: один раз правильно, другой раз с допущенной ребенком^ошибкой. Ученика спрашивают, какое из произнесений было похоже на его собственное. –

^Щбднэдения доказывают^.,, чтр^многие детет' *^M^opШшЫл щ*р®*№<ш,* достаточно хорошо дифференцируя сходные на слух звуки, испытывают большие затруднения "в процессе сравнения своего собственного произношения со стандартным. Поэтому одна из задач логопедической работы состоит в том, чтобы научить ребенка слушать самого себя, сравнивая свое произношение с общепринятым.^ этой целью полезно проводить специальные занятия. Во время этих занятий логопед произносит со вместно с ребенком ряд звуков. Произносимые ребенком звуки и слова

могут быть записаны на магнитофон. Ребенок повторяем в унисон записанные на магнитофон звуки и слова. Громкость резко усиливается тогда, когда тот или иной звук произносится дефектно.

На следующем этапе работы логопед произносит последовательно несколько звуков, например *мм, лл, бб,* и спрашивает ребенка: «Как ты думаешь, какие из этих звуков ты произносишь неправильно?». Такие упражнения повторяются до тех пор, пока ребенок не научится предусматривать свои ошибки. Затем такие же упражнения выполняются на материале слогов и слов.

Кроме того, выполняются традиционные упражнения по дифференциации сходных по звучанию звуков во фразовой речи, словах, слогах

Речевые нарушения при различных формах детского церебрального паралича

Различная локализация поражения мозга при отдельных формах церебрального паралича определяет специфику нарушений речи. Знание этой специфики позволяет дифференцировать логопедические приемы, что значительно повышает эффективность последних.

Понятие **корковой дизартрии** в современной медицинской и логопедической литературе не определяется одйозначно. Наши наблюдения говорят о том, что очаговые двухсторонние поражения нижнего отдела передней центральной извилины вызывая специфические нарушения артикуляции, могут рассматриваться в рамках одного из вариантов корковой дизартрии. Специфичность нарушения артикуляции при этом варианте корковой дизартрии проявляется в изолированном поражении отдельных мышц артикуляционного аппарата.

Особенности нарушений звукопроизношения также определяются избирательным спастическим парезом речевой мускулатуры. В первую очередь страдают наиболее тонкие изолированные движения. В отношении мышц языка это прежде всего движение кончика языка вверх. В связи с этим более других нарушается произношение переднеязычных звуков, среди которых в первую очередь нарушается произношение какуминальных согласных, образующихся при поднятом и слегка загнутом кверху кончике языка *ш, ж, р.* При тяжелых формах эти согласные отсутствуют вовсе, при более легких заменяются другими переднеязычными согласными, наиболее часто дорсальными, которые образуются при опущенном к нижним зубам кончике языка *с, с\ з, з'*

Достаточно трудными для произношения при этом варианте корковой дизартрии являются апикальные согласные, образующиеся при сближении кончика языка с верхними зубами или альвеолами л.

В некоторых, более легких случаях корковой дизартрии может нарушаться только темп и скорость тонких дифференцированных движений мышц кончика языка. Это проявляется в замедленном произнесении переднеязычных звуков, слогов и слов с этими звуками.

Кроме этого варианта корковой дизартрии, выделяют два других, при которых недостаточность звукопроизношения определяется нарушениями артикуляционного праксиса. В одних случаях имеет место недостаточность кинестетического праксиса. Это наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного (обычного левого) полушария мозга в нижних постцентральных отделах коры. При этом преимущественно нарушается произнесение согласных звуков, особенно шипящих и аффрикатов. Нарушения артикуляции обычно непостоянны и неоднозначны. «Поиск» нужного артикуляционного уклада в момент речи замедляет ее темп и нарушает плавность.

При обследовании артикуляционного праксиса отмечается, что дети с трудом ощущают и воспроизводят определенные артикуляционные уклады. Кроме того, часто наблюдается недостаточность лицевого гнозиса: ребенок затрудняется в четкой локализации точечного прикосновения к определенным участкам лица, особенно в области артикуляционного аппарата.

В других случаях при артикуляционной диспраксии преобладает недостаточность динамического кинетического праксиса. Это также наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного полушария в нижних отделах премоторной области коры. При нарушениях кинетического праксиса также затруднено произнесение сложных аффрикатов, которые могут распадаться на свои составные части, кроме того, наблюдаются замены щелевых звуков на смычные *з — д*, пропуски звуков в стечении согласных. Речь ребенка напряженная, замедленная. При обследовании артикуляционного праксиса отмечаются трудности при воспроизведении серии последовательных движений по заданию (по показу или по словесной инструкции).

Таким образом, выделяют три варианта корковой дизартрии. При первом варианте нарушения звукопроизношения определяются избирательным корковым парезом мышц кончика языка; при втором — нарушениями кинестетического артикуляционного праксиса; при третьем — нарушениями кинетического артикуляционного праксиса.

У детей с церебральным параличом обычно наблюдаются различные сочетания этих трех вариантов корковой дизартрии.

Кроме того, при корковой дизартрии, обусловленной недостаточностью артикуляционного праксиса, нарушения речи обыч-

но не ограничиваются расстройствами только ее фонетической системы. При недостаточности речевых кинестезии нарушается формирование активного и пассивного словаря, грамматического строя речи, часто – письма и чтения.

Артикуляционная гимнастика при корковой дизартрии имеет своей задачей развитие тонких дифференцированных артикуляционных движений, кинестетических ощущений, орального и ручного праксиса. При постановке звуков используется мотор-но-кинестетический метод. Логопед при помощи шпателя или языкового зонда помогает движению языка вверх. По просьбе логопеда ребенок сосредотачивает внимание на ощущении движения и положения языка. Одновременно он видит этот уклад в зеркале и слышит произнесение этого звука логопедом. Затем ребенка просят поместить язык на дно полости рта в нейтральную позицию и повторить предыдущее движение. Постановка переднеязычных звуков при корковой дизартрии обычно начинается с группы твердых переднеязычных (/и, д, л), затем идут наиболее сложные звуки – *р, л* и аффрикаты.

Перед тем как вызвать у ребенка с церебральным параличом указанные звуки, логопед должен выработать у него ощущение кончика языка. Это достигается путем тактильной стимуляции кончика языка шпателем. Затем ребенка просят лизнуть конфету или мороженое. Логопед помещает конфету между зубами ребенка и просит его лизнуть ее кончиком языка.

Если использование указанных приемов оказывается невозможным или если они оказываются недостаточными, то для развития ощущения кончика языка можно рекомендовать капать на него соки, помещать кусочек апельсина или лимона.

После того как у ребенка появится ощущение кончика языка, важно выбрать адекватное положение головы для вызывания этих звуков. Таким положением будет слегка наклоненная вперед голова и язык будет занимать наиболее правильное положение по отношению к зубному ряду.

Если у ребенка выражены патологические тонические рефлексы и двигательные возможности значительно ограничены, используют одну из следующих рефлекс запрещающих позиций:

– положение сидя, ноги свешены через край кушетки, руки опираются об опору и поддерживают туловище. Голова наклонена вперед;

– положение на спине, ноги свешиваются через край кушетки, голова наклоняется вперед логопедом и удерживается в этом положении;

– положение на животе, опора на согнутые локти, голова слегка наклонена вперед и удерживается по средней линии. .

В этих положениях проводится расслабление дыхательной мускулатуры и устанавливается правильный дыхательный ритм. В положении на животе проводятся упражнения по стимуляции мышц мягкого нёба. При необходимости расслабляются мышцы губ. После этого логопед перед зеркалом помогает ребенку воспроизвести уклад для произнесения указанных звуков и произносить вместе с ребенком слоги *да-да-да* или *та-та-та.* Логопед учит ребенка дифференцировать на слух указанные звуки и работает над их автоматизацией в слогах, словах и предложениях. С учащимися используются упражнения не только для устной, но и для письменной речи... Затем эта работа проводится в предложении, стихотворении, пословицах, загадках, скороговорках.

Псевдобульбарная дизартрия возникает при двустороннем поражении двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола, главным образом языкоглоточного, блуждающего, подъязычного... При псев-доульбарной дизартрии имеет место недостаточный объем активных движений мышц артикуляционного аппарата, в тяжелых случаях — почти полное их отсутствие. При нарушении произвольных движений отмечается сохранность рефлекторных автоматических движений, усиление глоточного, нёбного рефлексов, а также сохранение врожденных ротовых рефлексов (поискового, хоботкового, сосательного, ладонно-ротового и других). Характерно наличие синкинезии. Наиболее часто встречающейся синкинезией является дополнительное движение нижней челюсти и нижней губы при попытке поднять кончик языка вверх. Часто наблюдаются оральные синкинезии (любое произвольное движение ребенка сопровождается открыванием рта).

При тяжелой псевдобульбарной дизартрии нарушается произношение всех звуков. При более легких поражениях наиболее сильно нарушается произношение переднеязычных звуков *р,* **л**, **ж**, *ш, ц, ч, д, т.* При этом в отличие от корковой дизартрии, отмечается нарушение произношения большинства переднеязычных звуков. Это сочетается с искажением произношения и других групп звуков, нарушениями дыхания, голоса, интонационно-мелодической стороны речи и часто со слюнотечением.

При нетипичном варианте псевдобульбарной дизартрии наряду с нарушением произношения переднеязычных звуков страдает и произношение смычно-губных звуков. При произнесении этих звуков нужны достаточные мышечные усилия. Это в особенности

относится к двугубным *п, б, м,* язычно-альвеоляр-ным, а также нередко и к ряду гласных звуков. В наибольшей мере это относится к тем гласным звукам, при произнесении

которых необходим достаточный подъем спинки языка вверх *и, ы, у*. В силу паретичности мышц мягкого нёба отмечается в той или иной степени выраженности открытая гнусавость. Ребенок произносит все звуки с носовым оттенком. Мягкое нёбо провисает. Его подвижность при произношении звуков ограничена.

Речь при нетипичном варианте псевдобульбарной дизартрии за счет дополнительных экстрапирамидных влияний медленная, афоничная, затухающая, плохо модулированная. Более выражены гипомимия и амимия лица. Псевдобульбарная дизартрия нередко осложняется нарушением кинестетических ощущений в речевой мускулатуре, что приводит к проявлениям оральной дис-праксии.

При псевдобульбарной дизартрии влияние патологически усиленных позотонических рефлексов на мышечный тонус речевой мускулатуры значительно более выражено, чем при корковой дизартрии. Эта особенность в сочетании с наличием врожденных безусловных ротовых рефлексов и наличием синкинезий определяет *первый принцип логопедической работы* при псевдобульбарной дизартрии – торможение патологической рефлекторной активности в речевой мускулатуре... Для торможения патологических позотонических рефлексов логопедические занятия проводятся в рефлекс запрещающих позициях...

Вторым принципом логопедической работы при псевдобульбарной дизартрии является расслабление скелетной мускулатуры и особенно мышц грудной клетки, шеи, верхних конечностей.

Третьим принципом работы является применение дифференцированного массажа (расслабляющего и укрепляющего, с учетом состояния мышечного тонуса в отдельных мышцах артикуляционного аппарата).

Четвертый принцип – пассивно-активная артикуляционная гимнастика с развитием активных движений и ощущением этих движений.

Логопедическая работа обязательно включает в себя развитие речевого дыхания, интонационно-мелодической стороны речи, фонематического восприятия и слухо-кинестетической интеграции. Логопедическая работа проводится на фоне медикаментозного лечения в едином комплексе лечебно-педагогических кор-рекционных мероприятий.

Нарушения звукопроизносительной стороны речи при гиперкинетической форме церебрального паралича проявляются в виде **экстрапирамидной дизартрии**. Нарушения звукопроизношения при

этой форме дизартрии обусловлены: резким изменением мышечного тонуса по типу ригидности, дистонией или гипотонией;

наличием гиперкинезов; нарушением кинестеетических ощущений и эмоционально-двигательной иннервациш.

Объем движений в мышцах артикуляционного аппарата при экстрапирамидной дизартрии (в отличие от тсевдобульбарной) может быть достаточным. Особые трудности реебенок испытывает при необходимости сохранить артикуляционшую позу. Поэтому при экстрапирамидной дизартрии часто наблюдается кинестетическая диспраксия.

Нарушение мышечного тонуса при этой фюрме дизартрии в значительной степени усугубляется под влшянием позотони-ческих рефлексов, неблагоприятных внешншх воздействий и сильных эмоциональных состояний. Если в спокойном состоянии в речевой мускулатуре отмечается дистсония или гипотония с трудностью удержания артикуляционной позы, то при попытках начать говорить в состоянии эмоционального напряжения наблюдается резкое повышение мгышечного тонуса вплоть до состояния ригидности. Весь язык собирается в комок, подтягивается к корню, резко напрягаемся. В таком состоянии ребенок не может произвольно произнести ни одного звука; иногда он непроизвольно выкрикиваем отдельные заднеязычные звуки *(гы-кы).* Такое же резкое повышение мышечного тонуса может отмечаться в мышцах голосового аппарата, в дыхательной мускулатуре... При мешее выраженных нарушениях мышечного тонуса ребенок говорит. Однако его речь смазанная, невнятная, с гнусавым оттешком. Резко нарушена просодическая сторона речи, ее интонационно-мелодическая структура. Сильно нарушен и темп рэечи. Речь монотонная, однообразная, смодулированная. Во) время высказывания наблюдается постепенное затухание полоса, переходящее порой в неясное бормотание.

Наличие гиперкинезов еще более искажает звукопроизношение и иногда делает его невозможным.

При экстрапирамидной дизартрии отсутствуют стабильные нарушения звукопроизношения. Кроме того, автоматизация звуков происходит с большим трудом. В ряде слгучаев эта форма дизартрии сочетается с кинестетической и кшнетической дисп-раксией.

Наиболее тяжелый характер приобретает эжстрапирамидная дизартрия при осложнении ее стволовой симптоматикой. В этих случаях наблюдается резкое усиление ригидности в речевой и скелетной мускулатуре под влиянием позотонгических рефлексов: мышечный тонус меняется в зависимости о>т положения тела и

головы ребенка. Нарушения звукопроизношешия осложняются за счет бульбарных и псевдобульбарных расстройств. Выражены

тяжелые нарушения дыхания, синкинезии и оральные автоматизмы (насильственные сосательные движения).

Рассмотрим некоторые особенности логопедической работы при этой форме дизартрии.

Логопед должен тесно связывать свою работу с проводимыми в школе занятиями по лечебной физкультуре и общими лечеб-но-коррекционными мероприятиями.

Логопеду необходимо подбирать для ребенка такие позы,? при которых нарушения мышечного тонуса и интенсивность гиперкинезов были бы минимальными. Подбор рефлекс запрещающих позиций дополняется применением специальных приспособлений для фиксации конечностей и головы ребенка. При тяжелой степени заболевания во время логопедических занятий ребенок может лежать, его можно и усадить в специально приспособленное кресло. На спинке этого кресла должен быть смонтирован головодержатель. Стопы фиксируются ремнями или обувью, прикрепленной к специальной тяжелой доске-скамейке. Руки мягкими петлями фиксируются к подлокотникам кресла, туловище – лифом.

Логопед обучает ребенка:

– приемам расслабления с использованием... аутогенной тренировки. На этом фоне ребенок следит за положением рта, языка, общей мимикой своего лица. Кроме того, его учат произвольно закрывать и открывать глаза без общего напряжения и сопутствующих движений;

– умению воспроизводить, удерживать и ощущать различные артикуляционные уклады, переходить от одного уклада к другому;

– произвольному дыханию в определенном ритме, координации между дыхательными движениями, фонацией и артикуляцией, широко используя для этого логоритмику.

На занятиях осуществляется последовательная постановка звуков. Начинают с тех звуков, артикуляционная моторика для производства которых более сохранна. Далее осуществляют автоматизацию звуков в слогах, словах и предложениях.

Определенное внимание уделяется развитию интонационно-мелодической стороны речи.

Проводятся специальные занятия по развитию фонематического слуха в случаях снижения физического слуха...

Мозжечковая система имеет первостепенное значение в развитии равновесия и координации движений. При поражении этой системы отмечается нарушение мышечного тонуса по типу ги-

потонии и недоразвитие основных локомоторно-статических функций... за счет несформированности реакций равновесия и координации движений. Нарушение координации в речевой мус

кулатуре проявляется в виде асинхронное™ артикуляции, фонации и дыхания, что составляет основу дефекта при мозжечковой дизартрии. В этих случаях речь носит скандированный характер. Тонус в артикуляционной мускулатуре понижен; губы и язык гипотоничны, язык тонкий, распластанный в полости рта, под вижность его ограничена. Темп движений замедлен; отмечается трудность удержания артикуляционных укладов; мягкое нёбо пассивно провисает; жевание ослаблено; мимика вялая. Движения языка неточные с проявлениями гипер- или гипометрии. При тонких целенаправленных движениях может отмечаться тремор языка.

При мозжечковой дизартрии прежде всего нарушается произнесение тех звуков, которые могут быть воспроизведены при наличии достаточно четких и сильных артикуляторных движений. Кроме того, для нормального произнесения этих звуков необходима совместная работа различных групп мышц. При этой форме дизартрии нарушено произношение переднязычных, губных, взрывных и многих других групп звуков. Ввиду паретичности мышц мягкого нёба выражена нозализация большинства звуков. Характерны слабость проприоцептивных ощущений в речевой мускулатуре и различные нарушения орального праксиса.

Основными разделами логопедической работы являются: выработка синхронности артикуляции, дыхания и фонации; развитие соразмерности и точности артикуляционных движений; усиление проприоцептивных ощущений и развитие речевого праксиса; речевая игротерапия, логоритмика, пение.

Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В.. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. — М., 1977.

М. В. Ипполитова

Характеристика звукопроизносительной стороны речи у учащихся с церебральным параличом

Отечественные и зарубежные исследователи отмечают, что при детском церебральном параличе наряду с нарушениями опорно-двигательного аппарата часто отмечаются разнообразные

речевые нарушения... При изучении речевых нарушений у детей с церебральным параличом на первоначальном этапе авторы Лишь констатировали их наличие... В дальнейшем исследователи стали не только констатировать наличие дефектов речи, но и делать

попытки определить механизмы, обусловливающие причину отклонений в речевом развитии. Н. Гутцман провел исследование речи детей с детским церебральным параличом и впервые констатировал, что нарушение речи у них обусловлено псевдобуль-барным параличом. А. Оппенгейм, обследуя двух детей, у которых нарушения речи были обусловлены псевдобульбарным параличом, выявил наличие у них атетоидных гиперкинезов как в речевой, так и в общей моторике.

На следующем этапе изучения детского церебрального паралича исследователи выделяли псевдобульбарный симптомоком-плекс и объясняли причины его возникновения поражением полосатого тела мозга, проявляющимся не только в парезах и атетозах, но и в других экстрапирамидных расстройствах (Фог и Оппенгейм).

Позднее при характеристике речевых нарушений у детей с детским церебральным параличом ученые (например, М. Я. Брей-тман, М. С. Маргулис, В. А. Муратов) уже вводят понятие дизартрии, обозначая им нарушения звукопроизношения. Нарушения звукопроизносительной стороны речи у детей с церебральным параличом, обусловленные внутриутробным или родовым поражением мозга, выявил еще В. Литтль, который писал, что «мышцы речи также обычно поражены, и расстройства речи наблюдаются от простой неясности в произношении некоторых букв до полной потери членораздельной речи. Часто речь тяжеловесна и замедленна, как и другие волевые акты. Глотание часто затруднено в первые месяцы жизни, и только по истечении долгого времени ребенок научается не давать слюне вытекать изо рта и проглатывает ее».

В результате многолетних исследований особенностей речевого развития детей с церебральным параличом было установлено, что ведущим дефектом их речевой патологии являются дизартрии. Были выделены и описаны разные формы и степень выраженности этих нарушений...

Комплексные исследования, проведенные в лаборатории обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата НИИ дефектологии АПН СССР М. В. Ипполито-вой, Н. Н. Малофеевым, Е. М. Мастюковой, Н. В. Симоновой, Л. Б. Халиловой, обнаружили разнообразные речевые нарушения у большинства (75–80%) учащихся с церебральным параличом. Исследования, основанные на системном подходе к изучению

речевой функции, позволяют рассматривать речевые нарушения в аспекте их структурной и семантической целостности.

У большинства учащихся отмечается своеобразие формирования словарного запаса, что находит выражение в употреблении

одних и тех же слов для обозначения предметов и действий с ними, в отсутствии ряда слов-названий, в несформированности многих родовых, видовых и обобщенных понятий. Особенно ограничен у них запас слов, обозначающих признаки и качества предметов, а также различные виды действий с ними. Такое своеобразие обусловлено основным заболеванием детей – двигательными нарушениями, которые не позволяют детям свободно передвигаться и действовать с предметами, ограничивают их общение с окружающим миром.

Хотя большинство учащихся с детским церебральным параличом пользуются к началу обучения фразовой речью, она у них бедна, состоит из двух-трех слов. Отмечается отсутствие предлогов, искажение предложно-флективных отношений, отображающих различное расположение предметов в пространстве и во времени.

У детей отмечается неумение правильно применять глаголы в возвратной форме, в различных временах, затруднения в употреблении предложений со сравнительными оборотами и наречиями, обозначающими разную меру и полноту действий.

Специфика заболевания определяет в значительной степени и своеобразие развития понимания речи у детей с детским церебральным параличом. Это своеобразие проявляется в недостаточном понимании многозначных слов, в трудностях различения синонимов, антонимов, значений причастий и деепричастий, в понимании предложно-флективных отношений и предложных конструкций, содержащих слова, выражающие пространственно-временные отношения.

Развитие всех сторон устной речи детей с детским церебральным параличом является необходимой предпосылкой успешного усвоения программного материала по основным предметам. Недостаточность и бедность словарного запаса, непонимание отдельных грамматических форм и выражений вызывают затруднения в осмыслении учебных текстов, арифметических задач, художественных произведений.

Исследование показало, что наиболее часто нарушения звукопроизношения при спастической диплегии связаны с псевдобульбарной дизартрией. Псевдобульбарная дизартрия возникает при поражении двигательных корковоядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола. Для псевдобульбарной дизартрии характерно повышение или понижение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре. Обследование состояния движений артикуляционного аппарата позволило

выделить несколько групп детей. У детей первой группы отмечалось разной степени выраженности слюнотечение, снижение

объема и амплитуды, а также скорости всех движений мышц губной, язычной мускулатуры, ослабление силы голоса, речевого вдоха и выдоха. Выпадение или ослабление иннервации черепно-мозговых нервов было различным, но чаще всего выпадали боковые движения языка и загибание кончика языка на верхнюю губу. Почти все дети не умели выполнить дорсальную позицию языка, а какуминальную выполняли не с полным загибанием краев языка, иногда вообще без поднятия боковых краев, а лишь с оттягиванием языка вглубь и в этом положении пытались произносить шипящие звуки. Включение вдоха во время речи у детей было затруднено, что снижало плавность речевого дыхания и создавало вынужденные остановки в речи.

Голос у детей во время речи был тихий, истощающийся, с плохой модуляцией. Вне'речи в аффективных реакциях крики детей были гораздо лучшими по акустическим проявлениям — голос чистый, звонкий, с модуляционными переходами.

Характер движений мышц артикуляционного аппарата имел следующие особенности:

1. Включение в движение и переключение движений обычно плавное, но с некоторым увеличением латентного периода.

2. Включение в движение вызывает не очень сильно выраженные синкинезии головы и конечностей.

3. Движение может полностью отсутствовать при произвольных попытках, но присутствует при безусловно-рефлекторных актах.

4. Объем движений неполный, амплитуда всегда снижена, движения асимметричны.

5. Истощаемость мышц.

6. Пассивные движения удаются легко.

7 При фиксации на движениях и при их повторении резко увеличивается слюнотечение.

При проверке выполнения фонетических позиций, необходимых для артикулирования целых групп звуков, оказалось, что эти дети не смогли выполнить целый ряд заданных позиций... У детей слабо выражена лабилизация, отмечается ненужная назализация при произнесении почти всех звуков. Большая часть детей «искали» требуемую траекторию движения многими промежуточными движениями. В речи гласные звуки произносились ус-редненно, причем смычные согласные лучшие аффрикат, щелевых, сонор. Звукопроизношение в изолированном повторении было лучшим, чем в самостоятельной речи, многие звуки смешивались, не все были автоматизированны. Было выявлено значительное

количество ошибок дифференциации звуков по глухости-звонкости, мягкости-твердости.

Дети этой группы обнаруживали затруднения в речевом общении. Почти все они быстро уставали от речевой нагрузки, их речевая активность была выражена непостоянно и быстро истощалась. Речевое общение детей было выражено минимально, они мало задавали вопросов, особенно познавательного характера. Следовые речевые реакции у них быстро стирались, им необходимо было повторять многократно объясняемый материал. Словарный запас детей не был широк по всем темам, в основном ограничивался рамками бытовой обстановки, школы. Сложноподчиненные конструкции описательной речи обнаруживались у отдельных детей.

У детей второй группы псевдобульбарная дизартрия была обусловлена в основном парезами мышц артикуляционного аппарата. У этих детей наряду с нарушением произношения переднеязычных звуков страдало произношение и смычно-губных звуков, требующих достаточных мышечных усилий, особенно двугубных (я, *б, м),* язычноальвеолярных, а также нередко и ряда гласных звуков, особенно тех, которые требуют достаточного подъема спинки языка вверх (и, ы, *у).* В силу паретичнос-ти мышц мягкого нёба отмечалось резкое ограничение движений, поэтому ребенок все звуки произносил с носовым оттенком. Речь медленная, афоничная, затухающая, плохо модулированная.

Среди учащихся специальных школ со спастической формой церебрального паралича выделяется группа детей, у которых в основе нарушений звукопроизношения лежит недостаточность кинестетического восприятия позы и движения мышц артикуляционного аппарата. Произношение звуков характеризуется рядом особенностей: при этом искажается произнесение звуков, близких по месту артикуляции... Характерной особенностью звукопроизношения является искажение и замена аффрикатов. При произнесении этих звуков дети как бы расчленяют звук на составные части...

Искажения и замены звуков отличаются непостоянством: например, затруднялись произвести самостоятельно серию движений языком и губами для произнесения заданных звуков, ребенок может эти звуки воспроизвести правильно на основе использования зрительного анализатора, т.е. по показу, по подражанию. При этом отмечалось, что в словах звуки могут произноситься более правильно, чем в отдельных бессмысленных слогах. У детей указанной группы не всегда своевременно подключается голос к произнесению звуков. Кроме того, у этих учеников проявляется

определенный латентный период для включения в речевую деятельность.

Выделяется группа учащихся со спастической формой церебрального паралича, у которых отмечается недостаточность тонких изолированных движений мышц артикуляционного аппарата, особенно языка. Поэтому наиболее грубо у них страдает произнесение переднеязычных звуков, особенно какуминальных согласных (**ш**, ***ж, р***), при образовании которых язык поднят кверху, слегка загнут с боков (так называемая «чашечка»)... Почти у всех детей этой группы отсутствует произнесение звуков **л**, ***р***.

Среди обследованных детей с гиперкинетической формой детского церебрального паралича нарушения речи по типу дизартрии были обнаружены у всех детей. Расстройства звукопроизно-сительной стороны речи у них определяются в основном наличием гиперкинезов в мышцах артикуляционного аппарата.

В речевой мускулатуре гиперкинезы не всегда проявляются с такой же интенсивностью, как в общей моторике, но характер гиперкинезов один и тот же. Степень выраженности гиперкинезов в речевом аппарате отличается непостоянством, зависит не только от эмоциональных нагрузок, но и длительности речевого общения.

Различают следующие виды гиперкинезов в речевой мускулатуре: ***хореиформный, атетоидный, хореатетоидный.***

При атетоидном гиперкинезе, при сильно выраженных тонических расстройствах управления (по типу ригидности) речевой процесс детей был сильно нарушен, порой речь детей воспринимать, как понятную, без специального прослушивания, переспрашивания, было невозможно. При хореиформном гиперкинезе дети могли выполнить почти все задания, выявляющие подвижность мышц речевого аппарата. Интенсивность гиперкинеза не оказывала заметного влияния на возможность выполнить движение. Качество же выполнения было, естественно нарушенным, однако амплитуда движения и объем движений в целом были сохранны. Но при включении в речевой процесс наблюдалась рассогласованность мышц артикуляционного аппарата и дыхательно-фона-торного процесса.

При чистом хореиформном гиперкинезе дети умели воспроизвести все артикуляционные позиции и воспроизвести дифференциальные артикуляционные признаки фонем, поэтому мы не наблюдали у них замен и пропусков букв.

Атетоидный гиперкинез проявлялся в постоянном чередовании разгибательных и сгибательных движений головы, в смещении

нижней челюсти, языка, губ. В верхней мимической мускулатуре отмечались насильственные движения надбровья и круговой мышцы глаз – брови поднимались и чуть сдвигались, появлялись как-будто гримасы боли, удивления. При сильно

выраженной ригидности в мышцах плечевого пояса, шеи и мимической мускулатуры наблюдалось слюнотечение, но не сильно выраженное. При произвольных речевых попытках гиперкинез усиливался, что вторично затрудняло установление речевого контакта.

Характер движений мышц речевого аппарата при гиперкинетическом синдроме имеет следующие особенности:

1. Скорость включения в движение зависит от характера гиперкинеза: при атетоидном гиперкинезе значительно увеличивается латентный период включения в речь, при хореическом он почти в пределах нормы.

2. При атетоидном гиперкинезе целый ряд движений является недоступным ребенку, но ученик всегда делает попытки выполнить движение длительно, сосредоточенно, как можно лучше. Отсутствует движение поднятия кончика языка на верхнюю губу, поэтому дорсальная и какуминальная позиция недоступны, так как язык сильно напряжен и ротирован. При хореиформном гиперкинезе движения несколько затруднены, но доступны.

3. При выполнении артикуляционных движений наблюдается увеличение гиперкинезов.

4. Амплитуда движения при хореиформном гиперкинезе непостоянная, при атетоидном гиперкинезе – амплитуда неполная.

5. Фиксация движения очень ограничена.

Характерной чертой проявления нарушений звукопроизношения при гиперкинетической форме церебрального паралича является расстройство мышечного тонуса в речевой мускулатуре.

Меняющийся характер мышечного тонуса при экстрапирамидной дизартрии, большая его зависимость от внешних влияний, произвольных движений, эмоционального состояния учащегося, положения его тела и головы определяли особенности нарушенного звукопроизношения у этих детей. Было характерно отсутствие стабильности артикуляционных нарушений, непостоянство нарушений фонетической стороны речи. Если в спокойном состоянии в речевой мускулатуре отмечается дистония с трудностью удержания какой-либо артикуляционной позы, то при попытке к речи наблюдается повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре. Тонические мышечные нарушения могут распространяться и на дыхательную мускулатуру, и на мышцы гортани, обусловливая своеобразные расстройства голосообразования и дыхания у этих детей. Поэтому произвольное подключение голоса всегда затруднено, проходит определенный латентный пери-

од между беззвучной артикуляцией и ответом ребенка, но речь его смазанная, невнятная, голос с гнусавым оттенком.

Следующей особенностью звукопроизношения является нарушение эмоционально-двигательной иннервации, что проявляется в расстройствах так называемой просодической стороны моторной речи. При этом страдает не столько артикуляция, сколько мелодия, темп речи, возможность говорить медленно или быстро, нарушается интонация. Эмоциональный оттенок речи утрачивается, речь делается монотонной, однообразной, смодулированной. Во время фразовой речи происходит ее постепенное затухание.

Голос у этих детей прерывистый, при хореическом гиперкинезе вибрирует, при атетоидном напряжен и сдавлен. Темп речи более сохранен при хореическом гиперкинезе и очень замедлен при атетоидном. Модуляций почти нет при атетоидном гиперкинезе, вследствие чего отсутствует интонационная выразительность речи.

Особенностью нарушений звукопроизносительной стороны речи учащихся с гиперкинетической формой церебрального паралича является трудность автоматизации или введения поставленного звука в речь. Это обусловлено затруднениями при переключении от одной артикуляции к другой, при переходе от звука к звуку, от слова к слову...

Выявленные особенности звукопроизносительной стороны речи и механизмы, их обусловливающие, позволили совершенствовать комплексную систему мероприятий по коррекции недостатков речевого развития учащихся с детским церебральным параличом.

В основу коррекционной работы положен синтетический подход, предусматривающий принцип системного подхода к характеру нарушений звукопроизносительной стороны речи, принцип формирования коммуникативной функции речи как результата психической деятельности учащихся, принцип деятельностного подхода к развитию речи, принцип поэтапного формирования всех сторон речи.

Коррекция дефектов звукопроизношения осуществляется с учетом характера и структуры нарушений у каждого учащегося. Постановка звуков проводится в тесном единстве с формированием зрительного и слухового восприятия, развитием фонематического слуха и звукового анализа, пространственной ориентацией и зрительно-моторной координацией. Особое внимание уделяется воспитанию кинестетических ощущений и самоконтроля при формировании необходимого артикуляционного уклада...

Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом. / Под ред. U. В. Ипполитовой. — М., 1989.

Е. Ф. Архипова

Четыре уровня доречевого развития детей с детским церебральным параличом

Все дети в зависимости от уровня развития их голосовой активности могут быть отнесены к четырем группам, которые соответствуют четырем уровням доречевого развития.

1 уровень – отсутствие голосовой активности.

Характеристика голосовой активности, функции общения. Голосовая активность детей проявляется только в плаче и крике. Голос детей с церебральным параличом тихий, слабый, смодулированный, быстро истощающийся. По крику нельзя определить состояние ребенка и его желания. Дифференцированной голосовой активности нет – дети не гулят. Период бодрствования короткий, на его фоне возникают отрицательные реакции. Эмоциональное общение с окружающими у детей выражено слабо. Улыбка недостаточно выразительна или вообще отсутствует.

Характеристика сенсорного развития. Фиксация взора на предметах и игрушках слабо выражена. Прослеживание движущегося оптического объекта фрагментарно. Акустическая установка на звуковые раздражители снижена.

Характеристика ориентировочно-познавательной деятельности. Оптические и слуховые раздражители вызывают защитно-оборонительные реакции в виде вздрагивания, плача. Имеющиеся у некоторых детей ориентировочные реакции носят слабо выраженный познавательный характер.

Характеристика двигательного развития. Положение тела детей вынужденное, отсутствуют произвольные движения. Дети не удерживают голову, не могут повернуть ее в какую-либо сторону при прослеживании за движущейся игрушкой. Функции рук не развиваются.

Характеристика артикуляционного аппарата, голоса и дыхания. У детей с церебральным параличом изменения мышечного тонуса губ, языка проявляются в паретичности, спастичности, дисто-нии или гиперкинезах. Нарушение подвижности губ и языка затрудняет процессы сосания и глотания. Нередко отмечается подтекание молока из углов губ или носа. Лицо амимичное. Иногда нарушается дыхание: оно поверхностно, аритмично, асинхронно с сосанием.

2 уровень – наличие недифференцированной голосовой активности.

Характеристика голосовой активности и функции общения. С детьми возможно установить эмоциональный контакт, вызвать у них улыбку и оживление. Общение детей осуществляется посредством недифференцированных движений тела, головы, сопровождающихся неорганизованной вокализацией, что соответствует раннему доязыковому уровню развития общения нормальных детей. Дети издают недифференцированные звуки как спонтанно, так и отраженно, но певучего гуления нет. Детям доступно нечеткое произношение гласных звуков о, э, ы. Их крик не является средством выражения своих состояний и желаний. Голос смодулированный. В целом период бодрствования у них протекает вяло.

Характеристика сенсорного развития. Ярко выражены недостаточность зрительного внимания, ограничение полей зрения, косоглазие; слуховое внимание на голос и речь также снижено. Иногда отмечается повышенная чувствительность на любой слуховой раздражитель, которая находит свое выражение в защитных реакциях в виде плача и вздрагивания.

Характеристика ориентировочно-познавательной деятельности. Ориентировочные реакции на внешние раздражители возникают при условии постоянной стимуляции ребенка. Дети равнодушны к игрушкам, не обнаруживают адекватной реакции на новую ситуацию. Познавательная деятельность развита слабо, эмоциональные реакции бедные.

Характеристика двигательного развития. Произвольная моторика крайне ограничена. Дети слабо удерживают голову, кисти рук в порочных положениях. У них начинает развиваться зрительно-моторная координация, они тянутся к игрушкам, но захват удается после многократных попыток. Манипулятивная деятельность отсутствует. При попытках посадить их дети не удерживают вертикального положения тела в специальном стуле.

Характеристика артикуляционного аппарата, голоса и дыхания. Нарушения функций мышц языка приводят к формированию его патологической формы. Наличие оральных синкинезий затрудняет произвольные движения языка и губ. Изменения тонуса мышц органов артикуляции проявляются в виде спастичности, паретичности, дистонии. Голос детей слабый, смодулированный. Дыхание в ряде случаев стридорозное. Выражена псевдобульбарная симптоматика.

3 уровень – гуление. Этот уровень у детей с церебральным параличом в форме спастической диплегии характеризуется неравномерностью развития сенсорного восприятия, зрительно-мо-

торной координации, ориентировочно-познавательной деятельности, эмоциональной сферы и звукового общения с окружающими.

Характеристика голосовой активности и функции общения. С детьми легко устанавливается эмоциональный контакт, они реагируют на интонации голоса человека. У них ярко выражены «комплекс оживления» и направленность на общение со взрослыми. Крик детей на этом этапе уже является средством выражения состояний, желаний и, следовательно, средством общения с людьми. Спонтанно и по подражанию дети произносят звуки гуления: длительные по звучанию гласные, губные и гортанные согласные звуки в сочетании с гласными *(бу, пу> ма, ха, ка).* В гулении появляются аутоэхолалии, т. е. самоподражание при гулении.

Характеристика сенсорного развития. У детей появляются дифференцированные зрительные и слуховые реакции: они узнают мать, отличают знакомых людей от незнакомых, их голоса. Трудности восприятия сильно ограничивают возможности познавательной деятельности детей.

Характеристика ориентировочно-познавательной деятельности. Дети проявляют интерес к окружающему, обращают внимание на яркие игрушки, могут совершать с ними элементарные манипуляции. Дети эмоциональны, активны, различают некоторые речевые инструкции в конкретной ситуации.

Характеристика двигательного развития. У детей, находящихся на этом уровне, развивается зрительно-моторная координация. Они могут захватить игрушку, совершить с ней примитивные манипуляции, но их движения ограниченны, напряжены, крайне неловки; игрушки часто выпадают из рук. Дети в состоянии удержаться в вертикальном положении в специальном стуле, но самостоятельно не сидят и не стоят.

Характеристика артикуляционного аппарата, голоса и дыхания. Становится сильно заметной псевдобульбарная симптоматика, проявляющаяся в нарушениях голоса, дыхания, процесса кормления. Часто проявляются такие патологические симптомы артикуляционного аппарата, как спастичность, паретичность, дис-тония, гиперкинезы языка, оральные синкинезии. Подвижность языка, губ значительно ограничена.

4 уровень – лепет. У детей обнаруживаются диспропорции в развитии отдельных функций; так, уровень развития эмоциональной сферы намного опережает уровень двигательного и речевого развития.

Характеристика голосовой активности, функции общения. Средствами общения с окружающими являются выразительные движения головы и глаз, мимика, модулированный крик, лепет, уп-

рощенные слова. Лепет характеризуется бедностью звуков и представляет собой сочетание губных согласных с нечеткими гласными звуками. Слогового лепета, как правило, не отмечается.

Спонтанный лепет наблюдается редко, чаще возникает отраженный, односложный лепет. Аутоэхолалии в лепете выражены крайне слабо. Имеющиеся простые лепетные слова произносятся редко, после длительной стимуляции. Потребность речевого общения у детей выражена слабо, речевая активность низкая. Дети хорошо понимают обращенную речь: как простые ситуативные инструкции, так и сложные двух-трехступенчатые задания.

Характеристика сенсорного развития. Нарушения зрительного восприятия, связанные с косоглазием, ограничением полей зрения и т.п., приводят к трудностям фиксации взора на предмете. Однако высокий уровень психической активности детей способствует тому, что они приспосабливаются к «недостаткам» зрительного анализатора (рассматривают игрушку, повернув голову в сторону так, чтобы можно было фиксировать ее взором и т.д.). Нарушения'слухового восприятия проявляются в снижении слухового внимания на речь, в трудностях локализации звука, речи. Все эти сенсорные нарушения задерживают темп психического развития детей.

Характеристика ориентировочно-познавательной деятельности. Дети отличаются высокой активностью познавательной деятельности, устойчивостью внимания. Они заинтересованы в эмоциональном контакте; их эмоции носят дифференцированный характер. Дети проявляют живой интерес ко всему окружающему, длительно используют игрушку. У некоторых детей начинает развиваться предметная деятельность, но тонкие ручные движения у них отсутствуют. Уровень развития импрессивной речи значительно опережает уровень развития экспрессивной речи, а в ряде случаев даже приближается к возрастной норме.

Характеристика двигательного развития. Дети могут сидеть в специальном стуле, держать голову, брать игрушки и манипулировать ими, но при этом часто отмечаются атаксия, гиперкинезы в руках, дизметрии, порочные положения кистей рук и пальцев. При помощи взрослых дети могут стоять и преступать у опоры, но положение ног при этом порочное. При поддержке за обе руки дети переступают, но часто с перекрестом ног. Некоторые дети могут самостоятельно сидеть.

Характеристика артикуляционного аппарата. Патологическое состояние артикуляционного аппарата проявляется в изменении мышечного тонуса губ, языка, гиперкинезах языка, что приводит к ограничению их подвижности, отсутствию произвольных артикуляционных движений и к другим изменениям. Почти у всех

детей имеет место повышенная саливация и псевдобульбар-ные явления, выраженные в большей или меньшей степени. У всех детей отмечаются слабость кусания и жевания.

Таким образом, изучение детей с церебральным параличом позволило обнаружить у них нарушения голоса, преимущественно его интонационных особенностей. Что касается гуления, то время его появления часто соответствует возрастной норме, но дальнейшее развитие гуления у детей с ДЦП происходит иначе, чем у их здоровых сверстников: слабо выражено отраженное гуление и самоподражание, отсутствует певучесть звуков. Крик детей длительное время не является средством общения в силу недоразвития интонационно-выразительной системы речи в целом. Лепет у большинства детей возникает поздно и характеризуется бедностью звукового состава, отсутствием модуляции голоса, слоговых рядов. Звуковая активность крайне низкая. Дети предпочитают общаться криком, мимикой, жестом. В большинстве случаев в лепете не прослеживается последовательности этапов, характерных для здорового ребенка. Первый этап развития лепета у детей с церебральным параличом выражен крайне слабо. Далее у них не формируется механизм аутоэхалалии, т.е. самоподражания. И, наконец, физиологические эхолалии, слоговой лепет, что соответствует третьему этапу развития лепета, появляется поздно и в искаженном виде. Двигательное развитие детей, страдающих церебральным параличом, грубо нарушено; это препятствует процессу становления их восприятия. Хватательная и манипулятивная функции рук также недоразвиты.

Сенсорные нарушения, проявляющиеся в недостаточности зрительного, слухового и кинестетического анализаторов, задерживают развитие познавательной деятельности.

У подавляющего большинства детей отмечается патология артикуляционного аппарата; изменен мышечный тонус, нарушена подвижность языка и губ, наблюдаются гиперкинезы языка и т. д. В результате этого артикуляционный аппарат детей не готов к звукопроизношению. Речедвигательный и речеслуховой анализаторы отстают в своем развитии...

Коррекционно-педагогическая работа с детьми с церебральным параличом в доречевой период

Целью коррекционно-педагогической работы является последовательное развитие функций доречевого периода, обеспечивающих своевременное формирование речи и личности ребенка...

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы являются следующие:

нормализация состояния и функционирования органов артикуляции посредством дифференцированного и точечного массажа, артикуляционной гимнастики;

развитие зрительного и слухового восприятия; развитие эмоциональных реакций; развитие движений руки и действий с предметами; формирование подготовительных этапов развития понимания речи;

развитие подготовительных этапов формирования активной речи.

Эти направления видоизменяются в зависимости от возраста ребенка, уровня его развития и его возможностей. ----

Основной задачей коррекционно-педагогической работы с детьми, находящимися **на 1 доречевом уровне развития**, является стимуляция голосовых реакций.

Основные направления коррекционно-педагогической работы:

нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;

вокализация выдоха;

развитие «комплекса оживления» с включением в него голосового компонента;

стимуляция голосовых реакций;

развитие зрительной фиксации и прослеживания;

выработка слухового сосредоточения;

нормализация зрительно-моторной координации...

Осовной задачей коррекционно-педагогической работы с детьми, находящимися **на 2 доречевом уровне развития**, является стимуляция гуления.

Основные направления коррекционно-педагогической работы:

нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;

увеличение объема и силы выдоха с последующей вокализацией, стимуляцией гуления;

развитие устойчивости фиксации, плавности прослеживания;

формирование умения локализовывать звуки в пространстве и воспринимать различно интонируемый голос взрослого;

развитие хватательной функции рук.

Основной задачей коррекционно-педагогической работы с детьми, находящимися **на 3 доречевом уровне развития** является стимуляция интонированного голосового общения и лепета.

Основные направления коррекционно-педагогической работы:

нормализация мышечного тонуса и моторики артикуляционного аппарата;

выработка ритмичности дыхания и движений ребенка;
стимуляция лепета;

формирование положительного эмоционального отношения к занятиям;

выработка зрительных дифференцировок;

стимуляция кинестетических ощущений и развитие на их основе пальцевого осязания;

выработка акустической установки на звуки и голос;

развитие слуховых дифференцировок;

формирование подготовительных этапов понимания речи.

Основной задачей коррекционно-педагогической работы с детьми, находящимися на 4 уровне доречевого развития, является развитие общения со взрослыми посредством интонационных звуков лепета и лепетных слов.

Основные направления коррекционно-педагогической работы:

нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;

увеличение силы и длительности выдоха;

стимуляция физиологических эхолалий и лепетных слов;

развитие манипулятивной функции рук и дифференцированных движений пальцев рук;

формирование понимания речевых инструкций в конкретной ситуации...

Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). — М. 1989. - С. 15-32.

Е. Н. Винарская

Современное состояние проблемы дизартрии

Понятие дизартрии. Дизартрические расстройства речи наблюдаются часто при самых различных в топическом плане очаговых поражениях мозга (коры левого, а также правого полушарий, проводящих систем семиовального центра, подкорковых ганглиев, диэнцефальной области, четверохолмия, моста, продолговатого и спинного мозга). Однако клиницисты уделяют этому вопросу сравнительно мало внимания. Нозологическая и топическая дифференциальная диагностика дизартрии проводится обычно по совокупности сопутствующих неврологических симптомов (это положение подчеркивал, например, М. С. Маргулис, 1926)

Рассмотрим, как формировались представления о сущности понятия дизартрии и о ее месте среди других речевых расстройств.

В одной из первых классификаций речевой патологии *(Kussmaul,* 1879) все расстройства артикуляции были выделены в отдельную

группу и обозначены термином «дизартрия». Но уже в 1888 г. *Gowers* подразделил дизартрические расстройства речи на церебральную и бульбарную формы. В дальнейшем не раз делались попытки дать более подробные нейроанатомические классификации дизартрии. Примером может служить классификация *froeschels* (1943), который выделил четыре формы дизартрии: пирамидную, экстрапирамидную, лобно-понтинную и церебел-лярную.

Однако малая изученность вопроса привела к тому, что ней-роанатомический принцип классификации дизартрии не всегда строго выдерживался. Так, *Brain* (1948) наряду с дизартриями, обусловленными очаговыми поражениями центрального двигательного нейрона, периферического двигательного нейрона и полосатого тела, выделяет также координаторную и миопатичес-кую дизартрии.

Одной из самых подробных классификаций дизартрии преимущественно по нейроанатомическому принципу является классификация *Peocher* (1948), согласно которой выделяются следующие формы дизартрии:

– корковая;

– субкортикальная (при хорее, атетозе, поражении шара, поражении головки хвостатого тела, постэнцефалитическом паркинсонизме, болезни Паркинсона);

– педункулярная;

– супрануклеарная (псевдобульбарная);

– бульбарная нуклеарная;

– церебеллярная;

– диэнцефальная;
мезэнцефальная;

– периферическая, связанная с поражением черепных нервов;

– дизартрия, связанная с расстройствами глубокой чувствительности;

– дизартрия при диффузных поражениях мозга (токсикозы, постконтузионные состояния);

– дизартрия при эпилепсии;

– дизартрия при миастении;

– дизартрия при субкортикальной экспрессивной афазии (ап-раксическая).

Автор этой классификации отдает себе отчет в ее несовершенстве, что обусловлено в первую очередь нечеткостью самого термина «дизартрия». Клиническое понятие дизартрии значитель-

но шире значения самого термина. Термин должен означать только дефекты артикуляции при периферическом или центральном поражении нервной системы, однако в клинической практике

он применяется ко всем моторным нарушениям речи *(Peacher,* 1950).

Не все перечисленные этим автором формы дизартрии относятся к расстройствам артикуляции, нередко они оказываются дефектами голосообразования, речевого дыхания, просодической организации речи: ритмической, темповой, мелодической и пр. В строгом смысле слова эти нарушения следовало бы назвать дисфониями, диспневмиями, диспрозодиями. Однако в клинической литературе эти термины употребляются мало, и врач, как правило, пользуется неточным, но устоявшимся термином «дизартрия».

Некоторые авторы полагают, что при современном состоянии проблемы не следует идти по линии выделения большого числа форм дизартрии на основе еще плохо изученных клинико-анато-мических корреляций. Этим авторам кажется более важным подчеркнуть некоторые другие стороны вопроса. Так, *Euriere, Terracol et Goben* (цит. по *Grewell,* 1957) различают чистые дизартрии и дизартрии ассоциированные, при которых моторные расстройства речи комбинируются с нарушениями процессов внимания и памяти. Среди чистых дизартрии ими выделяются лишь три подгруппы, обусловленные поражением периферического двигательного нейрона, поражением центрального двигательного нейрона, и различные другие дизартрии, в основе которых лежат дистонии, координаторные расстройства и пр.

Grewell (1957) подчеркивает первостепенную важность умения отличать прежде всего языковые расстройства (афазии) от расстройств говорения или, другими словами, от расстройств технических функциональных средств, с помощью которых категории языка реализуются в акте речи. В своей классификации речевых расстройств *Grewell* указывает на место дизартрии среди других нарушений процесса говорения:

– дизартрии – нарушения, обусловленные органическими поражениями центральной или периферической нервной системы;

– дислалии – нарушения артикуляции в связи с анатомическими дефектами периферического речевого аппарата;

– физиологическое косноязычие – как задержка речевого развития;

– вторичные расстройства говорения (в том числе артикуляции) в связи с тугоухостью;

– психические расстройства речи (заикание и др.).

Таким образом, для *Grewell* дизартрии – это расстройства говорения вследствие различных очаговых поражений мозга, поэтому они включают в себя расстройства не только артикуляции,

но и речевого дыхания, голосообразования и просодии. Расстройства артикуляции, обусловленные факторами, лежащими вне моторного аппарата мозга, по мнению этого автора, к дизартри-ям не относятся.

Еще более ограничивает содержание понятия «дизартрия» *Ifarard Hugot* (1964). К дизартриям он относит нарушения артикуляции, обусловленные расстройствами общей моторики пирамидного, экстрапирамидного или церебеллярного характера. Расстройства специальной речевой моторики, развивающейся у человека параллельно с формированием категорий языка, автор исключает из числа дизартрических и обозначает анартрией.

В советской литературе вопрос о дизартрии также мало разработан. М. С. Маргулис (1926) относил к дизартрии все двигательные расстройства речи за исключением тех, которые связаны с поражением «кортикальной области двигательных образов слова» и которые проявляются в клинике моторной афазией и ап-раксией. Все дизартрии он подразделил на бульбарную и церебральную формы, при этом церебральная делилась им на кортикальную и субкортикальную. К последней М. С. Маргулис относил разные варианты капсулярных, экстрапирамидных и мозжечковых дизартрии.

Л. Б. Литвак (1959) заостряет внимание на локально-диагностическом значении дизартрических расстройств речи. Под дизартрией автор понимает расстройства артикуляции, которые, однако, трактуются им нечетко: в их число включаются различные нарушения темпа, ритма и интонации речи. Специфические особенности невнятного произношения звуков автором упоминаются только при избирательных поражениях двигательных черепно-мозговых нервов. При других формах дизартрии симптом невнятной «смазанной» речи остается не проанализированным.

Логопеды детских учреждений используют термин «дизартрия» чаще всего по отношению к сложным расстройствам речи у детей с остаточными явлениями детских церебральных параличей. Такой диагноз указывает на невнятную речь детей, но мало говорит о ее патогенезе и фонетической специфике.

На Западе дальнейшее развитие исследований по проблеме дизартрии шло по линии все более широкого инструментально-фонетического изучения дизартрической речи вообще, а потом и у отдельных клинических групп больных с последующей количественной статистической обработкой

полученных результатов и развертыванием специальной медико-педагогической помощи.

В последующих наших работах большее место занял слуховой метод фонетического анализа дизартричной речи с качественным анализом полученных результатов на основе современных

психолингвистических и системных физиологических представлений.

Изучение природы дизартрии нашло известное отражение в практике отечественной логопедии. Так, в учебнике О.В.Прав-диной (1969) понятие дизартрии определяется уже с неврологических позиций и со ссылкой на наши работы представляются отдельные синдромы соответствующих звуковых расстройств. В работе И. И. Панченко (1972) делается серьезная попытка разобраться в патогенезе клинических проявлений дизартрии у детей с детским церебральным параличом и создать патогенетически обоснованную методику логопедической работы.

Несмотря на несомненные успехи в изучении проблемы дизартрии и основанное на этих успехах совершенствование диагностической практики и реабилитационной работы с больными дизартрией, само это понятие остается еще довольно расплывчатым и мало определенным.

Семиотика клинических форм дизартрии

Бульбарная дизартрия. Симптомокомплекс двигательных расстройств, развивающийся в результате очагового поражения ядер, корешков или периферических стволов IX, X или XII черепно-мозговых нервов, относящихся к бульбарному отделу мозга, называется бульбарным параличом. Бульбарный паралич является частным случаем параличей, при которых страдает периферический двигательный нейрон... Проявления периферического паралича – атрофия, атония и арефлексия – в случае бульбар-ного паралича обнаруживаются в мышцах, иннервируемых IX, X и XII черепно-мозговыми нервами (языкоглоточными, блуждающими и подъязычными), т. е. в мышцах глотки, гортани, нёба, языка. Функционально вялые параличи этих мышц выражаются в расстройствах глотания (дисфагия или афагия) с поперхивани-ем и закашливанием во время еды и питья, глухом (дисфония или афония) или гнусавом голосе, ограничении подвижности языка во время еды, невнятной и «смазанной» речи. Последний симптом называют бульбарной дизартрией. В это понятие обычно включают и дефекты артикуляции звуков, обусловленные вялыми параличами мышц губ, щек и нижней челюсти, хотя, строго говоря, иннервирующие эти мышцы лицевой (VII) и тройничный (V) нервы не относятся к бульбарным (ядра лицевого и тройничного нервов располагаются в

варолиевом мосту). Вялые параличи жевательных и мимических мышц, кроме симптомов дизартрии, проявляются расстройствами жевания, невозможностью закрыть рот, гипо- или амимией.

Наиболее выраженная форма бульбарной дизартрии наблюдается при двусторонних поражениях упомянутых ядер, корешков или периферических нервов. Односторонние (безразлично левые или правые) поражения продолговатого мозга или исходящих из него черепно-мозговых нервов бульбарной группы (IX, X и, XII) тоже ведут к развитию симптомов бульбарной дизартрии, но менее тяжелых, чем при двусторонних поражениях.

Комплексное неврологическое и фонетическое исследование больных бульбарной дизартрией позволяет лучше понять патогенез ее клинических проявлений... Обработка материалов нейрофонетического обследования больных показала, что вялые параличи отдельных групп мышц клинически проявляются различными нарушениями в произношении звуков, в связи с чем речь больного теряет звуковое богатство и разнообразие. Окружающие перестают понимать значения произносимых больными слов.

Так, парез мышц голосовых связок ведет к тому, что голосовые связки смыкаются неполностью и неравномерно, а их колебания становятся редкими, аритмичными и недостаточной амплитуды. В силу этого голос становится недостаточно мелодичным, слабым, глухим и истощающимся. Неполное смыкание голосовых связок во время произнесения звонких согласных приближает аэродинамические условия в гортани (соотношение величины над- и подсвязочного давления) к тому, что бывает при произнесении глухих согласных, и звонкие согласные частично или полностью оглушаются... Пытаясь воспроизвести голос, больной напрягает различные агонисты и синергисты мышц голосовых связок, в частности мышцы глотки и корня языка. Это ведет к тому, что гласные звуки приобретают несвойственные им шумовые призвуки мало определенного фарингального характера. Поэтому даже различия гласных и согласных звуков в речи больных стираются, а это очень затрудняет ее восприятие и понимание окружающими.

Паралич мышц глотки и нёбной занавески приводит к тому, что все звуки речи начинают произноситься при свободном проходе выдыхаемого воздуха через нос и поэтому приобретают носовой оттенок... Кроме того, утечка воздуха через нос ведет к ослаблению специфических речевых шумов, возникающих при артикуляции ротовых звуков, которые составляют большинство согласных.

Паретическое состояние мышц языка препятствует возможности создания полной преграды на пути выдыхаемой воздушной

струи. Возникает как бы редукция взрывных звуков и афри-кат в соответствующие щелевые звуки... При этом круглая форма

щели, свойственная основным русским щелевым звукам (язык в форме желоба), тоже оказывается чрезмерно сложной для паре-тичных мышц языка, и круглощелевые русские звуки превращаются в плоскощелевые, характерные, например, для английского языка... В целом все смычные звуки (шумные и сонорные) приближаются по звучанию к соответствующим щелевым звукам, и, следовательно, фонематическое и артикуляторное противопоставление звуков по признаку смычный-щелевой в устной речи больных не реализуется.

Сочетание трех факторов — оглушение звонких согласных, превращение смычных согласных в щелевые и упрощение круглой щели в плоскую — приводит к тому, что все разнообразие переднеязычных согласных как бы конвергирует к единому глухому плоскощелевому звуку.

Заменителем всех заднеязычных звуков становится щелевой звук с малоопределенным местом образования — то заднеязычным, то верхне-, то нижнефарингальным.

Аналогичным образом губные звуки разного способа образования имеют тенденцию конвергировать к единому глухому щелевому губно-губному звуку.

Так же как согласные конвергируют в сторону наименее дифференцированных в двигательном отношении глухих щелевых звуков, гласные конвергируют к звуку типа безударного русского *а* или *ы* со стиранием в устной речи больного противопоставленности гласных по ряду, подъему и огубленности (наибольшую индивидуальность обычно сохраняет гласный *а).* Кроме того, гласные искажаются щелевыми призвуками заднеязычного или фарингального типа.

Если у больного имеется и вялый парез мышц мягкого нёба, то все ротовые звуки приобретают неприятный гнусавый тембр: развивается открытая гнусавость.

В связной устной речи отмеченные изменения в звучании звуков достигают максимальной степени.

Описанная общая тенденция изменения артикуляции, естественно, может иметь различные варианты в зависимости от распределения паретических явлений в мышцах голосовых связок, мягкого нёба, языка и губ, а также от физической сложности тех или иных звуков. Так, при равномерном поражении всех мышц преимущественно нарушаются самые дифференцированные переднеязычные звуки Но при преобладании пареза в мышцах корня языка можно наблюдать преимущественное нарушение

артикуляции заднеязычных звуков. Так как артикуляция мягких звуков требует менее дифференцированной иннервации мышц языка, чем артикуляция твердых, то при бульбарной дизартрии

оки обычно нарушаются меньше и позже твердых. Однако в случае поражения именно мышц спинки языка страдает в первую очередь артикуляция мягких звуков и среднеязычного /

Псевдобульбарная дизартрия. Поражение центральных двигательных нейронов в любом участке пирамидного пути клинически вызывает центральный паралич, который по ряду своих признаков резко отличается от периферического. В отличие от атрофии, атонии, арефлексии, свойственных периферическим параличам, при центральных параличах наблюдается иная клиническая картина. Нет атрофии мышц с фибриллярнщми подергиваниями в них и реакцией перерождения. Нет и атонии мышц. Наоборот, сегментарные аппараты спинного мозга растормаживаются и возникает повышение тонуса мышц — их спастичность (центральный паралич — это спастический паралич)... Если при периферическом вялом параличе нарушаются все движения — произвольные и непроизвольные, то при центральном спастическом параличе страдают прежде всего произвольные движения, а непроизвольные могут сохраниться.

Те волокна пирамидного пути, которые несут корковые импульсы к двигательным ядрам черепно-мозговых нервов, называются кортико-нуклеарными, или кортико-бульбарными. Параличи мышц, возникающие при их поражении, имеют все черты описанных центральных спастических параличей. В отличие от вялых бульбарных параличей эти параличи называют псевдобуль-барными.

Уменьшение объема и силы движений паретичных мышц языка, а также других мышечных органов речевого аппарата, естественно, проявляется в процессе речи. Голос больных бывает слабым, глухим и затухающим; смычные звуки часто артикулируются как щелевые, а щелевые звуки со сложной формой щели превращаются, как правило, в плоско щелевые. При этом всегда в первую очередь страдают звуки с наиболее тонкими и сложными артикуляционными укладами, произношение которых предполагает тонкую мозаику сокращенных и расслабленных мышечных пучков и групп волокон.

Так, мы не наблюдали ни одного больного с двусторонним центральным парезом языка, у которого не была бы расстроена артикуляция звука *р*. Этот звук утрачивал вибрирующий характер, а нередко и звонкость, и заменялся щелевым звуком с преимущественно переднеязычным местом образования.

Часто изменяется и артикуляция звуков *л, ш* \\ *к* Твердый *л* смягчается, так как исчезает активный прогиб спинки языка вниз, а когда исчезает приподнятость краев языка и смычка приподнятого кончика языка с твердым нёбом, то *л* начинает звучать как плос

кощелевой более или менее звонкий звук с довольно широким и мало определенным фокусом образования. Звуки *ш и ж* тоже смягчаются или артикулируются всей поверхностью спастического языка, что акустически мало отличается от того, что выходит у больного в попытках артикуляции звуков *р и л*. В артикуляции звука *ц* обычно подчеркивается его щелевой компонент, а примерно в 20% случаев звук *ц* просто заменяется его щелевым компонентом... В половине всех случаев произнесения звука *ч* тоже подчеркивается его щелевой компонент., а иногда *ч* заменяется щеДевым звуком полностью...

Значительно реже... смычные звуки *п> п\ б, б\ к, к'* и другие заменяются щелевыми.

Мягкие звуки устойчивее в речи больных, чем их твердые пары. Это и понятно, так как артикуляционные уклады мягких звуков ближе к нейтральной позиции языка. Они не требуют произвольного прогиба спинки языка вниз. Такие твердые звуки, как *м$_у$ н, р$_у$ л, б$_у$ ду в, з$_у$* произносятся некоторыми больными смягченно.

Таким образом, артикуляционные симптомы паретического состояния мышц, другими словами, симптомы выпадения, очень сходны при бульбарной и псевдобульбарной дизартриях. Но имеются и отличия, обусловленные разным характером пареза.

Периферические вялые парезы при бульбарной дизартрии, распределяющиеся неравномерно по отдельным мышечным группам артикуляторного аппарата, проявляются в избирательных расстройствах артикуляции. В одних случаях щелевыми заменяются только губные смычные звуки, в других — только заднеязычные смычные, в третьих — переднеязычные смычные.

Спастический центральный характер пареза при псевдобульбарной дизартрии проявляется тоже в избирательности артикуляторных нарушений, но совсем другого типа. Во всех случаях псевдобульбарной дизартрии избирательно страдают наиболее сложные и дифференцированные по своим артикуляционным укладам звуки *р$_у$ л$_у$ щ, х, ц$_у$ ч*.

Эта характерная для псевдобульбарной дизартрии избирательность артикуляторных расстройств сочетается с не менее характерным избирательным нарушением произвольных движений, а не движений вообще, как при бульбарной дизартрии (произвольных и непроизвольных).

В некоторых случаях псевдобульбарной дизартрии расстройства произвольных движений губ, щек, языка, нижней челюсти, мягкого нёба и глотки контрастируют с возможностью сложных

эмоциональных выразительных движений. Радость, горе, удовольствие, переживаемые больным, реализуются в нормальных мимических движениях.

Псевдобульбарная дизартрия и анартрия у детей. Частота диагноза «псевдобульбарная» дизартрия в детской речевой патологии заставляет остановиться на этой клинической форме.

Выявление «псевдобульбарной» дизартрии у детей, страдающих детским церебральным параличом, имеет практическую значимость даже при ее незначительной выраженности. Монотонность речи, нарушения ее плавности и невнятное произнесение звуков могут мешать в ряде случаев развитию навыков письма и чтения и задержанному формированию интеллектуальных функций (Эйдинова М. Б., Правдина-Вина)рская Е. Н., 1959)...

Для выявления легких форм детской «псевдобульбарной» дизартрии имеет значение хорошо собранный ранний анамнез. У детей, бывших под нашим наблюдением, предвестниками будущей дизартрии были расстройства сосания: дети поздно, на 7–20-й день брали грудь, сосали слабо, поперхи-вались. Они мало и слабо кричали, голос у некоторых уже в крике имел носовой оттенок. Дети смеялись и плакали не так, как их сверстники. С возрастом выявлялись расстройства жевания и слюно!ечения.

Такого рода анамнестические сведения подкреплялись данными неврологического обследования, вскрывавшего характерные черты спастических параличей в речевой мускулатуре: нарушения произвольных, в том числе речевых, движений при сохранности двигательных автоматизмов более низких функциональных уровней (например, плача, кашля, облизывания испачканных губ и т. п.); трудности произвольного расслабления мышц и произвольного дыхания с изменениями по речевой инструкции длительности вдоха и выдоха, направления воздушной струи то через рот, то через нос. Пирамидные спастические параличи при «псевдобульбарной» дизартрии у большинства детей сочетаются с разнообразными гиперкинезами, обостряющимися в процессе речи. На слух такая речь звучит невнятно, монотонно и невыразительно-, нередко она характеризуется повышенной громкостью и напряженной замедленностью.

Иногда дизартрия в клинике детского церебрального паралича достигает степени анартрии. В этих случаях связывание речевой патологии детей с псевдобудьбарным синдромом становится еще условнее.

Далеко идущие системные последствия дизартрии в детском возрасте имеют место в большей или меньшей степени у всех детей. И в этом принципиальное отличие детской дизартрии от

дизартрии взрослых. Диагноз любой формы дизартрии в детском возрасте, не только «псевдобульбарной» должен быть дополнен

анализом вторичных системных последствий первичного очагового поражения мозга.

Экстрапирамидная дизартрия. Эта форма дизартрии, наряду с псевдобульбарной, относится к числу наиболее частых. Она обусловливается очаговыми поражениями таких ядер, как хвостатое, чечевичное (скорлупа и бледный шар), таламус, субталамичес-кие, красная, черная субстанции, а также их связей с другими структурами мозга. Как известно, при поражениях экстрапирамидной системы возникают расстройства локомоции, мышечного тонуса и тонической позной активности, врожденных автоматизмов, в том числе различных мышечных синергии; появляются гипо- и гиперкинезы (хореоатетозы, тремор, миоклонии). Экстрапирамидные гиперкинезы подчас имеют тенденцию к исчезновению в процессе выполнения произвольных движений.

От перечисленных расстройств зависит патогенез экстрапирамидной дизартрии и ее отдельных клинических вариантов. У больных наблюдаются расстройства темпа речи, то его ускорение, то замедление, нередко неравномерное во времени; внезапные и постепенно развивающиеся остановки речевой продукции; разнообразные стереотипии и персеверации (отдельных звуков, слогов, слов). Изменяется голос: он может быть слабым, глухим, неопределенного тембра, с колеблющейся звонкостью. Артикуляция звуков может быть невнятной, как бы оборванной, в других случаях она достаточно разборчива при резких нарушениях речевой просодии.

Мозжечковая дизартрия. Характерным симптомом очаговых поражений мозжечка и его проводящих систем считается нарушение плавности речи — ее так называемая скандированность. Другими словами, это диспросодия, в первую очередь с ненормативной ритмикой речи. Кроме того, страдает и внятность речи, т.е. суперсегментные расстройства сочетаются с сегментными.

Больк (1902, 1906) считал, что к функциям фонации и артикуляции имеет отношение передняя доля мозжечка. Физиологи связывали разные отделы червя с функцией голосообразования. По мнению некоторых клиницистов (Холмс, 1922; А. С. Пен-цик, Л. А. Синегубко, 1936), нарушения речи возникают при преимущественных поражениях червя мозжечка.

Обсуждая патогенез мозжечковой дизартрии, М. Б. Кроль (1933) считал возможным рассматривать скандированность речи, а также ее монотонность, скандированность, взрывчатость,

замедлен ность как следствие проявлений мозжечковой атаксии, адиадо-хокинезии и асинергии в мышцах речи. С атаксией связывал скандированную речь мозжечковых больных и Л. Б. Литвак (1959). По его мнению, мозжечковая атаксия в речи проявляется зат

руднением, замедлением и толчкообразностью, эксплозивным характером голоса, отсутствием его правильной модуляции, равномерной, но независимой от смысла акцентуацией потока речи, что и делает ее похожей на скандирование латинских стихов.

По данным И. М. Иргера (1959), дизартрия с наличием скандированной речи развивается при обширных поражениях мозжечка: его правого полушария, правого полушария мозжечка и червя, обоих полушарий.

Lecours, Lhermitte (1979), рассматривая мозжечковую дизартрию, обращают внимание на десинхронизацию элементов мышечных синергии, используемых в речи (особенно гортанных), уменьшение речевой продукции в единицу времени, нарушение плавности и замедление ее темпа вследствие увеличения времени произнесения фонетических единиц и появления пауз между ними, фонетически немотивированные колебания громкости, звучности и структуры согласных и гласных.

Наши наблюдения подтверждают данные литературы о том, что в основе мозжечковой дизартрии лежат те же явления адиа-дохокинезии, дисметрии, асинергии и интенционного тремора, которые наблюдаются в движениях конечностей больных.

Дискоординация речевых движений относится к числу самых чувствительных симптомов очаговой мозжечковой недостаточности.

Среди симптомов дизартрии, прежде всего, нужно отметить напряженность речи, которая констатируется на слух и проявляется в поведении больных. Нередко они сидят в напряженной позе, говорят с усилием, что сопровождается вазомоторными реакциями и потливостью. Больные устают от речи и начинают от нее воздерживаться. По-видимому, напряженность речевых движений — прямое следствие дискоординации работы отдельных мышц, когда одновременно иннервируются аго-нисты и антагонисты и, наоборот, функциональные синергис-ты вступают в действие не одновременно. Характерным примером дискоординации ведущей к напряженности речи, может служить нередкое удлинение времени произнесения слогов речи при неизменной или даже возросшей степени их редукции. Другими словами, увеличение длительности слога сочетается не с возрастанием контраста между антагонистически работающими мышцами в начале слога (согласный) и в конце слога (гласный), а с его уменьшением. Такая дискоординация речевых движений с замедлением времени переключения с иннервации тех или иных

мышечных групп на иннервацию антагонистических (адиадохокинез), естественно ведет к замедлению темпа речи.

Перечисленные особенности просодической стороны речи у больных с поражениями мозжечка делают ее невнятной и недостаточно членораздельной – дизартричной.

Характерным симптомом мозжечковой дизартрии являются нарушения плавности речи, что в литературе обозначается термином «скандированность».

Речь больных не является метрически организованной, а ги-перметричное выделение элементов не имеет мерного характера и осуществляется вразнобой и разнообразным набором средств (длительностью, громкостью, высотой тона, качеством тембра, комбинацией нескольких средств).

Корковая дизартрия. В литературе встречается термин «корковая дизартрия». Существование этой формы речевой патологии признается не всеми авторами. Нередко этим термином обозначаются весьма различные расстройства. Часто корковую дизартрию приравнивают к проявлениям моторной афазии.

Очаговые поражения коры головного мозга клинически проявляются расстройствами внешней речи не только афазическо-го, но и относительного более элементарного моторного типа. Эти моторные расстройства речи коркового уровня могут быть обозначены как корковые дизартрии.

Исходя из того, что в коре мозга различают моторные зоны разного функционального значения – проекционные и вторичные праксические, можно думать, что понятие корковой дизартрии является собирательным. Очень вероятно, что существуют формы корковой дизартрии, обусловленные спастическим парезом артикуляторных мышц (Bay, 1967) и обусловленные апрак-сией *{Nathan,* 1947).

Можно предполагать наличие по крайней мере двух клинических форм апраксической дизартрии: при одной из них распадаются кинестетические топологические схемы артикуляции, при другой – нарушается топологическая последовательность артикуляторных движений. Первую из этих форм, очевидно, следует искать у больных с кинестетической апраксией, а вторую – у больных с кинетической апраксией.

Постцентральная апраксическая дизартрия. У больных этой формой корковой дизартрии при неврологическом обследовании часто, но не обязательно, наблюдаются правосторонний спастический гемипарез.., расстройства кожной и мышечно-суставной чувствительности на той же половине тела, апраксия в движениях руки и оральная апраксия с характерными «поисками» требуемого

движения, расстройства пространственных ориентировок и различные проявления афазии.

Подчеркнем, что в редко встречающихся «чистых» случаях по

стцентральной апраксической дизартрии у больных может не быть никаких афазических расстройств. Они свободно понимают устную и письменную речь, не испытывают никаких затруднений в процессах письма и так называемой внутренней речи. Нарушена у них лишь исполнительная двигательная сторона таких речевых актов, как собственная речь, повторение и чтение вслух.

Артикуляторная апраксия ...проявляется, с одной стороны, неверной и нечеткой артикуляцией звуков, а с другой — активными поисками правильной артикуляции, что делает речь неплавной и расчлененной. В самых легких случаях постцентральной апраксической дизартрии нарушения плавности речи, за которыми скрываются «апраксические поиски», становятся ведущими в клинической картине. Поэтому начальные или, наоборот, остаточные формы постцентральной апраксической дизартрии иногда могут быть приняты за заикание.

При этой форме корковой дизартрии нарушения артикуляции отличаются от имеющих место при бульбарной, псевдобульбарной, а также и корковой премоторной дизартриях. Прежде всего трудности произнесения согласных резко преобладают над трудностями произнесения гласных.

Такой клинический симптом постцентральной артикулятор-ной апраксии, как поиски артикуляции, являются поисками комплекса команд, необходимых для артикуляции слога с определенным количественным и качественным составом признаков слогового контраста. Эти комплексы артикуляторных команд и выступают в роли искомых артикулем.

Трудности воспроизведения в составе слова конкретных слогов русской речи обнаруживаются литературными парафазиями, которые не всегда бывают полными. У всех больных имеют место и частичные замены согласных в составе слога. Внешне это выражается в произнесении нужного звука либо косноязычно, искаженно, либо с предшествующим или последующим призвуком.

Степень... нарушений артикуляции тоже непостоянна и выражается то в полных, то в частичных литеральных парафазиях согласных звуков... Один и тот же согласный звук может быть и заменяемым, и заменяющим. Этот факт свидетельствует о том, что трудности больных состоят именно в дифференциации артикуляционных укладов согласных, в их выборе...

Премоторная апраксическая дизартрия. При очаговых поражениях премоторного отдела мозга доминантного полушария топологически организованные во времени двигательные навыки

теряют свое единство и автоматизированность. Они распадаются на отдельные составляющие их движения, которые приобретают персеверaторный характер.

Возникающая кинетическая апраксия может быть охарактеризована, по Н. А. Бернштейну, следующими признаками. Движения больного неловки, замедленны, лишены непринужденной непосредственности.

При этом расстройства речи возникают часто и в большинстве случаев бывают комплексного характера: премоторная ап-раксическая дизартрия сочетается с явлениями моторной афазии. К ним относятся замедленность и напряженность речи, бедность активного словаря, аграмматичное построение речи вплоть до так называемого «телеграфного стиля», характерные нарушения чтения и письма.

При очаговых поражениях премоторной области левого полушария у больных может наблюдаться кинетическая апраксия с расстройствами временной топологии двигательного навыка не только в движениях языка, губ и щек, но и в специализированных артикуляторных движениях этих последних мышечных органов. Артикуляторные движения становятся напряженными, замедленными, инертными, целостные артикуляторные навыки распадаются на составляющие их элементы, переключение с одного из этих элементов на другой затрудняется, появляются персеверации.

Эти расстройства артикуляторных движений клинически обнаруживаются специфическими фонетическими нарушениями — частичными и полными заменами звуков, их вставками и пропусками.

Распад навыков плавной артикуляции целостных слов и их сочетаний делает речь больных с премоторной корковой дизартрией неплавной. Такую речь иногда называют послоговой.

Мезэнцефально-диэнцефальная дизартрия. Поскольку нами принято рабочее определение дизартрии как невнятной, «смазанной» речи, следует остановиться на описании еще одной клинической формы.

Структуры лимбико-ретикулярного комплекса (ретикулярная формация ствола, в том числе среднего мозга, ряд гипотала-мических и таламических ядер, гиппокампальные и поясные извилины коры полушарий и пр.) нередко называют неспецифическим энергетическим блоком мозга, обеспечивающим необходимый уровень возбудимости или активности специфических — чувствительных и двигательных его отделов. Понимаемая таким образом неспецифичность лимбико-ретику-лярных структур обнаруживается в клинике

своеобразными формами дизартрии, обозначаемых нами по наиболее частой локализации очага поражения как мезенцефально-диэнцефаль-ная дизартрия.

Синдром представляет крайнюю степень снижения речевой активности...

Опишем стадии развития этого синдрома.

Преходящее снижение речевой активности. Речь больных на этой стадии напоминает речь утомленного человека. В основном они жалуются на усталость от речевых усилий, особенно в процессе монологов. На слух слушателя такая речь недостаточно звучна, внятна, выразительна; монотонна, т. е. дизартрична. Кроме этих дизартриеподобных симптомов, наблюдаются отдельные замены и персеверации фонем и целых слов, упрощенность грамматического строя речи и тенденция к использованию привычных речевых оборотов и автоматизмов. Даже кратковременный отдых улучшает качество речи, поэтому больные говорят замедленно, с затянутыми паузами.

Постепенное снижение речевой активности. Все нарушения речи, в том числе и ее дизартричность, становятся более или менее стабильными. С одной стороны, они усугубляются при утомлении, а с другой – становятся менее выраженными или даже исчезают при эмоциональной заинтересованности больного в теме беседы. Испытывая постоянные трудности в процессе речевого общения, больные начинают его избегать. Появляются и некоторые трудности в восприятии речи, особенно при одновременном разговоре нескольких людей. Если больной концентрирует внимание на одном собеседнике, то все, что говорят другие от него ускользает. При речевом утомлении все чаще констатируются персеверации, эхолалии и вегетативные признаки общего утомления в виде потливости, сосудистых реакций и т.п. Больные все больше времени проводят в постели, перестают слушать радио и смотреть телепередачи и даже постепенно теряют интерес к газетам и книгам.

Постоянное снижение речевой активности с эпизодами мутиз-ма. Общая и речевая аспонтанность нарастает. Больные переходят на постельный режим.

Спонтанно в речевой контакт больные вступают редко, хотя им вполне доступна диалогическая речь на личностно значимые темы. Отвечают они обычно по существу, но лаконично. Голос у них тихий, речь отличается замедленностью, монотонней и нечеткой акцентуацией. Артикуляция звуков невнятная. Дизартричность речи нарастает при затягивании беседы, возникают паузы, персеверации, эхолалии, учащаются замены фонем и слов,

временами речь становится шепотной или, оставаясь достаточно звучной, оказывается полностью неразборчивой.

Иногда развиваются эпизоды мутизма длительностью в несколько минут, после которых дизартричность речи резко нара

стает и сохраняется в течение нескольких часов. Постепенно эпизоды мутизма учащаются и удлиняются.

Составляя рассказ на основе сюжетной картинки, больные обычно ограничиваются перечислением изображенных на ней предметов, а пересказывая текст, – кратким сообщением его смысла. Если же удается создать у больных эмоциональную заинтересованность в выполнении заданий, то качество рассказов и пересказов значительно улучшается: больные, хотя и лаконично, но связно передают содержание картинки и сообщает о деталях прослушанного текста.

Стабилизирующийся акинетический мутизм. Больные безмолвно проводят весь день в постели. На вопросы они отвечают, но тихо, монотонно и почти неразборчиво. Высказывания фрагмен-тируются не соответствующими смыслу паузами, которые по мере продолжения беседы затягиваются, речь становится неразборчивой и переходит в беззвучное артикулирование. Целенаправлено и повторно побуждая больного, всегда можно добиться громкого и внятного произнесения им любого звука и любого слова.

В ситуациях повышенной эмоциональности или при необходимости удовлетворения насущных физиологических потребностей констатируются и спонтанные высказывания достаточной внятности.

Кроме трудностей порождения высказывания и реализации его во внешней речи, наблюдаются и некоторые трудности понимания больными речи окружающих, особенно, если она ведется в быстром темпе и характеризуется лексико-грамматической сложностью.

Содержательный пересказ прослушанного текста или составление рассказа по сюжетной картине при психологическом обследовании уже недоступны, хотя, судя по односложным ответам больных, видно, что смысл текста или картины они поняли...

Полный акинетический мутизм. Больные полностью пассивны в постели, неопрятны. Пищу принимают неохотно и лишь в том случае, когда она вкладывается в рот. Никаких просьб они не выражают, на появление близких отвечают легкой эмоциональной мимической реакцией, на вопросы реагируют легкими жестами, опусканием век, покачиванием головы... Другими словами, для больных возможны лишь паралингвистические способы коммуникации.

Состояние акинетического мутизма при утяжелении очагового поражения переходит в сопор, а затем и кому...

Винарская Е. Н., Пулатов А. М.. Дизартрия и ее диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. — Ташкент, 1989. — С 9—105.

Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова

Развитие фонетико-фонематической стороны речи / дошкольников со *eyedrop* фермой дизартрии

Особенности фонетико-фонематических нарушений у дошкольников со стертой формой дизартрии

В исследованиях, посвященных проблеме речевых нарушений при стертой форме дизартрии (Г В. Гуровец, С. И. Маевс-кая, Р И. Мартынова, Л. В. Мелехова, Е. Ф. Соботович и др.), отмечается, что фонетико-фонематические нарушения являют-ся распространенными, имеют стойкий характер, сходны по сво-им про^вле™
представляют значительные т^удност^
диагжэс™ "оказывают отрицательное влия-нйе^Т'фор^гирование и развитие других сторон речи, затрудняют процесс школьного обучения детей, снижают его эффективность.

Особенности фонетических нарушений

Ведущими в структуре речевого дефекта у детей со стертой формой дизартрии являются нарушения фонетической стороны речи. Фонетический^уровень составляет материальную, основу языковой системы и нарушение его часто приводит к расстрой-ству других, более высоких уровней этой сист "В ^исс^тедованияха посвященных состоянию речи при стертой форме дизартрии, отмечаются нечеткое звукопроизношение, смазанность речи, в jpj^^^yaae&^^ назализа-цией, различные фонационные; ил^о£9Дические расстройства (ОГДГТбкарёва^ТПйГГТ^артъшова, Г В. ТуровГцГ^лИТ^1^№ская и др.).

Наличие мышечной и иннервационной недостаточности в органах артикуляции, комбинационность нарушений со стороны черепно-мозговых нервов препятствуют развитию правильного звукообразования, определяют разнообразие и особенности фонетических нарушений у детей со стертой формой дизартрии, которые находятся в тесной зависимости от состояния не-рвно-мышечного аппарата органов артикуляции.

По мнению многих авторов (О. А. Токарева, Е. Ф. Соботович, А. Ф. Чернопольская, Г В. Гуровец, С. И. Маевская и др.), нару-

шения звукопроизносительной стороны речи у детей со стертой формой дизартрии выражаются в искажениях, в смешениях, в заменах и в пропусках звуков. При этом характерным является упрощение артикуляции, когда сложные звуки заменяются более простыми по своим артикуляторно-акустическим признакам: щелевые – взрывными, звонкие – глухими, шипящие – свистящими, твердые – мягкими, аффрикаты расщепляются на составляющие их звуковые элементы.

Фонетическая сторона речи представляет собой тесное взаи-модеистъ^^ просод^ средства о]£о£мления высказывания (темп, ритм, ударение, интонация), тесным о^ga-" зом взаимодействуют, определяя как смысловое содержание,Лак и отношение говорящего к содержанию^ У детей со стёртой фор[1] мой дизартрии нарушения просодики влияют на разборчивость, внятность, эмоциональный рисунок речи.

Проведенное нами экспериментальное исследование позволило выявить особенности фонетических нарушений у детей дошкольного возраста со стертой формой дизартрии.

Исследование состояния звукопроизношения показало, что для этих детей характерно полиморфно^ нарушение звукопроизношения. Наиболее распространенными/ них-^врю нарушение произношениУт^х fjffin^ . Во всех случаяЯ^отмечалось нарушение произношения группы свистящих звуков. Среди других групп звуков чаще оказывались нарушенными шипящие звуки, *р*, л, а сохранными – заднеязычные и звук *й*.

Анализ экспериментальных данных показал, что количественная характеристика нарушений произношения различных фонетических групп звуков у детей со стертой формой дизартрии не совпадает с количественной характеристикой неправильного произношения звуков речи у дошкольников в целом (см.. Александровская М. А., 1955). По данным нашего эксперимента, распространенность нарушений всех групп звуков у дошкольников со стертой формой дизартрии больше, чем по данным М. А. Александровской. Количественные соотношения по группам звуков также не совпадают. Если у детей-дошкольников, по данным М. А. Александровской, количество нарушений определяется артикуляторной сложностью звуков, то у детей дошкольного возраста со стертой формой дизартрии в нашем эксперименте эти соотношения несколько иные.

Распространенность нарушений произношения различных групп звуков у детей со стертой формой дизартрии характеризуется определенными особенностями, которые обусловлены слож

ным взаимодействием речеслухового и речедвигательного анализаторов у данной категории детей. Наиболее распространенными здесь являются нарушения произношения свистящих звуков. На втором месте по распространенности — нарушения произношения шипящих звуков, далее следуют нарушения произношения звуков *л*, *р-р* и переднеязычных *т, д> н.* Это свидетельствует о том, что распространенность нарушений звукопроизношения отдельных групп звуков у детей со стертой формой дизартрии определяется не только артикуляторной сложностью звуков, но и их акустической близостью. В связи с этим акустически близкие свистящие звуки нарушаются чаще, чем артику-ляторно более сложные, но акустически противопоставленные соноры *р* и *р* По-видимому, вследствие тормозящего влияния речедвигательного анализатора у детей со стертой формой дизартрии задерживается и слуховая дифференциация звуков отсутствующих, заменяемых или искажаемых в произношении.

Наиболее характерными для детей со стертой формой дизартрии являются нарушения произношения, проявляющиеся одновременно в искажении и отсутствии различных групп звуков. На втором месте по распространенности стоят звукопроизноси-тельные нарушения, характеризующиеся различным видом искажений нескольких групп звуков. Далее следуют нарушения произношения, характеризующиеся одинаковым видом искажений различных групп звуков. Менее распространенными оказываются звукопроизносительные расстройства, проявляющиеся в одновременных искажениях и заменах звуков. В общей сложности искажения звуков (одинакового, разного вида, в сочетании с отсутствием и заменами) отмечались у всех детей со стертой формой дизартрии. Случаи замен и отсутствия звука не наблюдалось. Среди искажений в группе свистящих, шипящих, переднеязычных звуков и звука *л* самым распространенным является межзубное произнесение, среди искажений звуков *р-р*[9] — велярный ротацизм.

У дошкольников со стертой формой дизартрии наряду с дефектами звукопроизношения, выявились нарушения интонационной выразительности речи, процессов восприятия и воспроизведения интонационных структур предложения. При этом наиболее сохранной является имитация вопросительной и повествовательной интонации.

Восприятие и самостоятельное воспроизведение интонационной структуры, предполагающее в данном случае

слухопроизно-сительную дифференциацию повествовательной и вопросительной интонации, вызывает значительные трудности у детей. При этом более нарушенным оказывается процесс слуховой диффе

ренциации интонационных структур, чем процесс их самостоятельной реализации.

Особенности фонематических нарушений

Ряд авторов отмечает, что в основе некоторых звукопроизно-сительных расстройств могут лежать отклонения слухового восприятия, которые могут оказаться производными, т.е. носить вторичный характер (Е. Г Корицкая, В. С. Минашина, Е. Ф. Собо-тович и др.). Как указывает Р Е. Левина, «такое явление наблюдается при нарушении речевых кинестезии, имеющих место при морфологических и двигательных поражениях органов речи». Элементы вторичной недостаточности ярко проявляются у детей с псевдобульбарной дизартрией, причем степень ее выраженности зависит от степени выраженности самой дизартрии. Для детей с дизартрией трудно выполнимыми оказываются различение близких по своему звучанию слов (на материале картинок), подбор картинок на заданный звук, узнавание слогов и т. д. Таким образом, мы видим, что артикуляторные затруднения оказывают влияние на звуковое восприятие всей звуковой системы данного языка. Это свидетельствует о том, что у детей со стертой дизартрией имеется и недоразвитие фонематического восприятия. Их смазанная, непонятная речь не дает возможности для формирования четкого слухового восприятия и контроля. Это еще более усугубляет нарушения звукопроизношения, так как неразличение собственного неправильного произношения и произцоше-ния окружающих затормаживает процесс «подлаживания» собственной артикуляции с целью достижения определенного акустического эффекта.

Проблема особенностей восприятия речи (как на перцептивном, так и на фонематическом уровне) у детей со стертой формой дизартрии и до настоящего времени остается недостаточно изученной. При овладении звукопроизношением сенсорный и моторный компоненты речи образуют единую функциональную систему, в которой слуховые и двигательные образы элементов речи находятся в тесной взаимосвязи. В случаях нарушений функции речедвигательного анализатора между сенсорными моторным компонентами образуются сложные отношения, отличающиеся от существующих в норме.

Как показало наше исследование, у дошкольников со стертой формой дизартрии существование нечетких артикуляторных об-

разов приводит к стиранию граней между слуховыми дифференциальными признаками звуков. Таким образом, создается помеха для их различения. Речедвигательный анализатор в данном

случае играет тормозящую роль в процессе восприятия устной речи, создавая вторичные осложнения в слуховой диференциа-ции звуков. |В свою очередь вдсутствие$_{ц}$ четкого сл^ ngwrrirajf^ произноситедьньис.дефектов]з речи. ТГоэтому решение проблемы имеет существенное значение в процессе разработкит методов коррекционно-логопедического воздействия.

Методика преодоления фонетических нарушений у дошкольников со стертой формой дизартрии

Учитывая тесную взаимосвязь состояния речи и моторной сферы ребенка, сложную структуру и условия построения двигательного акта, особенности нарушений моторных функций, артикуляторно-акустические признаки звуков в структуре различных типов слогов у дошкольников со стертой формой дизартрии, мы разработали методику коррекции нарушений ручной и артикуляторной моторики в процессе преодоления звукопроизносительных нарушений и последовательность использования речевого материала для формирования правильной артикуляции свистящих звуков и их автоматизации в различных условиях произношения.

Основное внимание в данной методике уделялось формированию кинестетической основы движений рук и артикуляторных движений. Система'упражнений по развитию моторной функции предусматривала одновременное воздействие на кинетическую и кинестетическую основу движения, на статическую и динамическую координацию движений, формирование различных уровней движений и постепенное их усложнение.

Пчэскол^
тесное взаимодействие основных ее компонентов (звукопроиз-ношения и просодики) и поскольку у детей с^<е6^тв*рфврмой

элементов речд,. РШМйЯТММ методику,^тоЖ^^
лингвистические представления об интонации^ а также осоВенност!Пшто структуры предложений в речи йсследуемб^^тёщдаи
дарей-Работепо_^^
речи предшествует ритмические удражнения, Они подготавливают "к восприятию интонационной выразительности, способно-сти "ее развитию, создают предпосылки для усвоения логического ударения, правильного членения фраз. ^

Методика преодоления фонематических нарушений у дошкольников со стертой формой дизартрии

Логопедическая работа по преодолению фонематических нарушений ~~у доппготтыщтгоДро стертой формой пптардрии~~ осуществляется с учетом сов^мганых^ррдставлёь1ий о многоуровневой структуре процесс^восгшйяти^речш^'с ^четом соотношения элементарных и высиших 1|с^ическюь^фун^ций в процессе развития ребенка и наганых/данкых об этапах развития фонематических функций в с^тоге^езеГОсобое^нимание в^етодике фор-миЕОВЗЖЩ восприятия устной речи направлено на развитие дифференциации как смыслоразличительных (фонематических) признаков, так и признаков, не являющихся смыслоразличитель-ными (фонетических). г

Развитие лексико-грамматической стороны речи у дошкольников со стертой формой дизартрии

Особенности лексико-грамматического строя речи у дошкольников со стертой формой дизартрии

В исследованиях ряда авторов (Р. А. Белова-Давид, Г В. Гуро-вец, С. И. Маевская, Р. И. Мартынова, Л. В. Мелехова, Е. Ф. Собо-тович, Л. В. Лопатина и др.) отмечается, что у детей со стертой формой дизартрии, наряду с ведущими расстройствами фонетической стороны речи, часто наблюдается и недоразвитие лексико-грамматического строя речи.

Особенности лексики

В настоящее время изучению особенностей лексики у дошкольников с речевой патологией придается большое значение... Однако вопрос об особенностях лексики у дошкольников со стертой формой дизартрии недостаточно изучен.

При изучении особенностей лексики у детей с речевой патологией перспективным и значимым является психолингвистический подход, современные представления о процессе развития лексики и о различных аспектах ее изучения: о структуре значения

слова, о ее развитии в онтогенезе, о семантических полях и особенностях их формирования в рнтогенезе (Л. С. Выготский,

А. А. Леонтьев, Н. А. Уфимцева, А. М. Шахнарович, Г А. Чере-мухина, Л. В. Сахарный, А. Р Лурия, С. Н. Карпова, И. Н. Ко-лобова и др.)...

Экспериментальное исследование, проведенное нами с учетом указанных теоретических положений, позволило сделать следующие выводы об особенностях лексики у детей дошкольного возраста со стертой формой дизартрии.

В процессе усвоения значения слова ребенок-дошкольник прежде всего овладевает денотативными признаками семантической структуры слова. По мере развития процессов классификации, развития лексической системности в значении слова начинают осознаваться и понятийные, лексико-семантические признаки.

У дошкольников со стертой формой дизартрии отмечается задержка в развитии семантической структуры слова, отклонения в соотношении денотативных и лексико-семантических компонентов значения, особенности обобщающих слов (в пользу преобладания денотативного компонента).

У детей 6–7 лет активно формируются семантические поля, однако дифференциация внутри семантического поля еще не сформирована. У детей с нормальным речевым развитием проявляются потенциальные возможности такой дифференциации, у детей же с нарушением речи какие-либо признаки дифференциации элементов семантического поля отсутствуют.

Исследованием выявлен более низкий, по сравнению с нормально развивающимися дошкольниками, уровень выполнения многих заданий: на переименование предметов (Л. С. Выготский), объяснение значений слов, особенно слов обобщенного значения, на усвоение грамматического значения слова, дифференциацию слов, сходных по семантике.

Так, сравнительные данные ответов детей с нормальным речевым развитием и детей со стертой формой дизартрии при объяснении семантики слов свидетельствуют о существенных различиях в использовании стратегий объяснения значений обобщающих слов и, таким образом, о их различной структуре.

В процессе определения слова детьми с нормальным речевым развитием денотативные признаки использовались лишь в 16,7 % случаев, в то время как у детей со стертой формой дизартрии они имели место в 58 %, т. е. являлись доминирующими (овощи – в земле растут, мебель – сделана из дерева).

При объяснении значения слов дети 6–7 лет со стертой формой дизартрии преимущественно используют денотативные признаки, что свидетельствует об их преобладании в структуре значения слова.

Использование понятийных (лексико-семантических) признаков наблюдалось в преобладающем количестве ответом детей с нормальным речевым развитием и лишь у относительно небольшого количества детей с речевыми нарушениями.

Дети со стертой формой дизартрии даже к 7 годам недостаточно подготовлены к школьному обучению, к усвоению программы по русскому языку, предпосылками овладения которой является осознание элементов языка, речи и прежде всего слова. Поэтому очевидна необходимость перестройки логопедической работы в группах дошкольников со стертой формой дизартрии по формированию лексики путем целенаправленного воздействия на уточнение значения слова, его семантической структуры, осознание слова как элемента языка и речи, как совокупности лексического и грамматического значения.

Особенности грамматического строя речи

Ряд авторов отмечают вторичное недоразвитие грамматического строя речи у детей со стертой формой дизартрии (Е. Ф. Собо-тович, Л. В. Лопатина). Однако вопрос о его особенностях до настоящего времени остается одним из наименее изучаемых в логопедии.

С точки зрения уровня несформированности грамматического строя речи, категория детей со стертой формой дизартрии характеризуется неоднородностью, вариативностью симптоматики: от незначительной задержки формирования морфологической и синтаксической системы языка до выраженных аграмма-тизмов в экспрессивной речи.

Отмечается, что основным механизмом несформированности грамматического строя речи у детей со стертой формой дизартрии является нарушение дифференциации фонем, что вызывает трудности различения грамматических форм слова из-за нечеткости слухового и кинестетического образа слова и особенно окончаний. В связи с этим преимущественно страдает морфологическая система языка, формирование которой тесно связано с противопоставлением окончаний по их звуковому составу.

Методика развития лексики у дошкольников со стертой формой дизартрии

Учитывая особенности лексики у детей со стертой формой дизартрии и современные психолингвистические представления о закономерностях формирования лексики в онтогенезе... мы разработали методику коррекции нарушений лексического раз

вития. Основное внимание в данной методике уделяется формированию ориентировки на семантическую структуру слова, на организацию лексико-семантических полей, на развитие парадигматических и синтаксических связей слова и актуализацию словаря.

Учитывая тесную связь процессов развития лексики и словообразования, в данную методику ...были включены задания на словообразование, целью которых является уточнение структуры значения слова, овладение системой грамматических значений, закрепление связей между словами.

Формирование грамматического строя речи у дошкольников со стертой формой дизартрии

Формирование словоизменения

Развитие словоизменения у дошкольников со стертой формой дизартрии осуществляется с учетом онтогенетической последовательности появления форм слова у детей (дифференциация именительного падежа единственного и множественного числа, закрепление форм винительного, родительного, дательного, творительного) сначала беспредложных, затем конструкций с предлогами (предложного падежей)...

Лопатина Л. С, Серебрякова Н. В.. Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрии. — СПб, 1994. — С. 3—8, 36—42.

Раздел 4. НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА

Ф. *А. Ивановская*

О методике занятий при некоторых расстройствах голоса

Основанием для построения методики является положение о целостности .функционирования всего речевого аппарата: дыхания, голосообразования и артикуляции; об их теснейшем взаимодействии и координировании этого взаимодействия корой головного мозга. О значении дыхания и артикуляции часто говорят наши теоретики, специалисты в области фониатрии. Так, проф. Работнов в одной из своих книг пишет: «Голосовая функция человека тесно связана с дыхательной, так как с анатомической стороны и та и другая выполняются одними и теми же органами», а проф. Заседателев в книге «Научные основы постановки голоса» указывает: «Работа органов артикуляции значительно облегчает работу горта«и и делает ее более спокойной».

Исходя из этого, больной путем соответствующих бесед приводится к спокойному, уравновшенному настроению и активно и целенаправленно включается в работу над голосом. Правильно организованное дыхание и артикуляция (вначале как одни движения, потом как шепот) служат основой для постепенного и осторожного включения голоса. Залогом успеха является постепенность в нарастании трудностей, точная дозировка заданий, сохранение основного дидактического правила — от легкого к трудному. В самом деле, тщетно пытаться вызвать голос сразу одной просьбой: «скажите «а», громче, еще, протяните» и т. д.

Поэтому при восстановительной работе над голосом отводится заключительный этап занятий, гласные звуки берутся после согласных, звонкие согласные после глухих, громкая речь после шепота. План занятий можно поставить следующим образом:

1. Вступительная беседа.
2. Гимнастика артикуляционного аппарата.

3. Дыхание.

4. Дыхание с артикуляцией (шепот) на глухих проторных согласных *(ф, с, ш, х).*

5. Дыхание с артикуляцией на звонких проторных согласных *(в, з, ж, м, н у л, р)*, т.е. постепенное включение голоса.

6. Гласные.

7. Развитие длительности, силы голоса, высоты, гибкости и тембра.

8. Пользование оздоровленной речью в чтении, разговорной речи и пении.

Более детально занятия складываются из следующих упражнений:

1. Гимнастика артикуляционного аппарата

челюсти: а) опускание челюсти,
б) движение челюсти вправо – влево,
в) движение челюсти вперед;

губы а) вытягивание и растягивание губ на «у-и»,
б) подтягивание верхней тубы («пф»),
в) опускание нижней губы («вы-вы»),
г) натягивание губ на зубы при открытом рте;

язык: а) высовывание языка,
б) движение языка вперед и вниз за зубами,
в) движение языка вверх и вниз на губах,
г) круговое движение языка под губами,
д) укладывание языка «чашечкой»,
е) дутье на кончик языка,
ж) выбрасывание языка из-под верхней губы,
з) промазывание широким языком нёба и др.

2. Дыхание

Выявляется правильность дыхания в процессе речи, так называемое «речевое дыхание». Оно, как известно, характеризуется коротким вдохом и удлиненным выдохом. При нарушении или недостаточном умении владеть им, занятия начинаются по упорядочению дыхания.

Вот несколько первых упражнений.

1. Плавный бесшумный вдох через нос и плавный выдох тоже через нос.

При речи и пении мы пользуемся комбинированным носо-ротовым дыханием, поэтому тренируется то и другое. Мы не настаиваем на диафрагмальном дыхании для всех; каждому человеку свойственен индивидуальный тип дыхания.

2. Вдох – небольшая задержка (1–2 сек.) – выдох.

3. Вдох через нос – задержка (1–2 сек.) – выдох через рот (слегка приоткрытый).

4. Комбинированный вдох – задержка, выдох через нос.

5. Комбинированный вдох – задержка, выдох через рот (слегка приоткрытый).

Постепенно вдох укорачивается и углубляется, выдох удлиняется. Например, на «раз» – вдох, на «раз-два» – задержка, на «раз-два-три» выдох и т.д. Вариаций здесь много. Счет ведет логопед.

Одновременно с дыхательными упражнениями начинается подготовка к артикуляционным упражнениям:

1. Укрепляются губы на *п* (добиваться крепости взрыва).

2. Укрепляется кончик языка на *т* (добиваться крепости удара).

3. Укрепляется движение корня языка на *к* (избегать резкого звука).

4. Последовательные, движения губ, кончика языка и корня языка на сочетаниях *птк... птк...*

Затем идут упражнения в дыхании через артикуляцию. Выдох дается на глухих проторных согласных *ф, с, ш, х,* сначала отдельно на каждый звук, потом в объединенных в слоги. Здесь возможны различные вариации:

1) слоги со взрывными *(пап, пат, пак),*

2) слоги с проторными *(фас, фат, фак),*

3) слоги смешанные *(паф, фап, сат).*

Вначале на выдох дается один слог, потом два, три, четыре и больше. Например, вдох, на выдохе *пап,* вдох, на выдохе *пап-пап;* вдох, на выдохе *пап-поп-пуп* и т.д. Гласные берутся только артикуляцией.

Раздел заканчивается упражнениями в четком произнесении сначала на беззвучной артикуляции, потом на шепоте слов, фраз, поговорок, скороговорок.

Группа слов: *папа, пока, Капа, кипа, пакет, пика, кот, ток, пакт, паук, кушак, факт*и* т. д.

Фразы: *У Таты паук. У кота усы. У Саши пакет. В хате паук. Купи паштет* и др.

Поговорки и скороговорки: *Попытка не пытка; Добыл бобов бобыль; Во поле-поле затопали кони, от топота копыт пыль по полю летит* и т.д.

После достаточной тренировки дыхания и артикуляции начинаются голосовые упражнения. Через откашливание с закрытым ртом или стон (контролировать рукой, положенной на грудь) фиксируется один из звонких проторных звуков (обычно *в* или *з)* и

закрепляется коротким выдохом на артикуляции. Постепенно вводятся звуки *ж, л, р, н, м.*

Для закрепления длительности звучания даются слоговые упражнения:

1. Ав	ов	VB	ыв,
2. Аз	оз	V3	ыз,
3. Аж	ож	уж	и т.д.

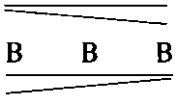
4. Пав	паз	паж	пал	пар	пан	пам
пов	поз	пож	пол	пор	пон	пом
пув	пуз	пуж	пул	пур	пун	пум
пыв	пыз	пыж	пыл	пыр	пын	пым
пив	пиз	пиж	пил	пир	пин	пим
пев	пез	пеж	пел	пер	пен	пем

и другие сочетания.

Вначале на одном выдохе дается один слог, потом два, три и т. д.

В этих упражнениях нужно следить и добиваться грудного звучания. Гласные звуки и здесь берутся только артикуляцией.

В дальнейшем к длительности проторных согласных прибавляются упражнения в силе звука. Сначала тренируем усиление, потом ослабление звучания и после этого совместные упражнения в усилении и ослаблении:



Следующей ступенью в занятиях бывает соединение выдоха и голоса на проторных звонких согласных с постепенным и осторожным включением гласных *(у, о, э, ы, и, а)*. Звук *у* берется первым потому, что этот звук ближе к согласной по артикуляции и при нем, как отмечает Фомичев, гортань более устойчива.

Вот целый ряд таких упражнений:

вув	ВОВ	вэв	выв	вив	вав
вуз	воз	вэз	выз	виз	ваз
вуж	вож	вэж	выж	виж	важ
вул	вол	вэл	выл	вил	вал
вур	вор	вэр	выр	вир	вар
вун	вон	вэн	вын	вин	ван
вум	вом	вэм	вым	вим	вам

В таком же порядке следуют упражнения с *з, ж, л, р, н, м*, и затем переходим к длительности гласных. Вышеуказанные упражнения берутся уже в такой вариации:

ву ____ в, во___ ^_в, вы _____в, ви _____в, ва ____ в и т. д.

Согласные вводятся все еще для помощи, как опора слабой фонации.

Дальше укрепляются гласные без согласных в различных сочетаниях:

I. у _____ , о _____ , э _____ , ы _____ , и _____ , а _____

2

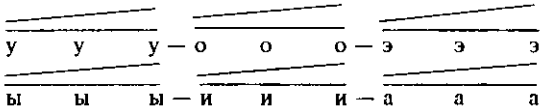
уо	уэ	уы	уи	уа
оу	оэ	оы	ои	оа
эу	эо	эы	эи	эа
ыу	ыо	ые	ыи	ыа
иу	ио	иэ	иы	иа
ау	ао	аэ	аы	аи

3

уоэ	уоы	уои	уоа
уэо	уэы	уэи	уэа
уио	уиэ	уиы	уиа
уыо	уыэ	уыи	уыа
уао	уаэ	уаы	уаи

4. уоэиа и т. д.

Потом берутся упражнения для развития силы голоса на гласных:



В дальнейшем после упражнений на чистых гласных переходим к словам, фразам, поговоркам, скороговоркам, проработанным на первом этапе занятий на беззвучной артикуляции, «озвончаем» их и вводим новые слова и фразы *(Зина, Нина, мама, Зоя, Наша* и др.).

Следующей идет работа по развитию гибкости голоса— упражнения на интервалах. Начинаем с уменья ставить вопрос, когда голос идет вверх: *который час* и давать ответ — голос идет вниз, например: *пятый, восьмой* и т. д.

Экономия с движением голоса на секунду, терцию, квинту, октаву, например, в фразе: *Но я не знала, что это так важно,* может быть интонирована на различных интервалах. Желательно с помощью инструмента показать голосоведение в гамме.

Заключительные занятия:

а) упражнения в различных интонациях (вопрос, удивление, испуг, радость, страх); хорошими материалами для этого являются басни;

б) ознакомление с регистрами (грудной, средний, головной);

в) ознакомление с эмоциональной окраской и тембром (мажор, минор). Например, *Уж тает снег, бегут ручьи...* (мажор); «Анчар» Пушкина (минор);

г) ознакомление с темпом речи (быстрый, медленный);

д) пользование оздоровленной речью в чтении, разговоре, пении.

Сроки занятий варьируются и индивидуализируются в зависимости от тяжести заболевания и культурного уровня пациента

от 1 до 8–9 мес. Конечно, при расстройствах голоса типа задержавшихся мутаций так называемых функциональных возможностей для развития голоса больше, чем, например, при афониях после трахеотомии. В таких случаях приходится довольствоваться иногда ложносвязочной грубой фонацией с тщательной проработкой дыхания и артикуляции.

Выводы

1. При некоторых формах расстройства голоса необходимы, наряду с лечебными мероприятиями, логопедические занятия.

2. Четкая работа органов артикуляции и дыхания, являясь своеобразным массажем, помогает правильному функционированию голосовых связок.

3. Переход к фонации должен быть осторожным, после достаточной тренировки всего речевого аппарата.

4. Необходима широкая пропаганда вопроса о гигиене голоса у педагогов и лиц других профессий, связанных с постоянным пользованием громкой речью.

5. В целях профилактики специалистам по речи нужно включаться в работу по охране детского голоса.

Вопросы охраны и культуры голоса еще не имеют широкого распространения среди населения. Еще нередки случаи так называемых профессиональных заболеваний у педагогов, лекторов, массовиков и людей, профессии которых связаны с голосовой работой. Еще недостаточно поставлена охрана детского голоса. Хочется по этому поводу вспомнить А. С. Макаренко, который в своих педагогических советах указывал на необходимость педагогам умело пользоваться своим голосом.

Думается, что в целях профилактики вполне своевременно поднять при педагогических институтах вопрос о постановке голоса, о технике речи у будущих преподавателей, воспитателей, тем более у специалистов по речи – логопедов.

Из опыта логопедической работы / Под ред. Ф. А. Рау М. М. Сироткина. — М., 1955. — С. 78-103.

М. Е. Хватцев

Недостатки голоса

Наше звукопроизношение тесно связано с голосом, поэтому расстройства голоса нарушают правильную речь. Между тем в семье и в школе на воспитание голоса не обращается необходимое внимание. Возбужденная, крикливая речь и такое же пение,

чрезмерно длительные разговоры (детская крикливая болтливость), поощрение, а часто и требование со стороны педагогов от всех без исключения учеников обязательно «громких» ответов, подчас непосильных для голосового аппарата, обычная уравниловка и безнадзорность при хоровом пении (ко всем предъявляются одинаковые требования, каждый поет, как может – стихийно), наконец, неучет возрастного перелома голоса – все это нередко надрывает нежные голосовые связки.

В результате сказанного голос (и речь) детей становится то хриплым или сиплым, то непомерно тихим, доходя до шепота, то крикливым, срывающимся, то грубым, неприятным для слуха окружающих. Наблюдаемые у некоторых детей недостаточные гибкость и музыкальность голоса Вызывают монотонность и невыразительность речи, с чем учителю приходится иногда упорно бороться.

1. Предупреждение и устранение затянувшейся мутации

У детей, главным образом у мальчиков, в период полового созревания (от 12 до 17 лет, чаще всего в 14 лет) голос резко изменяется «ломается» (мутация голоса).

Мутация происходит оттого, что под влиянием попадающих в кровь выделений (гормонов) из половых желез у мальчиков хрящи гортани начинают быстро развиваться, в том числе и передний угол щитовидного хряща – кадык. Одновременно голосовые связки резко удлиняются, а следовательно, дают меньшее количество колебаний (чем длиннее струна, тем ниже тон), т.е. голос резко понижается – на октаву и больше. Кроме того, в гортани появляются краснота и слизь, голосовые связки отекают, расслабляются и поэтому неплотно смыкаются и дают хрипоту.

Подросток (вернее, его мозг) не может сразу приспособиться к этой перемене, вследствие чего голос срывается с данного тона, т.е. в речи происходят неожиданные перескоки от самого низкого тона до самого высокого, до писка, голос становится хриплым, с грубым тембром. При пении ученик перестает попадать в тон. Такой перелом обычно длится 3–6 месяцев, и голос мальчика превращается в голос мужчины: появляются нормальные высокие и низкие тона. Дискант и альт переходят в тенор, баритон или бас.

Резкая мутация завершается в полтора месяца. Примерно за 6 месяцев до мутации и спустя 6 месяцев после нее в голосе происходят некоторые изменения, так что на весь этот процесс

требуется около полутора лет. У некоторых мальчиков, как и у всех девочек, у которых понижается голос максимально на два тона, мутации происходит постепенно, незаметно и никаких резких нарушений голоса не наблюдается.

Нередко период нормальной (физиологической) мутации задерживается дольше нормы, а иногда растягивается на всю жизнь, т.е. голос остается или хриплым или с «петухами» (срывается со своего тона), или по-детски высоким. Такой голос неприятен и быстро утомляет гортань.

Надо внимательно наблюдать за голосом подростков. При первых явлениях мутации школьник освобождается от деятельности, требующей напряжения голоса; нужно прекратить пение (разрешается только врачом), избегать большой речевой нагрузки, бороться с криком, болтовней.

При затянувшейся мутации следует провести следующие мероприятия:

1. Запретить на несколько дней разговаривать вслух.

2. Заставлять сильно выдыхать при раскрытой гортани (своего рода массаж голосовых связок) 5—6 дней по 5—10 минут 2—3 раза в день.

3. Медленно, без напряжения, произносить на низком тоне звук я, начиная с простого выдоха и постепенно суживая голосовые связки (тоже массаж и гимнастика). Те же временные показатели.

4. Произносить другие гласные, затем слоги с глубоким предварительным вдохом.

5. При высоком «детском» голосе полезно производить звуки, особенно *у*, постепенно снижая их тон — «сиреной».

6. Наконец, снижение тона достигается легким нажиманием пальцами на кадык или сжиманием его щипком (опыт показывает, как поступать в конкретном случае: нажимать или сжимать). Успех достигается в среднем в течение месяца.

2. Устранение хриплости, крикливости и чрезмерно тихого голоса

Часто хрипота вызывается простудой. Простуженные голосовые связки воспаляются, набухают, в гортани накопляется много слизи, раздражающей эти связки, что мешает плотному смыканию и нормальной вибрации их. В этот период необходимо прекратить или значительно облегчить голосовую и речевую нагрузку. В противном случае такая временная хрипота может перейти в

хроническую. При затянувшейся хрипоте (или сиплости) голоса необходимо обратиться к врачу-специалисту.

Крикливая, слишком напряженная речь типична для детей нервных, легко возбудимых. Крик нужно умерять, разъясняя ненужность (он раздражает учителя и товарищей) и вредность его (мышцы голосовых связок ослабевают, на них образуются бугорки, и голос навсегда становится сиплым).

Формирование голоса зависит и от речи самого учителя: чрезмерно громкая, подчас напряженно крикливая речь его невольно возбуждает учащихся и вызывает у них такую же подчеркнутую громкую речь. Голос учителя должен быть умеренным, спокойным, ровной силы.

Что касается школьников с очень тихой речью, свойственной детям запуганным, робким или со слабым здоровьем, то здесь учителю необходимо проявить большую осторожность и так, чтобы еще больше не запугать или не сконфузить их. Лучший способ — ставить их в такие условия, чтобы они отвечали на большом расстоянии (при их ответах учитель отходит от них или отдаляет и на большое расстояние). Расстояние, как условный раздражитель, усиливает голос.

Полезно в порядке соревнования постепенно приучать таких детей без особого напряжения произносить на одном выдохе возможно больше слов.

Для преодоления крикливой или тихой речи очень хороши упражнения по развитию изменений силы голоса...

Хватцев М. Е. Недостатки речи у школьников. — М., 1958. - С. 100-101.

Ф. А. Ивановская

Профилактика голосовых расстройств

Вопросы охраны и культуры голоса еще не имеют достаточно широкой постановки, еще нередки случаи так называемых «профессиональных заболеваний» у людей, профессия которых связана с пользованием громкой речью (педагоги, логопеды, пионервожатые, массовики). Еще недостаточно поставлена охрана детского голоса.

Настоящее сообщение является попыткой дать некоторые методические советы начинающим логопедам, т.к. обращений к ним за помощью по вопросам голосовых расстройств становится все больше.

Голос – это один из компонентов речи. Вместе с дыханием и артикуляцией он служит внешнему выражению мысли (слова) и контролируется корой головного мозга.

Функция речи есть выражение мыслей и чувств человека, а ее средствами являются грамматика, синтаксис, фонетика. Правильно построенная фраза бывает не полна без эмоциональной окраски. Она не выражает ни личного отношения к излагаемому материалу, ни взаимных отношений разговаривающих. Наряду с синтаксисом смысл фразы определяют логические ударения, паузы. Фонетически это выражается в повышении высоты тона, замедлении или изменении звука голоса. Все это функции голоса. Чем богаче интонации и выразительность голоса, тем легче доносить до слушателя существо мысли и оттенки чувств.

Ни один музыкальный инструмент не имеет такой выразительности, как человеческий голос.

Педагогу необходимо при своем общении с детьми владеть голосом и уметь сохранить его красоту, гибкость, богатство оттенков. Недаром А. С. Макаренко занимался техникой речи, постановкой голоса. К. С. Станиславский говорил актерам (это с полным основанием можно адресовать и педагогам): ...Даже хороший от природы голос следует развивать не только для пения, но и для речи».

В понятие «развитие голоса» входит не только тренировка собственно голоса, фонации, но и других компонентов речи. Очень важен принцип целостного функционирования всего речевого аппарата — дыхания, артикуляции, голосообразования. Сохранность одного звена помогает в какой-то степени компенсировать дефект другого. Нередко хорошее произношение и правильное дыхание дают возможность слабому голосу избегать утомления, перегрузки. Кроме того, с анатомической стороны голос и дыхание выполняются одними и теми же органами, а действие органов артикуляции облегчает работу гортани.

Итак, иметь хорошую речь — это значит иметь правильное произношение, дыхание и голос.

Хорошее произношение (дикция) предполагает правильную артикуляцию, четкость звучания согласных и гласных, отсутствие вялости, небрежности в произнесении отдельных слов.

Здесь снова хочется вспомнить Станиславского. В своей книге «Работа актера над собой» он особенно настаивает на внимании к гласным звукам. Он говорит: «Усиленно развивайте артикуляцию губного аппарата, языка и всех тех частей, которые четко вытачивают и оформляют согласные».

Первым звеном при занятиях по дикции, конечно будет гимнастика рта. Вот несколько необходимых упражнений:

1) Умение широко открыть рот.
2) Вытягивать и растягивать губы.
3) Приподнимать верхнюю губу до десны.

4) Опускать нижнюю губу до десны.

5) Поднимать язык на верхнюю губу и опускать на нижнюю.

6) Поднимать язык на верхние зубы и опускать на нижние.

7) Крестообразно двигать языком на губах (вверх, вниз, вправо, влево).

8) Упражнять губы на звуке *п*.

9) Укреплять кончик языка на звуке *т*.

10) Укреплять корень языка на звуке *к*.

Хорошо закреплять упражнения четким проговариванием скороговорок и пословиц только на одной артикуляции (например: *попытка — не пытка, добыл бобыль бобов, во поле-поле затопали кони, от топота копыт пыль по полю летит* и т.д.).

Жизнью речи считают дыхание.

Между дыханием и спокойном состояний и дыханием при речи есть разница. В покойном состоянии вдох и выдох приблизительно одинаковы. Дыхание в состоянии покоя автоматическое. При речи вдох относительно короток, а выдох – длинен. Выдох должен быть постепенным, экономным.

Вдох и выдох в покойном состоянии происходят через нос. При речи – комбинированные, рото-носовые.

При дыхательных упражнениях лучше исходить из движения ребер («боковое дыхание») и диафрагмы. Боковое и диафрагмаль-ное дыхание считаются наиболее глубокими и сильными.

Специальные упражнения по гимнастике дыхания позволяют нам обычное непроизвольное дыхание постепенно перевести в произвольное. Это дает возможность иметь достаточный запас воздуха при произнесении различных по длительности речевых отрезков.

Развитие дыхания можно начать со следующих упражнений.

Встать прямо и спокойно дышать при легком развороте плеч, без поднятия или опускания их. Для контроля движения диафрагмы и ребер держать одну руку на верхней стенке живота, другую – сбоку на ребрах. Вдыхая, бесшумно и незаметно мысленно считать, например, до пяти, несколько задержать дыхание и выдыхать медленно, произнося глухие звуки *ф, с, ц, х* тоже под счет до 5-ти. Постепенно шаг за шагом выдох должен удлиняться, сначала считать на выдохе до 5, потом до 10, до 15 й т. д. Потом счет заменяется сочетанием гласных, согласных, слов, частями стихотворений, поговорок, скороговорок. Основным принципом в работе над дыханием являются постепенное увеличение

количества слов или строк, произнесенных на одном выдохе, и умение пользоваться на паузах «добором» воздуха, если дыхания не будет хватать. Все же гнаться за количеством слов или строк не следует.

Упражнения по развитию речевого дыхания нужно проводить осторожно, под наблюдением специалиста.

Постановка голоса – это работа, которая обеспечивает возможность наилучшего использования голоса при минимальной утомляемости голосовых связок.

Поставленный голос должен отвечать требованиям в отношении силы, высоты, длительности и тембра. Все это свойственно нашему голосу, но требует осознания, развития и обогащения.

Сила голоса — это умение давать голос тихо, средне, громко.

Высота голоса – это допустимое расширение его звуковых возможностей, развитие диапазона вверх и вниз.

Длительность – умение вести речь в различных темпах (медленно, средне, быстро) при сохранении остальных качеств голоса.

Тембр – наиболее благоприятная для говорящего окраска звука.

Работа по развитию голоса трудоемкая и чрезвычайно индивидуальная. Требуется соблюдение особой осторожности: неправильные или чрезмерные упражнения могут привести к болезненным последствиям. Нужно говорить на такой высоте, которая свойственна данному лицу, развить природные возможности, чтобы выполнить основное требование – быть понятым и услышанным аудиторией.

Правильной голосоподаче содействует так называемое «основное положение». Оно складывается из следующих положений голосообразующих органов: хорошо открытый рот, губы овалом, по форме близкой к *о*, язык, лежащий плашмя, нёбная занавеска приподнята (как при легкой позевоте), грудная клетка слегка расширена.

Основное положение содействует естественному и облегченному течению голоса.

В начале занятий хорошо давать звонкие согласные *м, в, з, ж* как отдельные звуки, потом в слогах типа *му, мо, мы, ми, ме, ма, мум, мом, мим, мем, мам.*

Упражнения с согласными дают возможность приблизить звук к костным стенкам резонаторов (зубы, нёбо, лицевой костяк), что усиливает голосовую струю.

Дальше можно использовать стихотворные отрывки. Читать следует по строчкам, каждую строчку за один выдох, с обязательным добором воздуха по ее окончании. Читать нужно на средней высоте, наиболее удобной для каждого, избегать крика. При развитии силы звука рекомендуется начинать с усиления или

ослабления отдельных звуков (м, в, з, ж, у, о, ы, э, и, а), а в дальнейшем считать десятками, сначала тихо, потом громко и снова тихо. Заканчивать чтением стихов в таком же порядке.

Высота звука обычно тренируется при чтении стихов на разных интервалах с постепенным поднятием высоты голоса с новой строки и обратным понижением при вторичном чтении.

Упражнения в овладении темпом речи (длительность) неплохо получаются при чтении скороговорок. Сначала скороговорку читают медленно, четко, а потом постепенно ускоряют темп при сохранении четкости и ясности произношения.

Если в голосе занимающегося отмечается ухудшение, нарастание болезненных симптомов (хрипота, осиплость), то упражнения необходимо временно приостановить.

Лицам, работающим на голосе (ораторам, педагогам, массовикам), следует длительно не оставлять соответствующих упражнений, чтобы не потерять приобретенных качеств.

Они являются лучшим* гигиеническим средством и своего рода профилактикой от потери или порчи голоса.

Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М., 1960. — Вып. I. — С. 122—128.

Е. С. Алмазова

К вопросу о нарушениях голоса

При наличии патологических изменением в гортани нарушается нормальная функция голоса – уменьшается звучность голоса, появляется хрипота, голос может совсем исчезнуть. Особенно стойкие нарушения голоса встречаются при органических изменениях в гортани.

Предварительно приведем некоторые данные по вопросу ана-томо-физиологических механизмов голосообразования.

Голосовой аппарат образует звук путем колебания эластических голосовых связок, или голосовых перепонок. Работа голосового аппарата подчинена коре головного мозга. Кортикальные импульсы играют здесь пусковую и регулирующую роль. Но тонкое управление мышцами гортани (особенно в актах речи и пения) невозможно без участия афферентных импульсов, идущих от рецепторных окончаний, которые заключены в голосовых связках, мышцах, сухожилиях голосового аппарата. В данном случае имеет место анализаторная роль коры головного мозга, поэтому говорят о речедвигательном анализаторе как о частной форме

деятельности двигательного анализатора. Существуют и субкортикальные центры голосовой реакции, подчиненные коре головного мозга, которая может тормозить эти реакции. Безусловно

рефлекторное проявление этих голосовьц реакций можно проверить, например, при болевых воздействиях.

Голосовой аппарат человека состоит из трех частей:

1) полости легких, бронхов и трахеи;

2) гортани, в которой располагаются голосовые связки;

3) верхних дыхательных путей — глотка, носоглотка, носовая полость, придаточные пазухи носа и полости рта (так называемая надставная труба).

В специальной литературе обычно голосовой аппарат человека сравнивают с музыкальным — духовым, или язычковым инструментом, в котором звук получается вследствие вызываемого струей воздуха колебания упругого твердого тела — язычка. Голосовые связки являются как бы двойным язычком, обладающим способностью менять свои размеры, натяжение и упругость. Легкие играют роль мехов; надставная труба выполняет функцию резонатора. При опускании корня языка опускается гортань, и этим удлиняется надставная труба; это удлинение можно увеличить за счет выдвигания губ вперед.

Основная часть голосового аппарата — голосовые связки — расположены в гортани. Гортань — трубка, соединяющая дыхательное горло (трахею) и глотку. Стенки гортани состоят из хрящей — перстневидного, щитовидного, надгортанного и двух чер-паловидных. Мышцы гортани делятся на наружные и внутренние. Наружные мышцы соединяют гортань с другими частями тела, они поднимают и опускают ее. Внутренние мышцы при своем сокращении приводят в движение те или иные хрящи гортани. Они приводят в движение голосовые связки, расширяют или суживают голосовую щель. В верхней части гортани находятся ложные голосовые связки, в которых мышечные волокна развиты слабо. Ниже их — истинные голосовые связки, они выступают в виде складок, имеют треугольную форму и в основном состоят из мышечной ткани. Промежуток между голосовыми связками называется голосовой щелью. При дыхании голосовые связки расходятся и образуют широкое отверстие для прохождения воздуха, голосовая щель принимает форму треугольника. При фонации голосовые связки сближаются и просвет голосовой щели исчезает.

Иннервация гортани осуществляется симпатическим нервом и двумя ветвями блуждающего нерва — верхним и нижним гортанными нервами. Верхний гортанный нерв состоит из двух ветвей: внутренней и наружной. Внутренняя ветвь более мощная, она является чувствительным нервом. Наружная ветвь является

двигательным нервом. Нижний гортанный нерв снабжает двигательными волокнами все внутренние мышцы гортани, кроме передней перстне-щитовидной.

Повреждение нижних гортанных нервов парализует голосовой аппарат, и голос исчезает. При повреждении верхних гортанных нервов происходит лишь некоторое изменение голоса.

Гортань осуществляет три функции:

1) дыхательную;

2) защитную;

3) голосовую.

Дыхательная функция заключается в проведении воздуха в легкие. При этом голосовые связки расходятся, образуя щель в виде равнобедренного треугольника.

Защитная функция препятствует проникновению инородных тел в нижерасположенные дыхательные органы.

В отношении голосовой функции гортани, т.е. в вопросе о механизме голосообразования, в последнее время существуют две теории – тоническая и клоническая.

Тоническая теория, разделяемая большинством исследователей, объединяет образование голоса следующим образом. Идущая под давлением из легких и бронхов струя выдыхаемого воздуха встречает сопротивление со стороны сомкнутых и напряженных истинных голосовых связок (а иногда, при поражении последних, ложных голосовых связок). Пробивающаяся воздушная струя вызывает колебание голосовых связок. Так возникают звуковые волны, которые подвергаются изменениям и превращениям в надставной трубе и воспринимаются слуховыми органами как звуки той или иной высоты, силы, тембра.

Клоническая же теория, отрицаемая многими учеными, придает более самостоятельную роль голосовым связкам. Французские физиологи (Иссон и др.) считают, что по возвратному нерву проходят импульсы, совпадающие по частоте со звуком, издаваемым больным. На основании этого Иссон полагает, что возвратный нерв приводит в движение голосовые связки и высота голоса зависит только от степени возбудимости возвратного нерва.

Возникновение голосовой функции человека относят к моменту его рождения – к первому крику ребенка, который носит рефлекторный характер. В дальнейшем (к концу второго месяца жизни) у ребенка появляются звуковые комплексы, в состав которых входят некоторые согласные. Но эти звуковые комплексы пока еще не оформлены в виде слов. По мере своего роста ребенок постепенно овладевает членораздельной речью, в формировании которой решающую роль играет речь окружающих, слух, зрение и

кинестетический контроль. Для формирования членораздельной и громкой речи человека необходимо сочетание голосовой функции с дыхательной, резонаторной и артикуляторной.

Голос делится на разговорный и певческий (с точки зрения механизма голосообразования, способов и целей использования). Профессиональный певческий голос отличается от бытового широким диапазоном, силой звуков, красивым тембром, хорошей дикцией и умением переходить в процессе пения от одного регистра к другому.

Диапазон голоса представляет собой сочетание последовательно повышающихся звуков, издаваемых данным субъектом.

Высота звука зависит от числа колебаний истинных голосовых связок в секунду.

Сила голоса определяется амплитудой колебаний голосовых связок.

Тембр голоса зависит от присоединения к основному тону добавочных тонов – обертонов. На тембр голоса оказывает большое влияние движения мышц глотки, мягкого нёба, губ, щек, языка, а также движения надгортанника, самой гортани, деятельность дыхательных мышц.

Дыхание при речи и пении значительно отличается от дыхания в покое. При покое оно совершается автоматически, главным образом через нос. Покойный вдох по продолжительности почти равняется выдоху. Голосовая щель при вдохе имеет вид равнобедренного треугольника. При покойном выдохе голосовая щель несколько сужается. Объем выдыхаемого воздуха – 500–600 $см^2$

Речевое и певческое дыхание обладает следующими особенностями по сравнению с дыханием в покое:

1) оно совершается произвольно, а не автоматически;

2) вдох производится быстро, но бесшумно, а выдох – замедленно;

3) используется преимущественно ротовое дыхание, а не носовое;

4) при вдохе голосовые связки расходятся широко, а голосовая щель приобретает форму пятиугольника. При выдохе голосовая щель сужается.

5) Речевое дыхание обычно усваивается самостоятельно, усвоение же певческого дыхания требует специальной тренировки.

К разновидностям голоса (кроме обычного разговорного голоса) относят шепотный голос, ложносвязочныйвй голос, псевдоголос (у лиц после экстирпации гортани и др.).

Шепотный голос образуется без участия голосовых связок; при шепоте голосовые связки сближаются, но не соприкасаются. Шепот

получается вследствие трения выдыхаемой и вдыхаемой струи воздуха о стенки полостей гортани, глотки, рта и носа.

В образовании ложносвязочного голоса принимают участие не только истинные голосовые связки, но и ложные голосовые

связки. Такой голос характеризуется хрипотой, монотонностью, сужением диапазона звуков, своеобразным неприятным оттенком, напоминающим квакание лягушек.

Голос, как и любая другая функция организма, может подвергаться тем или иным нарушениям. Заболевания гортани, надставной трубы, легких, бронхов и трахеи, сердца и сердечно-сосудистой системы, а также несоблюдение правил гигиены разговорного и певческого голоса, несоблюдение правил общей гигиены (чрезмерное курение, злоупотребление алкогольными напитками, недосыпание и т.д.) могут вести к нарушениям голоса.

Особенно глубокие, трудно поддающиеся лечению, нарушения голоса встречаются при органических, деформирующих гортань, изменениях. Стеноз гортани[1], папилломатоз гортани[2], операции трахеотомии[3] и в дальнейшем пластические операции с целью восстановления дыхательной функции гортани и закрытия стомы – вот основной перечень причин, ведущих к тяжелым органическим изменениям голосовой функции. Логопеду в его повседневной практике приходится встречаться с различными нарушениями голоса. Особенно большие трудности в смысле оказания логопедической помощи приходится испытывать с больными, страдающими тяжелыми расстройствами голоса после органических поражений гортани. Восстановительная работа в этих случаях еще не имеет твердых, установившихся логопедических методов.

Нами изучалась русская и зарубежная литература по вопросам об этиологии, патогенезе, клинической картине и лечении типичных органических нарушений голоса – афонии и дисфо-нии. Следует отметить, что по вопросу, связанному с особенностью методики работы в случаях органических расстройств голоса, указаний почти нет. Однако мы сочли возможным пользоваться указаниями, имеющимися в литературе о лечении функциональной афонии и дисфонии (в частности, некоторые положения методики восстановления голоса при функциональной афонии и дисфонии могут быть применены с пользой и при лечении органической афонии и дисфонии).

Этиология. Причинами органических изменений в гортани могут быть различные процессы – дифтерия, стеноз гортани,

[1] Стеноз — сужение гортани.

[2] Папилломы гортани — бородавчатые опухоли красноватого цвета, располагающиеся в гортани, глотке, мягком нёбе. Чаще локализуются на истинных и ложных голосовых связках.

[3] Трахеотомия — операция рассечения трахеи, производится при препятствиях для дыхания.

травма гортани, ложный круп[4], папилломатоз гортани, нейрино-ма гортани[5], а также мембрана гортани[6], а в некоторых случаях струмэктомия[7]

М. И. Фомичев, А. Н. Сафаров (1936 г.) указывают, что органические афонии возникают в результате болезненных изменений в голосообразующем аппарате (туберкулез, сифилис, опухоли) или в результате операционных травм. Эти явления изменяют структуру голосообразующего аппарата. Переходной ступенью от афонии к голосу является ложносвязочный голос – голос ложных связок.

Прогноз при органических афониях зависит от характера органического поражения. Далеко зашедшие изменения в голосовом аппарате будут влиять на исход.

Л. Стейн (1942 г.) делит причины нарушения голоса на органические и функциональные. Органические причины – узелки на голосовых связках (у певцов), паралич возвратного нерва, отсутствие истинных голосовых связок. Если паралич двусторонний, то голос будет афоничным; если паралич односторонний, то голос может быть резко не нарушен.

Если истинные голосовые связки отсутствуют в результате операции, то их роль берут на себя ложные голосовые связки. Так образуется так называемый «голос ложных связок». Он возникает как попытка компенсации утраченной функции истинных голосовых связок.

М. Бери и Д. Эйзенсон (1956 г.) также считают, что нарушения голоса могут быть вызваны органическими и функциональными причинами.

Причиной хриплого голоса являются фарингит (воспаление глотки), ларингит (воспаление гортани), туберкулез гортани, параличи связок, остаточные явления после дифтерии, скарлатины, увеличение щитовидной железы, аневризм (выпячивание нёбной миндалины), патологическая слабость фонаторной мускулатуры, хроническая инфекция зева, гортани, носа.

Органические причины гортанно-резкого голоса авторы делят на врожденные и приобретенные. Врожденные – это патологическая слабость одной или нескольких частей фонаторной системы, слабость гортанной мускулатуры. Приобретенные – в результате перенесенной операции тонзиллоэктомии (удаления

[4] Ложный круп — острый ларингит, распространяющийся не только на гортань и область истинных голосовых связок, но и на подсвязное пространство и вызывающий временное затруднение дыхания и одышку.

[5] Нейринома гортани — опухоль из нервной ткани.

[6] Мембрана — соединительнотканная перепонка гортани.

[7] Струмэктомия — удаление щитовидной железы.

нёбной миндалины). Мускульная слабость после параличей фо-наторной системы.

Органические причины гнусавого голоса — это расщелины твердого нёба, паралич или мускульная слабость мягкого нёба, наличие аденоидов.

Грин М. (1957 г.) указывает, что причиной нарушения голоса может быть стеноз (врожденный и приобретенный), а также па-пилломатоз гортани. Иногда дети рождаются с мембраной через переднюю часть связок. Для лечения вставляется танталовая пластинка между связками, которая остается здесь 3—4 месяца. В результате голос может быть глубокий и хриплый. Приобретенные стенозы возникают от несчастного случая, после серьезного повреждения во время ранения, обваривания. Хирургическое вмешательство здесь необходимо, но оно может осложняться повреждением хряща и образованием фиброзной рубцовой ткани. Речевая терапия улучшает голос после хирургического лечения.

Папилломатоз гортани развивается обычно в раннем детстве. Развитие голоса страдает при папилломатозе гортани и, хотя он может быть восстановлен, все же хрипота голоса остается на несколько лет. Если в результате устранения папилломатоза образуются рубцы на голосовых связках, то качество голоса не может быть восстановлено полностью.

Автор указывает, что в некоторых случаях дисфония существует как привычка, и нарушение голоса отягощается эмоциональными наслоениями (ребенок видит, что он отличается от других детей).

Клиническая картина патологических изменений гортани при органических нарушениях голоса очень многообразна, ее трудно уложить в определенные рамки и схемы. Различные авторы указывают, что такие больные имеют обширные, резко деформирующие гортань стойкие органические изменения, присущие лишь данному больному. Перечисляем эти изменения: деформация гортани, ограничение подвижности правой или левой половины гортани, гиперемия[1] истинных голосовых связок, их утолщение, неполное смыкание, ограничение подвижности той или другой истинной голосовой связки, щель между голосовыми связками, ложные связки могут надвигаться на истинные, при фонации сближаться; дыхание обычно шумное, поверхностное, при фонации резкое напряжение мышц шеи и лица.

М. И. Фомичев и А. Н. Сафаров (1936 г.) отмечают «скованность» артикуляции при органических поражениях гортани, не-

Гиперемия — местное полнокровие.

организованное речевое дыхание. Переходной ступенью от афонии к голосу они считают ложносвязочный голос – «квакающий», монотонный, хриплый, бесцветный, сдавленный.

В. П. Храковская-Черняк (1937 г.) делит больных с нарушениями голоса на три группы:

1 группа – чисто функциональные заболевания,

2 группа – функциональные с псевдоорганическими наслоениями и

3 группа – органические с функциональными настроениями.

Для третьей группы больных автор считает характерным несоответствие между тяжестью органических изменений в гортани и степенью расстройства голоса. После восстановления голоса ларингоскопическая[1] картина изменяется незначительно.

Л. Стейн (1942 г.) отмечает, что при образовании голоса ложных связок все мускулы приходят в движение. Ложные связки сближаются и дают неприятный низкий, монотонный звук.

Н. Ф. Лебедева (1952 г.) определяет гиперфункцию ложных связок. Их роль заключается в защитной функции истинных голосовых связок. В первое время, когда ложные связки выполняют функцию истинных, они как бы заглушают работу ослабленных истинных связок и больной может говорить лишь шепотом. По мере тренировки ложные связки начинают двигаться. Для фонации ложных связок характерен голос «квакающий», грубого тембра, с примесью шумов.

При папилломатозе гортани – голос глухой в начальных стадиях, беззвучный при наличии большого количества папиллом или частых рецидивов.

И. А. Вознесенская (1958 г.) указывает на два симптома па-пилломатоза гортани: 1) изменение голоса, 2) изменение дыхания. Изменение голоса автор делит на три степени: 1) голос грубый, хриплый, но громкий; 2) голос хриплый и 3) афония. Афония связана с множественными папилломами.

Вопрос о лечении органических нарушений голоса (афонии, дисфонии, ложносвязочного голоса) очень сложен из-за наличия глубоких органических изменений в Гортани – рубцов, анкилозов[2] хрящевых сочленений, спаек и т.д. Эти изменения затрудняют восстановление голоса. Голосовыми механизмами, обеспечивающими звукообразование в этих случаях, являются сохранившиеся и функционально активизировавшиеся остатки истинных голосовых связок или ложные голосовые связки.

[1] Ларингоскопия — внутренний осмотр гортани.

[2] Анкилоз — неправильное сращение хряща.

Как уже сказано выше, по вопросу о лечении функциональных расстройств голосообразования в литературе есть значительное количество сообщений, по вопросу же лечения органических расстройств голоса указаний почти нет. В этих случаях все же целесообразно применять некоторые положения методики восстановления голоса при функциональных нарушениях. Эта методика очень разнообразна.

В литературе существуют две основные тенденции восстановительной терапии: 1) «щадящая» терапия и 2) грубые методы (Четелли, Барт (1907 г.) – сдавление хрящей гортани руками; Мук (1916 г.) вводил металлический шарик между голосовыми связками.)

Современная восстановительная логопедия и фониатрия осуществляют свою благородную задачу восстановления утраченной функции голоса и речи, пользуясь наиболее гуманными, нетрав-мирующими больного методами. При восстановлении голоса мы считаем необходимым применять так называемую «щадящую» терапию. Один из представителей этого метода Шоппе еще в 1888 г. указал на важность проведения массажа, который действует на мускулатуру гортани и на слизистую оболочку, регулирует кровообращение, уменьшает количество слизи. Также он применял вдыхание маслянистых веществ, которые хорошо действуют на голосовые связки и растворяют слизь.

Е. Н. Малютин (1896 г.) предложил лечение функциональной афонии при помощи камертонов. Камертон устанавливался на щитовидный хрящ и на голову больного, и последний голосом брал соответствующую ноту. Сеанс продолжался 20 минут, занятия – 10 дней. Действие камертонов автор объяснял тем, что они механически действуют на голосовые связки. С колебаниями голосовых связок, вызванными импульсом нашей воли, совпадут колебания от вибрации камертона, и звук будет яснее, а усилия потребляется меньше.

М. Шмидт (1899 г.) обратил внимание на нарушение дыхания. Он заложил основы ортофонического[1] лечения. Большое значение придавал внушению.

Ф. Флатау (1908 г.) использовал при лечении фонастении дыхательную, артикуляционную гимнастику, электризацию, ручную и машинную вибрацию и растяжение рукой голосовых связок.

Гутцман (1924 г.) рассматривает вопрос о фонастении и функциональной афонии. Для лечения этих заболеваний он рекомендовал: 1) артикуляционную гимнастику; 2) дыхательные уп

ражнения, общую гимнастику тела; 3) вибрацию; 4) электрические голосовые вилки.

Гутцман обращает особое внимание на речевой режим больного; он рекомендовал абсолютный покой в течение 8–10-ти дней, после чего переходил к методическим упражнениям, сначала шепотом, затем в умеренном *piano* извлекал на выдохе наиболее доступные тона. Для получения первого звука автор предлагает метод «жужжания» или «мычания». Он советует считаться с индивидуальными различиями голоса, в соответствии с этим и выбирать методику работы.

Л. Д. Работнов (1932 г.) большое значение придавал режиму покоя, психотерапии и упражнениям дыхания.

А. М. Кордатов (1933 г.) перед началом занятий проводил психотерапевтическую беседу, затем – ручной массаж гортани и боковой поверхности шеи, заглушение при помощи трещотки Барани, получение кашля. Вызвав его, кашлять на гласные у, э, о, а, и. Звук пока хриплый. Потом кашель на гласных сделать протяжным. В один из таких моментов слух выключается трещотками Барани. Больной тянет гласный громче и яснее, так как слуховой контроль исчезает. В это время трещотки сразу отнимаются и больной слышит свой громкий голос. Получив гласные, считать нараспев до 10–20-ти без трещоток, ускоряя темп счета.

М. И. Фомичев и А. Н. Сафаров (1936 г.) применяли комплексный метод лечения функциональных расстройств голоса – фоническую ортопедию: 1) психотерапия; 2) воспитание нижнереберного диафрагмального дыхания, так называемый «рабочий тип дыхания», выдох или звучный (губы в положении для звуков пф), или воздушными толчками – мгновенный; 3) артикуляционная гимнастика, сначала без участия голоса, затем предлагается больному произнести: а) слово правильно орфоэпически на шепоте; б) то же слово по отдельным слогам на шепоте; в) это же слово на звуке; г) это же слово на беззвучной артикуляции; 4) упражнения со звуком; больной может регулировать высоту и силу звука путем регулировки выдыхаемого воздуха.

В. П. Храковская-Черняк (1937 г.) пользовалась методом заглушения больных трещоткой Барани.

Е. М. Воронина (1939 г.) применяла ортофоническое лечение. Цель ортофонического лечения – приведение голосового аппарата к такой фонической координации, при которой он вполне отвечал бы своему назначению. Это лечение включало:

1. Знакомство с общим состоянием больного, его психикой, собирание анамнеза.

2. Дыхательные упражнения – бесшумный вдох и выдох (пер-

вые упражнения проводились в лежачем положении для расслабления напряжения всего тела).

3. После улучшения дыхания вырабатывался чистый шепот – для этого, держа зеркало у рта, больной на удлиненном выдохе тихим шепотом произносил «хах», чтобы зеркало запотело скорее и больше. Затем переходили к слогам – «шаш», «шош», при этом шипящие произносились длительно, а гласные легко.

4. Упражнения на звучном голосе:

а) звук должен получиться без напряжения;

б) начинать работу с низких нот на тихом звучании. Сеанс продолжался 20–25 минут ежедневно. Давались задания на дом. В некоторых случаях дополнительно проводилась фарадизация гортани.

Л.Стейн (1942 г.) использует в своей работе вокальную методику распадающуюся на следующие разделы.

1. Артикуляционные упражнения.
2. Дыхательные упражнения.
3. Получение гласных звуков, мурлыкание, зевота, кашель.
4. «Сильные» голосовые упражнения – развитие высоты тона.
5. Вибрационный массаж, фарадизация.

М. И. Фомичев, М. П. Блескина (1944 г.) пользовались методом вибрационно-фонической ортопедии.

1. Предварительная беседа.
2. Ручной и вибрационный массаж гортани в сочетании с голосовыми упражнениями (**м, му, мы**).

Сначала проводились упражнения в сопряженной фонации, затем – отраженной и потом – спонтанной. Эти упражнения сопровождались ручным или вибрационным массажем.

А. Ф. Сысоев, М. И. Фомичев (1947 г.) рекомендовали метод фонической ортопедии в соединении с заглушением и ритмическим сотрясением (сейсмотерапия). Последовательность методики такова:

1. Проведение режима молчания.
2. Дыхательные упражнения.
3. Артикуляционные упражнения.
4. Включение дрожательно-шумовой площадки; в этот момент больному предлагали «мычать» *(м-му-ма)*. Получены голоса у 53-х больных. Авторы делают вывод, что этот метод эффективен при лечении не только функциональных расстройств голоса, но и некоторых органических расстройств. Для получения первой фонации достаточно 1–3-х сеансов. Однако получить голос в

течение первых сеансов возможно только по наличии функциональной афонии, при органической же афонии часто требуется значительно большее количество времени для получения первой

фонации. Авторы отмечают, что более быстрый эффект дают нелечившиеся больные и дети, обладающие большой эмоциональной возбудимостью.

Н. Ф. Лебедева (1952 г.) применяла метод скоростной фонической ортопедии: по передней поверхности шеи с легким надавливанием на гортань производилось поглаживание сверху вниз в течение 3—5-ти минут, затем — электрический вибрационный массаж. Во время массажа больной произносил *м-ма-му.*

С. К. Юрченко (1953 г.) большое значение придает устранению торможения в центральной нервной системе. Поэтому перед началом занятий проводилась психотерапевтическая беседа. Затем в момент прикосновения к голосовым связкам ватки, навернутой на гортанный зонд, предлагалось больному произнести звуки **и, мы.** Автор указывает, что важно получить хороший голос на первом сеансе. Под наблюдением у Юрченко было 100 больных, положительные результаты были получены не у всех. Отдаленные результаты не сообщаются.

Бери и Эйзенсон (1956 г.) при лечении функциональных расстройств голосообразования применяли ортофоническую методику в следующей последовательности:

I. Ознакомление больного с физиологией голосообразования.

2. Развитие кинестетических ощущений:

а) положив палец на гортань, больной ощущает разницу в напряжении гортани, глотки, челюсти при произнесении гласных старым и полученным голосом;

б) больной произносит гласные с различной высотой звука, пока не найдет присущую ему высоту тона;

в) повышение и понижение интонации.

3. Развитие дыхания:

а) медленная зевота и произнесение **а** на выдохе, кашель;

б) в лежачем положении медленно, легко вдыхать воздух и произносить звук **а**;

в) произносить **а**, держа руку на диафрагме;

г) число гласных постепенно увеличивается **(а, о, и, у, е)**;

д) гласные соединяются со взрывными согласными *(бе-ба-бо-бу)*\

е) «мурлыкание» (или гудение), добиться изменений в высоте голоса;

ж) чтение стихов с вопросительной, восклицательной интонацией.

4. Снятие напряжений гортани, губ, языка, челюсти при фонации:

а) перед зеркалом наблюдать движения языка, губ, челюсти при произнесении а, б и т. д.;

б) читать предложения, активизируя движения языка, губ, челюсти.

5. Применение новой речи в клинической обстановке.

6. Применение новой речи вне клиники.

Некоторую роль авторы отводят фарадизации и психотерапии.

Тарно (1941, 1946, 1950 и 1957 гг.) также проводит артикуляционную гимнастику, дыхательные упражнения, затем – голосовые упражнения. Голос получается на гласных **е, и.** Автор указывает, что новый голос должен быть вызван на нотах, выше старых. Электротерапия и психотерапия облегчают задачу восстановления голоса. В среднем для восстановления голоса нужно от 6-ти до 15-ти сеансов, при условии, что больной будет заниматься самостоятельно дома.

А. Т. Рябченко (1958 г.), суммируя приемы работы при лечении функциональной афонии и дисфонии, проводит ряд следующих мероприятий:

1. Первая беседа – психотерапия.

2. Дыхательные упражнения.

3. Ортофонические упражнения (звук получается при «мычании», к полученному звуку добавляются гласные, затем гласные сочетаются с согласными, потом произносятся короткие слова, фразы, идет чтение вслух).

4. Фарадизация гортани. Цель фарадизации – получение кинестезии, которые восстанавливают нормальные тормозно-воз-будительные отношения в центральной нервной системе.

Наиболее целесообразным и эффективным методом реабилитации голосовой функции **при ринофонии** является **комплексный ортофонический метод,** который включает как физиоме-ханотерапевтическое воздействие на мышцы мягкого нёба и глотки, так и фониатрическое и психотерапевтическое воздействие.

Основная цель ортофонического лечения – восстановление функциональной взаимосвязи между дыханием, артикуляцией и голосообразованием, дифференциация носового и ротового дыхания, получение громкого, звонкого, «полетного» звучание голоса и закрепление его в самостоятельной речи ребенка. Работа проводится под контролем слуховых, зрительных, тактильно-вибрационных и мышечных ощущений, играющих роль тех проприоцептивных (афферентных) раздражителей, которые сигнализи-

руют в центральную нервную систему о правильности работы резонаторов.

Выделяются два этапа логопедической работы по устранению назализации:

I. Подготовительный, который включает:

1) психотерапию,
2) физиомеханотерапевтическое воздействие на мышцы мягкого нёба, задней стенки глотки,
3) артикуляционную гимнастику,
4) дыхательную гимнастику.

П. Основной этап который включает:

1) развитие высоты голоса,
2) развитие длительности и силы звучания голоса,
3) развитие тембра голоса,
4) постановку певческого голоса.
5) развитие ритмико-мелодико-интонационной стороны речи.

В процессе логопедических занятий трудно провести резкое разграничение этих этапов.

Подготовительный этап преследует цель подготовить личность ребенка, его артикуляционный и дыхательный аппарат к последующим интенсивным голосовым упражнениям.

Логопедическая работа начинается с проведения рациональной психотерапии. Путем ежедневных бесед с ребенком логопед вселяет в него уверенность в успехе занятий, а прослушивание магнитофонных записей голосов других детей до и после занятий доказывают ему их реальную пользу.

На фоне психотерапии проводится логопедическая работа с детьми. Она начинается с активизации мышц мягкого нёба и задней стенки глотки. При этом применяются общепринятые в логопедической практике методы (позевывание, покашливание, полоскание горла, глотание воды, слюны, имитация «жевания», произнесение гласных а, э на твердой атаке). Тренируется способность одномоментного подъема мягкого нёба, а затем и длительного удерживания его в поднятом положении под счет. В наиболее трудных случаях полезно использовать механические раздражители для активизации мягкого нёба — металлические шпатели, бумажные трубочки, деревянные па-\лочки, а также массаж мягкого нёба и гортани. Стимуляция глоточной мускулатуры осуществляется с помощью вибромассажа (ручного вибратора). Перечисленные упражнения активизируют нёбно-глоточный затвор, создают нормальные условия фонации.

Общая артикуляционная гимнастика применяется при вялости движений или, наоборот, при излишнем напряжении губ, языка, челюстей, особенно глотки и гортани. Такая гимнастика ак-

тивизирует ротоглоточную полость и способствует в дальнейшем звучанию голоса «в позиции резонатора». С другой стороны, ре

лаксация гортанных мышц уменьшает чрезмерное участие гортани в процессе фонации (ларингеальную гиперфункцию).

При проведении артикуляционной гимнастики важная роль отводится упражнениям для нижней челюсти. От движений нижней челюсти зависит степень раскрытия рта, что определяет форманты гласных звуков. В свою очередь широкий ротовой резонатор при произнесении а, э способствует максимальному подъему мягкого нёба, узкий резонатор (при произнесении и, о, у) – его опусканию.

Тренировка дикции, включающей произнесение гласных, согласных слогов, слов, фраз, поговорок, скороговорок, вырабатывает четкое произнесение различной сложности речевого материала при условии изоляции ротовой полости от носовой.

Одновременное применение дыхательной гимнастики (статической и динамической) преследует цель дифференциации носового и ротового дыхания. При этом обращается особое внимание на силу и продолжительность ротового выхода под контролем движений диафрагмы.

Как известно, диафрагма регулирует уровень подсвязочного давления воздуха, увеличивая или уменьшая силу смыкания, частоту, амплитуду колебаний голосовых складок, степень их напряжения в процессе фонации. Поэтому дыхательные упражнения являются и релаксационными, так как уменьшают напряжение диафрагмы, мышц брюшного пресса, а следовательно, и гортанных мышц, что способствует легкому, свободному, естественному и «полетному» звучанию голоса.

При ринофонии на начальном этапе логопедической работы особенно важны статические дыхательные упражнения, которые фиксируют внимание ребенка на дифференциации носового и ротового вдоха и выдоха. При этом, вслед за дутьем на вату, воду, спичку, свечу, надуванием резиновых игрушек и т. д., включаются упражнения со звуком громким (а не шепотным) – кратким и длительным произнесением гласных и звонких щелевых согласных. Введение громкого произнесения объясняется рядом анатомо-физиологических условий образования глухих и звонких согласных. Так, звонкие согласные требуют:

1) активных колебаний голосовых складок (при глухих – отсутствие колебаний),

2) меньшей силы артикуляции (при глухих – большая сила артикуляции),

3) опускания гортани (при глухих – подъем гортани),

4) меньшей длительности смычки (при глухих – большая длительность смычки),

5) меньшей силы взрыва (при глухих – большая сила взрыва).

Перечисленные условия облегчают деятельность фонаторий-

ной системы при произношении звонких звуков, так как снимается напряжение артикуляционного аппарата гортани и глотки за счет меньших мышечных усилий.

Шепотное произнесение гласных и согласных звуков целесообразно в том случае, если наблюдается ларингеальная гиперфункция, т. е. сдавленное, напряженное, зажатое, хриплое звучание голоса. В этом случае «выключается фонация для устранения патологичдс^согр участия гортани в артикуляции»[1]. После исчезновения лэрингеального оттенка начинается тренировка громкого звучания.

Таким образом, статическая дыхательная гимнастика усложняется за счет голосовых упражнений. В последующем применяется динамическая гимнастика, которая вначале играет роль общеукрепляющих упражнений (дыхательные движения в сочетании с движениями туловища и конечностей), а в дальнейшем она дополняется голосовыми упражнениями. Проведение статической и динамической дыхательной гимнастики физически укрепляет организм ребенка, вырабатывает навык глубокого и сильного фонационного диафрагмального дыхания и подготавливает его к интенсивным голосовым упражнениям.

Получив ротовой выдох и активизировав движения мягкого нёба, можно перейти к интенсивным голосовым упражнениям.

При этом особое внимание уделяется вокальным упражнениям, которые проводятся на всех этапах обучения ребенка. При пении поднято мягкое нёбо, опущена нижняя челюсть, активны, но не напряжены голосовые складки, звуковая волна подается в широко открытый рот, глоточный и ротовой резонаторы почти не меняют своего объема и формы. Поэтому при пении создаются наилучшие условия для голосообразования, в частности для устранения носового оттенка голоса. Поются вокализы на *legato,* мелодии без слов, затем доступные ребенку песни.

При выполнении всех упражнений важно постоянно контролировать звучание голоса в «позиции резонатора», при максимально поднятом мягком нёбе и правильно направленной воздушной струе. Сознательное и активное отношение ребенка к процессу устранения назализации — основной залог эффективности логопедической работы.

Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С. С. *Ляпидевского. - М., 1960 - Вып. I. - С. 125-140. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. — М., 1973. —* С. *139—142.*

[1] З е е м а н М. Расстройства речи в детском возрасте. — М., 1962. — С. 296.

С. Л. Таптапова

Образование звучной речи у лиц с экстирпированной гортанью

После удаления гортани по поводу рака больные находятся в тяжелом депрессивном состоянии. Их волнует возможность рецидива болезни, а психику травмирует отсутствие звучной речи. Речевое общение у лиц, лишенных гортани, может быть осуществлено посредством псевдоголоса. Вопросом образования псевдоголоса интересовались еще в прошлом столетии.

Впервые описание псевдоголоса встречается у Рэйно в 1851 г., затем в 1856 г. у Бурже, в 1859 г. у Гзермак и в 1865 г. у Борэ.

Изучением механизма образования псевдоголоса занимались отечественные и зарубежные ученые.

По мнению К. Л. Хилова, И. Я. Сендульского, М. Зеемана, в основе механизма образования псевдоголоса лежит отрыгивание воздуха из верхнего отдела пищевода. Однако обязательным условием при этом, как полагает Зееман, является создание псевдоголосовой щели у устья пищевода.

Основываясь на кинефлюорографических исследованиях ла-рингэктомированных, владеющих звучной речью, на наличие псевдоголосовой щели указывает Амстер, Херер, Ди-Карло, Говард Раек.

В работе отечественных и зарубежных авторов, посвященных псевдоголосу, изучалась главным образом физиологическая сторона вопроса и лишь незначительное место уделялось методическим указаниям по образованию звучной речи у больных с удаленной гортанью.

Так, К. Л. Хилов в своем исследовании «Материалы к учению развития речи у ларингэктомированных» лишь отмечает, что «больные устают заглатывать воздух и отрыгивать его», и далее упоминает о том, что «больной у специалиста по развитию речи обучался говорить желудочным (пищеводным) голосом. Его заставляли проглатывать большое количество воздуха, а затем упражняться в громком произношении звука п». Никаких других подробностей методики в работе не указывается.

Брошюра С. М. Доброгаева «Речь у больных с экстирпированной гортанью» (анализ речевого поведения больных в свете рефлексологической методологии) также не посвящена методике

образования псевдоголоса. Автор только отмечает, что «больные начинают говорить псевдоголосом, научившись заг

латывать воздух в верхний отдел пищевода и отрыгивать его». Как указывает автор, «вначале больной может говорить только по одному слову, а затем воздуха начинает хватать на несколько слов».

И. Я. Сендульский в статье «Отдельные результаты лечения больных раком гортани, распространившимся за пределы этого органа» предлагает накачивать воздух больному в желудок через носо-пищеводную трубку, полагая, что «если больной правильно научился расходовать Подкаченный воздух, то он сам научится говорить».

В статье М. М. Антоновой «Воспитание звучной речи у больных с экстирпированной гортанью» описываются приемы создания звучной речи у двух ларингэктомированных. Для создания гласного звука «больной втягивал в ротовую полость дым, задерживал его на некоторое время, затем широко открывал рот, проделывая ряд мышечных движений, которые нам необходимо было изучить». Больному предлагалось в «момент втягивания воздуха с одновременным быстрым сближением рото-глоточных замыкателей, включая валик Пассавана, при четкой артикуляционной установке речевого аппарата на звук а, произносить данный звук, а также и все гласные звуки». Необходимо обратить внимание на то, что М. М. Антонова начинает обучение с наиболее сложного звука для безгортанного – гласного. Механизм образования звучной речи автор описывает следующим образом: «Втягиваемая в ротовую полость извне воздушная струя при координационных сближениях замыкателей стала выполнять функции голосообразования». Трудно согласиться с предлагаемым М. М. Антоновой методическим приемом образования звучной речи, а также и с объяснением его механизма. Почему надо начинать обучение с самого трудного для больного гласного звука, когда элементарным принципом педагогики является постепенный переход от простого к более сложному. Проф. Гутцман в работе «Механические затруднения речи» излагает приемы обучения псевдоголосу, предложенные им еще в 1908 г. Его предложения сводятся к обучению больного заглатывать воздух, вызывать отрыжку и на отрыжке произносить слоговые упражнения со следующими звуками: я, *в*, с, л, л*, я и т. д., после чего больные сразу же переходят на звучную речь.

Во французском учебнике для логопедов «Голос» имеется глава «Голос ларингэктомированного», написанная Перелло, а в амери-

канском учебнике Бери и Эйзенсона «Расстройства речи» – глава «Пищеводная речь».

В этих работах Перелло, Бери и Эйзенсон мало касаются методики образования псевдоголоса. Они описывают главным образом физиологические особенности ларингэктомированных и их психическое состояние после операции. Перелло предлагает вызывать отрыжку и затем произносить звуковые сочетания ра, ре, ро, ри (м, б, т, к), а также слова, начинающиеся со звуков а, э, с и т. д.

Авторы же американского учебника рекомендуют произношение на отрыжке звуковых сочетаний ра, та, фа и т. д., а также слова *да, нет*.

Все три зарубежных автора не мотивируют указанного подбора примерных слоговых упражнений и слов. Ими также не отмечаются трудности при обучении, хотя учебники, как французский, так и американский, рассчитаны на педагогов-логопедов. Оригинальной работой по вопросу методики образования псевдоголоса является книга чешского проф. М. Зеемана «Методика восстановления голоса и речи после ларингэкто-мии». Занимаясь этой проблемой с 1919 г., автор настаивает на необходимости проводить лечение сразу же после заживления операционной раны. В работе приводится ряд упражнений для обучения больного вызывать звук. Если эти упражнения не приносят положительных результатов, то автор рекомендует с той же целью вызывания звука вводить его. в сочетания гласных и согласных, в произнесение слогов с подвижным ударением и отдельных слов, а также рядовой счет. Больные, имеющие музыкальный слух, занимаются также вокальными упражнениями. Автор предлагает уделять большое внимание психическому восстановлению больного после операции. По мнению М. Зеемана, период обучения зависит от индивидуальных способностей больного, а также от анатомических условий, возникающих после операции на мягких тканях и на шейных мышцах. Так, например, послеоперационные шейные инфильтраты снижают, как указывает автор, гибкость мышц, участвующих в предфонационном акте, и удлиняют сроки обучения. При отсутствии инфильтратов обучение продолжается от 3-х до 6-ти недель. Несмотря на большую оригинальность работы, трудно согласиться со следующими положениями автора: 1) продолжать обучение в период прохождения больным курса рентгенотерапии, 2) в методике Зеемана крайне сложны упражнения по образованию псевдоголоса, отсутствуют специальные тексты для обучения больного внятной и плавной речи,

3) ничего не говорится о дыхании больного, что имеет немаловажное значение при образовании псевдоголоса, 4) ин-суфляция воздуха в верхний отдел пищевода через носопище

водную трубку вызывает иногда психическую травму у больного и, по нашим наблюдениям, нередко тормозит образование псевдоголоса.

Небезынтересно также напомнить, что в своем докладе на X Международном конгрессе по логопедии и фониатрии в Барселоне в 1956 г. Зееман уделил значительное внимание вопросам патологии пищеводного голоса. При этом он отметил, что образование псевдоголоса не удается при наличии изменений в гипофарингсе после инфильтратов, имевшихся до операции, а также при фонации во время вдоха, когда происходит перемещение псевдоголосовой щели из устья пищевода в гипофарингс. По мнению автора, обучение псевдоголосу иногда тормозится спазмами верхней части пищевода, а беглость и плавность речи нарушается заглатыванием воздуха.

Изучение упомянутых выше работ показывает, что предложенные разными авторами приемы образования звучной речи у ларингэктомированных являются чрезмерно сложными, большинство авторов при этом рекомендует инсуфляцию воздуха через пищеводный зонд.

Приступая к своим исследованиям, мы ставили перед собой задачу – создание простой и рациональной методики образования псевдоголоса, которой врач и логопед могли бы пользоваться в любых условиях.

Наши выводы основываются на 2,5-летнем наблюдении 90 больных, которые прошли курс обучения звучной речи в стационарных (25 человек) и амбулаторных (65 человек) условиях. Из числа обучавшихся хорошие результаты отмечены у 62-х человек, не овладели псевдоголосом по разным причинам 8 человек, продолжают обучение 20 больных.

Всю нашу работу по образованию звучной речи у ларингэктомированных можно разделить на три этапа.

Первый этап. Обучение больного вызывать звук псевдоголоса. С этой целью необходимо прежде всего обучить больного набирать воздух в рот и опорожнять последний. Это достигается игрой на губной гармошке. Для вызывания звука псевдоголоса больной делает ряд упражнений: а) положив кисти рук на заднюю поверхность шеи и зажав язык между зубами, больной подражает произнесению звука ы, б) подражание произнесению звука ы с зажатым языком между зубами повторяется больным стоя, с наклоном корпуса вперед и свободно опущенными руками, в) подъем и опускание диафрагмы на выдохе и вдохе. С этой целью

больной, взявшись за спинку стула, делает наклон вперед на вдохе и поднимает диафрагму. Выпрямляясь, больной делает выдох и опускает диафрагму. Каж

дое из предложенных упражнений повторяется несколько раз. При вызывании звука псевдоголоса не следует обучать больного заглатывать воздух, т.к. это часто ведет к отрывистой, лишенной плавности речи (больной перед каждым словом будет стремиться к заглатыванию воздуха). Одновременно больному необходимо заниматься и лечебной физкультурой. В нашем стационаре больные ежедневно дедают комплекс так называемых дыхательных упражнений.

Второй этап. Формирование псевдоголоса. После появления звука его нужно сразу вводить в слоговые упражнения, слова, а также фразы. Следует указать, что звуковой состав слоговых упражнений и слов, а также и фраз, обусловлен легкостью произнесения для безгортанных.звуков **к, т** и **п**. С этих же звуков предлагает начинать обучение и М. Экуин в своей работе «Восстановление после ларингэктомии». Автор начинает обучение со следующих слов: ***кот, кекс*** и т. д. Как известно, звук **к** по способу артикуляции – смычный, по месту артикуляции – язычно-задненёбный, по участию голоса – глухой. Звук **т** по способу артикуляции – смычный, по месту артикуляции – язычно-зуб-ной, по участию голоса – глухой. Звук **п** по способу артикуляции – смычный, по месту артикуляции – губно-губной, по участию голоса – глухой. Следовательно, звуки **к, т, п** произносятся без участия голосовых связок что значительно облегчает обучение ларингэктомированных. Научившись вызывать звуки псевдоголоса, больной начинает делать упражнение № 1. Он произносит псевдоголосом следующие слоги: **ка, ку, ки, ке; как, кок, кук, кек; какака, кококо, кукуку, кикики, кекекё; какакака** и т. д. Чаще всего на первом же уроке больному удается произносить отдельные слова из упражнения № 2: **как, Катя, Капа, капля, какао; кок, кот, ком, кол, кофе; кук, кукла, кулак, кулек; кик, ким, кино, кило; патока, палка, бокал** и т. д. Затем больной читает вслух слова **кот, ком, кок** и перед каждым из них произносит слова **как**. Например: **как кот, как ком, как кок** и т. д. На втором и третьем уроках больной уже сравнительно легко выполняет описанные выше упражнения.

Чаще всего на четвертом или пятом занятии больные переходят к упражнениям № 3 и № 4.

Упражнение №3. Предусмотрено произнесение псевдоголосом следующих слогов: **ак, ак, ак; ок, ок, ок; ук,ук, ук; ик, ик, ик;**

ка-ак, ко-ок, ку-ук, ки-ик и т. д. Затем больной переходит к чтению вслух таких слов, как **мак, лак, бак, ток, сок, сук** и т. д. После этого больной приступает к отработке второй части уп-

ражнения № 3. Для этого он перед каждым словом произносит слово **как**. Например: **как мак, как лак** и т.д. Аналогичные упражнения делаются со звуками **тип**, после чего больному предлагается считать от 1-го до 10-ти.

Упражнение №4. Теперь больной переходит к произнесению коротких предложений, например, читается вслух такая фраза *кот катает клубок*. Однако чтение предложения, состоящего из трех слов, часто вызывает затруднения у больного: в таких случаях необходимо обучающему читать совместно с больным первые слова предложения, а затем, повторив второе слово, читать его с третьим. Эта разбивка фразы производится следующим образом:

кот	*катает*	*кот*	*Коля*	*купил*	*Коля*
↓	↓	*катает*	↓	↓	*купил*
катает	*клубок*	*клубок*	*купил*	*кекс*	*кекс*

После отработки подобных коротких предложений больные переходят к упражнениям в произнесении различных сочетаний согласных.

Упражнение № 5 предусматривает произнесение следующих сочетаний: **кта, пка, кша, шка, ска, кто, кту, кты, кте** и т. д.

Третий этап. Чтение больными связных текстов, звуковой состав которых специально подобран. Но здесь следует учитывать, что в начале обучения больные испытывают затруднение в произнесении гласных звуков. Поэтому, прежде чем перейти к изолированному произнесению гласного звука, мы рекомендуем больному упражняться в произнесении следующих сочетаний звуков (упражнение № 6): **каааа, кааак, кооо, кооок, кууу, кууук, киии, киник, кеее, кееек, кэээ, кэээк, ааааа — ууууу, ааааа — эээээ, щщщщщ — ииии, еееее — ууууу**[1]. **а — у, а — э, о — и, е — у**[2].

Для того чтобы речь больного была четкой и внятной, необходимо упражняться в произнесении скороговорок: 1) Шли сорок мышей, несли сорок грошей, две мыши поплоше несли по два гроша; 2) В один клин, Клим, колоти; 3) Из-под кислого молока, из-под простоквашки; 4) У нас на подворье погода раз-мокропогодилась; 5) Сшит колпак, связан колпак, да не по-колпаковски.

В целях улучшения плавности речи, а также отработки вопросительной и восклицательной интонаций, проводится чтение вслух специально подобранных литературных произведений, например:

[1] Звук произносится слитно и протяжно.

[2] Звук произносится коротко и отрывисто.

М. Джалиль – «Сон ребенка», В. Инбер – «Сыну, которого нет», М. Ю. Лермонтов – «Бородино», Н. А. Некрасов – «Несжатая полоса» и т. д. Стихотворения подбираются так, чтобы каждая строчка состояла из 2–3-х слов. Больным в период обучения рекомендуется как можно больше говорить псевдоголосом, а также беседовать по телефону.

Все обучавшиеся в стационарных и амбулаторных условиях овладели псевдоголосом в среднем за 1,5 *щсща.* Занятия с логопедом и лечебной физкультурой происходили ежедневно.

Самостоятельно больные занимались 5–7 раз в день от 10-ти до 20-ти минут. Все обучавшиеся (амбулаторные и стационарные) находились под наблюдением отоларинголога, психоневролога и терапевта.

При образовании у безгортанных псевдоголоса мы встретились со следующими двумя группами больных, у которых обучение сопровождалось известными трудностями: это больные с пониженным слухом и больные, носящие съемные зубные протезы. Обучение безгортанных с пониженным слухом осложнено тем, что они плохо слышат свой новый голос и с большим трудом научаются регулировать его громкость.

Занятия с этой группой больных были более длительными. Съемные зубные протезы при обучении псевдоголосу плохо фиксируются. В данное время мы проводим совместную работу с протезистами, которые при протезировании безгортанных учитывают новые условия звукообразования.

У больных, которым произведена экстирпация гортани по типу Крайля с резекцией корня языка, последний не обладает достаточной подвижностью. В таких случаях необходимо начинать обучение с артикуляционной гимнастики, которая заключается в движениях языка влево – вправо, вверх – вниз, в облизывании верхней губы, в пощелкиваниях и некоторых других упражнейиях. "Когда Язык становится несколько подвижнее, следует переходить к игре на губной гармошке.

При образовании псевдоголоса могут иногда тормозить проведение занятий тяжелое депрессивное состояние после операции, страх рецидива и наличие послеоперационных свищей.

Следует также отметить, что обучение, которое проводится спустя длительное время после операции, удлиняет срок формирования больными звуковой речи, поэтому необходимо приступать к занятиям сразу же после операции, т.к. продолжительное отсутствие возможности общения травмирует

психику больного. Подводя итоги нашей работы по созданию методики образования звучной речи у ларингэктомированных, можно сделать следующие предварительные выводы:

1. Выработка псевдоголоса должна базироваться на определенной рациональной методике, в основу которой нами были положены специальные логопедические й дыхательные упражнения.

2. Более эффективным и более коротким в отношении сроков оказалось обучение таких больных, которые приступили к нему вскоре после операции и курса рентгенотерапии.

3. Учитывая, что методика вдувания воздуха через носо-пи-щеводную трубку травмирует психику больного и далеко не всегда сопровождается положительными результатами, ее можно применять только в исключительных случаях.

Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.у I960. — Вып. I. — С. 141-147.

О. В. Правдина

Патология голоса

Под влиянием разных температурных колебаний, раннего курения, злоупотребления алкоголем, пребывания в атмосфере, насыщенной пылью или каким-либо веществом, раздражающим слизистую оболочку гортани, при перегрузке голосовых связок, под влиянием заболеваний дыхательного и голосового аппарата, а также нарушения слуха могут развиваться различные расстройства голоса. Необходимо помнить и о роли психических травм. Сильные эмоции отражаются на дыхании и голосообра-зовании и могут служить причинами невротических нарушений голоса.

Все нарушения голоса можно..., разделить на функциональные и органические. (Необходимо помнить, что разграничение функционального и органического нарушения не всегда удается произвести.) Последние могут быть периферическими и центральными.

Из функциональных нарушений голоса, обусловленных неправильными навыками, следует выделить невротические нарушения, которые имеют много общего с заиканием; крайней их формой является истерический мутизм. Отдельно следует рассматривать нарушения голоса у людей с той или иной степенью снижения слуха и голоса периода мутации.

В основе органических нарушений голоса периферического характера лежат такие заболевания голосового аппарата, как

«певческие узелки» на голосовых связках, папилломатоз гортани и голосовых связок, стеноз гортани (после дифтерии, ранения,

ожога гортани), туберкулез и рак гортани. Они ведут к деформации гортани и голосовых связок и, следовательно к ограничению их подвижности. Сюда же относится голос ларингоэктамирован-ных. Среди причин, вызывающих органические периферические нарушения голоса, следует еще назвать аденоиды и расщелины твердого и мягкого нёба, влияющие на функционирование верхних резонаторов.

Органические нарушения голоса центрального порядка наблюдаются при различных видах дизартрии (бульбарной, псевдобульбарной, как спастической, так и паретической, мозжечковой, подкорковой). В случае анартрии мы имеем обычно и афонию.

Термины, употребляемые как названия нарушений голоса, немногочисленны: это афония (полное отсутствие голоса), дисфония (расстройства голоса), фонастения (повышенная утомляемость голоса и связанные с ней снижение силы голоса и хрипота при отсутствии сколько-нибудь значительной органики), гнусавый голос и голос ларингоэктамированных.

Все эти термины недостаточны для диагноза нарушения. Необходимо дополнять их следующими данными: этиология нарушения (выясняется из анамнеза и заключения врача), давность его, его течение, подробное описание состояния голоса в настоящее время; общее состояние больного, и в частности состояние слуха, гортани и голосовых связок, всей речи в целом, отношение самого больного к состоянию своего голоса.

Таким образом, очень важно иметь заключение как отоларинголога, так и невропатолога. Для характеристики уклоняющегося от нормы звучания голоса существует довольно большое количество определений, таких, как: слабый, форсированный, крикливый, визгливый, грубый, сиплый, хриплый, квакающий, сдавленный, горловой, захлебывающийся, дрожащий, прерывистый, глухой, закрытый, носовой, гнусавый, монотонный. Чтобы эти термины были действительно определенными, необходимо уточнить значение каждого, вскрыть их механизмы.

Определения «слабый», «форсированный», «крикливый» «визгливый» говорят об изменении силы голоса.

Недостаточная сила голоса может зависеть или от слабости дыхательного аппарата, или от недостаточно энергичного смыкания голосовых связок; последнее чаще всего бывает при паре-тичности их. Если смыкание осуществляется медленно, запаздывает, может происходить утечка воздуха до начала речи. Получается голос с придыханием. Форсированный, резкий звук

говорит об излишнем напряжении (гиперкинезии) голосовых связок ли лаже о настоящихтиперкинезах в области гортани.

Если напряжение падает на низкие тона, голос звучит крикливо, если же на высокие тона, то получается визгливый голос.

При сдавливании гортани наружными мышцами получается сдавленный горловой звук; длительное его употребление ведет, обычно, к утомлению голосовых связок, а иногда и к срыву голоса.

Определения «прерывистый», «дрожащий» указывают на нарушения плавности звучания, причиной чего могут быть гиперкине-зы, судороги в области мышц гортани или дыхательных мышц. Захлебывающийся голос обычно бывает при речи на вдохе, т. е. при дискоординации дыхания и голосообразования.

Приглушенно звучит голос, застревающий в задней части ротовой полости и поэтому быстро затухающий. В противоположность приглушенному голосу отличают «звонкий», т. е. правильно направленный в переднюю часть ротовой полости и там резонирующий. При речи со сжатой, малоподвижной артикуляцией получается закрытый звук голоса, ему противопоставляется так называемый «белый» звук, получающийся при постоянной малоподвижной улыбке на лице говорящего.

Трескучий голос зависит от напряженного звучания гласных и утрировки согласных, что наблюдается у заикающихся и глухих.

Носовой, гнусавый оттенки голоса, являются показателями попадай ля части воздушной струи в носоглотку. Термин «носовой оттенок» употребляется для обозначения голоса в том случае, если имеется небольшое, частичное попадание воздуха в носоглотку, что может зависеть от наличия аденоидов, полипов и даже только от набухания слизистой оболочки носа. Это лишает голос звучности, особенно на высоких тонах голоса, которые требуют максимального закрытия прохода в нос.

При раздражении и набухании как всей гортани, так и самих голосовых связок и даже только при скоплении слизи в гортани смыкание голосовых связок бывает неполное, неплотное; через них прорывается так называемый «дикий» воздух, в результате голос звучит сипло. Сиплый голос наблюдается также в период мутации.

Хриплый голос есть следующая, более сильная степень сиплого голоса; причиной этого могут быть отеки, опухоли в гортани, папилломатоз, стеноз гортани, нарушения иннервации голосовых связок, т. е. парезы и параличи мышц гортани и голосовых связок. Иногда в случае затруднения колебания истинных голосовых связок появляется колебание ложных голосовых связок; их

колебание более грубое. Ложносвязочный голос характеризуется иногда как «квакающий». Наблюдается как при органичес

ких нарушениях голоса, так и при невротических. При сужении диапазона голоса как по силе, так и по высоте голос делается монотонным.

Профилактика голосовых расстройств

Анализ закономерностей развития голоса, а также причин его нарушения приводит к признанию очень важного значения профилактических мероприятий для предупреждения расстройств голоса. Профилактика должна начинаться с раннего детства, причем особое значение она приобретает в переломные моменты развития голоса.

Профилактика должна включать следующие разделы; а) собственно профилактика, б) воспитание здорового голоса и в) постоянная тренировка его.

Собственно профилактика заключается в соблюдении общегигиенических правил, предохраняющих организм от простудных заболеваний, которые часто ведут к болезням слухового и голосового аппарата: в разгоряченном состоянии не пить холодной воды, не купаться и не петь, особенно на морозе.

К срывам голоса приводит резкое напряженное крикливое или слишком продолжительное пение, злоупотребление твердой атакой голоса. Очень большое значение имеет пользовании как в речи, так и в пении не своим голосом, что бывает следствием подражания кому-либо или неправильного подбора песенного репертуара школьным учителем пения, руководителем самодеятельного кружка. Крайне важно по возможности воздерживаться от громкой речи, а тем более от пения во время гриппа, ларингита или переутомления голоса, так как перенапряжение голосовых связок в это время может повести к серьезным хроническим нарушениям голоса. Не следует петь и кричать после бега или в сильном волнении, так как это делает дыхание неорганизованным, прерывистым, что мешает правильному голосообразованию.

В период созревания подростки до установки голоса должны совсем прекратить занятия пением. Наблюдения показывают, что период мутации, ломка голоса, происходит естественно, постепенно и незаметно, если до этого дети пользовались и в речи, и в пении естественными, не форсированными голосами; в противном случае смена голоса носит неспокойный, а иногда и бурный характер. Есть данные, что крикливость, излишне громкое

пение, допущенное в детском возрасте, служат нередко причиной преждевременной смены голоса.

Девочкам не рекомендуется петь во время менструальных периодов.

Развитие красивого звучного голоса зависит прежде всего от правильного речевого дыхания и чистого произношения; только после их воспитания можно приступить к собственно голосовым упражнениям.

Советский педагог по культуре речи К. Ф. Сарычев (1954) указывает, что «недостаточно описать и объяснить целый ряд положений в области постановки голоса, необходимо проверить правильность выполнения этих установок, так как слух учащихся не всегда бывает достаточно развит, а ошибки внедряются с такой же быстротой, как и правильные навыки».

При выработке правильного речевого дыхания не следует добиваться какого-либо одного типа дыхания; предпочтительнее смешанный тип дыхания – диафрагмально-реберный.

Вдох должен происходить через рот (может присоединяться и носовой вдох), во всех случаях он должен быть бесшумным. Количество воздуха, забираемое при вдохе, не должно быть чрезмерным, чтобы не переполнять легкие (около 500 см^3). Выдох должен быть задержанным, медленным и плавным. Длительность его должна вырабатываться постепенно, сначала на произнесении отдельных глухих щелевых звуков *ф, с, ш, х*$_9$ затем шепотом произносимых слогов, слов и коротких фраз с этими звуками. В конце выдоха происходит расслабление дыхательных мышц и следует новый вдох. Во время небольших, логически обусловленных пауз можно производить добор воздуха (2–3 см^3) без полного расслабления дыхательных мышц. После коротких дыхательных упражнений следует соединить их со звуком.

Дозированные и правильно организованные речевые и певческие упражнения являются самой лучшей гимнастикой для дыхания, поэтому многие авторы совсем не рекомендуют проводить специальные дыхательные упражнения.

Не следует начинать речь на вдохе. Перед началом речи нужно соблюдать вдыхательную установку, которая связана с ощущением полузевка.

Работа над артикуляцией широко применяется в логопедической практике как для взрослых, так и с детьми. Она носит название артикуляционной гимнастики и продолжается в работе над звуком. Необходимо помнить, что в данном случае следует укрепить и уточнить произношение как всех согласных звуков, так и гласных.

Методика развития голоса

Непосредственная работа над голосом является работой над всеми его качествами – силой, высотой, длительностью и тембром и их изменчивостью в речевом процессе.

Для лучшего восприятия речи голос должен быть средним по силе. Дело в том, что физическая сила звука не совпадает с оценкой громкости его восприятия слушателями; хорошее восприятие речи или пения достигается средней силой голоса, ясностью произношения, неторопливым темпом и умением доносить голос до слушателя, т.е. правильно направлять звуковую струю в переднюю часть ротового резонатора. Резкая, пронзительная громкость голоса ухудшает произношение. С точки зрения гигиены голоса, излишняя громкость, вызывающая перенапряжение голосовых связок, также противопоказана. Свободная, своевременная смена срлы голоса в связи со смысловым и эмоциональным содержанием речи или пения достигается, конечно, тренировкой, специальными упражнениями.

Работа над высотой голоса должна заключаться: а) в нахождении основного тона голоса; б) в упражнениях над устойчивостью звука на данной высоте; в) в упражнениях над постепенным расширением диапазона как вверх, так и вниз; г) упражнениях над легкостью смены высоты.

Голоса бывают высокие, средние и низкие, но для каждого голоса характерны свои верхи, середины и низы, т. е. свой диапазон. Каждый человек должен пользоваться естественным, именно ему свойственным голосом. В силу подражания многие говорят и поют не своими, голосами — или слишком высокими, или слишком низкими. В частности, мальчики часто подражают голосам взрослых. Особенно нужно остерегаться визгливых, пискливых, сдавленных, неустойчивых высоких звуков: они очень вредны и неприятны на слух.

Найти естественное звучание голоса и научить пользоваться им — основная задача педагога-вокалиста и логопеда. Только на этой основе следует развивать голос во всех его направлениях. Нахождение основного тона способствует легкое, свободное восклицание, окрашенное приятной эмоцией («а-а, как приятно!») или с оттенком удивления («а-ах!»). Тон этот должен возникать без всякого напряжения, в частности без участия мышц корня языка подбородка.

Устойчивость звука как по силе, так и по высоте вырабатывается сначала на средней высоте данного голоса. Затем отдельно вырабатывается смена силы звучания, а далее смена высоты как вверх, так и вниз. Материал для каждого из указанных упражнений усложняется постепенно, сначала на слогах, затем на стихотворении с короткими строчками. Важно

подобрать материал так, чтобы по содержанию он соответствовал поставленной задаче.

Как при работе над силой голоса, так и над высотой требуется сугубая осторожность и постепенность. Поспешность, перегруз

ка упражнениями обычно приносят вред, тогда как постоянная тренировка поддерживает все выработанные свойства голоса и предохраняет его от срыва.

Голос каждого человека имеет свои индивидуальные оттенки: тембр, который поддается некоторой обработке. Улучшить тембр – значит изжить неправильные навыки и сформировать новые, нужные. К последним относятся звонкость, собранность звука: первому противопоставляется сдавленный звук, а второму – белый звук, образующийся при постоянной улыбке, некоторой расслабленности губ.

Навести, настроить голос на звонкость помогают упражнения со звуком, резонирующим в передней части рта, при этом ощущается вибрация в зубах, челюстях и щекотание в губах. Упражнения ведутся на протяжных слогах: *ммиии, ммиээ, ммиааа, ммиооо, ммиууу, ммиыыы* с интонацией легкого удивления.

Собранность звука достигается тем, что перед началом речи, как исходное положение, губы принимают овальную установку (на гласной о).

Постоянная тренировка голоса поддерживает выработанные качества голоса и сохраняет его выносливость.

Кратко изложенная методика постановки и развития речевого голоса является системой упражнений, которые применяются и при лечении нарушений голоса, но «говорит и поет неголосовой аппарат, а человек»[1], поэтому применение упражнений стандартно, без необходимой индивидуализации в зависимости от данного случая не должно иметь места ни в норме, ни тем более в патологии.

Все разработанные разными авторами методы воздействия являются комплексными. Применяемые различные приемы можно охарактеризовать следующим образом: а) соблюдение голосового режима, начинающего обычно с полного молчания или хотя бы с перехода на шепотную речь; это ведет к уменьшению раздражения (снятию напряжения) в области гортани и голосовых связок и психическому успокоению; б) внешний массаж в области гортани и вибрационный массаж при помощи камертона, вибратора, который усиливает вибрацию слабых или парети-ческих голосовых связок и играет роль их массирования; в) механическая помощь в виде сдавливания хрящей гортани, в частности нажима на выступающий щитовидный хрящ, а также наклоны и повороты головы. Они механически сближают парализованные связки, а вибрация

усиливает их собственное недостаточное колебание. Еще в 1924 г. известным немецким вра-

Аспелунд Д. Развитие певца и его голоса. — М., 1952.

чом и логопедом Г Гуцманом было отмечено, что вынужденная вибрация парализованной голосовой связки через механическое сближение ее со здоровой вибрирующей связкой или через возбуждение ее путем применения вибратора приводит к тому, что она начинает вибрировать и самостоятельно, хотя и остается вначале более твердой и менее упругой и дает не вполне чистый звук; г) использование привычных автоматизмов — получение звука голоса от кашля, зевка, стона — и последующая активная гимнастика, способствующая его закреплению через повторение, через образование кинестетических ощущений и воспитание слухового внимания; д) активная гимнастика (общеизвестна в логопедической работе), она имеет место, конечно, при работе над артикуляцией и в данном Случае; е) заглушение звука голоса трещотками Барани, заглушителем Дераж не заставляет больного усилить голос и, кроме того, имеет психотерапевтическое значение, так как снимает страх перед своим неполноценным голосом; ж) собственно психотерапия — создание веры в успех лечения и бодрого, активного настроения, что достигается беседами, демонстрациями людей, оздоровивших свой голос, объяснениями целесообразности всех мероприятий и их механизмов; з) использование эмоций, непосредственно влияющих на дыхание и голосообразование.

Медицинское вмешательство обычно ускоряет процесс восстановления, а иногда оказывается совершенно необходимым. Оно может быть терапевтического характера (лекарственное лечение, полоскание, ингаляция, прижигания) или хирургического (удаление аденоидов, папиллом, сшивание нёбных расщелин и т. п.).

В зависимости от характера нарушения голоса и от этапа работы приобретает ведущее значение то одна, то другая составная часть этого комплекса.

* * *

Механизм голосообразования и звукопроизношения имеет одну общую основу — речевое дыхание. Голос и произношение звуков теснейшим образом взаимодействуют друг с другом в норме, поэтому вполне естественно, что при анализе их нарушений возможно некоторое сопоставление между ними. Как нарушения голоса, так и нарушения звукопроизношения могут иметь: а) органическую основу периферического порядка; б) могут носить

функциональный характер; в) могут иметь органическую основу центрального характера; г) как нарушения голоса, так и нарушения звукопроизношения очень часто наблюдаются на почве тугоухости.

При тяжелых нарушениях речи (анартрия, дизартрия, нарушения на почве тугоухости) мы обнаруживаем взаимодействие и переплетение расстройств голоса и звукопроизношения.

Разница между нарушениями голоса и звукопроизношения, а также и основные принципы логопедического воздействия в том и другом случае определяются своеобразием значения голоса и звукопроизношения в речи и анатомо-физиологических механизмов того и другого.

Звукопроизношение обеспечивает в основном смысловое значение речи, а голосовой компонент — ее эмоциональное содержание.

В соответствии с указанными особенностями звукопроизношения и голоса при воздействии на неправильное звукопроизношение применяются такие приемы, как фиксация внимания на смыслоразличительном значении фонем, опора на зрительный анализатор, прямое воздействие на артикуляцию через формирование правильного уклада речевых органов, характерного для каждого звука. Ведущими приемами логопедического воздействия при расстройствах голоса будут: а) опора на тактильное ощущение, а не на зрительный контроль; б) косвенное воздействие на голосовой аппарат через предварительную организацию дыхательных упражнений и движений органов артикуляции, имеющих общую иннервацию и мышечную связь с гортанью; в) использование речевого материала, преимущественно эмоционального содержания, непосредственно отражающегося на голосооб-разовании (радость, удивление, огорчение, испуг и т.п.), что особенно применимо к детям, благодаря их повышенной эмоциональной возбудимости.

Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М., 1963. — Вып. II. — С. 70—77.

А. Т. Рябченко

Состояние внешнего дыхания при функциональных нарушениях голоса и основные мероприятия по реэдукции голоса

Нарушения голоса и речи функционального характера в своей основе имеют невроз, выраженный в той или иной степени, и

потому, уяснив нервно-психологические особенности больного, с самого начала все лечебные мероприятия следует подчинять тем требованиям, которые необходимы при лечении боль

ного неврозом, особенно больного, изведавшего и пережившего неудачи предшествовавшего лечения. Такой больной склонен давать совершенно непредвиденные и неадекватные реакции на воздействие самых разнообразных раздражителей. Начинать лечение необходимо с умелого подхода к больному, стараться больше уделять ему внимания, проводить беседы с разъяснением сущности заболевания. Необходимо использовать внушение и психотерапию. Основываясь на учении И. П. Павлова, психотерапию следует понимать как терапию патогенетическую, базирующуюся на физиологическом анализе функциональных нарушений высшей нервной деятельности человека.

Терапевтическое значение беседы следует расценивать двояко: у тех больных, у которых преобладают в картине их функционального расстройства голоса элементы повышенной возбудимости, беседа должна сопровождаться некоторым успокоением, снижением процесса возбуждения центральной нервной системы; у больных со слабым тормозным типом высшей нервной деятельности беседа также действует ободряюще и сопровождается некоторым уменьшением процесса торможения и, следовательно, усилением возбудительного процесса.

После беседы и ларингостробоскопии проводится лечебная дыхательная гимнастика.

Отрегулировав дыхание (короткий вдох и замедленный выдох), необходимо добиться гибкости речевого аппарата и его отдельных мышц, что достигается при помощи артикуляционной гимнастики, производимой одновременно с ортофоническими упражнениями (*а — ну, ох — ты, ам — ба* и пр.). При этом открывание рта производится в вертикальном направлении (опускание нижней челюсти при речи должно достигаться примерно на 2—3 *см*). Движения при открывании рта должны быть свободными. Язык должен лежать плотно и лишь кончиком касаться нижних зубов. Движением нижней челюсти, раскрыванием рта, регулированием движений языка достигается правильное направление звуков в позиции резонатора.

Ортофонические упражнения начинаются с произношения звука *м* в тональности, свойственной обычной разговорной речи, с закрытым ртом (многократно). Вначале необходимо добиваться не обычного речевого звука, а звука, скорее похожего на мычание — произносится тихо, без напряжения, отрывисто (только вначале), с обязательным направлением звука в позицию резонатора, а далее постепенно усиливается, но произносится спокойно, медленно и

обязательно на выдохе. Губы при этом должны быть сомкнуты и несколько вытянуты.

Переходя к озвучанию согласных с гласными, вначале объясняется больному правильное произношение каждой фонемы, слова и нужное число повторений.

Фонемы подбираются индивидуально, в зависимости от вида нарушения голоса или от отсутствия звучности, позиции воспроизведения голоса, состояния фонационного дыхания и общего состояния больного.

Лучшим примером для начала являются следующие сочетания фонем:

му- мы	ны- -ни	ро-ры	
му- МО	ны- •но	ро-ро	
му- мэ	ны- ■нэ	ро-рэ	
му-му	ны- ■ну	ро-ру	
му-ма	ны- •на	ро-ра	
то-та	бо-би	по-пы	ку-ки
то-тэ	бо-бы	по-пи	ку-ко
то-ты	бо-бэ	по-по	ку-кэ
то-ти	бо-бо	по-пэ	ку-ка
то-ту	бо-ба	по-па	ку-ку
то-то	бо-бу	по-пу	

Постепенно упражнения усложняются, например:

му-мы-ман-мэн
мы-му-маи-тэи
ты-тэ-тын-так
ры-рэ-рым-раи
ро-рэ-рум-рэн

Безударное произношение сменяется ударным, и наоборот. После произношения короткого слова — *Боря, мама, труд, пруд* — строится короткая фраза — *миру мир, заре навстречу.* Фразу можно удлинять. От отраженной речи постепенно следует переходить к спонтанной речи, усвоив и закрепив звучание согласных с гласными; дальнейшее развитие звука целесообразно начинать с упражнений напевного характера, звучание согласных с гласными чередуя с речевым произношением.

Особой тщательности требует правильное, своевременное проведение ортофонических упражнений. В конечном счете они приводят к восстановлению единой координированной деятельности дыхательного, артикуляционного аппарата, голосовых связок и речевой функции, в целом обеспечиваемой взаимодействием первой и второй сигнальной системы.

Кроме описанного выше лечения, больным с функциональным нарушением голоса и речи целесообразно назначать обще

укрепляющее лечение (бромиды, электрофорез воротниковой зоны с хлористым кальцием от 6 до 15 минут на протяжении 12 дней). Лечение витаминами, водолечение. Необходимо больному обеспечить нормальный сон.

У больных с преобладанием явлений мышечной слабости – паретического состояния гортани, выражающегося в недостаточной фонаторной подвижности истинных голосовых связок, – врач ортофонические упражнения проводят одновременно с воздействием синусоидальных, низкочастотных модулированных тонов.

Анализ результата лечения данной группы больных комплексным методом (лечебная дыхательная гимнастика, ортофонические упражнения, воздействие синусоидальных модулированных тонов) показал, что клиническое выздоровление наступало в 80,16%, улучшение – 16,5%, без улучшения – 3,34%. Отдаленные результаты хорошие, рецедивы единичны.

Профилактика функциональных нарушений голоса и речи слагается из мероприятий по предупреждению невроза и фиксации нервной системой неправильных навыков голосообразования.

Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.у 1967. — Вып. 3. — С. 223—231.

Е. С. Алмазова

Методика восстановления и развития голоса у детей

Курс логопедических занятий по восстановлению голоса состоит из двух этапов – подготовительного и восстановительного – и включает психотерапию, артикуляционную, дыхательную, гимнастику и голосовые упражнения.

В данном учебном пособии характеризуются артикуляционные дыхательные и голосовые упражнения изолированно. Тем не менее упражнения должны проводиться одновременно, так как артикуляция, дыхание и голосообразование – это единые, взаимосвязанные и взаимообусловленные физиологические процессы. Координированная работа этих трех систем и обеспечивает нормальную функцию голосообразования.

I. Подготовительный этап логопедических занятий

Перед началом занятий с детьми по восстановлению голоса необходимо получить анамнестические сведения о ребенке, а

также систематизировать и обобщить данные клинического, психолого-педагогического и логопедического обследования (организационный момент). Голос и речь ребенка записываются на магнитофоне, дыхание — на кимографе или электроэнцефалографе.

Как уже указывалось, у детей с заболеваниями гортани выявлено астеническое состояние организма, изменения в строении и функции нервно-мышечного аппарата гортани, нарушение эмоционально-волевой сферы, задержка речевого развития и длительное расстройство голосовой функции. Все эти сведения дают возможность вскрыть особенности развития ребенка, выработать пути и средства восстановительной работы, начальным звеном которой является психотерапия.

Цель психотерапии — сознательное, активное, волевое включение ребенка в процесс восстановления голоса. Психотерапия способствует перевоспитанию личности ребенка в целом, стимуляции и активизации на преодоление трудностей и на борьбу за скорейшее выздоровление. Психотерапия предполагает индивидуальный подход к больному ребенку с учетом его возраста, течения заболевания, особенностей личности ребенка, характера нарушения его речи и голоса. Психотерапия проводится в форме беседы, в ходе которой выявляются жалобы ребенка, составляется представление о круге его интересов, привязанностях, наклонностях, отношении к дефекту; устанавливается личный и рабочий контакт.

Все дети с длительным и тяжелым заболеванием гортани требуют активной и целенаправленной психотерапии, проводимой в форме однократных или чаще многократных бесед. Психотерапия является важным мероприятием, способствующим оздоровлению личности ребенка и успеху восстановительного обучения.

Одновременно с психотерапией проводится **артикуляционная гимнастика**. Как отмечалось, артикуляции придается важное значение в процессе фонации. Именно здесь оформляется тембр голоса, формируются гласные и согласные звуки. Кроме того, чем лучше и точнее артикуляция, тем целесообразнее и точнее функция голосовых складок.

При нарушении деятельности верхней резонирующей трубки артикуляционные движения теряют свою координированную точность, становятся вялыми, неловкими, неуклюжими. Поэтому голос не попадает в «ротовую позицию», в «позицию резонатора», звучит гортанно, хрипло, сдавленно, что и наблюдается у детей.

Цель артикуляционной гимнастики – выработать четкость, ловкость, правильность движений всех частей артикуляционного аппа

рата и координированную его работу с органами дыхания и голосообразования. Необходимо, с одной стороны, освободить артикуляционные мышцы от напряженности, скованности или, наоборот, от вялости, слабости, паретичности.

Для снятия напряжения артикуляционного аппарата и повышения его тонуса применяется гигиенический массаж. Производится поглаживание кончиками пальцев:

а) от середины лба к вискам и вокруг глаз до переносицы,

б) от переносицы к околоушной впадине,

в) от кончика носа по его спинке вверх и обратно,

г) винтообразные движения вокруг кончика носа с переходом на верхнюю и нижнюю губу.

Вибрационный массаж заключается в поколачивании крыльев носа с одновременным произнесением звука *м*.

Массаж активизирует движения лицевой мускулатуры, улучшает мимику лица. Вслед за массажем ребенок учится самостоятельно морщить лоб, нос, хмуриться, сдвигать брови, надувать щеки, улыбаться. Все эти упражнения улучшают окраску голоса, его силу и тембр, так как, по данным физиологии, работа мимических мышц, раздражения кожи лица повышают тонус голосовых мышц.

Одновременно с массажем проводится артикуляционная гимнастика, дифференцированная для различных частей артикуляционного аппарата.

Каждое артикуляционное движение проводится четко и неторопливо перед зеркалом, с соблюдением определенного ритма (под счет).

Примерные артикуляционные упражнения:

I. Движения языка:
   1) высовывание языка,
   2) повороты его вправо-влево,
   3) облизывание кончиком языка верхней и нижней губы,
   4) укладывание языка за верхнюю и нижнюю губу,
   5) «щелкание» языком,
   6) укрепление кончика и корня языка при произнесении звуков *т — к*.

II. Движения губ:
   1) вытягивание губ вперед «трубочкой»,
   2) складывание губ «кружочком»,

3) растягивание губ в стороны (улыбка),
4) укрепление губ при произнесении звука /і-л-л-л (беззвучно).

III. Движение челюстей: открывание и закрывание рта, опускание нижней челюсти, имитация жевания. В процессе жевания происходит энергичное сокращение мускулов гортани, глотки, нёба, языка, губ.

IV Движения мягкого нёба: покашливание, зевота, глотание капель воды, произнесение гласного звука *а* на твердой атаке, при этом внимание ребенка фиксируется на умении поднять и удержать в таком положении нёбную занавеску (перед зеркалом, под счет).

V Расслабление мышц шеи: опускание головы вниз, запрокидывание назад, повороты головы вправо-влево; в дальнейшем эти движения сочетаются с произнесением звуков *и* — э — *о* — *у* — *а* — *ы*.

VI. Движение гортани и голосовых складок:

а) поглаживающий и вибрационный массаж гортани. Производятся ритмичные, энергичные движения пальцами по передней поверхности шеи в вертикальном и горизонтальном направлениях с легким надавливанием на область щитовидного хряща;

б) кашлевые движения, подражание голубиному воркованию, стону, мычанию, что может сочетаться с вибрационным массажем гортани.

VII. Упражнения для развития четкой, координированной работы всех частей артикуляционного аппарата с одновременной тренировкой дыхания (работа над дикцией):

1) Произнесение гласных медленно, сначала одной артикуляцией, затем на шепоте и громко.

а — о — у — ы— э — Произнесение гласного ряда

а — э о
- у у —
ы э — и — Произнесение двух гласных на одном выдохе
а — э — о о
— у — и а —
э — ы о — у — Произнесение трех гласных на одном выдохе
а – а э — о — у а —
о — у — э о — у — Произнесение четырех гласных на одном выдохе
а — и

2) Произнесение слогов и слов на выдохе, на шепоте, что подготавливает артикуляционный, дыхательный и голосообра-зующий аппарат к последующим интенсивным голосовым упражнениям.

па — по — пу — пы — пэ

пап — поп — пуп — пып — пэп

пат – пот – пут – пыт – пэт та – то – ту – ты – тэ тат – тот – тут – тыт – тэт тап – топ – туп – тып – тэп ка – ко – ку – кы – кэ кат – кот – кут – кыт – кэт кап – коп – куп – кып – кэп фа – фо – фу - фы – фэ паф – поф – пуф – пыф – пэф са – со – су – сы – сэ пас – пос – пус – пыс – пэс ша – шо – шу – ши – ше

пап – пап 1
пап – пап – пап f На одном выдохе
пап – пап – пап – пап J

пат – пат 1
пат – пат – пат > На одном выдохе
пат – пат – пат – пат J

Слова со звуком		*п:*
пук	пост	пар
пух	пот	пан
пуф	порт	пал
пуща	почка	палка
Пушок	почта	парта
путь	пояс	паста
Слова со звуком		*т:*
туф	топ	там
тур	тост	таз
стул	ток	тара
тушь	торт	такса
туша	точка	тачка

Примерный курс упражнений лечебной физкультуры

I. ***Вводный раздел.***

Задача вводного раздела – постепенное вовлечение ребенка в занятия, выработка дифференцированного выдоха через рот и нос.

Упражнения:

1) построение,
2) равномерная ходьба,
3) вдох и выдох попеременно через рот и нос.

П. *Основной раздел.*

Задача основного раздела – постепенно возрастающая тренировка организма, постановка речевого дыхания с акцентом на удлиненный выход.

Упражнения:

1) Исходное положение – лежа (при этом расслабляются мышцы всего тела, в том числе и гортани). Вдох и выдох через рот и нос. При вдохе передняя стенка живота и подложечная область поднимаются и выпячиваются, при выдохе – опускаются. При этом верхний плечевой пояс почти неподвижен.

2) Исходное положение – стоя, ноги вместе. Поднять руки через стороны вверх – вдох, опустить руки – выдох.

3) Исходное положение – стоя, ноги вместе. Поднять руки на затылок – вдох, руки опустить – выдох.

4) Исходное положение – стоя, ноги вместе. Поворот туловища и головы вправо с отведением руки в сторону – вдох, исходное положение – выдох.

5) Исходное положение – стоя, ноги вместе. Наклоны туловища в стороны: руки попеременно скользят вдоль туловища до подмышечной впадины. При выдохе произносятся длительно звуки *с, ф$_у$ ш,* сочетания звуков *пф$_э$ пш.*

6) Исходное положение – стоя, ноги вместе. Нагибание головы попеременно к левому и правому плечу.

7) Исходное положение – стоя, ноги вместе. Нагибание головы назад и вперед вместе с шеей.

8.) Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч. Поднять руки через стороны вверх, присесть, обхватить руками колени и произнести *уф$_э$ух.*

9) Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч. Руки отвести в стороны и поднять над головой. Пальцы переплести – вдох. Быстрый наклон туловища вперед с произнесением на выдохе *ух* (упражнение «дровосек»).

10) Исходное положение – стоя, ноги вместе. Руки через стороны вверх – вдох, руки вниз с произнесением на выдохе согласных звуков *с, иіу Щу в, Зу Жу фу* гласных *у$_у$* о, и, э, а, а также слогов *ихууф.*

11) Исходное положение – стоя, ноги вместе, поза боксера. Движение руками вперед, с силой и произнесение звука *ж.*

12) Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч. Руки медленно поднять через стороны, хлопнуть – вдох, опустить руки с произнесением на выдохе *ах, ох, ух.*

13) Исходное положение – стоя, ноги вместе, руки на бедрах. Выпады попеременно правой и левой ногой с разведением рук в стороны.

14) Исходное положение – стоя, ноги вместе. Поднимать попеременно левую и правую ногу и производить хлопки под коленом.

15) Исходное положение – стоя, ноги вместе. Приседания с вытягиванием рук вперед.

16) Упражнения с мячом:

а) мяч подбросить вверх с произнесением *ух, уф,*

б) мяч подбросить, присесть, поймать и произнести *з, ж, в,*

в) мяч на полу, наклониться, взять мяч, поднять вверх, положить на пол с произнесением на выдохе *уф,*

г) игра в мяч: построить детей в кружок с большими интервалами и передавать мяч соседу с произнесением слов; построить детей в колонну, одного ребенка поставить против колонны и дать ему мяч (он водящий). Водящий передает мяч впереди стоящему с произнесением любого звука, впереди стоящий передает его водящему и бежит в конец колонны. Кто уронит мяч, становится водящим.

Таким образом, большинство упражнений включает произнесение гласных и согласных звуков одновременно с движениями верхних и нижних конечностей. Длительное произнесение гласных и согласных звуков развивает удлиненный выдох. Обычно на начальном этапе обучения дети могут произносить эти звуки в течение 5–7 секунд, постепенно выдох удлиняется до 15–20 секунд. В дальнейшем упражнения усложняются – на одном выдохе произносятся комбинации из двух, трех звуков *(вз, вж, жз, взж* и т.д.), сочетания гласных и согласных звуков *(во, ву, зу, жу* и т. д.).

III. *Заключительный раздел.*

Задача заключительного раздела – добиться снижения общей физиологической нагрузки, снять утомление, возвратить ребенка к исходному состоянию.

Упражнения:

1) дыхательные упражнения,

2) отвлекающие упражнения (с хлопками, пением),

3) ходьба с постепенным замедлением.

Из всех перечисленных упражнений курса логопедической лечебной физкультуры на 5–6 дней составляются комплексы упражнений. Дозировка, темп проведения упражнений меняются в

зависимости от возраста ребенка, характера и течения его заболевания.

II. Восстановительный (основной) этап логопедических занятий

Трудности логопедической работы по восстановлению голоса у детей с органическими поражениями гортани обусловлены рядом факторов: нарушением анатомической целостности гортани, физической ослабленностью ребенка, снижением активности его высших психических процессов, задержкой речевого развития. Поэтому методика восстановления органических нарушений голоса у детей существенно отличается от методов постановки речевого голоса, восстановления голоса при функциональных его нарушениях у взрослых. При органических расстройствах голосообразования особое значение приобретает знание анатомо-физиологических механизмов речи и голоса в норме и патологии. Используя данные физиологии, фонетики, фонологии, акустики, мы предлагаем определенную систему упражнений для вызывания и закрепления голоса у детей. При этом учитывается нарастание произносительных трудностей для ребенка, связанных с большей или меньшей степенью напряжения голосовых складок, артикуляционных органов, увеличением импеданса[1] и подсвязоч-ного давления воздуха. Кроме того, образование гласных и согласных звуков зависит от усиления или ослабления обертонов при попадании их в ту или иную область частот (т. е. фор-мантную область), а также от способа, места их образования, участия голоса и шума, объема глоточного и ротового резонаторов. Все эти данные позволяют представить весь Процесс восстановления голоса в виде трех постепенно усложняющихся разделов работы:

I. Вызывание звука голоса.

II. Закрепление полученного голоса.

III. Автоматизация процесса голосообразования.

I. Вызывание звука голоса — наиболее важный, сложный и длительный раздел восстановительного обучения. Звук голоса целесообразно вызывать на стоне или имитации мычания. Полученный звук голоса *(м)* сочетается с гласными *у, о, а, и в* прямых и обратных слогах.

«Мычание» производится больным с закрытым ртом, на выдохе, коротко, медленно, сначала тихо, при спокойном положении языка. Звук должен получиться без напряжения, на низких ногах. Атака

звука мягкая, т. е. голосовые складки не должны смыкаться раньше прохождения через голосовую щель выдыхае-

Импеданс — акустическое сопротивление воздуха в ротовом резонаторе.

мой струи воздуха, а должны смыкаться или одновременно с выдыхаемой струей или несколько позже.

Почему мы начинаем с согласного звука и почему наиболее легким согласным является звук *м?*

1) Согласные звуки – артикуляторно сильные, так как усиливаются путем прорыва затвора струей воздуха, идущего из полостей бронхов и легких[1], а *м* – согласный звук.

2) При произнесении согласных звуков объем глоточного резонатора сужен, что увеличивает громкость звука.

3) При произнесении звука *м* объем глоточного резонатора сужен, поэтому *м* – звук громкий (резонирует носовая полость).

4) Звук *м* — наиболее простой звук с анатомо-физиологической точки зрения – по участию языка, губ, нёбной занавески. Незначительный импеданс уменьшает напряжение голосовых складок, создает наиболее щадящий режим их работы, что особенно важно в условиях деформированной гортани.

5) При произнесении звука *м* большую роль играют тактильно-вибрационные ощущения (ощущения дрожания губ, щек, крыльев носа, гортани, альвеолярного отростка верхней челюсти). Эти ощущения являются сигналом правильного использования верхних резонаторов (рта, носоглотки, носа). Подобный способ регулирования на основе оценки результатов совершаемых действий в физиологии получил название «обратный афферентации», «обратной связи».

Вибрационные раздражения подают сигналы в центральную нервную систему о работе резонаторов. Вибрации раздражают нервные окончания и таким образом поднимают тонус нервных центров, что рефлекторно влияет на дыхание, кровоснабжение, двигательную и, конечно, голосовую функцию (повышает звонкость, силу голоса).

Известный русский фониатр Е. Н. Малютин еще в конце XIX в. при помощи вибрационных раздражений вылечивал такие тяжелые расстройства голосовой функции, как истерическую афонию, детский голос у мужчин, фонастению у певцов. Он называл эти вибрации активно-пассивной гимнастикой голосовых складок и полагал, что резонаторы также возбуждаются этими вибрациями и начинают украшать голос обертонами.

Изучая значение вибрационной чувствительности для голосообразования, В. П. Морозов нашел, что «под действием вибрационной связи происходит уточнение голосовой реакции»[2]. Он полагает, что вибрации лицевой части скелета в области носа

[1] См.. Жинкин Н. И. Механизм речи. — М., 1958.

[2] Морозов В. П. Тайны вокальной речи. — М.; 1967.

приводят к значительному усилению высоких обертонов в границах 2000–4000 *гц.* Отсюда – увеличение звонкости, сочности, красоты, полетности звучания голоса.

В системе «обратной связи» определенная роль отводится зрительному контролю за дыхательными и артикуляционными движениями, что помогает слуху и мышечному чувству правильно настроить голосовой аппарат. Таким образом, наличие целой системы регулирования голосовой функции делает возможным восстановление голоса даже при грубых деформациях гортани – происходит замещение утраченной функции органа на основе деятельности других функциональных структур (ложные голосовые складки вместо истинных, стенки пищевода вместо голосовых складок и т. д.

При вызывании голоса важно получить легкое и свободное его звучание при произнесении звука *м,* вибрационный контроль помогает получить звучание голоса «в позиции резонатора», в ротовой позиции. Ротовая позиция помогает «поймать звук на губах», «собрать», «сконцентрировать» его, при этом снимается напряжение с мышц гортани, шеи.

Для увеличения силы голоса, его звонкости и широты звучания к полученному звуку *м* присоединяется гласный *у,* т.е. произносится на выдохе прямой слог *му.* Переход к гласному *у* объясняется следующими причинами:

1) Качество сонорности зависит от присутствия в произнесении голосового тона гортани и от полноты резонанса полостей, лежащих над гортанью, особенно полости рта. А так как полость рта при произнесении разных звуков испытывает существенные перемены, то качество сонорности находится в соотношении с характером артикуляции, а именно: наибольшая сонорность принадлежит наиболее открытым звукам, а наименьшая – наиболее сжатым. Гласные – открытые звуки, они соединяют звучание гортани с наиболее полным резонансом, поэтому они обладают наибольшей сонорностью. Плавные и носовые согласные по своей сонорности близко стоят к гласным.

2) Кинестезическое чувство сопровождает работу всех механизмов произношения. В дыхательном аппарате к простому мышечному ощущению выдыхания присоединяется чувство особого мускульного усилия в области грудной клетки и брюшного пресса. Это чувство усилия, напряжения наименее значительно выражено при произнесении гласных, наиболее резко – при произнесении взрывных согласных. Так образуется связь между

кинестетическими ощущениями моторики органов дыхания и различными артикуляционными укладами, в зависимости от которых воздушному потоку приходится преодолеть различную сте

пень сопротивления «затворов» в ротовой полости, т.е. различный импеданс. При произнесении гласных импеданс меньший, чем при произнесении согласных. Незначительный импеданс увеличивает силу гласного звука.

3) Кроме вышеуказанных признаков, присущих всем гласным, гласный *у* обладает рядом особенностей:

а) при произнесении гласного *у* образуется значительный импеданс ротоглоточного резонатора, что повышает активность голосовых складок. Незначительный импеданс, а соответственно, и малая активность голосовых складок при произнесении звука *м* помогают создать, как отмечалось, наиболее благоприятный, щадящий режим их работы при вызывании звука голоса (в условиях деформированной гортани). При многократном произнесении звука *м* активность голосовых складок увеличивается, поэтому последующее произнесении слога *му* не представляет трудности для голосового аппарата ребенка.

б) при произнесении *у* гортань занимает наиболее низкое положение. При низком положении гортани глоточный резонатор удлиняется и резонирует нормально, при высоком же положении гортани глотка укорачивается, что делает тембр голоса резким и хриплым. Голосовые складки не напряжены, гортанное отверстие широкое. Низкое положение гортани наилучшее для того, чтобы голосовые складки работали с наименьшей затратой энергии и с наилучшим акустическим эффектом,

в) гласный *у* — гласный лабиализованный, при его произнесении образуется наибольший фокус звукообразования за счет значительного выдвижения губ вперед. Язык при этом оттянут назад, кончик языка отдален от нижних резцов. Корневая часть языка значительно поднята по направлению к мягкому нёбу. Лабиализация помогает «поймать» звук, способствует лучшей оценке звучания благодаря механизму «обратной связи»,

г) гласный *у* отличается от гласных *а, о* выдыхаемой струей воздуха. При произнесении *у* струя воздуха узкая, сильная, холодная, что увеличивает тактильно-вибрационные ощущения и силу голоса.

д) гласный *у* оказывает определенное влияние на предшествующий согласный. По данным Л. В. Щербы и В. К. Орфинской[1], значение последующего гласного больше, чем предыдущего. Влияние последующих гласных связано, в основном, с характером их артикуляции, причем решающее значение имеет лабиализа-

[1] См.. Щерба Л. В. и Орфинская В. К. Особенности восприятия речи при радиопередаче. // «Методы исследования и воспитания слуха и ритма у глухих и тугоухих детей».— М.; 1936.

ция гласных (в данном случае *у*). Именно поэтому целесообразно начинать упражнения с прямого слога, а не с обратного.

При многократном повторении слога *му* голос усиливается, приобретает большую сонорность. Важно добиваться свободного, четкого произнесения слога *му* в «позиции резонатора».

Вслед за прямым слогом произносится обратный слог – *ум*, затем – закрытый слог *мум*.

Как известно, влияние предшествующих гласных зависит от степени их громкости – чем более звучный предшествующий гласный, тем меньшее положительное влияние оказывает он на восприятие согласного. Более громкие гласные (например, *а*) несколько заглушают следующий за ним согласный – происходит маскировка согласного. Гласный *у* относится к сравнительно менее фонетически мощным гласным, поэтому в обратном слоге он усиливает следующий за ним согласный. Постепенно (в закрытом слоге) звук *м* становится более протяжным, при этом вибрация стенок ротового и носового резонаторов усиливается (*мум — мумм — муммм*). Слоги *му, ум* и *мум* произносятся легко, свободно, без напряжения, в «позиции резонатора».

Вслед за слогами с гласным *у* произносятся слоги с гласным *о*. При его произнесении создаются благоприятные (после *у*) анатомо-физиологические условия:

а) импеданс ротоглоточного резонатора большой (но несколько меньший, чем при *у*), следовательно, голосовые складки активны, сила голоса значительная;

б) гортань занимает низкое положение (лишь чуть выше, чем при *у*);

в) гласный о лабиализованный, что создает «видимость» звука. При произнесении *о* мягкое нёбо с маленьким язычком поднимается, что способствует усилению звука;

г) некоторую роль играют тактильно-вибрационные ощущения – ощущение теплого выдоха, вибрации гортани и грудной клетки; зрительные ощущения – закругленные губы. Путем ощущения движения грудной клетки мы добиваемся грудного звучания о, так как грудной звук голоса является полным по звучанию, богатым обертонами, голосовые складки вибрируют всей шириной и полностью смыкаются. Легко, свободно, без напряжения, в «позиции резонатора» произносятся слоги: *мо — ом — мом — момм — моммм*.

Следующий гласный *а*.

Звук *а* – наиболее сильный звук. При его произнесении ротовой резонатор увеличивается, рот становится мощным звуковым излучателем. Глоточная трубка сокращается до минимального объема, надгортанник отходит назад и почти прижимается к задней стенке глотки. Звуковой луч прямо подается в широко

раскрытый рот. При этом язык лежит спокойно на дне ротовой полости. Мягкое нёбо поднято, закрывает проход в носоглотку и нос*Голосовые складки сомкнуты, вибрируют, но не напряжены в связи с наименьшим импедансом. Ребенок осязает вибрацию гортани и грудной клетки, теплый, едва заметный выдох. Опущенная нижняя челюсть увеличивает полнозвучность звука *а*. Мощность, полнозвучность, «полетность», красота звучания делают этот звук наиболее удобным и красивым при постановке певческого голоса. Но при восстановлении голоса этот звук весьма труден. Эта трудность объясняется анатомо-физиологическими условиями его образования – отсутствием лабилизации, следовательно, невозможностью «поймать, собрать» звук, минимальными тактильно-вибрационными ощущениями, высоким положением гортани. Кроме того, опасен так называемый «открытый» звук *а* – резкий и неприятный, придающий голосу гортанное звучание за счет зажатос-ти голосового аппарата – гортани, глотки, челюстей. Дети подчас стремятся усилить голос за счет чрезмерного напора воздуха, что приводит к напряжению фонационных мышц и грубому, гортанному звучанию.

Поэтому при постановке звука *а* обращаем внимание ребенка на умение поднять и удержать нёбную занавеску (зевок перед зеркалом), на теплый выдох (на вату, на руку). Начинаем с шепотного, придыхательного, протяжного произнесения звука, так как на шепоте *а* звучит не напряженно, мягко. Затем постепенно переходим к громкому, протяжному и, наконец, отрывистому произнесению звука *а*. У детей с органическими нарушениями голоса при произнесении *а* язык оттягивается в глубь рта и корень языка поднимается, поэтому слышится глубокий, хриплый, горловой звук. Перед зеркалом показываем ребенку правильное положение языка, при котором кончик языка находится близко к нижним резцам, спинка и корень языка опущены. Повторив несколько раз протяжное, а затем отрывистое изолированное произнесение а, переходим к слогам – прямым, обратным, закрытым: *ма — ам, мамм — смамм, маммм — амаммм.*

Очень полезно повторять слоги, где согласный находится в положении между двумя гласными. Причем, как показали осциллог-рафические исследования Н. И. Жинкина, наиболее удачное сочетание такое, когда предшествующий гласный сравнительно менее фонетически мощный *(у, и),* а последующий – широкий *а (ума, ома, ила).* В этом случае согласный усиливается. Наибольшая потеря громкфстит в тех случаях, когда

предшествующий гласный фонетически мощный *(а)*, а последующий – лабиализированный *у (ому, ому, иму).*

Следующий звук *и*.

Гласный *и* – акустически слабый звук. При его произнесении язык поднят всей массой, напряжен, ротовое отверстие сужено, голосовая щель расширена. Подсвязочное давление воздуха и амплитуда колебаний голосовых складок увеличиваются. Во рту образуется узкий проход, завихрения воздуха при столкновении его с различными частями артикуляционного аппарата, скорость воздушного потока возрастает. Поэтому звуковая волна рассеивается, теряет часть своей энергии, что выравнивает диапазон звуков мощных и слабых д и н . При произнесении *и* за счет наибольшего импеданса создается значительное напряжение языка, губ, гортани, мышц шеи, что весьма затрудняет его постановку у детей с заболеваниями гортани. Поэтому вызыванию *и* предшествует артикуляционная, дыхательная гимнастика, массаж гортани и физиотерапия.

Звук *и* произносится в прямых слогах, затем обратных, сначала шепотом, потом громко, коротко и, наконец, протяжно: *ми — им, MUM — MUMMy мимммм... имим — имимм — имимммм...*

Вызывание и закрепление голоса в прямых и обратных слогах с *м* и гласными проходит под неослабным контролем слухового, зрительного, двигательного анализаторов ребенка, при постоянной помощи со стороны логопеда, при активной и целенаправленной деятельности самого ребенка, его желании и стремлении восстановить голос. Постепенно, в процессе логопедических занятий, ребенок уже контролирует звучание голоса «в позиции резонатора», без напряжения мышц шеи и гортани, что является необходимым условием правильного посыла звука. Таким образом, мы получаем легкое, свободное, собранное, звонкое, естественное, полетное звучание голоса.

Процесс восстановления голоса продолжается в среднем три месяца. Вызывание голоса около 1 – 1,5 месяцев.

Приводим краткие выписки из истории болезни:

В о л о д я Д., 6 лет. Голос отсутствует в течение 5 лет. Голос был вызван на 10-м занятии. Звук грубый, хриплый (ложноевязочный голос).

А л е к с а н д р Б., 13 лет. Голос отсутствует в течение 10 лет. Голос был вызван на 8-м занятии. Звук низкий, грубый, хриплый, сдавленный (ложно-связочный голос). На 30-м занятии голос переведен в «позицию резонатора», стал звонче, свободнее.

М а р к Г 6 лет. Голос отсутствует с рождения. Голос был вызван на 6-м занятии. Звук грубый и хриплый. На 16-м занятии звук переведен в «ротовую позицию», стал громким и более звонким.

В е р а Р 17 лет. Голос отсутствует в течение 11 лет. Голос был вызван на 15-м занятии. Звук весьма грубый, низкий, хриплый, сдавленный, напряженный (ложносвязочный голос).

На 40-м занятии тембр голоса несколько улучшился, но остался несколько сдавленным, зажатым.

Мария М 13 лет. Голос отсутствует в течение 12 лет. Голос был вызван на 7-м занятии. Звук хриплый. На 12-м занятии звук переведен в «ротовую позицию», стал более громким и звонким.

Света Б., 15 лет. Голос отсутствует в течение 13 лет. Голос был вызван на 11-м занятии. Звук очень грубый, хриплый, сдавленный. На 25-м занятии звук переведен в «позицию резонатора». Стал более громким, звонким, остался несколько напряженным за счет фонации ложными голосовыми складками.

Нина А., 9 лет. Голос отсутствует в течение 7 лет. Гол,^с был вызван на 15-м занятии. Звук грубый, хриплый, сдавленный (ложносвязочный). На 27-м занятии звук голоса стал более звонким, громким, свободным.

Галя У., 12 лет. Голос отсутствует в течение 11 лет. <Голбс был вызван на 12-м занятии. Звук грубый, хриплый, напряженный. На 26-м занятии голос стал более звонким и модулированным.

Руфа Б., 21 год. Голос отсутствовал в течение 18 лет. Голос был вызван на 18-м занятии. Звук слабый, хриплый, низкий, сдавленный. На 30-м занятии голос стал громким, звонким, звучащим с минимальным напряжением (фони-руют деформированные истинные голосовые складки).

Анализируя данные примеры, можно установить, что у детей с органическими заболеваниями гортани почти невозможно вызвать голос на первых занятиях. Для этого требуется длительная подготовительная работа (артикуляционная, дыхательная гимнастика), а также значительные мышечные усилия со стороны ребенка. Полученное первое голосовое звучание характеризуется своеобразным тембром – звук грубый, хриплый, сдавленный, зажатый, напряженный, с массой добавочных признаков. Качество полученного голоса зависит от ряда факторов, из которых первостепенное значение имеет полноценность функции истинных голосовых складок, тяжесть и длительность заболевания гортани и нарушения голоса, наконец, психологическая подготовка ребенка, его вера и желание восстановить голос.

II. **Закрепление полученного голоса.** Основная задача этого периода: 1) автоматизация полученного голоса путем введения его в слоги, слова, фразы со всеми гласными и согласными;

2) развитие высоты, силы, тембра, модуляций голоса, ритмико-мелодико-интонационной стороны речи;

3) постановка певческого голоса.

Вся система логопедических занятий по закреплению голоса построена на дидактическом принципе постепенного перехода от легких упражнений к более трудным в зависимости от возраста ребенка, индивидуальных особенностей его личности, состояния и развития речевой и голосовой функции.

Работа с глухими согласными. Закрепление голоса начинается с произнесения слогов, включающих гласные звуки и глухие согласные **л, л!,** *к,* а затем щелевые согласные *ф, с, ш*$_{у}$ *х.*

С анатомо-физиологической точки зрения смычные глухие *п, т, к* являются наиболее простыми звуками. В. А. Богородицкий

объяснял это тем, что взрывные согласные требуют простого грубого прижатия органа, тогда как для продувных согласных орган произношения должен держаться приближенным или отчасти касающимся, но не нажатым.

Смычные согласные *п9 т> к* более воздушны, так как имеют большой дебит воздуха[1], чем щелевые. Быстрый выдох после размыкания сомкнутых частей произносительного аппарата и создает акустический эффект «взрыва», характеризующий эту группу согласных. Именно за счет этого взрыва звук *п* получает усиление. Без усиления же слабый звук губного взрыва, даже при повышенной экспирации, был бы совершенно неуловим для восприятия.

По участию голоса и шума звуки *п, т, к* глухие согласные появляются раньше звонких, т. е. большое значение имеет не акустическая яркость звука, а его артикуляционная сложность. Глухие согласные более воздушны, чем звонкие, т. е. последние обычно слабее глухих. Присутствие голоса делает согласный более слышимым даже при слабой артикуляции. Чтобы достичь такой же слышимости глухого согласного, его нужно произносить сильнее. При произнесении звука *п* акустическая сила звука достигается повышенной экспирацией, прорывом выдыхаемой струей воздуха смычки губ.

При образовании звука л, по данным рентгенографии отмечают, что глотка несколько сужается[2]. На короткий миг суженная глоточная трубка сдерживает сильное давление воздуха. В момент взрыва глоточная трубка несколько расширяется, т.е. расслабляется и сдерживаемое воздушное давление переходит на смычку губ. Суженная глоточная трубка усиливает мощность глухого звука; расширенная глоточная трубка приглушает мощность звонкого согласного.

Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. — М., 1973. — С. 16—142.

[1] Дебит воздуха — количество воздуха, выходящее в единицу времени [11]РИ произнесении данного звука.

[2] Исследования проф. Н. И. Жинкина.

Раздел 5 ЗАИКАНИЕ

Х. Лагузен

Способ излечения заикания

О заикании, с объяснением способа излечения этого недостатка

Как некоторые изобретения в самом начале удостаиваются всеобщего внимания и одобрения, впоследствии же подвергаются тем большему порицанию; так и искусство лечения заикания, изобретенное за несколько лет, испытало подобную участь. Причину этого не трудно объяснить. Так как в продолжение тысячелетий никто не пытался изобрести средства, противодействующего этому всеобщему и древнему недостатку (начало его, вероятно, современно происхождению языка), может быть потому, что он не вредит здоровью, то изобретение новейшего времени, доставившее наконец возможность устранить его, необходимо должно было обратить на себя всеобщее внимание, вот причина, по которой оно удостоилось во многих странах покровительства и поощрения. Но слава этого изобретения упала также скоро, как она распространилась. Причина этого заключалась отчасти в том, что поистине свойство заикания еще не было узнано, и следовательно не было возможности надлежащим образом и с успехом сообразовать с ним пользование этого недостатка, отчасти в том, что многие, занимающиеся лечением онаго, имели, даже относительно происхождения заикливости, весьма неполные сведения и пользовали ее наудачу, по большей части безуспешно; другие, имея в виду единственно награду, мало заботились о практическом упражнении ищущих помощи и, достигнув главной своей цели, довольствовались одними словесными наставлениями. Главнейшею же причиною этого были по большей части сами заикливые, потому что добросовестные пользователи их, которым нередко удавалось в весьма короткое время

возвращать страждующим свободное употребление языка, вероятно, не упускали из виду напоминать им необходимость продолжительных практических упражнений, для того, чтобы предупредить возобновление заикания, тем более, что немногие лишь имеют столько твердости и решимости, чтобы самое кратковре-

менное лечение могло избавить их навсегда от этого недостатка. Не смотря на просьбы и требования, редко удавалось в необходимости упражнений убеждать даже и тех, которые наиболее страдали от заикания, и следовательно наиболее должны были ценить возвращенную им легкость в произношении. Большая часть заикающихся была уверена, что одною твердостию характера своего можно сохранить свободное употребление языка; но они со временем снова впадали в прежнюю слабость. В начале они слишком много полагались на действие методы против силы привычки, после же делались недоверчивыми к ней, и потому не решались снова предпринять лечения с большим постоянством, и, вероятно, с большим успехом. Таким образом, они не только сами не получали от того никакой пользы, но и содействовали тем к помрачению славы, как самой методы, так и исполнителей ея, на которых падала по большей части вся вина неуспеха. Вот истинное положение дела; не смотря на то, что метода, признанная многими знаменитыми мужами, которые ее рассматривали, за способ лечения, основанный на свойстве самаго недостатка, вполне соответствует цели своей. Со временем должен однако же этот способ обратить снова на себя всеобщее внимание, так как всякий заикающийся (предполагая в нем решительную волю и некоторую твердость для того необходимую) помощию его может не только на время избавиться от своего недостатка, но и навсегда освободить себя от него, если только он, получив уже свободное употребление языка, не пренебрежет теми правилами, которые я намерен здесь изложить.

О свойствах и происхождении заикания

Так как заикание находится в теснейшей связи с даром слова, то сперва необходимо, хотя вкратце, рассмотреть свойство сего последнего, и именно прежде всего решить: есть ли он дар, нам врожденный, состоит ли он необходимое условие естества нашего, или он есть плод нашей умственной деятельности и, так сказать, изучен нами? И то и другое тесно связано между собой.

Язык состоит из двух элементов: духовнаго и материальнаго: материальный элемент, по природе своей, подлежит чувствам слуха и зрения (органы, голос), духовный же есть наша воля и способность познавательная.

Первоначально каждый язык груб и необразован и состоит из одних наименований необходимейших предметов; когда же, вместе

с успехами духовного развития человека, объем понятий его увеличился, тогда и язык должен был получить усовершение. Из этого видно, что язык усовершенствованный, образовавшийся

постепенно вместе с усиливающимся развитием рода человеческого, есть результат образования и искусства. Если применить это к заиканию, то тесной связи этого недостатка с языком, его надобно будет рассматривать как неправильное произношение слов, а не как болезнь независящая от языка. Далее, причина этого взгляда заключается в том, что заикающиеся встречаются несравненно чаще там, где господствует язык грубый и неудобный в произношении, нежели в странах, которых язык гибок и плавен; кроме того если бы недостаток этот принадлежал к числу обыкновенных болезней, то он должен бы с одинаковою силой господствовать между лицами обоих полов. Опыт показывает нам однако же, что заикливые встречаются реже между женщинами, так как этот пол вообще менее склонен к заиканию по более свободному течению мыслей и по легкости выговора, которыми он одарен от природы. Заикающиеся также реже встречаются между крестьянами, нежели между образованным классом, в котором с юных лет все внимание обращается на умственные способности, и слишком рано возбужденная этим сила воображения, в соединении с вредною для языка привычкою, повторять и вполголоса уроки и выговаривать слова вполовину, производить неясное, слишком поспешное произношение слов и естественно располагает этот класс к заиканию. Из этого видно, как неосновательно считать заикание обыкновенной) болезнью, так как в таком случае оно было бы равно свойственно обоим полам и всем состояниям, чего не видно однако же на самом деле. Это может указать нам точку зрения, с которой надобно рассматривать этот недостаток.

Заиканием называем мы трудность произносить известныя буквы, слоги и слова, более или менее соединенную с судорожными движениями язычных органов.

Роды заикания различны: каждый заикающийся отличается чем-нибудь ему исключительно свойственным; лица, стражду-щия одинаковым образом от этого недостатка, встречаются очень редко. У некоторых заикание едва заметно, другие заикаются при произношении некоторых только слов; третие не могут произнести ни одного слова не заикаясь; далее есть такие, которые в продолжении целых недель говорят свободно, и после от времени до времени сильно заикаются, у некоторых наконец заикание превращается в минутную немоту.

Слушать заикающагося мучительно. Кто непожелает помочь такому несчастному, видя те ужасы напряжения, без которых он

часто не может произнести ни одного слова. Язык приходит в судорожныя движения, часто вне рта; иные кусают его, обезображивают лицо различными гримасами, топают ногами и судорожно сжимают руки, словом, все тело подвергается сильным

конвульсиям, кровь бросается в голову и дыхание прекращается, доколе им случайно неудается произнести одного звука, после чего должны повториться те же напряжения, при каждом из следующих слов. Натиски мыслей не довольно скоро выражаемых приводят их в замешательство и лишают свободного употребления умственных сил и спокойствия духа.

Известно, что заикающиеся иногда, особенно когда бывают одни, или когда считают себя незамеченными, легко произносят слова, трудные для них во всякое другое время: это может служить убедительнейшим доказательством, что главнейший признак заикания, трудность произносить известныя слова и буквы, вовсе не зависит от несовершенства органов; тоже подтверждается и тем, что заикающиеся большею частию могут легко петь и декламировать и что иногда этот недостаток при старости человека ослабевает, и даже исчезает совершенно. Все это было бы невозможно, если бы неправильная организация была причиною заикания: трудность произношения должна бы в таком случае существовать всегда.

Что касается до происхождения заикания, то сами родители по большей части не знают причины этого недостатка у детей своих; однако же главнейшею причиною его почитают аффекты, как-то: испуг, гнев, стыд, страх и другие; нередко также начало его приписывают сильным ушибам, в особенности головным, причем основная причина его заключается в испуге, с которым они сопряжены. Другой источник этого недостатка заключается в следующем: дети, коих отцы и мать страждут заиканием, перенимают его от родителей своих: оттого-то часто встречаются це-лыя семейства заикающихся. Многие считают в таком случае этот недостаток наследственным, но несправедливо: если бы дети были воспитаны, в удалении от своих родителей, то они никогда не подверглись бы этому недостатку. Перенятие заикания через подражание подтверждают это мнение. Известно, что многие передразнивая по легкомыслию или неопытности заикающихся, делались сильнейшими заиками, нежели самые дразнимые.

Испуг, сильно раздражающий дух наш, чаще нежели прочие аффекты производит заикание; он не действует однако же непосредственно на органы речи, но, лишая нас, на большее или меньшее время спокойствия духа и свободнаго употребления умственных сил, расстраивает наши мысли, как необходимейшее условие дара слова, препятствуя свободному выражению, делает течение их неправильным и производит мгновенное заикание.

Первоначально это случайное заикание бывает по большей части только преходящим, у иных же, что зависит много от самого характера, присоединяется к нему представление трудности выговора, и чрез то заикание делается постоянным.

Остается еще упомянуть о происхождении заикания во времени, или вследствие сильных болезней, особенно, действующих на голову, ослабляющих память и расстраивающих правильное течение мыслей: это причиняет то слишком медленное, то слишком поспешное произношение слов, что по большей части, по восстановлении здоровья, со временем исчезает: если же к этому случайно присоединится представление трудности выговаривать какую-либо букву или слово, и число этих букв со временем возрастет, то чрез то легко образуется заикание.

Заики бывают часто раздражительнаго темперамента: это приписывают многая самому недостатку их, и, в некоторых случаях, справедливо, так как эти несчастные с самых юных лет подвергаются уже бесчисленным насмешкам и неприятностям; вероятнее однако же, что самое заикание есть следствие такого темперамента, так как раздражительные люди наиболее расположены к аффектам, производящим этот недостаток.

Способ излечения заикания

Я изложил все, что необходимо было для того, чтобы показать заикающимся, в чем собственно состоит недостаток их и удалить то ложное мнение, по которому многие считают заикание органным или другим каким-либо телесным недостатком, и следовательно неизлечимым. Заикающиеся узнают из этого, что недостаток их относится к числу недостатков психических, происходящих от вредных влияний на дух, поддерживаемых представлением и укореняющихся от привычки. Это заставит их с твердостью и доверием употребить мой способ лечения, основанный на существе самой болезни и избавит их от заикания.

Метода, возвращающая заикам совершенное употребление языка, действует на дух, избавляет их от страха и представления о невозможности своей выговаривать известные слова, предписывает им, с одной стороны, обдумывать то, что хотят высказать, с другой стороны, удостоверяет, что следуя точно правилам методы, они действительно могут верно и ясно выговаривать слова, к произношению которых они считали себя прежде неспособными. Но как ни справедливо то, что всякий заика, следуя надлежащим образом моей методе, может в короткое время достигнуть совер-шеннаго употребления языка, то тем не менее употребление ее требует, особенно в начале лечения, твердой решимости, совершенной уверенности точнаго и постояннаго исполнения

правил ею предписываемых; пренебрежение этих правил в продолжение часа, или еще кратчайшего времени часто замедляет совершенное удаление недостатка, или даже делает его невозможным.

Оттого-то я более всего должен предостерегать каждаго, желающего избавиться своего недостатка, не начинать излечение его только попытками и после отлагать его до удобнейшаго случая, так как чрез это снова может появиться уже исчезнувшая однажды боязнь выговаривать известныя слова, которая вместе с недоверием к методе, затрудняет пособие, или даже делает его невозможным. Но как редко кто владеет твердостию характера достаточною для того, чтобы извлечь самому из методы всю пользу; то необходимо предпринимать это лечение под надзором человека коротко знакомого с нею; который мог бы удерживать страждущего от малейших отступлений от методы и не позволять ни в коем случае говорить или читать без соблюдения предписанных правил.

Не смотря на всю простоту методы, успех ея очень часто зависит от различных маловажных причин, которыя я намерен здесь изложить. Чтобы применение моей методы могло увенчаться верным успехом, страждущий должен предварительно удалиться на несколько дней от всех занятий, избегать, сколько возможно, рассеяний и с доверием и спокойным духом начать лечение. После этого можно будет приступить к лечению, узнав прежде при случае те буквы, слоги и слова, которыя кажутся заикающемуся тяжелыми. При лечении, которое должно начаться с чтения, нужно остерегаться начинать его с труднаго для заикающагося слова; нужно найти в книге место, в котором бы такое слово не встречалось в начале. Предварительно страждущему можно положить под язык свиток плотно скатанного холста, толщиною в мизинец, а длиною ровный ширине рта между зубами.

После этого, заставив заикающагося читать спокойно, без малейших напряжений, нужно требовать от него, чтобы он выговаривал каждое слово по складам, каждый слог отдельно от предыдущих и последующих, притом не скоро, но громко, чисто, ясно, без повышения и понижения голоса (монотонно). При чтении необходимо наблюдать известный ритм *(rhytmus)*, для большей пользы котораго заикающийся должен, при произнесении каждаго слова, ударять такт пальцем и наблюдать все знаки препинания, останавливаясь на них долее обыкновеннаго. Особенно внимание должно обращать на то, чтобы первый слог в начале предложения заикающийся произносил медленно и с некоторой протяжностью. Доколе страждущий не поймет хорошо и не привыкнет к такту и образу чтения методы, нужно читать вместе с ним; это можно прекратить, коль скоро он в состоянии будет читать правильно без помощи.

После этого можно приступить к разговору по тем же самым правилам, ограничиваясь первоначально краткими вопросами, и ответами, и советуя заикающемуся смотреть пристально в глаза своему

собеседнику, выговаривать, особенно первый слог, протяжно, чисто и ясно, и, для избежания малейшей торопливости, останавливаться после каждаго вопроса или ответа. Когда заикающийся привыкнет к такому упражнению, нужно его, сколько можно более придерживать к разговору, наблюдая строго предписанные правила и избегая всякаго неправильнаго или местнаго произношения и удаления от чистаго разговорнаго языка.

Если заикающийся верно поймет и выполнит изложенную здесь методу чтения, он немедленно избавится от самого силь-нейшаго заикания и будет в состоянии выговаривать каждое трудное для него слово. Приобрев свободное произношение и убе-дясь собственным опытом, что недостаток его заключается в несовершенстве органов, он теряет прежнюю боязнь и представление о неспособности выговаривать слова и получает правильное понятие о свойствах недостатка своего, ободренный этим первым успехом, он с большим доверием поручает себя методе.

Если заикающийся после трехдневного соблюдения предписанных ему правил, не будет встречать при чтении никаких затруднений; то он может на четвертый день не употреблять уже свитка. Большая часть заикающихся получают в таком случае способность говорить скоро и плавно, без соблюдения правил методы; несмотря на то, всякой, желающий навсегда избавится от своего недостатка, должен избегать скораго и поспешнаго выговора, свободное произношение возвращается ему тут только на настоящее время; сила же привычки заикаться может быть подавлена совершенно только привычкою правильнаго выговора. Оттого я наипаче должен предостерегать каждаго, получив-шаго таким образом в течение нескольких дней свободное употребление языка от мнения, будто он навсегда избавился от своего недостатка, может оставить дальнейшее упражнение, и не обращать внимания на собственный выговор слов. Произносить слова по правилам методы, чувствуя себя способным говорить скоро и плавно, довольно трудно: для этого необходима некоторая твердость характера, которую можно предположить в лицах способных здраво судить о предметах; но тем строже должен быть надзор над детьми и невзрослыми; потому что только укоренившаяся привычка правильнаго выговора может избавить их от возобновления недостатка.

Монотонное произнесение слов по известному ритму и с ударением такта должно продолжать до тех пор, пока оно необратится в привычку говорить всегда по складам: в этом случае не должно

обращать внимания на странность первоначального произнесения: произношение это будет исчезать постепенно вместе с тем как заикающийся начнет объясняться свободнее. Для избе

жания торопливости, заикающийся не должен говорить скоро, дабы дать себе время согласить мысли с произносимыми словами: это будет легко после удаления препятствия со стороны запинания в выговоре. Даже и тогда, когда исчезнут самые слабейшие следы недостатка, долго еще нужно избегать действия аффектов и держаться чистаго, правильнаго языка, основание которому положено произношением по складам.

Нельзя точно определить времени потребнаго для этих упражнений, дабы навсегда обезопасить себя от возвращения недостатка, так как это зависит не столько от рода заикания, сколько характера заикающагося. Вообще, касательно этого предмета, можно сказать то, что, тогда как одни избавляются от заикания в продолжении некоторых недель, другие употребляют на совершенное излечение несколько месяцев, даже лет: обыкновенно люди пожилые могут быть излечены скорее, нежели молодые. Это подтверждается тем что заикание исчезает мало-помалу под старость, что должно приписать ослаблению страстей, уменьшению застенчивости, большему спокойствию духа и самообладанию свойственному человеку в летах. При подобных обстоятельствах и действие методы может быть успешнее.

Метода моя не может иметь полнаго систематическаго приложения в тех случаях, когда дети едва начинают заикаться; но если родители заметят, что дети их начинают заикаться вследствие испуга или других им неизвестных причин (это обнаружится тем, что дети, в таких случаях желая произнести слово, растворяют рот и остаются некоторое время в таком положении, не будучи в состоянии произнести желаемаго, или стиснув губы, разжимают их с судорожными движениями); в таком случае надобно немедленно остановить их, стараться привести в спокойное состояние и, спустя несколько времени, позволить высказать свое желание.

При большем развитии умственных сил ребенка, можно заставить его повторять за собою какия либо фразы, произнося их ясно и по складам; детей же, коим возраст позволяет учиться, можно заставить самих читать по складам, ударяя пальцем такт при произношении каждаго слога. Этим простым способом можно удалить заикание при самом начале; не должно только пугать детей суровым обращением, но стараться удалять все, что может нарушить спокойствие их духа, приучая их говорить всегда правильно и ясно.

При всей простоте методы, применение ея требует со стороны исполнителей, для несомненности успеха, некоторой опытности,

которая приобретается практикою и не может быть предметом рассуждений. Необходимо, кроме механической части

методы, некоторое искусство действовать на умственныя силы, применяться к характеру заикающагося; прежде же всего должно стараться снискать доверие страждущаго, помогать ему известным образом при разговоре и, сколько возможно, отвлекать его внимание от мысли о своем недостатке, особенно, уметь пользоваться всяким удобным случаем, чтобы убедить его, что совершенный успех зависит единственно от строгаго соблюдения предписанных методою правил.

Изъяснение способа излечения заикания

Касательно назначения холщеваго свитка необходимо заметить следующее: способ заикания открыт в Нью-Йорке в Северной Америке и назван, по имени первой изобретательницы, *Leigh.,* Причина заикания состоит в том, что заики, при произношении слов, прижимают оконечность языка к нижнему ряду зубов, что препятствует им владеть языком свободно. Это мнение побудило к изобретению известной машинки, которой цель была приучить заикающагося держать язык вверх; но причина, по которой казалась эта машинка необходимою, исчезает сама собою при более правильном познании свойств недостатка. Дав этой машинке устройство более сообразное с целию ея, я усвоил ее с большею пользою моей методе по следующим причинам. В методе лечения заикания самое приличное для нея назначение есть отвлечь внимание заикающагося от недостатка его, соединить для него с большим напряжением выговор слов, который тем легче сделается для него впоследствии, когда машинка окажется не нужною; сверх того, самым присутствием своим, она может напоминать необходимость точнаго соблюдения правил методы и препятствовать слишком поспешному произношению слов. Но в случае недостатка в замене машинки может быть с пользою употреблен свиток холста.

Остановясь долее обыкновеннаго на каждом знаке препинания и произнося протяжно первое слово, заикающийся получает возможность переводить надлежащим образом дыхание и более спокойствия духа, самое дыхание которое от заикания становится неправильным, получает большую правильность.

Заикающийся не должен начинать чтения или разговора с того слова, произношение котораго для него кажется трудным потому, что в противном случае не поняв, может быть, ритма, он может

заикнуться на этом слове; это утвердит в нем мнение о трудности выговора, удаление которого будет стоит большаго труда.

Смотря быстро и прямо в глаза тому, с кем он имеет дело,

заикающийся теряет прежнюю застенчивость и получает более доверия и самонадеянности.

Существенная часть методы состоит в соблюдении ритма, при правильном употреблении котораго заикающийся немедленно получает возможность свободно выговаривать все трудные для него слова. Удаляя страх и представление о трудности или совершенной неспособности выговора известных слов, оно устраняет главнейшую причину недостатка и дает правильное движение говорным органам.

Главнейшия средства, употребляемая многими для возвращения заикающимся свободнаго употребления языка состоит: во 1-х, в равномерном вдыхании и выдыхании воздуха прежде, и во время произношения каждаго предложения, и в особенности трудных для заикающагося слов; во 2-х, в гимнастических упражнениях языка и в изучении трудных для них букв, слов и слогов, что обыкновенно соединяется с указанием правил для положения говорных органов. Вдыхание воздуха пред произнесением слова имеет, во 1-х, ту цель, что легкое заикающагося не нуждаясь в воздухе при самом произнесении его; во 2-х, чтобы приучить заикающагося к правильному дыханию и предостеречь его от торопливости. Более естественным образом достигается это в моей методе чрез продолжительную остановку или отдых. Гимнастическое упражнение языка, равно как и изучение трудных букв, слогов и слов основано на том неверном мнении, которое считает следствия заикания за причины его. Первое полезно в том случае, когда орган этот бывает от природы неподвижен и имеет наклонное положение, что впрочем, как я заметил, не имеет связи с заиканием; последнее же ведет очень часто к последствиям противным ожиданию, подавая заикающимся повод находить выговор известных слов действительно трудным. Напротив, все меры должны быть употреблены для того, чтобы отвлечь внимание заикающагося от выговора слов *(Urtifulation)*, и избавить его от представления о трудности выговора; но достигнуть этаго легче всего посредством чтения и произношения с наблюдением известного ритма.

Изложив таким образом все, что по собственному опыту моему и внутреннему убеждению необходимо для устранения заикания, я надеюсь, что могу этим сообщить всякому, нуждающемуся в том, правильный взгляд нахпособ лечения заикания, и тем самым не останусь бесполезным, особенно для страждущих этим недостатком.

Лагузен Х. Способ излечения заикания. — СПб., 1838.

Р. Кён

Заикание

Человеческая речь, эта сложная, удивительная функция, предназначенная служить нам для гласнаго выражения мыслей, без сомнения драгоценнейший дар, которым природа отличила человека от всех прочих существ... Обильно пользуемся мы, по своему желанию, этим даром; приобретаем при помоши образования, познания, и материальные блага; могуществом и обаянием речи достигаем почета и положения, приобретаем любовь, дружбу, уважение, словом, дару нашей речи мы обязаны своим нравственным материальным благосостоянием.

И несмотря на это, как мало ценим мы этот божественный дар! Счастливые люди, за малыми исключениями, мало заботятся о развитии, сохранении и усовершенствовании своей речи. Лишь тогда, когда, вследствие прирожденных или приобретенных пороков и болезней, человек лишается отчасти или совершенно дара речи, или когда, вследствие случайных болезненных изменений в организме, явственная и плавная речь делается неправильною и порочною, – лишь тогда замечаем мы понесенную громадную утрату и счастливы, если силами природы или врачебной помощью удается восстановить прежнюю правильность и плавность речи.

Поэтому, во всяком случае, для нас полезно и не лишено интереса познакомиться поближе с различными пороками человеческой речи, а равным образом и с тем, как предупредить их развитие и устранить их.

Всего чаще поражают человека следующие расстройства речи:

а) Заиканье,

б) Захлебывание или глотание слов,

в) Лепетание,

г) Картавление.

Постараемся ознакомить читателей с каждым из этих расстройств в частности.

* * *

Об этом страдании уже много говорено и писано призванными и непризванными. Оно было известно еще в глубокой древности, так как уже во 2-й книге пятикнижия говорится о Моисее, что он

«был тяжел на язык», в таких словах нельзя не видеть намека на заиканье. Подробнее и обстоятельнее разсказ о Захарии, внезапно лишившемся языка и мгновенно возвра

тившем утраченный дар речи, который мы находим в 1 главе Евангелия Луки. Затем далее, мы находим в сочинениях Геродота, Гиппократа, Аристотеля, Плутарха и Галена примеры раз-стройства речи, которые, по описанию этих ученых, должны быть признаны за заиканье. Так например известно, что греческий оратор Демосфен страдал в молодости каким-то пороком речи, препятствовавшим осуществлению его заветнаго желания — сделаться публичным оратором, и что он, упражняясь в громкой декламации на берегу моря, при чем набирал полный рот камней, настолько избавился от этаго зла, что восхищал впоследствии своим ораторством слушателей. Не менее вескими доказательствами тому, что и в древния времена нарушения речи составляли обычное явление, служат знаменитые римские ораторы и поэты Цицерон, Овидий, Виргилий, Гораций и много других.

Что же такое заикание по нашим современным научным понятиям? Заикание заключается в неправильном, временном, более или менее трудно преодолеваемом запинании или приостановке в речи и сопровождается следующими явлениями: заики чувствуют при каждой попытке говорить, по большей же части при желании высказать,некоторые слова и слоги, сильное стеснение в груди; гортань у них как бы затянута, дыхание приостанавливается, так что они с трудом или вовсе не могут произнести того, что желают. В подобных случаях заики употребляют все силы для устранения этаго препятствия, и при этих-то условиях вместо того, чтобы воспроизвести те слова, произнести которыя желает говорящий, органы речи приходят в сильное судорожное состояние, язык прижимается к твердому нёбу, губы крепко сжимаются, а при сильных страданиях вытягиваются руки и ноги, голова начинает трястись, пока наконец, по устранении судо-рожнаго приступа, слова выталкиваются с большим трудом и резким ударением. Однако же, не во всех случаях заикание выражается подобным образом. Некоторые заики, особенно при более слабых приступах, до тех пор повторяют произносимое слово, пока неминует припадок, и с большим или меньшим трудом выговаривают, так сказать — выжимают данное слово. В промежутках между приступами заикания страдающие им свободно и явственно произносят все слова и слоги, даже в состоянии без малейшей запинки выговаривать САМЫЕ СЛОЖНЫЕ и ТРУДНЫЕ сочетания звуков. Но вдруг, среди плавной, бойкой речи начинается описанная судорога, достигает через несколько секунд высшей степени развития и вызывает приступ заиканья. Заики всегда

чувствуют приближение каждаго приступа. Продолжительность его различна. Я видел заик, у которых подобные

припадки длились от 1 до 2 минут, впродолжение которых эти бедняки, несмотря на все очевидные усилия, не были в состоянии воспроизвести КАКОЙ-ЛИБО ЗВУК.

У других, напротив, судороги весьма кратковременны, но зато весьма часты, так что у такого рода больных почти нет свободных интервалов и они почти безпрерывно заикаются.

По прекращении припадка, появляются — особенно если последний был силен — чувство слабости и утомления; заики начинают тяжело и глубоко дышать, и иногда принуждены несколько времени отдохнуть, прежде нежели сделают новую попытку говорить.

Это периодическое явление не бывает всегда и при всех обстоятельствах одинаково: напротив того, в иные моменты приступы заиканья поразительно слабы и редки, в другие же — они сильны и часты.

Это явленье находится в прямой зависимости от душевнаго настроения больных. Так, напр., при душевных страданиях: испуге, гневе, боязни, ярости и т.п. заиканье усиливается, между тем как при спокойствии, веселом настроении духа, радости и т.д. — значительно уменьшается. Равным образом и разное время дня, температура, перемены в погоде, различныя времена года и климат имеют существенное влияние на развитие этаго порока речи. Все авторы, писавшие о заикании, подтверждают, что это страдание значительно уменьшается в утренние часы, ясные дни, весной и летом и под влиянием теплого климата, и напротив того, положительно усиливается при противуположных условиях. Равным образом доказано, что во время пения и декламации у заик не бывает приступов заикания, и что они гораздо свободнее и легче объясняются со своими родственниками и близкими знакомыми, без свидетелей, нежели с людьми посторонними или в их присутствии.

Причины заикания

Заики — за малыми исключениями — с виду крепки и здоровы, цвет лица их свежий, и у некоторых даже цветущий, телосложение лишь в редких случаях отличается чем либо от телосложения здорового человека, и если обстоятельнее исследовать их органы голоса и речи, т.е. гортань, язык, губы, десны и проч., то даже при самом тщательном исследовании мы не в состоянии открыть в них какое либо страдание или неправильность. ПРИЧИНА ЗАИКАНИЯ,

которую прежде искали в самых органах речи, сокрыта совершенно в другой области, а именно в ДЫХАТЕЛЬНЫХ ОРГАНАХ.

ЗАИКАНИЕ ОБУСЛОВЛИВАЕТСЯ НЕНОРМАЛЬНЫМ ОТПРАВЛЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ. И действительно, тщательныя и повторный наблюдения, в соединении с точным изследованием дыхательных органов, доказали этот факт, так как У ВСЕХ ЗАИК ДЫХАНЬЕ СОВЕРШАЕТСЯ ЛИШЬ ПОВЕРХНОСТНО И ПРИТОМ НЕПРАВИЛЬНО, большая часть из них УЗКОГРУДЫ И СЛАБОСИЛЬНЫ, а некоторые представляют даже НЕДОСТАТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ ГРУДНЫХ ОРГАНОВ.

Теперь сам собою возникает новый вопрос: чем обусловливается у заик, которые впрочем вообще здоровые индивидумы, такое ненормальное состояние дыхательных органов? Ответ следующий:

Оно обусловливается известными разстройствами в отправлениях тех нервов, которые разветвляются в дыхательных органах и заведуют процессом дыхания. В медицине такия разстройства известны под именем НЕНОРМАЛЬНОЙ ИНЕРВАЦИИ и зависят от видоизменений в нервных центрах или периферических (поверхностных) разветвлениях нервов.

Постараемся пояснить вышесказанное примером:

Предположим, что человек, совершенно здоровый и не страдающий никаким пороком речи, вдруг подвергается сильному нравственному потрясению или волнению; одним из первых результатов является или моментальная потеря способности говорить или же речь, обыкновенно плавная, делается затрудненною, прерывистою и запинающейся.

Что же происходит в организме этого человека?

Вследствие сильнаго душевнаго потрясения происходит моментальное разстройство кровообращения: кровь приливает к сердцу и внутренним органам, прямым последствием такого застоя крови является недостаток ее в поверхностнолежащих частях нашего тела (человек бледнеет и дрожит), внутренние же органы, следовательно, и головной и спинной мозг, переполненныя кровью. Вследствие переполнения ею этих органов увеличивается ее давление на них, под влиянием каковаго давления моментально разстраиваются отправления нервов, берущих свое начало в головном и спинном мозгу. Это разстройство отправлений выражается в разсматриваемом нами случае в коротком, слабом, прерывистом, неправильном дыхании, и следовательно, или во внезапном прекращении способности воспроизводить звуки и говорить, или же в затруднении речи. Затем, по миновании производящей причины и по возстановлении равновесия в кровообращении и давлении крови, следовательно, и в

отправлении нервов, дыхание становится полнее, сильнее и правильнее, и речь делается снова столь же плавною и явственною, как была прежде.

Если затем допустить, что разстройство в деятельности нервов, бывшее первоначально лишь временным, вследствие чрезвычайно сильного душевнаго потрясения, какого-либо поражения или иной внутренней причины, обратится в постоянное, то из этаго возникает постоянная производящая причина для затруднения дыхания, следовательно, и для продолжения существования порока речи. Понятно, что это разстройство в деятельности дыхательных нервов достигает в различных случаях и различной степени развития.

Распространение заикания

Заикание очень распространенное страдание и встречается во всех возрастах и у лиц обоего пола, хотя по большей части им страдают МАЛЬЧИКИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6-14 ЛЕТ, между тем как девочки и взрослыя лица бывают сравнительно реже поражены этим пороком речи.

Заикание не одинаково распространено во всех странах: в одних они встречается чаще, в других — реже. По моим собственным наблюдениям., знаменитого врача заик Коломба де Л'Изера, всего больше заик встречается в Европе, а именно в Германии, Франции, Австрии, Италии, Испании, Голландии и Швеции. Заикание развивается в большей части случаев с детства, вследствие — как мы уже говорили — вредоносных влияний извне, как напр., повреждение или ушибов головы или спины, сильных душевных потрясений, а также по выздоровлении от сыпных болезней: оспы, скарлатины, кори, и наконец, тяжких общих страданий, каковы злокаче-ственныя лихорадки, тиф, серьозныя болезни мозга и нервов и т. п.

Но для развития заикания, вследствие таких вредоносных агентов, необходимо, чтобы организм имел к тому известное предположение, или другими словами — меньшую способность противодействия, в каком случае он представляет соответствующую почву для развития этаго страдания. Такое же уменьшение способности противодействовать составляет необходимое условие и для развития других болезней, так как в противном случае одни и те же условия вызывали бы у всех людей, которые в них поставлены, одни и те же результаты.

Заикание, однако же, заразительно и передается по наследству. Разумеется, что слово заразительность мы можем здесь понимать только в моральном смысле, а именно этот порок ПРИ-

ОБРЕТАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПОДРАЖАНИЯ, в особенности в школах и семействах, где несколько членов уже страдают им. По

моим собственным наблюдениям, из 100 случаев заикания 10 приобретается вследствие подражания! Это прискорбный факт, который должен был бы побудить родителей и воспитателей или вовсе не отдавать таких детей в общественные заведения, или же, если это невозможно, обращаться с ними как можно ласковее и охранять бедняжек от насмешек их товарищей. Разумеется, прямою и священною обязанностью родителей было бы в таком случае – отдать первоначально детей в пользование рационального врача и затем уже приступить к их образованию, так как ежедневный опыт доказывает, что заики, воспитывающиеся в общественных учебных заведениях, не могут делать равные успехи со своими здоровыми товарищами, а поэтому значительно отстают в занятиях.

Этот прискорбный порок речи в некоторых семействах наследственен. Я знал между прочим одно семейство, в котором заикание переходило из рода в род впродолжении четырех поколений, т.е. в котором этим недостатком страдали прабабка, бабка, мать и сын.

Если это страдание наследственное, то оно – как всегда бывает – весьма упорно, развито в сильной степени и излечивается несравненно труднее приобретеннаго. И весьма легко понять причины этаго, потому что в таких организмах предрасположение к развитию этаго недостатка развивается уже в утробе матери, и поэтому требуются особенно благоприятные условия для успешнаго излечения страдания, когда оно достигло уже своего полнаго развития.

Следовательно, в тех случаях, когда с большею или меньшею вероятностью можно ожидать в более или менее скором времени развития заикания, могут оказать гораздо более пользы, нежели последовательное коренное лечение ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЯ, т.е. предотвращающие средства, для того, чтобы по воможности искоренить зло в самом зародыше.

Предохранение или предотвращение заикания, слабые и болезненные дети или такия, родители которых страждут или страдали заиканием, должны с самого рождения пользоваться питательною, подкрепляющею пищею, хорошим уходом и здоровым помещением. Их должна кормить сама мать или здоровая, крепко сложенная кормилица, но никак не вскармливать искусственно. Потом необходимо строго следить за тем, чтобы подрос-тающих детей не пугали страшными разсказами, картинками и т.п. и чтобы они не подвергались никаким вредным влияниям, так как в этих

случаях иногда бывает достаточно малейшаго повода для развития сокрытаго в организме зародыша болезни.

Затем необходимо по достижении такими детьми 6—8 летнего возраста, заставлять их пользоваться гимнастическими упражне

ниями. Эти последния в особенности же так называемая шведская врачебная гимнастика, оказывают необыкновенно благоприятное влияние на тело, так как вследствие соответственных повторных упражнений мышц, увеличивается значительно их сила и упругость.

Дети, а также взрослые, имеющие предрасположение к заиканию, должны ЕЖЕДНЕВНО, ЛЕТОМ И ЗИМОЮ, БРАТЬ ХОЛОДНЫЕ ВАННЫ, или, если таковыя не переносятся, то по крайней мере обтирать все тело намоченным в холодной воде полотенцем.

Следует наблюдать, чтобы в особенности омывались грудь и спина, причем нечего опасаться, что дети простудятся, но разумеется, не следует упускать из виду необходимых мер предосторожности для избежания простуды. Во-первых, температуру воды следует понижать лишь постепенно (сперва 24, затем 22–20–18, и наконец 15 градусов по Реомюру) и брать ванны в хорошо замкнутом пространстве. Брать ванны и делать обтирания в УТРЕННИЕ ЧАСЫ и затем одеться потеплее. При дурной, пасмурной и ненастной погоде детей следует держать дома и не выпускать на улицу. Эти меры предосторожности не столь необходимы летом, как в зимнее время, и что прогулки за городом при теплой, ясной погоде (но только пешком, а не в экипаже) будут иметь весьма благотворное влияние.

Кроме такого лечения водой и воздухом, необходимо делать следующие упражнения в дыхании:

Детей заставляют КАЖДЫЙ ДЕНЬ делать к ряду НЕСКОЛЬКО ГЛУБОКИХ ВДЫХАНИЙ И ВЫДЫХАНИЙ.

Упражняющиеся, обнажив грудь, прислоняются к твердой, неподвижной стене; плечи их должны соприкасаться с последнею, равно как опущенныя руки и вытянутыя ноги; голова должна быть приподнята кверху, грудь выпячена вперед, но живот, напротив того, втянут. В этом-то положении я заставляю детей делать ГЛУБОКИЯ вдыхания, между тем как сам рукою плашмя нажимаю в области грудобрюшной преграды (приблизительно на границе груди с животом) сначала слегка, а затем постепенно все сильнее и сильнее. По окончании вдыхания, я удаляю свою руку и заставляю сделать сильное выдыхание. Таких вдыханий нужно делать сначала от 5 до 6 каждый день; но через несколько дней их можно увеличить, без всякаго опасения, до 8, затем до 10–12–15, продолжая эти гимнастические упражнения в течение 2–3 месяцев. Зимою они производятся в комнате, летом же их лучше

производить на чистом воздухе. Детям нужно запрещать МНОГО ГОВОРИТЬ во время этих гимнастических упражнений, а также ПРЫГАТЬ И БЕГАТЬ тотчас по оконча

нии сеанса. В остальное же время, при хорошей погоде, им, напротив нужно гулять, а летом если возможно, пользоваться живительным действием чистаго горнаго воздуха.

Лечение заикания

Заикание, подобно другим болезням, старались излечить всеми возможными и невозможными средствами. Кроме врачебных средств, в сороковых годах неким Диффенбахом в Берлине, именовавшим себя хирургом, была предложена особая операция для излечения заикания, которыя действительно и была произведена на 60 заиках (!) и заключалась В ВЫРЕЗАНИИ КЛИНОВИДНОГО КУСКА ИЗ КОРНЯ ЯЗЫКА! Так как эта тяжелая и опасная операция, понятно, не могла оказать никакой пользы, то некоторые французские и английские хирурги, именно АМЮС-СА, ДЖЕРСЛЕЙ, БРАЙД и проч. пытались заменить ее другими операциями, как напр. разрезом язычных мышц, миндалевидных желез и язычка (!!), которыя, однако же, оказались равным образом совершенно безполезными.

В конце сороковых и в пятидесятых годах стали приходить к тому убеждению, что эту болезнь невозможно излечить внутренними врачебными средствами или операциями, и врачи того времени начали советовать заикам, для излечения этаго порока речи, заниматься различными УПРАЖНЕНИЯМИ СВОИХ ОРГАНОВ ГОЛОСА И РЕЧИ.

Все упражнения, за небольшими несущественными вариациями, состояли в том, что заик УПРАЖНЯЛИ сначала В ПРОИЗНОШЕНИИ затруднительных для них звуков, а затем в РАВНО-МЕРНОМ ЧТЕНИИ, В ТАКТ, ПОСЛЕ ГЛУБОКОГО ВДЫХАНИЯ заданного предложения или периода, каковыя упражнения они должны были повторять как можно чаще. Этот врачебный способ, введенный собственно Коломба, Кленке и Левесом, которые не могли достаточно.нахвалиться им, хотя и не лишен основания, но тем не менее не удовлетворяет ВСЕМ условиям, удовлетворение которых необходимо для исцеления заикания, как мы это сейчас увидим при описании моего способа лечения.

Он должен, понятно, основываться на устранении тех производящих или болезнетворных причин, которыми обусловливается происхождение и существование заикания. Эти причины следующие:

1) ПОВЕРХНОСТНОЕ, НЕПРАВИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ.
2) УПАДОК ИЛИ ОСЛАБЛЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕРВОВ, которым и обусловливается ненормальность дыхания.

Поверхностное, неправильное дыхание я исправляю:

а) Упражнениями в дыхании,

б) Упражнениями голоса,

в) Упражнениями в чтении и разговоре.

а) УПРАЖНЕНИЯ В ДЫХАНИИ заключаются в следующем: Дав больным, у которых должна быть при этом обнажена грудь, занять вышеописанное положение, я заставляю их сделать глубокое вдыхание ЧЕРЕЗ НОС, между тем как сам нажимаю рукою плашмя, сперва нежно, а потом все сильнее и сильнее на месте прикрепления грудобрюшной преграды. По совершении вдыхания я заставляю больных ЗАДЕРЖАТЬ ВОЗДУХ В ЛЕГКИХ. Эта приостановка в дыхании продолжается сначала от 5 до 10 секунд, но затем я ее постепенно увеличиваю до 20–30–60 секунд, смотря по силам и телосложению больного и .степени развития страдания. При этом необходимо тщательно наблюдать, чтобы ВЕСЬ вдохнутый воздух был задержан в легких, т.е. чтобы дыхание было совершенно приостановлено, так как в противном случае, т.е. если хотя самая незначительная часть принятаго воздуха ускользнет через нос или рот, то мы не достигнем и самой цели операции – укрепления дыхательных органов, или же достигнем ея лишь отчасти. Затем я заставляю больных сделать выдыхание, причем один раз оно должно быть БЫСТРОЕ, ИЗО ВСЕХ СИЛ, В ОДИН ТОЛЧОК, а в другой - МЕДЛЕННОЕ, ПРОДЛЕННОЕ, РАСТЯНУТОЕ. Это медленное выдыхание, которое сначала не должно длиться дольше 5–8 секунд, впоследствии, по мере надлежащего упражнения и укрепления легких, должно быть продолжено до 25, а в некоторых случаях и до 30 секунд.

По окончании этих ТРЕХ дыхательных моментов, которые в совокупности я называю ДЫХАТЕЛЬНЫМ СЕАНСОМ, я даю заикам от 1/2 до 1 минуты отдых и затем опять начинаю снова ту же процедуру, которую таким образом повторяю до тех пор, пока больные не почувствуют легкаго утомления... Заики вообще выдерживают без утомления эти упражнения в продолжении 15–25 минут. Упражнения должны производиться ЕЖЕДНЕВНО, лучше всего утром до обеда, впродолжении всего курса лечения заикания, для котораго требуется приблизительно от 8–12 недель.

б) УПРАЖНЕНИЯ ГОЛОСА. Сделав глубокое, медленное вдыхание, заики ТЯНУТ одну из гласных, напр., **я**, СИЛЬНЫМ ГРУДНЫМ ГОЛОСОМ СТОЛЬКО ВРЕМЕНИ, СКОЛЬКО МО-

ГУТ ЭТО БЕЗ ОСОБАГО УСИЛИЯ И НАПРЯЖЕНИЯ. Это так называемая вокализация требует большой точности в исполне-

нии. В первое время вокализация гласной *а* продолжается средним числом от 10–15 секунд, но по мере упражнения легких и усовершенствования дыхания, заики приобретают возможность выдерживать или тянуть ее от 20–30 секунд. Подобным же образом упражняются в произношении и прочих гласных: я, *е,* ё, и, /, о, j>, *ю,* ы, э, причем нужно заметить, что вокализацие букв *е,* и, *i* всегда бывает короче или кратковременнее прочих гласных.

Голосовая гимнастика должна точно также производиться ежедневно втечении всего курса лечения.

в) УПРАЖНЕНИЯ В ЧТЕНИИ И РАЗГОВОРЕ. К этим последним приступают не ранее как ЧЕРЕЗ 4 НЕДЕЛИ после начала упражнений в гимнастике легких и голоса.

Смотря по степени развития страдания и образованию больного, я выбираю известное место из того или другого сочинения в прозе. Затем, приказав пациенту сделать ГЛУБОКОЕ вдыхание, заставляю его прочесть избранное место ГРОМКО и МЕДЛЕННО, СЛОГ ЗА СЛОГОМ. Первоначально следует выбирать короткие предложения, состоящие не более как из 3–4 слов, как напр. «сила солому ломит», «век живи, век учись», и т. п.

Такое чтение производится обыкновенно БЕЗ ЗАИКАНИЯ, но если встретилось затруднение при произношении котораго либо из слов или слогов, то его необходимо повторять ДО ТЕХ ПОР, пока упражняющийся не прочтет ВСЕГО ПРЕДЛОЖЕНИЯ плавно, правильно и без малейшей запинки.

Все слова, входящие в состав данного предложения, нужно читать ПО СЛОГАМ: «си-ла со-ло-му ло-мит». При этом следует наблюдать, чтобы произношение каждаго отдельного слова сопровождалось УДАРОМ ПАЛЬЦА ПО КАКОМУ-ЛИБО ТВЕРДОМУ ПРЕДМЕТУ В продолжении сеанса, продолжающаяся обыкновенно полчаса, таким образом заставляют прочесть от 20 – 30 подобных предложений. На следующий день назначают для чтения уже более многослож-ныя предложения, состоящие из 5–6 слов, и таким образом постепенно восходят до цельных периодов от 20–30 слов, заставляя прочитывать и их по слогам В ОДНО ДЫХАНИЕ или В ОДИН ПЕРЕВОД ДУХА.

Как только больные оказываются в состоянии прочитывать в один перевод духа такие многосложныя предложения, то переходят к другим упражнениям в чтении и разговоре; а именно: к чтению стихотворений. Последние должны быть с короткими стихами и каждый стих читается, после глубокого вдыхания, не по слогам, а ПО РИТМУ, следующим образом:

Перевести дух: «Попрыгунья стрекоза

тоже Лето красное пропела,

тоже оглянуться не успела

тоже как зима катит в глаза»...

Но такое чтение, в котором нужно упражняться примерно полчаса, не должно переходить в ДЕКЛАМАЦИЮ, а должно производиться ровным, натуральным, хотя несколько усиленным голосом.

Уже недели через 4–5 больные приобретают такую бойкость в чтении, которая служит лучшим ручательством за благоприятный результат лечения.

Теперь-то приступают к собственно упражнениям в разговоре или беседе. Для этой цели дают заучить наизусть отрывки прозы или стихотворения и затем заставляют больных пересказывать их на память. Кроме стихотворений для этой цели весьма пригодны диалоги или разговоры между двумя лицами, заимствованные из более театральных пьес и репетируемые заикой с пользующим его врачем.

Эти беседы должны вестись ОБЫКНОВЕННЫМ, НАТУРАЛЬНЫМ ГОЛОСОМ и заика должен брать на себя главную, более трудную роль.

Только при совокупном употреблении всех этих средств, т.е. при одновременных гимнастических упражнениях дыхания, голоса, в чтении и разговоре, разумному и терпеливому врачу удастся излечить это упорное, тяжкое и таинственное страдание. Понятно, что для успешного лечения требуется и со стороны пациента разумное отношение к делу, энергия и терпение.

Для устранения разслабления нервов, обусловливающаго неправильность дыхания у заики я употребляю следующие средства:

а) ВНУТРЕННИЙ ВРАЧЕБНЫЯ СРЕДСТВА,
б) ШВЕДСКУЮ ВРАЧЕБНУЮ ГИМНАСТИКУ,
в) МЕТОДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОДОЮ,
г) ЭЛЕКТРИЧЕСТВО.

Кен Р. Заикание шепелянье, захлебывание, картавление и прочие пороки речи. Сущность, предотвращение и излечение этих недостатков. — М., 1878.

И. А. Сикорский

О заикании

Симптоматология

заикания

«Заикание есть внезапное нарушение непрерывности артикуляции, вызванное судорогой, наступившей в одном из отделов речевого аппарата, как физиологического целого.

Судороги в сфере дыхательного механизма (дыхательное заикание). Мы различаем три вида судорог: 1) вдыхательную судорогу, 2) выдыхательную судорогу и 3) ритмическую судорогу.

1) **Вдыхательная судорога.** Одна из самых частых дыхательных судорог, вызывающая явления заикания, состоит во внезапном порывистом вдыхании, которое наступает то перед началом слова, то весьма редко среди слова и даже среди двух звуков одного слога, через что происходит неприятное для внимания и уха слушателя промедление в непрерывном следовании звуков или нарушении их частоты и отчетливости. Главная характеристическая черта этих вдыханий состоит в их внезапности и порывистости».

Все, без исключения, гласные звуки при инспираторной судороге носят характер густого придыхания. Гласные *а, о, у, э, и, ы* слышны как *га, го, гу, гэ, ги, гы*, но никогда не являются совершенно чистыми. Мгновенные звуки при инспираторной судороге нередко получают **аффрикацию**, так что слова **пол, быть** произносятся, как «пфол», «бвыть». **Придувные** звуки (спиранты) иногда теряют свою обычную отчетливость, а дрожащий звук *р* совершенно исчезает, заменяясь простым придыхательным шумом.

2) **Выдыхательная судорога.** По своим проявлениям и по своему влиянию на вокальный и артикуляторный аппарат, выделенная судорога имеет много общего с вдыхательною. Большею частью она отличается таким же внезапным и порывистым характером как и инспираторная и, врываясь в стройное течение звуков речи, нарушает их правильную непрерывность. Экспираторная судорога обыкновенно поражает человека не в начале, а уже в течение речи; наступление ея резко обозначается внезапным усилением экспирации, нисколько не вытекающим из артикуляторных потребностей данной минуты. Большею частью

сокращение брюшных мышц бывает столь внезапно и сильно, что охваченный судорогой человек несколько наклоняется вперед, как это бывает при рвоте, в то же время воздух с большим

напряжением, быстротой и шумом уносится из груди наружу, чрез раскрытую голосовую щель.

3) **Ритмическая дыхательная судорога.** Между всеми авторами, писавшими о заикании, только одному Базелю удалось подметить и выделить из сложной картины других симптомов то явление, которому мы придаем значение ритмической дыхательной судороги: «Этот вид заикания развивается, по всей вероятности, в тех случаях, когда дети, отличающиеся чрезвычайно живым темпераментом, весьма часто пытаются говорить, прежде чем сообразят, что сказать; при таких условиях эти дети (нечто подобное можно наблюдать и на здоровых детях) останавливаются на одних приготовлениях к произнесению фразы, не произнося однако ни одного звука. Эти приготовления к речи состоят в том, что дети делают сильное и порывистое вдыхание, при чрезвычайном расширении грудной клетки – это вызывает чрезмерное переполнение груди воздухом и побуждает их к немедленному порывистому выдыханию при опущенной гортани и широко раскрытой голосовой щели и таким путем наступает частое и быстрое вдыхание и выдыхание, при котором или вовсе не бывает никакого звука или слышится неясный, протяжный, неопределенный звук.

Судороги в сфере вокального аппарата (голосовое заикание)

Мы различаем три вида вокальных судорог: 1) смыкательный голосовой спазм, 2) вокальный спазм, 3) дрожащий голосовой спазм.

1) Смыкательная голосовая судорога. Эта судорога является внезапно и, прерывая экспираторный ток воздуха, тем самым приостанавливает образование голоса и членораздельных звуков в течение всего времени, пока она продолжается. Таким образом, среди плавного, непрерывного следования звуков, является неожиданная пауза, состоящая из абсолютно-беззвучного промежутка, который весьма удачно был сравниваем с внезапной, мимолетной немотой. Пауза может наступать не только в промежутке между слогами, но среди слога и даже среди прризнесения отдельных звуков, чем вызывается обычное для заикающегося явление – разчленение слогов и звуков на части. Судорога может иметь разную продолжительность: один раз она длится целыми секундами до полуминуты, другой раз весьма не продолжительна,

до такой степени, что ее можно назвать самым кратковременным припадком, в сравнении со всеми другими симптомами заикания.

2) **Вокальная судорога.** Можно отличить два вида вокальной судороги по напряженности симптомов. Первый вид представляет, собственно говоря, **спазмодический голос** и, по-видимому, зависит только от ненормально продолжительного пребывания вокального аппарата в одной и той же фразе движений. Самым характеристическим проявлением судороги служит необычная продолжительность гласного звука. Наиболее часто эта форма встречается у детей раннего возраста 3–5 лет, которые только начинают заикаться, и она составляет нередко один из первых признаков болезни и вместе один из предвестников будущих судорог – как дыхательных, так и артикуляторных. О таких детях окружающие говорят, что они "не столько заикаются, как поют"». Другой вид вокальной судороги представляет, большей частью, тяжелую форму болезни и характеризуется трудностью и усилиями, какие употребляет пациент, для произнесения звуков, и более или менее измененным голосом. Больной иногда делает величайшие напряжения, а голос тем не менее выходит лишенным звучности, глухим, доходящим до беззвучности, подобно шопот-ному голосу; или же звуки являются подавленными и как бы идущими из более отдаленного источника, чем гортань».

3) **Дрожащий или толчкообразный гортанный спазм.** ...Речь внезапно прерывается, заменяясь на короткое время дрожащим звуком, похожим то на блеяние овцы или козы, то на легкое судорожное покашливанье, то на другие звуки, или шумы, характер которых нелегко передать словом. Она (судорога – Г.В.) имеет весьма близкое сходство и соотношение с **вокальной** судорогой Разница проявляется в одном: вокальная судорога является в виде длительного напряжения мускулов, а дрожащая – наоборот представляет ряд более или менее быстро следующих судорожных ударов, но место судороги – ***Sedes morbi*** – в обоих случаях тождественно.

Судороги в области артикуляторного механизма (артикуляторное заикание)

Артикуляторные судороги мы разделяем на две большие группы – судороги: 1) **лицевые** и 2) **язычные** и на две меньшие, 3) **судороги в области жевательной мускулатуры** и 4) **нёбо-глоточные** судороги.

1) Судороги нёбной занавески. Приступ заикания состоит в том, что, при внезапной приостановке стоящих на очереди звуков, больной судорожно повторяет звуки, похожие на *пм-пм-пм* или *тн-тн-тн*, или *кн-кн-кн*, смотря по тому, какое положение занимают

губы и язык. Судорога нёбной занавески может образоваться в двух различных направлениях: 1) происходит то кратковременное, то ритмически-повторное сомкнутое носо-глоточного затвора, или же 2) появляется раскрытие его.

2) **Лицевые судороги.** Мы разделяем следующие виды лицевых судорог: 1) **смыкательная** судорога у отверстия рта, 2) судорога в области мускулатуры, **двигающей верхнюю губу**, 3) в области мышц **нижней губы**, 4) судороги в мускулатуре, **движущей углы рта** и 5) **сложная судорога лица.**

а) **Смыкательная судорога губ.** Судорога круговой мышцы рта принадлежит, быть может, к самым частым симптомам заикания. Большею частью судорогу легко распознать по смыканию и сморщиванию губ, а иногда по довольно значительному вытягиванию их в трубку. Степень смыкания губ различна; большею частью она весьма значительна.

б) **Верхнегубная судорога.** ...Эта довольно редкая судорога представляет собою по преимуществу спазм мышцы, поднимающей верхнюю губу, одной, или вместе с поднимающей губу и крыло носа и малой скуловой. По характеру своему судорога всего чаще бывает тонической, изредка бывает клонической. Все губные звуки страдают при этой судороге.

в) **Нижнегубная судорога.** Она вполне аналогична верхнегубной; поражает чаще всего одну или обе мышцы, опускающие угол рта, а изредка мышцу, поднимающую подбородок, или наконец все мышцы нижней губы. В последнем случае наблюдается характеристический отворот нижней губы.

г) **Угловая судорога рта.** Существенным и характеристическим признаком этой судороги является резкое оттягивание угла рта вместе с приподнятием его; ротовая щель принимает косое направление и удлиняется в сторону судороги. Судорога легко распространяется на мышцы век, лба и носа... Судорога бывает то на одной, то на обеих сторонах лица; в последнем случае она почти всегда выражена не с одинаковой силой справа и слева. Она часто бывает клонической.

д) **Судорожное раскрытие отверстия рта.** ...Картина этой судороги является в двух видах: то раскрывается широко рот с опущением нижней челюсти, то при сомкнутых челюстях только зубы обнажаются, происходит как бы оскаливание зубов... Отверстие рта, как будто посторонней силой, раздирается. Судорога имеет большею частью тонический характер и держит по целым секундам отверстие рта в таком странном положении. Судорога не бы-

вает выражена одинаково на обеих половинах лица. Артикуляция большею частью совершенно не возможна во время судороги; иногда слышатся неопределенные звуки с характером гласных.

е) **Сложная лицевая судорога.** Судорога лица обнаруживает большую наклонность распространяться и усложняться; часто она обнимает большую часть мышц лица. В таком случае преобладающим явлением в ней бывает ненормальное смыкание рта, вызываемое судорогой круговой мышцы. Реже присоединяется к этому судороги — **верхнегубная** и **нижнегубная.**

3) **Язычные судороги.** Мы различаем следующие виды язычных судорог: а) **судорожный подъем верхушки языка,** б) **судорожный подъем корня языка,** в) **судорожные движения языка вперед и вниз,** или изгоняющая судорога языка, г) **подъязычная судорога.**

а) **Судорожный подъем верхушки языка.** Подъем верхушки языка является самым частым... кончик языка упирается с чрезвычайною силою в твердое нёбо и производит полное сомкнутие устного канала, длящееся столько времени, сколько и сама судорога, смена звуков при этом вполне приостанавливается, уступая место немому промежутку. В слабейших формах язычного заикания спазмодическое примкнутие языка к нёбу происходит на зубных и нёбных звуках, т. е. на звуках /и, д, и, л, с, *з, ш, «*, ж, щ,* причем нормальное движение превращается в судорожное. Пока длится судорога, можно убедиться очень легко, ощупывая подчелюстную область, что дно полости рта напряжено и на ощупь очень плотно; это происходит от сокращения **подбородочно-язычной** мышцы, мышца же подбородочно-подъязычная большею частью не участвует в судороге. В этой судороге, без сомнения, участвуют поперечные пучки собственных мышц языка, судя по узости языка, которую при этом можно наблюдать.

б) **Судорожный подъем корня языка.** Судорожный подъем корня языка принадлежит к числу довольно частых симптомов заикания. Самым характеристическим признаком судороги является внезапное и сильное приподнятое корня языка в направлении кзади и кверху. Судорожное движения языка кзади всегда оканчивается весьма плотным замкнутием язычно-глоточного затвора; язык остается примкнутым к нёбу все время, пока длится судорога. Чрез открытый рот можно видеть, что во время судороги язык чрезвычайно укорочен, сужен, сжат в ком и представляется выпуклым кверху в продольном и поперечном направлении; в тоже время он плотно прижат кверху и кзади. Судорога обыкновенно наступает на гортанных звуках или также нередко на нёбных, реже на зубных и губных.

в) **Изгоняющая судорога языка.** Это более редкая судорога языка

состоит в том, что язык вытягивается в длину в горизонтальном направлении и в таком положении оцепеневает, большею частью выходя за край зубов, или наружу на более или менее значительное расстояние. Судорога чаще имеет вид тонического на-

пряжения, но нередко также напряженный язык клонически подергивается, то выходя из полости рта, то возвращаясь в нее.

г) **Подъязычная судорога.** Под этим наименованием мы описываем судорогу, которая локализируется в мышцах подъязычной кости, именно: в 1) **подбородочно-подъязычной,** 2) **шило-подъязычной,** 3) **грудинно-подъязычной** и 4) **лопаточно-подъя-зычной.** Большею частью эта судорога существует совместно с другими язычными судорогами. Голос во время приступов заикания был низок, а голова была сильно наклонена и подбородок касался грудины.

Этиология заикания

Причины заикания можно разделить на **предрасполагающие** и **производящие** или **случайные.** К первым следует отнести пол, возраст, наследственность, географическое и этнографическое место субъекта и род занятий, ко вторым относятся: душевные потрясения, травмы и некоторые другия влияния.

А. Причины предрасполагающие

а) Возраст

...Заикание есть, по преимуществу, детская болезнь, что половина всех заикающихся получают свою болезнь между 2 и 5 годами жизни, что громадное большинство, именно почти 9/10 заболевает раньше десятилетнего возраста.

б) Пол

Древние врачи знали, что мужчины более подвержены заиканию, чем женщины (Авиценна, Итар, Вуазен, Щультесс, Колом-ба, Кленке, Винекен, Норден). У женщин почти в три раза слабее выражена наклонность к заболеванию, чем у мужчин. Женщины более мужчин склонны к раннему заболеванию заиканием: количество заболевающих девочек значительно превышает количество мальчиков в первые три года развития речи (48,4% мальчиков и 71,7% девочек). Эта разница, может быть, стоит в связи с найденным авторами фактом более раннего развития речи у девочек, чем у мальчиков (Шервен, 1878). Более раннее и быстрое развитие сложной функции речи может, конечно, служить предрасполагающим моментом к болезненным расстройствам в сфере этой функции. Такое толкование не противоречит общим физиологическим соображениям.

в) Наследственность

Предрасположение, выражающееся множественным фамильным заболеванием, обнаруживается в 1/3 части всех случаев за

икания. Физические знаки вырождения, особенно в форме неправильного образования челюстей, неправильного расположения зубов и неполного числа их, встречается у заикающихся столько часто, как у глухонемых от природы. Кроме того, часто встречается углубленное сводообразное твердое нёбо, двойной ряд зубов, весьма неправильное расположение их, отсутствие одного или двух резцов, неодинаковая величина тождественных зубов, малая величина и зачаточный, недоразвитый вид некоторых из них, ненормально развитое и несоразмерное большое мягкое нёбо, короткая, плотная, рубцевидная или хрящевая уздечка языка, неправильности в форме ушной раковины и многие другие общеизвестные физические признаки вырождения. ...У значительного числа заик наблюдаются **физические признаки вырождения и болезненный темперамент**. Уже врачи классической древности были хорошо знакомы с этими болезненными признаками и в них видели причину заикания (Гален, Меркуриалис, Вельпо, Диффенбах, Беркон).

Наследственность, предрасполагающая к заиканию, обнаруживается четырьмя признаками, именно: 1) фамильным заиканием, 2) фамильными нервными болезнями, 3) физическими знаками вырождения и 4) специальными особенностями характера. Последний признак наиболее част. Процент случаев заболевания заиканием, в которых наследственность играет роль предрасполагающего момента должна быть не менее 73%. Таким образом, наследственности должно приписать главную роль в происхождении заикания.

г) Географические и этнографические причины Наименьшую наклонность к заболеванию заиканием обнаруживают племена, язык которых сделал наименее прогресса и сохранил наиболее первобытных элементов.

Б. Причины производящие (случайные)

Самым существенным толчком к развитию заикания служит испуг (67,5%) и в ряду случайных или производящих причин он занимает первое место. Второе место в ряду случайных причин принадлежит ушибу (27,5%). Инфекционные заболевания – 2,5%, подражание 2,5% в этих случаях существовало наследственное предрасположение, и на почве его развилось заикание, подражание же могло и не играть здесь существенной роли.

Общий план рационального лечения заикания

I. Лечение предупредительное (профилактика).
II. Гимнастика речи (дидактическое лечение).
III. Психическое лечение.

IV Фармацевтическое и динамическое лечение.
V Излечимость заикания.

Профилактика заикания

Тщательное наблюдение за ходом развития речи у ребенка. «Во-вторых, необходимо – заботиться, чтобы умственное развитие ребенка не брало перевеса над его физическим развитием и чтобы на этой почве не возникло состояние психического утомления, которое обнаруживается прежде всего увеличенной возбудимостью и неспособностью сдерживать душевные волнения, т. е. такими условиями, при которых случайный испуг может возыметь опасное влияние и вызвать заикание. В-третьих – необходимо обратить особое внимание на методическое развитие системы произвольных движений помощью игр и гимнастики. В особенности необходимо при этом озаботиться развитием того широкого отдела произвольных движений, которые относятся к голосу и речи. Сюда входит всестороннее упражнение детей в пении, чтении и декламации.

Гимнастика речи

Под именем гимнастики речи следует разуметь всю сумму механических упражнений голоса и речи. Упражнения эти могут касаться то отдельных механизмов членораздельной речи, то всей речи, в ея целом составе. На этом основании удобно разделить гимнастику речи на два большие раздела: а) **упражнения элементарные** и б) **упражнения сложные.** К первому отделу мы относим упражнение **дыхания,** упражнения **голоса** и упражнения **артикуляции;** ко второму отделу: **отраженную речь, чтение, умственную речь, шопотную речь, рецитатную речь, декламацию, импровизацию и беседу.**

Умственная речь состоит в мысленном воспроизведении чтения, разговоров или вообще в мысленной речи. Речь эта может сопровождаться жестами и некоторыми слабыми движениями артикуляторных органов: губ, языка, выдыхательного механизма. Целью этого рода упражнения должно быть отчетливое и ясное воспроизведение импульсов к движению.

Рецитация представляет собою изустную передачу точно заученных отрывков речи. В рецитации, как и в чтении по книге, редакция мыслей не подлежит никакой перемене, и от читающего требуется лишь изустная передача их. Рецитация уже труднее для

исполнения, нежели чтение и отраженная речь, потому что она требует, подобно умственной речи, чистого воспоминания, не вызываемого непосредственными внешними впечатлениями.

Рецитация предполагает собою существование умственной речи и есть ея внешнее проявление.

Шопотная речь в высшей степени предохраняет от заикания: за самыми ничтожными исключениями все заики говорят шопо-том совершенно свободно.

Тонированная речь и декламация. Сюда мы относим **простейшую тонированную речь, ритмическую речь, монотонную и речь низким голосом.**

Простейшую форму тонированной речи представляет собой прибавление к каждому звуку произносимого слова укороченного звука *э*. Это преобразование слова равносильно в сущности изменению его слогового состава. Слово «страх» превращается в трехсложное слово *сэ-тэ-рах*.

Монотонная речь есть речь, лишенная естественных повышений и понижений тона голоса. Такая речь принадлежит к числу средств, уменьшающих заикание весьма значительно, но не так безусловно, как **ритмическая речь.** Влияние **низкого тона** на уменьшение заикания известно почти всем авторам. **Медленная речь** принадлежит к числу самых верных средств для уменьшения или устранения приступов заикания, и в этом отношении она мало уступает ритмической речи, имея пред последней все преимущества более естественного явления, не поражающего ухо слушателя своею искусственностью, как речь ритмическая.

Три вида тонированной речи, а именно: **речь медленная, речь монотонная и речь низким голосом,** весьма удобно на практике совмещать, рекомендуя **медленную речь, произносимую низким голосом однообразным тоном.** Такая речь имеет в себе большую предохранительную силу против заикания, в особенности если ея медленность дана значительным падением выдыхания на границе слогов – что на самом деле большею частью и бывает.

Лечение психическое

Основываясь на данных классической медицины и на наших собственных наблюдениях, мы предлагаем следующий план психического лечения:

1) дать больному покой, устранив все условия, которые поддерживают приступы болезни.

2) Дать больному руководителя-врача для непосредственного сложного личного воздействия.

3) Организовать систему благотворного внешнего воздействия на больного.

4) Организовать систему благотворных внутренних условий.

Внешние условия психического лечения

а) **Упражнения на открытом воздухе вдали от людей.**

б) **Упражнения стоя.**

в) Что касается **лучшего времени** для речевых упражнений, то следует избирать утренние часы.

Внутренние условия психического лечения

а) Направление внимания, б) внутренняя речевая гимнастика, в) упражнения в мыслительных редакциях речи и г) условия, изменяющие настроение духа и привычные ассоциации идей.

Наблюдатели советуют отвлекать внимание больного от трудных звуков в иную сторону. Безель советует больным думать о гортанных звуках в ту пору, когда им приходится произносить губные или язычные звуки. Он предлагает также разрисовывать некоторые буквы, чтобы этим побочным впечатлением отвлечь внимание больного от трудных звуков.

Все сложные весьма разнообразные виды речевой гимнастики и упражнения в нормальной речи должны в конце концов сделаться предметом умственных упражнений. Таким образом все то, что больной проделывает громко, как-то: дыхательная гимнастика, вокальные, различные **артикуляторные** упражнения, жесты, такт, чтение, тонированная речь, которые больной делает реально, должны быть производимы **мысленно.**

Упражнения в редакции фраз

1) Чтение отрывков классической прозы с запоминанием их подлинного текста.

2) Упражнения в переложении фраз в две или три параллельные редакции и, наконец, 3) упражнения в так называемых **свободных ассоциациях.**

Условия, изменяющие настроение духа и ассоциации идей

а) **Мимика и жесты** могут сделаться орудием психического лечения заикания таким образом, что врач-**руководитель,** избирая наиболее полезные и пригодные для больного жесты, старается по преимуществу обучить его этим внешним приемам, **как форме,** подобно тому, как актер обучается выражать внешними знаками внутреннее содержание, напр. мужество, уверенность, независимость характера и т. д.

б) **Выразительное чтение.**

Избираются для чтения, больным или больному, отрывки различного содержания в прозе и стихах. **Содержание читаемого** должно вызывать те чувства, то настроение духа и те ассоциации,

которые могут быть полезны, как терапевтические меры, и которые больной уже приучился выражать соответственными жестами, мимикой и интонацией.

Когда больной достаточно успел в обучении выразительному чтению, врач тщательно подбирает содержание и внешние формы исполнения чтения, как материал для психического воздействия на пациента, сообразно особенностям его характера, его слабым сторонам и недостаткам.

Фармацевтическое и динамическое лечение

Общего типа лечения в такой сложной болезни, как заикание, не может быть; мы ограничиваемся при лечении ея удовлетворением некоторых показаний. Самые существенные из них следующие:

1) Устранение влияний, действующих рефлекторным образом на усиление приступов заикания.

2) Регулирование кровообращения в нервных центрах при его нарушениях.

3) Устранение чрезмерных душевных волнений, усиливающих заикание.

4) Укрепление нервной системы вообще.

Удовлетворение четвертого показателя достигается: а) применением общего метода укрепляющего лечения, б) водолечением, в) климатическим лечением и г) электротерапией.

Излечимость заикания

Можно говорить о возможности полного излечения большей части случаев заикания. Для выздоровевшего в большинстве случаев не представляется никакой опасности заболеть вновь. Лучшим доказательством этого служит то, что у трех четвертей заик родные также были в молодости заиками, но раз прекратившееся заикание более не возвращалось. Излеченное заикание иногда оставляет по себе следы в форме индивидуальной речи, но это относится далеко не ко всем бывшим заикам.

Сопоставляя цифры трех наблюдений, получаем:

	Блюме	Коломба	Коэн	Средние числа
Излечение	70%	52%	60%	61%
Улучшение	—	21%	30%	17%
Неизлечимость	30%	27%	10%	22%

Таким образом цифры трех наблюдателей довольно близки между собою, что свидетельствует о их точности. Впечатление, производимое ими, можно назвать утешительным.

Сикорский И. А. О заикании. — СПб., 1889. — С. 38—152.

А. Либманн

Патология и терапия заикания и косноязычия

Заикание, как одно из разстройств речи, было известно уже в глубокой древности. Понятно, поэтому, что литература по данному вопросу довольно обширна... Тем не менее, взгляды относительно этого практически крайне важнаго разстройства еще настолько мало выяснены и зачастую настолько резко расходятся между собою, что я считаю не безполезным, на основании собственнаго обширнаго материала, осветить мнения различных авторов и, где это покажется необходимым, подвергнуть их известной переработке.

Относительно **этиологии** заикания большинство авторов сходится между собою.

Собственно основною причиною заикания я подобно тому как и большинство авторов, признаю известную **нервозность**. Последняя бывает либо наследственной, либо приобретенной под влиянием тяжелых разстройств нервной системы (изнуряющия болезни, травма, сильное психическое потрясение, злоупотребление спиртными напитками, онанизм).

Между болезнями, которыя наиболее часто предрасполагают к заиканию следует употребить: корь, скарлатину, дифтерию, инфлюэнцу, тиф, менингит, воспаление легких, судороги... После сильных травматических повреждений несомненно часто развивается заикание.

Наследственно приобретенным заикание можно признать лишь в тех случаях, когда больные, одержимые этим разстройством, либо совершенно не видали своих заикающихся предков, либо не слыхали, как они заикаются... По *Coë'n'y,* наследственность существует у **11%**, по *Denhardt'y,* она определяется у 77 1/2% всех больных.

Я на основании собственнаго опыта, прихожу к тому заключению, что почти 25% всех заик оказываются наследственно предрасположенными к разстройствам речи, причем предки их либо сами страдали заиканием или косноязычием, либо очень поздно научились говорить.

Мужской пол доставляет значительно большой контингент заикающихся, нежели **женский**. Странным образом разница эта объясняется *Gutzmann* Ьм неодинаковым типом дыхания у обоих полов, брюшным типом дыхания у мужчин, реберным – у женщин. Значительно проще особенность эта объясняется на основании

того общеизвестного факта, что мускулатура мужчины, хотя и отличается крепостью, но зато у женщины она отличается грациею и большею подвижностью. Кроме того

девочки, как известно, значительно раньше научаются говорить, нежели мальчики, и вообще женщины обладают значительно более гибкими органами речи, нежели мужчины.

В этиологии развития заикания *Gutzmann* большое значение приписывает существованию припухлости в глотке, в носу и в гортани... в 33% случаев, в частности аденоидные разращения в 33% случаев и вообще изменения со стороны дыхательных путей в 70–80% случаев.

Во многочисленных случаях большое значение имеет **психическое заражение** со стороны заикающихся членов семьи и товарищей.

Заикание почти всегда начинается медленно и почти исключительно свойственно **детскому возрасту** Развитие речи у детей, как это совершенно справедливо указывает *Gutzmann,* играет большое значение в происхождении заикания. Многие больные научаются очень поздно говорить, другие еще в возрасте от 5 до 7 лет обладали крайне неясной способностью речи, – им недоставали многие звуки и слоги, которые они замещали схожими звуками (так называемое косноязычие).

Обратимся теперь к **клиническим симптомам** заикания. Наиболее выдающимся симптомом является **нарушение непрерывности речи.** Последнее чаще всего наблюдается перед началом слова, реже также на слоге посреди слова. «Остановки» постоянно происходят на согласных звуках. На гласных звуках вообще никогда не происходит заикания, и дрожание голоса, иногда появляющееся у очень сильно заикающихся пугливых субъектов не должно смешивать с заиканием. То, что обыкновенно называется вокальным заиканием... есть ничто иное, как заикание на согласных, или, иначе говоря, задержка звука при так называемом резком произношении речи *(fester stimmansatz),* тонкое придыхание, *(spiritus lenis* греков), согласное смыкание голосовых связок.

Прерывание речи происходит вследствие некоординированных движений дыхательной, голосовой и артикуляторной мускулатуры.

Дыхание у большинства пациентов становится неправильным уже непосредственно перед самым актом речи., в течение сама-го акта речи происходят различия ненормальныя вдыхательныя и выдыхательныя движения, тогда как при нормальной речи вслед за коротким глубоким вдыханием постоянно наблюдается продолжительное медленное выдыхание.

На самих органах членораздельной речи наблюдается чрезмерное удлинение продолжительности согласных звуков, которое выражается в том, что необходимое для образования соглас

ных звуков противодействие на так называемых артикуляционных воротах (губы, зубы, нёбо, голосовыя связки) либо совершаются слишком сильно, либо повторно подвергаются повторению. Эти явления на верхних артикуляционных воротах можно наблюдать непосредственно глазом... Обыкновенно чаще всего заикание обнаруживается на так называемых смыкательных звуках *(п, б, т> д, к,* г), при которых необходимое для образования звука сопротивление уже при нормальной речи бывает наибольшее. Шипящие звуки (дс, *ф, в,* з, с, *ш)* обыкновенно представляют меньше затруднений, так как они нормально образуются при малой затрате силы, но и здесь часто необходимое для образования звука сужение артикуляционных мест сохраняется слишком долго или повторяется несколько раз, или даже, вследствие чрезмерной затраты силы, вместо сужения происходит полное смыкание.

Кроме этих ненормальных речевых движений при заикании обнаруживается также целый ряд **побочных движений**, притом как со стороны органов членораздельной речи, так и со стороны остальных частей тела. Сюда относятся кивательные движения головы, движения губ и языка, щелкающие движения челюстей, толчки и удары руками и ногами, наклоны всего туловища и проч.

Кроме этих соматических симптомов у всех заикающихся, даже у самых молодых, я находил целый ряд **психических явлений.**

Большинство больных испытывают страх перед разговором, в особенности с чужими, и по мере возможности избегают всякаго подходящаго к тому случая. Почти все заики боятся некоторых звуков и считают их особенно «трудными». Чаще всего это относится к смыкательным звукам... Случается, однако, что больные боятся также других звуков, во многих случаях «трудные» звуки быстро меняются.

Часто наблюдается несоответствие между мыслью и речью, так как быстрота мышления не идет параллельно речевой способности. Многие больные до-нельзя бывают безпомощны при разговоре. Они с трудом решаются остановиться на слове или на известной конструкции фразы. Они постоянно поправляют сказанное, притом без всякой видимой причины. Часто больной еще и тогда не решается окончательно высказать слова, если он уже начал выговаривать его.

В то время как у этих больных умственная работа членораздельной речи совершается слишком медленно, у других работа мышления происходит настолько быстро, что их органы речи не в состоянии удовлетворить громадному наплыву слов.

Я ...первый указал на то (1896), что все те способы речи, при которых уменьшается заикливость, в том числе в особенности пение, характеризуются **временным удлинением гласных звуков.**

При произношении гласных звуков с меньшим противодействием проникает через голосовые связки и прибавочную трубу. При согласных звуках, наоборот, воздуху приходится преодолевать громадное противодействие в артикуляционных местах ...что касается шопотной речи заик, то она существенно отличается от нашей речи шопотом. Последняя применяется нами в том случае, если мы имеем в виду достигнуть возможно меныиаго акус-тическаго эффекта. Заика, наоборот, говорит шопотом, так как он при этом способен говорить более плавно; но при этом он имеет-в виду говорить по возможности внятно и сильно.

Предсказание при заикании в общем представляется благоприятным, по крайней мере не много встречается больных, которые не излечивались бы под влиянием более или менее разумной терапии и настолько поправлялись, что их разстройство речи практически не представляет большого значения.

Крайне важное значение относительно предсказания имеют следующие моменты.

1. Физическое состояние больных,

2. Предсказание ухудшается при существовании сильной степени нервнаго разстройства, будь то неврастеническаго или ис-терическаго происхождения. Сюда относятся — гиперэстезия, общая слабость, сильныя головныя и позвоночныя боли, гипер-кинезии и параличныя явления, неустойчивость психическаго равновесия, навязчивыя идеи, чувство страха, абулия и т.п.

3. Чем старше больной, тем неблагодарнее предсказание, во 1-х, вследствие того, что у таких субъектов разстройство существует долгое время и более успело укорениться, во 2-х, оттого, что такие больные в большинстве случаев уже безуспешно подвергались различным способам лечения. Чем дольше больной заикается, тем более его органы речи привыкли работать с сильным напряжением и тем сильнее успели укорениться психические симптомы. В более свежих случаях можно больше надеяться, что больной скорее привыкнет к новым способам речи и легче отрешится от психическаго балласта. Дети дают лучшее предсказание, нежели юноши и взрослые, не только вследствие более кратко времен наго существования разстройства, но также вследствие более легкаго психическаго воздействия и болынаго равнодушия, с каким они относятся к болезни и к исходу лечения.

4. Интеллигенция в общем не играет большой роли при предсказании, если только при лечении не предъявляется слишком

больших требований к больному... Чем меньше развита интеллигенция больного, тем легче психически воздействовать на него. С другой стороны, многие в высшей степени интеллигентные больные неправильным образом пользуются своими способное

тями, часто бывают недовольны самыми хорошими результатами, и прибегают к разного рода ухищрениям, чтобы убедиться в том, не обнаруживается ли еще у них при этом заикание.

5. Относительно предсказания значение также имеет степень развития заикания. Последнее не всегда может быть определено на основании частоты приостановок членораздельных движений. Встречаются больные, которые сравнительно мало заикаются, но которые представляют настолько резко выраженные психические симптомы, что лечение их часто оказывается в высшей степени затруднительным... Больные, которые сильно заикаются также и при пении, делают менее благоприятное предсказание, так как у них психический момент настолько сильно развит, что они не в состоянии отказаться от него. То же самое должно сказать относительно тех случаев, когда заикание не исчезает в том случае, если больной остается сам с собою.

6. Социальное и общественное положение, среди котораго находится больной, также должны быть приняты в разсчет при предсказании. Сюда прежде всего относятся неудовлетворенные гигиенические и материальныя условия, чрезмерно большие требования, предъявляемые к физическим и духовным способностям больного, чрезмерныя строгость со стороны родителей, наставников, начальства или насмешки со стороны товарищей.

7 Наконец, при предсказании необходимо считаться с целым рядом побочных моментов. Большинство заик принадлежит к крайне чувствительным субъектам. Они часто в высшей степени недоверчиво относятся к чужим людям, между тем как при лечении крайне важно установить известную духовную связь между врачом и больным.

Что касается профилактики заикания, то я уверен, что во многих случаях больного можно предохранить от развития его... Если профилактическим путем желательно достигнуть успеха, то необходимо воздействовать еще в такое время, когда только что обнаруживаются первыя легкия степени разстройства. Задача ея главным образом отрицательная: необходимо устранить и удерживать все те вредные влияния, которыя неблагоприятным образом действуют на речевую способность. Кроме того окружающие должны давать детям хороший пример разговорной речи. Нервное предрасположение ребенка, неудовлевторительное питание, органическия болезни должны быть по возможности устранены. Детей необходимо предохранять от заикания товарищей. Детям, привыкшим говорить быстро, нисколько не волнуясь и не прибегая

к строгим мерам, необходимо заставлять говорить медленнее. При неумелой дикции детям необходимо помочь небольшими рассказами и переложениями прочитанного.

Заставлять детей повторять слова и даже целыя фразы не следует. Но все то, что делается для пользы ребенка, необходимо делать, не вызывая напрасно излишняго волнения, чтобы, по возможности, *отвлечь внимание ребенка от разстройства речи.* Никогда не должно забывать, что дело имеется с болезнью, а не с «худою» привычкою.

Способов лечения заикания предложено очень много... По *моему* мнению, при лечении заикания, необходимо стремиться к достижению вполне нормальной речи. *По моему мнению, все упражнения дыхания, голоса артикуляции совершенно излишни* ***и отчасти даже вредны, так как они легко и на долгое время отягощают речь больного неестественными элементами.***

Прежде всего необходимо стремиться к тому, чтобы по возможности одним разом устранить психические моменты (в особенности боязнь перед разговорною речью и перед «трудными» звуками) и те произносительныя и неправильныя напряжения, которыя обнаруживаются при образовании согласных звуков.

При первом же посещении, не прибегая ни к каким упражнениям, я заставляю больного произносить слова с протяжными и чистыми гласными без соблюдения ритма. Психическое действие такого лечения громадное. Даже сильно заикающиеся при первом же сеансе выговаривают многия фразы совершенно чисто и снова приобретают доверие к своим способностям речи. В большинстве случаев уже с перваго раза мне удается постепенно достигнуть правильнаго протяжнаго произношения гласных звуков, в других же случаях та же цель достигается спустя несколько дней. Иногда случается, что после перваго же посещения больные в присутствии своих провожатых ведут со мною разговор совершенно естественным хорошим языком.

В некоторых сильно развитых случаях еще до начала лечения я освещаю больному главныя явления болезни и разъясняю ему каким образом он в состоянии хорошо говорить. Если дело имеется с детьми, то этого, разумеется, не требуется, так как они едва ли поймут то, что им говорят.

Своим больным я лаю только два практических совета: 1) говори спокойно, 2) оставь всякия произвольныя напряжения при разговоре.

Необходимо заикающемуся внушить, чтобы он не слишком много обращал внимания на свою речь, не слишком часто останавливался \и лборе «трудных» слов и не слишком упорно старался преодолевать их. Напротив того, он должен научиться правильно

говорить, не только с внешней стороны, но также с внутренней, то есть не обращая особеннаго внимания на отдельные звуки. Необходимо с самого начала больного заставить го

ворить различным голосом и при самых различных условиях, так как, в противном случае, может случиться, что больной, научившийся правильно говорить при известных чуждых ему условиях, может придти в замешательство и снова начнет заикаться. Поэтому с самаго начала я заставляю больного не только повторять сказанное, но также отвечать на заданные вопросы, упражняться в разговорной речи и в чтении написаннаго.

По моим наблюдениям, уже спустя некоторое время упражнения должны производиться главным образом в разговорной речи, не пренебрегая однако другими способами упражнения... Я начинаю эти упражнения таким образом, что в коротких фразах, обыкновенным разговорным голосом, разсказываю ему какую-нибудь историю, совершенно так, как мы обыкновенно привыкли говорить. Всякие вводные фразы мною употребляются при этом не чаще, нежели это обыкновенно случается. После этого я заставляю больного подобным же образом пересказать мне услышанное... Второе упражнение в свободной речи заключается в том, что я заставляю больных прочитать что-нибудь вслух, и затем разсказать прочитанное... Наконец, я считаю необходимым еще третий способ упражнений в свободной речи, когда больному дается не готовый материал, а только общая тема для разговора.

При всех этих упражнениях (начиная с повторения слов) необходимо обратить внимание на то, чтобы не только интонация, но и *выговор слов* оставались вполне естественными... Поэтому я...считаю неуместным, если больных заставляют громко читать стихи. Большое значение я приписываю тому, чтобы больные с самого начала привыкали к плавной разговорной речи также в присутствии посторонних людей... Поэтому по возможности раньше, при всяком удобном случае, я заставляю своих больных разговаривать в присутствии чужих или родственников.

Дабы больной мог привыкнуть к чужим, лучше всего если во время лечения он остается у себя в семье. Поэтому лечение *в заведениях*, где больные остаются в течение всего времени лечения, я вообще считаю нецелесообразным. Здесь больные легко привыкают к данной обстановке, весьма мало находятся в обществе чужих и остается еще решить, как они говорят вне заведения. Но что обязательно необходимо внушить больным это, помимо плавной речи, твердость духа, самообладание, моральное удовлетворение.

При лечении необходимо иметь в виду не только самого больного, но также окружающую его среду (родителей, учителей, бра-

тьев и сестер, товарищей, сослуживцев) и по мере возможности, необходимо им указать на правильное отношение к больному.

\^ Одиночное лечение я считаю, без сомнения, полезным. Во-первых, я наблюдал, что на некоторых людей заикание действует заразительным образом. Если, например, между больными встречается субъект, который испытывает особенныя затруднения на известном звуке, то часто случается, что другие больные также внезапно не в состоянии выговорить этого звука. Поэтому даже в поликлинике всякий новый или сильно развитый случай я обыкновенно подвергаю одиночному лечению. Во-вторых, при одиночном лечении больные чувствуют себя менее стеснительными. Более пожилые субъекты не боятся себя «скомпрометировать» перед более молодыми, а эти последние в свою очередь не чувствуют себя стесненными другими; кроме того больные, которые еще мучаются некоторыми вопросами, могут вполне излить свою душу врачу.

Продолжительность всего лечения, по моему способу, при ежедневном около 1/2-часовом общении в частной практике равняется 4 неделям (исключение я делаю только для тех больных, которые почему-либо лишены возможности ежедневно бывать у меня).

По моему, в высшей степени важно, чтобы лечение продолжалось *недолгое время* и сопровождалось быстрыми успехами, убедительными как для самого больного, так и для окружающих. Психическое воздействие при этом обнаруживается в более резкой степени, нежели в том случае, если лечение проводится в течение нескольких месяцев. Значительнаго ускорения лечения я достигаю тем, что я совершенно не применяю всякия излиш-ния дыхательныя, голосовыя и артикуляционныя упражнения, которыя только тормозят лечение, так как они основываются на совершенно ложных теоретических соображениях.

Продолжать лечение более 4 недель ради контроля речевых способностей больного, я при своем способе считаю излишним, даже безполезным. Как я уже сказал, видимые успехи обнаруживаются уже в самом начале лечения. Остальное время должно быть потрачено на то, чтобы укрепить достигнутые результаты лечения и проконтролировать способности больного относительно речевых способностей в практической жизни. Если «тянуть» с лечением, то, как показали мои наблюдения, это психически действует неблагоприятно на больного. В его сознании должна укрепиться мысль, что, начиная с такого-то времени, он должен говорить правильно.

Теперь перейдем к вопросу, кто же должен брать на себя задачу лечения заикания. Как мы убеждаемся, им преимущественно занимались: люди, раньше заикавшиеся, учителя (преимущественно учителя для глухонемых) и врачи. Нисколько не умаляя

достоинства других, я полагаю, что заикание, как болезнь, главным образом подлежит ведению врачей, которые, хотя и пренебрегали долгое время этим вопросом, но лучше других в состоянии понимать болезнь. Во всяком случае я считаю неправильным, если сельские учителя, после 4-недельнаго подгото-вительнаго курса, признаются годными и назначаются руководителями при лечении заикания. Лечение заикания и разстройств речи требует такой массы анатомических, физиологических, патологических и терапевтических познаний, что их едва-ли кто в состоянии приобресть в течение 4-недельнаго срока, даже врач, не говоря же о сельском учителе, который на самом деле стоит совершенно в стороне от этой области медицины. Смею думать также, что врач-специалист едва-ли будет считать вполне подготовленным товарища, прослушавшаго 4-недельный курс.

Познакомившись с данным вопросом, читатель невольно убеждается в том, какия громадныя затруднения представляет лечение заикания, какая масса для этого требуется практических познаний, сколько терпения и самообладания.

Либманн А. Патология и терапия заикания и косноязычия. — СПб. — 1901.

Г. Д. Неткачев

Заикание

Заикание относится к числу нервных страданий, известных под именем психневроз. Эти последние не имеют, большею частью, заметных органических, патологоанатомических изменений, и у больных клинически выражаются повышенной чувствительностью, нарушением нормального самочувствия и, особенно, присутствием разных навязчивых психических состояний из области чувства и воли или одной только интеллектуальной сферы (навязчивая мысль).

В основе его (заикания – Г В.), чаще всего, лежит страх, начавшийся в далеком детстве, может быть, безсознательно, но затем развивающийся дальше и входящий постепенно своими корнями более или менее глубоко в область душевной жизни. С возрастом больного такой страх захватывает, наконец, уже всю деятельность мышления, чувства и воли. Образовавшаяся при

таких условиях личность тоже делается трусливой навсегда, если на помощь не придет психическое лечение.

Заикание есть страдание чисто психическое, выражающееся судорожными движениями в аппарате речи, разстройством ко

ординации почти всех составных частей этого аппарата, сопровождаемое и вызываемое навязчивыми мыслями, навязчивым страхом и эмоциями стыда, гнева и огорчения, кроме того этот психоневроз вырабатывает тревожно-мнительный характер с такими особенностями, как подозрительность, мнительность, неуверенность в себе,-вечная огорченность или злобная раздражительность.

Причины болезни

I. Наследственность. В семьях, где есть и были заики, дети скорей всего делаются такими же, мальчики чаще, чем девочки. Опасность грозит также детям, происходящим от родителей старых, нервных или страдающих психическими болезнями (патологический характер, истерия, эпилепсия, неврастения, прогрессирующий паралич и т. д.) или имеющих уже истощенную хроническими болезнями и потрясенную каким-либо образом занятий нервную систему (туберкулез, сифилис, подагра, алкоголизм, карты, спор, биржевая игра).

II. Не целесообразное воспитание, как грубое, строгое, построенное на устрашениях и наказаниях, так и балованное, изнеживающее.

III. Школа. Время обучения в школе всегда увеличивает существующее заикание и нередко создает в свою очередь причину для появления заикания у детей чрезвычайно конфузливых, робких, изнеженных или забитых. Строгости учителей; несправедливая отметка, экзаменационная пора — все это прибавочные вредные, психологические моменты.

IV Психологические причины из жизни ребенка: неожиданный страх, конфузливость, робость и длительное огорчение. Подражательность.

V Личное психическое предрасположение состоит в повышении общей чувствительности, чрезмерной эмотивности, т. е. способности длительно переживать различныя, главным образом, угнетающие эмоции и реагировать бурно, продолжительно на разные мелочи жизни всем объемом двигательной сферы. Такая особенность — чрезмерная подвижность и чувствительность — замечается нередко вообще у детей, но она опаснее всего **в период выздоровления от остро-заразных** болезней: корь, скарлатина, дифтерит, коклюш, тиф, инфлюэнца и т.д.

VI. Заболевания, косвенно влияющие на заикание: сильное малокровие, скрофулез (Беркан), гипертрофия миндалевидных желез, полипозныя разращения в носоглотке, ночное недержание мочи, онанизм и ночной страх.

Предсказание

Все формы заикания безусловно излечиваются, требуется лишь настойчивое проведение психологического метода в продолжение более или менее достаточного времени. Существующие сроки в 1–2 месяца имеют в виду легкия и средния формы, а труд-ныя требует более продолжительнаго времени. ...Наилучший возраст для лечения от 10 до 30 лет.

При лечении заикания встречаются тяжелые случаи, поддающиеся с большим трудом излечению. К числу таких можно отнести следующие.

1. Больные, удрученные припадками давней меланхолии или ипохондрии, повторяющимися через известные промежутки времени. Такие припадки, состоящие из мучительной неопределенной тоски и угнетеннаго настроения, сильно подавляют больного, и иногда до того, что в этот период он совсем отказывается говорить.

2. Больные, лечившиеся неоднократно, но безуспешно, теряют не только всякое доверие, но, что важнее всего, бодрость, инициативу к каждому смелому поступку – это своего рода речевая абулия.

3. Больные потрясенные и подавленные еще свежими несчастиями: смерть родителей, неудачная любовь, неудовлетворительный экзамен и прочее.

4. ...Пациенты вялые, апатичные, неверующие, неохотно принимающиеся за лечение и в этом вопросе скорее уступают желанию родителей, чем собственному побуждению.

5. Наконец, сюда можно еще отнести малограмотных, отсталых по развитию умственных способностей, живущих в грубой некультурной среде или находящихся в положении всегда зависимых, запуганных, обиженных и гонимых.

Изложение психологического метода

Дыхательная гимнастика совершенно игнорируется психологическим методом не только по своей безполезности, но и потому, что она вредна, внушая больному ложную мысль, что он избавится от заикания благодаря дыхательным движениям (искусственным), а не общему психологическому преобразованию всей своей личности.

Программа психологического метода может быть резюмирована... в форме следующих показаний.

I. Разъяснить больному сущность страдания, происхождение и современное его состояние на основании его собственной истории болезни, написанной перед вступлением в лечебницу.

\ 11. создать правильныя двигательныя ощущения и представления в процессе произнесения звуков, слогов, слов и фразы, относя их к местам артикуляции.

III. Произносить слова смело, уверенно, соблюдая в каждом ударение, без толчков и напряжения, сообразно закону наименьших мышечных усилий.

IV Ознакомление со словесными образами речи: слуховым, двигательным, умственным, зрительным и письменным.

V Развить смелость не только в речевом аппарате, но и одновременно во всех выразительных местах тела. *Лечить больного человека, а не одну только речь.*

VI. Ослабить и уничтожить его подозрительность, конфузливость и пр., а также изменить его односторонние взгляды и суждения на счет окружающей среды людей и самого себя.

VII. Развить у него правильную наблюдательность в обществе, научить уметь сосредоточиваться не на одном себе, но и на других предметах.

VIII. Совершенно у него уничтожить «навязчивыя мысли» и «трудныя слова» и навязчивый страх перед речью и во время разговора, существующия в образе мучительнаго ожидания и напряженнаго внимания.

IX. Очистить воображение от привычных образов и картин страха и постепенно заместить их образами и картинами смелости, приобретаемой ежедневными успехами в разговорной речи.

X. Научить пользоваться своими неудачами, как полезными уроками для будущаго. Научить бросить все уловки, как продукт прежняго оборонительнаго поведения, обусловленная страхом.

XI. Оставить свое прежнее поведение и развить в каждом случае разговора наступательное поведение против опасности, то есть практику смелости, спокойствия, самообладания.

XII. Ежедневная практика в разговорной речи дома и в обществе, речи, освобожденной от навязчивых мыслей, уловок, навязчиваго страха, а также практика смелаго поведения. Отчет в своих успехах, неудачах. Дневник словесный и письменный.

Теперь чем пользуется психологический метод лечения, как внешним орудием. Он признает, как психологическое орудие, следующие приемы: звукообразование, слово и фразу; последнюю в форме чтения, рассказа и особенно разговорной речи. При этом фраза может быть произносима с голосом, шопотом, мысленно, но всегда на первых порах медленно... Никаких образцов для подражания не предлагается, а у каждого больного

вырабатывается собственная индивидуальная манера говорить сообразно его развитию, образу занятия и общественнаго положения.

Кроме того, особое внимание обращается одновременно на практику умственной речи, которая признается также пострадавшей, заикливой, несмотря на видимое отсутствие судорожно-сти во время самаго процесса мышления. *Всякие дидактические упражнения в форме дыхательной гимнастики, голосовой и артикуляторной совершенно отвергаются не только как безполезные приемы, но и безусловно вредные, ведущие не только к безобразной искусственной речи, но и создающие новую навязчивость в уме больного и новыя уловки.*

Психологическое лечение заикания в детском возрасте

До сих пор не было даже и скромной попытки помочь родителям, имеющим детей заик в раннем возрасте от 4–8 лет Я предложу ряд известных мер, помогавших мне в таких случаях.

I. Если ребенок неожиданно заболел заиканием после какого либо сильнаго аффекта, или испуга, то к нему необходимо применить следующий метод: а) отделить его тотчас от других детей в отдельную комнату; в) объявить серьезно больным без доступа к нему других детей. Если в семье много детей, то можно поместить его в другую хорошую семью; с) подвергнуть *постельному содержанию* на время не менее трех недель.... При этом требуется не нарушать обычных занятий и игр, вообще, привычек ребенка, разделять с ним терпеливо такия игры, забавлять насколько
возможно, чтобы пребывание в постели не казалось бы скучным, особенно в первые дни. Это мера рекомендуется с тою целью, чтобы избежать и подавить подвижность ребенка, которая в данном случае вредна и поставить его сразу в условия однообразия и покойной обстановки. С другой стороны, этой же мерой устанавливается телесное и душевное спокойствие, так как страх потрясает то и другое на продолжительное время. Кроме всего этого... — говорить с ним медленнее обыкновенная, тихо, ясно и в тоже время спокойно и ласково, без гнева, нетерпеливости и крайняго сожаления, не выражая этих чувств, однако, даже в своих манерах, взгляде, голосе.

II. Если бы судорожность ребенка не уступила этим мерам, то не медля начать говорить с ним шепотом и требовать такого же шепота от него. Если бы он сопротивлялся такому совету, то в таком случае рекомендуется со стороны ухаживающей матери

наклонить голову к ребенку и просить его говорить на ухо. Тогда ребенок поймет ясно, чего от него требуют. С каждым днем пребывания в постели, к которому он уже начинает относиться безразлично, он незаметно для себя продолжает говорить не спеша,

без затруднений, и в нем постепенно, шаг за шагом, пробуждается поколебленная страхом вера в себя, в свою речь.

Как только получится осязательный, заметный результат об-щаго успокоения ребенка, речь его же в продолжении целой недели произносилась правильно и ясно, то это и есть указание на то, что можно уменьшить строгость постельнаго режима — позволить ребенку посидеть в кресле, на диване, или на полу на несколько минут и часов, чтобы потом он опять был в постели. Игрушки он может брать и на диван и играть одинаково с ними во время лежания и сидения. Такия разрешения давать ребенк как награду за послушание за то, что он говорит тихо, медленно и что это нравится маме и окружающим. Потом уже можно зволить впускать по очереди, и отдельно других детей, лучше старших, повторяя им, что с заболевшим пациентом доктор приказал говорить не много, не долго и медленно, потому что иначе больной сильно взволнуется и утомится, ему будет хуже. Далее можно позволить детям не только говорить в течение 1/2—1 часа, но и играть с больным ребенком. Далее ребенку предоставляется большая свобода, он может сам подходить, задавать вопросы, исполнять поручения и все это, желательно, спокойно и смело.

III. Если причина страха известна: собака, пожар, ссора, неожиданный крик или шум, ночной испуг (сновидения), падение с лестницы и т.д., то требуется, во время постельнаго режима, подготовлять постепенно ребенка к рассказам и случаям, вызвавших такой испуг, но при это сейчас же говорить, как вы, разсказчик, или такой-то мальчик поступили, и непременно в яркой картине смелости, спокойствия, уверенности. Все эти разсказы имеют целью вызвать в воображении ребенка сильное впечатление, невольное желание сравнить себя и поступать в таких случаях так, как разсказывается в этих разсказах.

IV Подобным образом поступать рекомендуется и в случаях хронического заикания. На первом плане — ограничивать подвижность ребенка и в периоде ухудшения говорить с ним также медленно, тихо или шепотом, не прибегая совсем к каким либо приемам дыхательной гимнастики.

V Кроме этих прямых приемов психологического лечения можно рекомендовать и также способы лечения, которые следует назвать косвенными. Во время лежания больного в постели можно делать ему общий или местный массаж, употреблять теплые ванны, например, два раза в неделю, продолжительность 8—10 минут, с растиранием тела, при помощи луфы или мохнатого полотенца,

простыни. По предписанию врача прописывается ти^о индифферентное лекарство для смазывания горла или делается смазывание йодовой настойки снаружи и т. д. Тогда... ребенок

делается дтослушнее, *проникается и сам* важностью такого лечения и создает этим самым удобные условия для своего длительная душевнаго спокойствия, необходимого так для исправления речи.

Далее рекомендуется уже с положительною целью питание и укрепление нервной системы и прежде всего *молоко* по крайней мере, не меньше двух стаканов ежедневно.

VI. Если ребенок не грамотен, то обязательно учить его грамоте даже преждевременно, например, в шесть лет, потому что тогда при обучении самый способ произношения звуков облегчается, но делать это по звуковому методу, избегая толчковая произнесения, делая его плавным, медленным. Если же ребенок грамотный и умеет уже сразу произносить слова, то необходимо будет научить его читать спокойно, когда он один или в присутствии посторонних. Тут уже заикание труднее, потому что оно отражается не только на разговорной, но и на книжной речи ребенка.

...Как обращаться с ребенком заикой, *...следует ли говорить ребенку про его заболевание,* т. е. называть его ненормальную речь — заиканием. Я считаю необходимым сказать, что на всяка-го заику должно смотреть, как на *серьезного больного* и относиться к нему как к очень впечатлительному и раздражительному существу, которое превосходит такого же сверстника по своей чувствительности в несколько раз. Если ребенок не знает, что он страдает заиканием — бывают и такия, к сожалению, очень редкия семьи, — что и говорить не следует, а если знает, и его же дразнили такой кличкой в семье, и школе, тогда уже ничем не выбьешь такоя обидная слова из головы; оно уже делается не только источником огорчения, обиды, ожидания, но и служит поводом и причиной для принятия тех или других предостережений, чтобы скрыть заикание.

Неткачев Г. Д. Заикание. Его сущность, причины, происхождение, предупреждение и лечение в детском возрасте и у взрослых. Новый психологический способ лечения. — М., 1909.

Г. Д. Неткачев

Клиника и психотерапия заикания

Заикание рассматривается не в узком смысле односторонняго, поверхностная понимания по дидактическому шаблону, как,

например, недостаток «одного речевого навыка», или как «порок речи», или даже, как «спазматический координационный невроз»

(Куссмауль), а широко во всей полноте картины патологической личности больного с его внутренними и внешними переживаниями. Только при таком взгляде будет понята истинная сущность заикания, она раскроется перед нами, как **болезнь боязливой личности** с измененным душевным складом.

К постоянным душевным переживаниям будут относиться следующия состояния:

1) *Страх,* как система образов боязливого самочувствия, составляет основу личности заики.

2) Присутствие *общей* навязчивой идеи: «я заикнусь».

3) Присутствие *фиксированной навязчивости* в форме *фобии* определенных слов.

4) Периодическое возникновение навязчивости *судорожно-трудных слов* при всяком новом волнении, как-то: робость, конфузливость, неуверенность, сомнения, смущение и пр.

5) Навязчивыя состояния *стыда,* заставляющия скрывать заикание, как предмет позора, унижения («фобия самого заикания»).

6) Состояние *тревожного ожидания* и неуверенности перед предстоящим разговором, когда пациент предполагает, что с ним наверно заговорят, или он сам будет принужден вступить в беседу, объяснения.

7) Боязнь *неожиданных вопросов,* встреч, объяснений.

8) Боязнь *неожиданных* расспросов, рапортов, донесений, очереди получения билетов в кассе, и т.д.

9) Настроение *подозрительности,* недоверия, недоброжелательства в мыслях и картинах-воображениях.

10) Угнетенное состояние и настроение духа *после неудач* и *случаев заикания,* или, все равно, после не исполненных, не доведенных до конца, отложенных намерений, решений, поручений, обещаний.

11) Разные виды *раздвоения личности* наклонность к самоанализу.

12) *Фобия людей,* а также фобия разных жизненных положений, ответственных решений.

13) Привычные мотивы и уловки *оборонительного образа поведения* в борьбе с недугом. Различныя формы боязливой воли.

14) Состояние *меланхолии и ипохондрии. Навязчивыми мыслями* у заик мы называем такие, которыя постоянно, временно или же на одно мгновение, но властно заполняют сознание больного, не допускают никаких возражений, чувствуются как тяжелое бремя,

привлекая к себе, в этот момент, все наличное аффективное внимание.

По своей форме обнаружения и происхождения, можно различить следующие семь видов.

1) Общая неопределенная навязчивость: «я заикнусь», когда еще не определились точно условия времени, места, положения, и когда неизвестны даже ни содержание разговора, ни лица, с которым придется беседовать.

2) Не менее мучителен другой вид навязчивости, который наступает тотчас, как только пациент-заика должен **безотлагательно** пойти куда-нибудь и **лично выполнить поручение** что бы ни делал пациент, как бы и куда не отвлекался — его мозг ежеминутно пронизывается навязчивыми мыслями по поводу **ожидаемой неудачи.**

3) Третья форма навязчивости имеет предметом какое-нибудь **трудное слово** и выражается в уме так: «я заикнусь на таком-то слове»...

4) Четвертая форма навязчивости, как *я* вторая, бывает не у всех пациентов, а только у тех, которые решаются иногда вступать в борьбу со своей навязчивостью и идут по-своему против явной опасности, не слушаясь ея советов и указаний. В другом случае, **навязчивость является в виде чужих «голосов»**, приказаний и всегда в форме категорической, императивной.

5) Эта форма навязчивости выражается в боязни обнаружения самаго факта заикания; пациент **стыдится заикания**, считая его позором и унижением.

6) Дальнейшая навязчивость, не менее тягостная, чем патологический стыд за свое заикание, — представляется в виде **боязни чужого мнения** или, все равно, боязни посторонних и даже знакомых лиц.

7) К числу навязчивых мыслей можно отнести еще и действия на воображение пациента разных **примет, суеверных наблюдений и ложных суждений.**

В системе психологического лечения заикания, сама по себе патологическая речь со всеми своими судорогами, уловками и предохранительными приемами не играет главной или первенствующей роли (как в дидактическом методе), так как она представляет не только **второстепенный симптом**, но и явление, подчиненное, **порожденное** и поддерживаемое боязливым самочувствием и его различными формами. Стало-быть, ясно, что при выполнении одного лишь **причинного лечения**, организованнаго в целом ряде указанных психологических мероприятий (1909), окончательно устраняется заикание и возстановляется у пациента нормальная речь.

Как известно, кроме причинного лечения существует еще **симптоматическое**, когда обращается внимание на отдельные припадки болезни и употребляется тот или другой способ ослабления и удаления их в настоящую минуту и в последующее время.

Психологический метод совершенно **игнорирует** такой способ как несостоятельный, безплодный и даже вредный. Действительно, лечить симптомы какого-либо психическаго заболевания — это значит топтаться на одном месте и даже способствовать усилению основного страдания. Не нужно забывать: симптоматическое явление есть часть целаго заболевания, и, сколько его не лечи, последнее остается без изменения. Далее, значение такого внешняго симптома, как *судорожная речь,* состоит в том, что он наружно выражает скрывающуюся за ним психологическую причину, как действующий мотив. Если же мы временно удалим ее при посредстве какого-нибудь приема, уловки, отвлечения, перемены обстановки, то этим мы не поможем делу и не принесем пользы пациенту, потому что психологическая структура судорожности остается прежней, и она повторится опять в той же форме при соответствующих условиях. Только *причинное лечение,* — т. е. действие на основной психологический мотив, — может ослабить, и потом и уничтожить судорожность навсегда. Такая мера вполне соответствует показанию: **«лечить больного человека, а не одну только речь».**

Неткачев Г. Д. Клиника и психотерапия заикания. — М., 1913

М. Е. Шуберт

К психопатологии, клинике и лечению заикания

Заикание есть симптомокомплекс, характеризующийся судорожным расстройством речи, обусловленным, по-видимому, определенными эмотивными побуждениями вследствие большой склонности к накоплению такими больными комплексов, которые, благодаря неуверенности больного, его боязливости и чрезмерной его эмотивности, дают определенный симптомокомплекс.

Почти у всех больных наблюдаются явления неустойчивости вегетативной нервной системы: краснеют, у них появляются капли пота на лице, руки дрожат, ноги подгибаются, и мысли все куда-то проваливаются, усиливается сердцебиение; у других резко выражается побледнение лица, появляется какая-то маскообраз-ность в лице, движения делаются более связанными,

язык плохо повинуется, дыхание прерывается, появляются спазмы в горле и увеличивается резко движение головой и руками; все эти движения беспорядочны и бесцельны и часто имеют как бы некоторую

стеретипию в виде судорог рта и лицевых мышц, отчасти какие-то тикозные подергивания мышц, и вообще весь психомоторный аппарат находится в общем замешательстве.

Заикание, по-видимому, не имеет под собою органических синдромов и выражается чаще всего вследствие повышенной эмотивности, внешней связанностью или неловкостью; часто можно наблюдать в наследственности левшество (28%), встречалась также недостаточность ритмичности в движениях в виде особой неловкости волевых движений.

Заикание принадлежит к той группе психогенных заболеваний, проявление которых зависит от эмотивных потрясений, идентичных процессам внушения, самовнушения, подражания и также желаниям и влечениям подсознательного характера.

1. Заикание представляет собою психогенную реакцию, выявляющуюся в моторно-мьпйечной судороге речевого аппарата.

2. Моменты, вызывающие заикание, различны, они также полиморфны, как и полиморфна этиология психоневрозов вообще (в этиологии заикания стремление к быстрой передаче мысли в речевой аппарат вызывает торможение, а страх является сопутствующим моментом, это совершенно понятно, ибо в детском возрасте испуг является главным мотивом патологической эмоциональной реакции).

3. Психоневротические механизмы заикания в каждом отдельном случае зависят несомненно от психопатологического конституционального типа личности. Психопатологические типы заикания следующие:

а) заикание у эпилептоидных психопатов можно пытаться объяснить задержанным аффектом гнева, который способствовал моторно-речевой задержке;

б) заикание у психастеников, по-видимому, происходит от борьбы; больные не уверены в себе, у них наблюдается навязчивое состояние. Механизм заикания, по-видимому, зависит от мыслей о своей психической неполноценности;

в) заикание у шизоидных личностей может зависеть от негативистических моментов;

г) заикание у больных с циклоидными компонентами отличается периодичностью течения и несомненно зависит от депрессивных моментов;

д) механизм заикания у лиц с истероидными симптомами безусловно связан с влечением подсознательного характера, а так же со стремлением как бы выявить себя и желанием вызвать

себе большее внимание и оградить свою личность от неприятных мотивов.

Прихогигиенические и неврологические исследования. - М., 1928. - С. 208-217.

Э. Фрешельс

Заикание
Ассоциативная афазия

Заикание выражается чаще всего в судорогоподобных движениях гортанной и артикуляционной мускулатуры, появляющихся в начале или середине речи и заставляющих пациента задерживаться более продолжительное время на каком-нибудь одном звуке или на группе звуков. Эти судорогоподобные движения имеют большое сходство с **тоническими** или **клоническими** судорогами. В первом случае больной не в состоянии сойти со звуковой установки или перейти от артикуляции одного звука к артикуляции следующего звука... Клоническое заикание выражается в повторном образовании звуков, слогов или слов, препятствующих плавному продолжению речи... Мы наблюдаем при каждом случае выраженного заикания **физические и психические симптомы** болезни.

Физические симптомы

Дыхание. Со стороны **дыхания** наблюдаются разнообразные изменения, касающиеся пути воздуха, расходования речевого дыхания и дыхательных движений... у заик наблюдается громадная непроизводительная **утечка** воздуха и одновременно колоссальный **расход** воздуха, обусловленный ненормальным сопротивлением в местах артикуляции». «Дальнейшая ненормальность речевого дыхания у заик состоит в том, что они иногда образуют инспираторно гласные и проторные звуки, т.е. используют вдыхаемую струю воздуха для движения голосовых связок и для производства проторного шума в надставной трубке. **«Расстройства движения дыхательной мускулатуры могут носить тонический или клонический характер»**. У заик часто укорочена не только продолжительность отдельного речевого выдоха; мы можем нечто подобное заметить и при дыхании во время покоя. **Несомненна быстрая податливость именно этого расстройства дыхания при терапии.** Заика с сильно расстроенным дыханием, если ему показать правильные упражнения, большей частью спустя несколько дней уже в состоянии производить выдох точно так же и точно такой же длительности, как и нормальный человек. Также важно подчеркнуть, что при начинающемся заикании расстройства дыхания не наблюдается.

Голос. Во время приступа заикания гортань часто сильно движется вверх и вниз и наклоняется вперед... У заики при попытке фонации происходит судорогоподобное замыкание голосовой щели, так что звук не может образоваться... Многие заики не в

состоянии образовать мягкий приступ, они большей частью каждый гласный звук начинают твердо. Но бывает, что вместо мягкого приступа производится придыхательный приступ...

Весьма характерно облегчение образования звуков и слов при пении и шепоте. Установлено, что преобладающее число заик при пении не заикается, или заикается значительно меньше, чем при разговоре.

Артикуляция. В артикуляционном аппарате заик мы можем всегда найти функциональные, а часто и соматические ненор-

iocin Вер кг: ук: у заик встречается высокий нёбный свод (готическое нёбо)... у заик в полости носа часто встречаются аномалии другого рода (гипертрофия раковин, хронический насморк, искривление носовой перегородки).

М; ас часто наблюдал у заик боковое отклонение высунутого язы-однако я встречал это редко.

Функциональные ненормальности. Функциональные расстройства, наблюдаемые в артикуляторных органах заик, на первый взгляд являются самыми характерными признаками этого страдания; они считались долгое время единственными специфическими симптомами. Мы встречаем двоякие расстройства движения... Пациент либо повторяет несколько раз известное положение рта, либо чрезмерно долго останавливается на нем, причем появляется неестественно сильное сокращение мышц. Это либо мышцы, необходимые для произнесения данного звука, либо мышечные группы, которые физиологически не участвуют в образовании данного звука. Раньше было общепринято называть эти патологические двигательные явления судорогами или спазмами, а именно повторение называли клоническими судорогами, а длительную остановку — тоническими. При такой неясной природе данного заболевания не следует употреблять термин «судорога», который имеет определенное значение, благодаря чему создается совершенно необоснованное суждение о сущности заикания. Я думаю, что мы можем применять выражения «судороги» и «спазмы» только в том случае, если мы при этом не предполагаем вполне непроизвольного процесса. Но так как с термином «судорога»

«спазма» обычно соединяется понятие непроизвольности, а по причинам этиологического порядка, я буду говорить юрогоподобных явлениях, или просто о расстройствах

5и же и ия. Эти явления могут встречаться во всей артикуля-торной мускулатуре... При звонких заикаются чаще, чем при

\\н\, может быть потому, что звонкие звуки требуют более сложной координации, чем глухие. Реже, чем взрывные звуки, подвергаются заиканию проторные звуки.

Мы переходим теперь к описанию своеобразных явлений, а именно так называемых **сопутствующих движений. Сопутствующим движением мы называем движение, которое, не будучи необходимым для выполнения определенной цели, сопровождает основное движение.** Иначе следует смотреть на те движения, которые, не относясь к основному действию, сопровождают его однако как сознательное побочное действие... Я предложил бы в таких случаях говорить о **сопутствующих действиях.**

Опишем некоторые сопутствующие движения, встречающиеся у заик. Один из них откидывает голову назад или поворачивает ее в сторону, другой наклоняет ее, третий закатывает глаза, четвертый сжимает кулак, еще другой топает ногой; мы наблюдаем гримасы, искривление туловища, ерзанье на месте, нерс-ступание с ноги на ногу, трясение головой, клонические движения рук и ног, затылочных мышц, платизмы, одним словом — движения, которые производят **впечатление** клонической или тонической судороги.

Среди сопутствующих движений встречаются преднамеренные движения, которые в таком случае следовало бы назвать **сопутствующими действиями,** так как мы привыкли из группы движений выделять под названием действий те, которые производятся произвольно... Я в течение своей практики собрал доказательства того, **что так называемые сопутствующие движения относятся к произвольным... я пришел к тому убеждению, что все сопутствующие движения произвольны.**

Из наблюдений за заиками мы можем усмотреть **взаимное влияние между расстроенной функцикей и остальной психикой личности.** Это взаимодействие обуславливает, с одной стороны, измененное поведение невротика, с другой стороны, изменение невротических симптомов.

На нашем материале мы наблюдали большое количество случаев, представляющих переход от клонуса к тонусу, и оказывается, что средняя длительность этого стадия занимает среднее место между длительностью случаев заболевания чистым клонусом и длительностью заболевания чистым тонусом. Пока я еще не подметил различия отдельных видов клонусов, я различал только три стадии постепенно развивающегося заикания: Первая стадия выражается лишь в повторении слогов и звуков, причем посторонний наблюдатель не получает ни малейшего впечатления судороги. Сопутствующие движения отсутствуют, в дыхании нет никаких ненормальностей. Возраст больных от 4 до 7 лет. Вторая стадия отличается всевозможными чрезмерными движениями

речевого аппарата, причем по внешнему впечатлению не видно, что затруднения в речи соответствуют неестественным

речевым движениям. Не слышно и вообще не видно «судороги». В этой стадии излишние речевые движения производят на наблюдателя впечатление чисто произвольных актов. Возраст больных от 6 до 10 лет. Наконец третий стадий характеризуется появлением судорог. Появляется усиление при фонации, «тоническая судорога» выступает на первый план. Уже появляются сопутствующие движения остальных частей тела. (Свое прежнее утверждение, что во второй стадии таковые возникают только в лице, я в настоящее время уже не поддерживаю). Больные бывают большей частью старше 10 лет. Это описание я считаю и в настоящее время еще вполне подходящим, но его нужно дополнить описанием различных форм клонуса, пауз, эмболофразий и скрывания.

Психические симптомы

Вполне развившееся заикание почти всегда сопровождается более или менее тяжелыми психическими расстройствами. К характерным психическим явлениям у заик принадлежит страх перед произнесением некоторых слов и звуков. Он выражается в том, что пациент считает особенно трудным известные звуки и слова, состоящие из них; поэтому он избегает их и старается заменять другими. Иногда страх может довести больного до полной немоты: он молчит и производит впечатление полного незнания.

Всякое частичное явление заикания имеет мыслительно-аффективную основу, т.е. должно быть отнесено к действиям, как это было указано выше в отношении «сопутствующих движений».

Мысли о неполноценности не только в отношении речи, но и в отношении всего «я», терзают больных. Другой интеллектуальный симптом выражается в недостаточной согласованности между быстротой детского мышления, подыскиванием слов и грамматически-синтаксическим навыком. Этой несогласованностью Гутцман объясняет первые приступы заикания у маленьких детей и у школьников.

Специфической основой заикания мне кажется то психическое состояние, на основании которого у атактически говорящих лиц возникает сознание расстройства их речи.

Заикание есть осознание неправильности речи и наслоение многочисленных вспомогательных средств, происходящих частью из центра, частью из отдельных областей сознания и взрывающих в конце концов нормальный ассоциативный строй речи для того, чтобы во вред физиопсихологическому значению речи и даже общему психи-

ческому «я» опять соединять и спаять этот строй путем различных патологических ассоциаций. Это и есть ассоциативная афазия.

К вопросу об этиологии заикания

Явления ассоциативной афазии выступают либо в ранней стадии речевого развития на 3-м или 4-м году жизни, или в начале школьного возраста, или в период полового созревания, или только в более позднем возрасте.

В общем ассоциативные афатики составляют 1% всех школьников. Мужской пол страдает чаще, чем женский. По Коэну соотношение равняется 8 1. Среди детей я находил отношение 2 1, поэтому я предполагаю, что сильное преобладание мужчин над женщинами (8 1) не соответствует действительности. Едва ли существует страна, в которой не встречалась бы ассоциативная афазия.

Важно подчеркнуть, что косноязычные дети, которые не могут правильно образовывать отдельные звуки, начинают говорить атактически чаще, чем дети с правильным произношением. Когда ассоциативная афазия появляется в более позднем возрасте, то она обыкновенно сопровождается разнообразными истерическими состояниями.

Роль наследственности при возникновении заикания еще не вполне выяснена. Нужно быть осторожным, говоря о наследственности, если ребенок мог наблюдать заикание у какого-нибудь родственника и таким образом имел возможность подражать ему. Но имеются бесспорные случаи, в которых возможность подражания была исключена и следовательно вполне обосновано предположение о наследственном заикании.

Подражание несомненно играет большую роль при возникновении речевого расстройства. (По Гутцманну приблизительно 10% наблюдаемых пациентов были «заиками из подражания»).

После инфекционных болезней (корь, скарлатина, коклюш и т. д.), согласно анамнестическим данным, также может появиться ассоциативная афазия. *Надолечный* правильно указывает, что к подобным данным нужно относиться осторожно, так как во многих случаях может произойти только ухудшение уже имевшегося недостатка. По *Гутцманну* 10,2% его пациентов начали заикаться после инфекционных болезней. Столько же стали заикаться после других болезней.

Так же осторожным нужно быть при оценке показаний, согласно которым расстройство речи возникло вследствие падения, повреждения или испуга. Если и установлено, что во многих случаях заикание возникло на такой почве, то, с другой стороны, известно,

что почти каждая мать ассоциативного афатика объясняет возникновение этого недостатка у своего ребенка травмой, большей частью падением в раннем возрасте, без которого впро-

чем не обходится ни один ребенок и на которое поэтому не следует обращать особого внимания. Все же имеются сведения о случаях, в которых заикание возникло непосредственно после ранения или испуга.

Английские исследователи утверждают что существует связь между предрасположением к заиканию, к косоглазию и к лево-рукости... При насильственном устранении леворукости или упражнении левой руки у праворукого может возникнуть заикание.

Половое созревание по-видимому благоприятствует возникновению, а также и более быстрому развитию уже появившегося страдания. В конце концов следует еще упомянуть, что плохая погода неблагоприятно влияет на многих ассоциативных афати-ков и они говорят хуже, чем при солнечной погоде.

Лечение ассоциативной афазии

Я выработал следующую систему, применяемую мною 2 ½ года. Я объясняю пациенту, что говорящий человек, выдыхая, приводит в движение воздух комнаты; это движение достигает барабанной перепонки слушателя, почему последний и слышит говорящего. Следовательно **речь — прежде всего есть выдох.** ***Речевой вдох*** часто более значителен, чем обыкновенный; речевой выдох должен быть возможно экономнее для того, чтобы его хватило на большее время. Поэтому такие упражнения для дыхания хороши. Затем производятся 3 или 4 дыхательных упражнения... с глубоким вдохом и равномерным медленным выдохом. Затем я... заставляю, как и при предыдущем выдыхательном упражнении, протяжно и шумно выдыхать широко открытым ртом. Во время такого громкого выдоха я приставляю свою руку в виде трубки ко рту пациента. Чем больше я суживаю эту трубку, т.е. приближаю кончики 3-го, 4-го и 5-го пальца к ладони, тем больше громкий выдох сперва походит на звук *о*, а потом на звук *у*. Так я объясняю влияние резонирующих полостей на громкий выдох. «Мне кажется, что особенную ценность имеет приведенное мною доказательство фонетического **сродства** так называемых гласных и согласных, так как большинство заик встречает затруднения только по одной или другой группе звуков. Это по всей вероятности происходит от строгого разделения «гласных» и «согласных», проводимого в школе. Затем я заставляю целую неделю говорить после глубокого вдоха бессмысленные сочетания слогов (ежедневно пять раз по 2–3 минуты), какие только взбредут больному в голову, например,

роданиманокапилу, причем он должен обратить внимание на то, что результатом этого является не что иное как сжатие

тихого или громкого выдыхательного тока, благодаря легким поднятиям губ или языка. Чтобы достигнуть возможно большего внимания, я заставляю пациента закрывать глаза. Бессмысленные слоги вместо слов я употребляю для того, чтобы смысл слов не отвлекал внимания больного от процесса речи.

В течение следующей недели мы начинаем читать, пересказывать прочитанное и затем беседовать; пациенту напоминают, что слова есть не что иное как слоги и сочетания слогов, т.е. таким образом опять-таки видоизмененный выдох. Если при каком-либо звуке появляется затруднение, то тотчас же следует указать, что оно не обосновано, так как этот звук по существу никоим образом не отличается от другого. Если например *д* не удается правильно, то я говорю, что *д* — это то же е, при котором, вместо нижней губы, выдыхательный ток сжимается кончиком языка. Этим методом я достигал хороших результатов в значительно более короткое время, чем применением других методов... По какому бы способу мы ни работали, мы иногда наблюдаем рецидивы; мы встречаем также пациентов, у которых не было рецидива... Однако я полагаю, что успехи нового метода имеют шансы на прочность, так как этот метод направлен на самое ядро расстройства. И рецидивисты, благодаря повторным указаниям на то, что они ошибочно считают один звук труднее другого (каждый заика борется всегда только с несколькими звуками), приходят к убеждению в бессмысленности своей фобии.

Из сказанного видно, что в основу описанной терапии положен взгляд, что болезненные психические состояния могут быть устранены воздействием на психику. Больному вменяют в обязанность не бояться того, что интеллект признал безобидным. Этим самым подготавливается почва для установки к окружающему миру в том смысле, что вообще следует ко всему относиться критически и вдумчиво, чтобы бороться, а если нужно и возможно, то уступать. Подобное влияние на психику наших больных будет всегда необходимо, так как обыкновенно помимо речевого расстройства наблюдаются и другие психические расстройства. Этими немногими словами я хотел указать на то, что **терапия ассоциативной афазии, направленная только на речь, составляет только часть терапии.**

Профилактика ассоциативной афазии

Так как ассоциативная афазия появляется главным образом на 3-м и 4-м, а также на 6-м и 7-м году жизни, то именно это время речевого и умственного развития требует наибольшего внимания со стороны родителей и преподавателей.

Двухлетнего ребенка, у которого больше мыслей, чем навыка в употреблении своего речевого аппарата, необходимо удерживать от слишком обильной речевой продукции. Для этой цели следует, пользуясь детскими иллюстрированными книжками, рассказывать ему в кратких, простых фразах, в спокойном, медленном темпе коротенькие рассказы и заставлять его повторять за терапевтом фразу за фразой. По примеру *Либмана,* я советую вырезать отдельные картинки, наклеивать их по одной на каждую страницу тетради и составить текст к картинкам в простых, коротеньких фразах.

Кроме этих упражнений, на которые ребенок однако не должен смотреть, как на трудные задачи, он должен слышать только хорошую речь. Язык окружающих должен быть ясным, простым и правильным. **Искусственной детской речи следует избегать.** Еще настойчивей нужно предостерегать от постоянного побуждения ребенка к речевым продукциям. Не менее вредно **восхищаться в присутствии самих детей их умственными способностями,** так как таким образом мы заставляем детский мозг напрягаться все больше и больше. Желая снова вызвать восхищение и заслужить похвалу у окружающих, дети болтают без умолку, борясь с трудностью выражения своих мыслей; и это происходит в тот период развития ребенка, когда моторная сторона речи еще требует большого внимания к себе.

Вообще следует стараться предоставлять нервно предрасположенным детям возможно больше покоя. Родителям не следует с ними чрезмерно много разговаривать и играть; не следует также баловать детей новыми игрушками; по возможности нужно избегать большого общества вокруг ребенка.

Гигиенический уход за ребенком вообще составляет основное условие для правильного умственного и тем самым правильного речевого развития. Особенно опасно общение маленьких детей с ассоциативными афатиками или косноязычными. При малейшей возможности этого нужно избегать.

Поступление в школу, как уже сказано, является вторым периодом, в течение которого часто возникает заикание. И в этом случае мы можем предположить, что главная причина возникновения страдания лежит в недостаточном соответствии между умением произносить и внезапно предъявленными значительными требованиями к мышлению. **В первые школьные годы безусловно следует избегать неожиданных вызовов детей и принуж-**

дения к быстрым ответам. Для профилактики дефекта необходимо сообщить соответствующие сведения и родителям.

Фрешельс Э. Заикание. Ассоциативная афазия. — М., 1931.

В. А. Гиляровский

К вопросу о генезе заикания у маленьких детей и роли его для общего развития личности и его лечение

Заикание развивается на почве врожденной слабости речевого аппарата, которая передается по наследству в качестве рецессивного признака. Рассматривая с точки зрения генеза все случаи, бывшие под нашим наблюдением, мы могли бы свести их к 2 неравным по величине группам. В большинстве случаев имеются все основания определенно говорить об особой форме невроза. На это прежде всего указывает тот факт, что оно может развиться исключительно под влиянием психических факторов. Но как и в других случаях невротических реакций, врожденная слабость или ослабление на почве приобретенных заболеваний, равно как и врожденная нервность, создают условия благоприятствующие развитию заикания, хотя определяющим нужно считать все-таки психогению.

У большинства наших маленьких пацентов до заикания не отмечалось каких-либо характерологических особенностей ни в смысле тоскливости, ни возбудимости, ни боязливости. Изучение заикания в раннем периоде его развития указывает, что формирование речи его особенности, стоящие в связи с развитием организма вообще, несомненно имеют значение и для определения психического склада. В связи с этим наличность заикания иногда может влиять на выработку психастенического склада. Если бы определяющим были исключительно врожденные особенности психики, то при развитии заикания имели бы место как правило сначала психические особенности, а после заикание; между тем в действительности бывает наоборот.

Появление возбудимости... имело место одновременно с расстройством речи, но отношения здесь нужно считать более сложными. Прежде всего заикание комбинировалось с значительным косноязычием; акт речи сопровождался содружественными движениями в лице. Так как косноязычие — результат органических изменений, нужно думать, что возбудимость здесь стоит в связи не с заиканием как таковым, а с органическими изменениями в нервной системе, которые должны носить более общий характер, хотя и сказываются более всего на речевом аппарате. Как правило, косноязычие не ограничивается картавостью, связанной

с недоразвитием отдельных элементов речи, но носит более общий характер; часто это было недоразвитие речи с недостаточным запасом слов при достаточно широком круге представ

лений... Ясно сознаваемая ребенком неспособность точно выразить свои мысли может быть причиной возбуждения, в особенности если уже имеется известная возбудимость, вызванная общим поражением нервной системы. Не отрицая возможности наличия конституционных моментов, все же большое значение нужно приписать экзогении, влияющей в период развития психической личности.

Можно думать, что часть случаев заикания, начинающихся после инфекции, необходимо выделить в особую группу... они характеризуются тем, что включение механизмов, ведущих к заиканию, происходит органическим путем. Это своего рода тикозные подергивания, развивающиеся в результате поражения подкорковой зоны, подобно тикозным подергиваниям в других областях и другим гиперкинетическим, развивающимся после инфекции. Соответственно расстройство речи носит здесь более упорный характер и трудно поддается лечению. Есть некоторые отличия и в самом заикании, оно носит подчеркнуто судорожный характер, причем звуки выбрасываются с особой силой. Учитывая все изложенное, касающееся сущности заикания, возраста, в котором оно чаще всего развивается, всех условий его возникновения и течения, я и мои сотрудники пришли к заключению о необходимости вести лечение начиная с дошкольного возраста, и в порядке особой психи-ко-ортопедической площадки, на которой дети проводят большую часть дня, в течение срока наблюдения от 1 1/2 до 3 месяцев.

Правильное лечение должно иметь в виду с одной стороны устранение психических моментов, с другой – укрепление общего состояния и в частности деятельности речевого аппарата. Удовлетворение первому показанию достигается прежде всего изъятием на довольно значительную часть дня из обычной обстановки со всеми ее неблагоприятными моментами. Очень важна однородность детей по сохранности интеллекта, или очень резким проявлением психопатий. Детей с очень резким расстройством в смысле заикания в остром периоде также нежелательно помещать как во избежание травматизации других детей, так и в интересах их самих. В таких случаях желательна изоляция и постельный режим на время, необходимое для исправления острых явлений. Нежелательно присутствие в коллективе детей с резким косноязычием; они вначале, пока не будет правильно поставлена речь, должны вестись отдельно, тем

более, что, как показывает опыт, успех в лечении собственно заикания выступает только после устранения косноязычия.

Ритмика занимает видное место в работе психо-ортопедичес-кой площадки. Из того многообразного действия, которое оказывает ритмика вообще на невротика, у дефей особенно являются ценными ее коллективизирующее действие, влияние на общий тонус, настроение и в особенности на моторику. Заикание, как судорожное расстройство, есть частичное проявление общей слабости моторики, сказывающейся особенно сильно в наиболее специализированной и высоко стоящей функции. Лежащие в основе заикания расстройства иннервации, возникая в результате психотравматизирующих моментов, поражает, как это имеет место вообще, наиболее ранимые места, какими является в данном случае речевой аппарат. Укрепление моторики с сообщением ей уверенности, плавности при таких условиях должно иметь большое значение в лечении заикания именно у детей.

Укрепление общего состояния, развитие моторики, поднятие общего тонуса и изменение всей психики ребенка, перевоспитание ее должны считаться основными в лечении маленьких заик.

Советская невропатология, психотерапия и психогигиена. — М. 1932. Т 1, Вып. 9—10. — С. 570-582.

И. И. Тартаковский

Психология заикания и коллективная психотерапия

Психоневроз речи – заикание

Невроз речи – заикание – по своему характеру относится к группе психоневрозов, известных под именем психостении. При заикании преобладает: психическая подавленность, тревожное ожидание, страх и беспокойство за свою речь, сомнение, навязчивость. С истерией заикание роднит склонность к самовнушениям, к болезненным представлениям, а с неврастенией – острая восприимчивость, повышенная впечатлительность и мнительность. Заикание нередко наблюдается у невропатов как сопутствующее заболевание.

Психотерапия и психотерапевты

Психоневроз динамичен. Каждой новой стадии развивающегося психоневротического процесса должен соответствовать и особый этап единой психотерапии, если последняя хочет быть

целесообразной, эффективной. ...Все искусство психотерапии состоит в том, чтобы больной не делал усилия, чтобы он отвлекался от своей несколько неслаженной функции, не приковывал своего внимания к ней. Это достигается отвлечением больного в сторону здоровой целеустремленности, что легче всего дается в коллективе себе подобных.

Решающее положение коллективна психотерапии

Коллективная психотерапия исходит из одного решающего положения: не изоляция, не уединение невротика, вплоть до темной комнаты (Кречмер), но и не сразу в нормальный коллектив, вызвавший в свое время психоневроз и способный со временем его же устранить, и не сразу в нормальный человеческий коллектив, где невротик остро почувствует свою неполноценность, свою особенность, а постепенное введение его в здоровый социальный коллектив через ряд промежуточных звеньев, все усложняющихся ситуаций, учитывая своеобразие невротика как личности. На этом решающем положении коллективной психотерапии, основанном на особом понимании психоневроза, построены три главнейших принципа:

1) принцип предварительный, или организационный;

2) принцип последовательности и соответствия последовательного прохождения трех необходимых фаз с соответствующей каждой из них психотерапией;

3) принцип сопутствующий, или использования и комбинирования благоприятных моментов.

Второй принцип особенно важен — он является центральным. Смысл его состоит в следующем. Процесс возврата больных в здоровый коллектив должен протекать эволюционно, но не в одиночку, а «пачками», стайками следует готовить их к желанному скачку. Невротик, согласно основному принципу коллективной психотерапии, последовательно проходя ряд ступеней коллектив однородных (и различных невротиков — «коллектив-суррогат»), коллектив смешанный (больные и здоровые, со все меняющейся пропорцией в сторону уменьшения больных и увеличения здоровых), с неизбежностью придет к коренной ломке старой психики, к кризису старой целеустремленности, к переоценке невротического прошлого, придет в здоровый коллектив. На этой высшей стадии наш невротик-коллективист будет находиться в

обычной, нормальной пропорции: он один бывший больной в коллективе здоровых людей.

Зияющую пропасть между невротиком и обществом воспол нила, таким образом, коллективная психотерапия.

Лечение – в свои руки

Автор этих строк с гордостью отмечает, что инициатива и руководство бунтом (заик – Г В.) принадлежала ему...

Нужно взять лечение, не дожидаясь чудес, в свои руки! бросил он клич десять лет назад.

Надо предоставить заикам лечиться самим, помогая лишь консультацией и присутстэрем.

Идея о коллективе как о лечебном факторе была встречена градом насмешек и, казалось, несокрушимыми доводами многих врачей, раз навсегда решивших все виды болезней лечить порошками и пилюлями. Эти порошники аргументировали:

1) неслыханно, дико в истории медицины собираться больным для самолечения;

2) собрать больных заиканием для самолечения – величайшая опасность: заикание плюс заикание даст еще более ожесточенное заикание.

А мы говорили: нет! Заикание плюс заикание даст минус заикания. Победила наша формула!

Идея коллективной психотерапии нашла впоследствии множество горящих сторонников среди авторитетных ученых и специалистов. Академик В. М. Бехтерев, весьма сочувственно отнесясь к этой идее, не замедлил поставить опыты коллективной терапии в своей практике. По свидетельству профессора К. И. Платонова, последние годы своей жизни В. М. Бехтерев стал применять и коллективное лечение алкоголиков, и положительные результаты этой работы были доложены приват-доцентом В. В. Срезневским на первом съезде невропатологов и психиатров 23 декабря 1927 г. в Москве.

Конечно, различие между нашей и бехтеровской работой значительное: в первом случае – коллективная психотерапия заикания, во втором – коллективный гипноз алкоголиков. Но и здесь и там учтена роль коллектива, разумеется, своеобразно.

Идею коллективной психотерапии с самого начала приветствовали проф. **Ф. А. Рау**, проф. **А. Б. Залкинд**, проф. **Л. М. Розенш-тейн**, проф. **М. Б. Кроль** проф. Д. **В. Фельдберг**, проф. **В. К. Се-режников**, затем проф. **Л. А. Квинт**, проф. **Ю. В. Канабих**, проф. **А. К. Шнейдер** и др.

С самого начала важно усвоить, что коллективно-психологический метод лечения заикания построен на принципе самолечения, на инициативности и активности самих больных. Нужно

оставить всякую надежду на помощь извне – в смысле всяких случайностей, чудес и магического влияния отдельных врачей. Использование благоприятных психологических моментов в кол

лективе самими заикающимися — вот что составляет центральную идею нашего метода. Это нисколько не исключает помощи консультанта-специалиста в случае надобности. Но вся работа исцеления, работа вполне посильная, ложится на самих больных. «Только мы сами!» — вот что написано на знамени наших коллективистов... И подбор группы, и периодические перегруппировки участников коллектива, и даже отсевы, и все остальные — подчинены этому основному требованию самолечения. Конкретно это выражается в следующем*

1) строжайшая дисциплина, обязательное выполнение коллективных решений;

2) солидарность, дружба, спайка, что зависит, разумеется, от подбора групп;

3) специальный коллективный договор, так сказать, «конституция» коллектива, скрепляющая его на добровольных началах;

4) наличие (весьма желательное) в коллективе излечившихся или почти излечившихся от заикания, во всяком случае, лица страдающего им в слабой форме; этот член коллектива будет служить авторитетом и побудителем для остальных, по крайней мере, в первое время, пока окрепнут другие;

5) сменяемость руководителей, т. е. поочередное руководство занятиями коллектива всеми его участниками, что является прекрасной добавочной зарядкой и способствует подъему настроения;

6) бесплатность занятий, имеющая огромное значение по психологическим соображениям, должна проводиться во всей строгости. Платность занятий, если она имела бы место, скверно отразилась бы на работе всего коллектива: все надеялись бы на волшебную силу платного руководителя, этим самым понизив собственную инициативу и энергию. Само же «штатное» лицо, возомнив себя врачом, запустило бы собственное лечение.

Первый принцип

Материальные условия, здоровье. Исповедь. Сочувствующая среда. Созыв, встречи и подбор групп.

Второй принцип. Первая фаза

Настроение до лечения. Молчание. «Паек». Медленная речь. Ее виды: речь шопотная; речь отраженная; речь-диктовка; речь тихая;

речь громкая; речь коллективная; речь-декламация; речь умственная; речь нараспев; речь подражательная; речь автори-

Искусство первых дней в коллективе — подсказать каждому участнику его вид речи, используя уцелевший язык его, шопотный, громкий и т.п. Нет такого больного, у которого все виды речи были бы одинаково поражены. Напротив, мы наблюдали именно «уцелевшие языки». С них и нужно начать, будь то шопотная или громкая речь, лишь бы не обычная его заикливая речь. В таких случаях лечащийся отвлекается, занят мыслями о новом ритме речи. А когда пройдет отвлечение, останется привычка к иной речи, пусть немного искусственной: шероховатости потом сгладятся.

Если смотреть на речь отраженную, речь-диктовку, речь-декламацию, речь подражательную и речь коллективную как на временные и вспомогательные приемы, то остается шесть других речевых типов, наиболее ценных. Из них четыре весьма близки к естественной речи: речь громкая, речь тихая, речь нараспев, речь авторитетная; а речь шопотная, речь умственная — как предварительные к этим четырем.

Шопотная речь, следовательно, имеет два значения: и как уцелевший язык некоторых членов коллектива и как вспомогательный, «внутренний» прием других его участников.

О первом ее достоинстве говорил Сикорский: «Шопотная речь в высшей степени предохраняет от заикания, — за самыми ничтожными исключениями все заики говорят шопотом совершенно свободно. Шопотная речь дает возможность сразу приостановить самое тяжелое заикание».

Второе достоинство шопотной речи заметил Блюме. Он предложил больным остроумный прием — читать известную фразу шопотом и затем тотчас повторить ее громко. В некоторых случаях этот прием оказывается удачным. Прием этот близок к отраженной речи. Разница лишь в том, что здесь больной сам произносит фразу, а не повторяет ее за другим лицом. Этот последний момент очень важен, так как он освобождает лечащегося от чужой зависимости, вызывая активность и инициативу.

Как ни различна речь коллективистов, бесспорно одно: она должна быть медленной, с легким напевом, действует на человека в высшей степени благотворно. Коллективисты прямо заявляют: «Какое это счастье — медленная речь!» К этой индивидуальной, новой, оздоровленной речи ведут три пути: речь умственная, пение со словами, громкое чтение.

Первые победы

Первая фаза выявляет следующие преимущества коллектива: 1. Больной попадает в социальную среду после известного отрыва, именно в среду равных (в первое время).

2. Вследствие этого у него ослабляется ощущение неполноценности, угнетенного настроения.

3. У больного является чувство принадлежности к коллективу, укрепляется вера в себя, развивается ответственность перед коллективом, желание не осрамиться, приложить все усилия для излечения.

4. Больной отвлекается от себя и переносит свое внимание на других; известно, что в среде себе подобных симптомы у заик почти не проявляются, т.е. заикание значительно уменьшается и даже устраняется вовсе.

5. Больной открывает свою психику и дает обильный материал для самолечения; известно, что самые тонкие страницы о «тайнах» заикания написаны самими заикающимися.

6. В коллективе каждый постепенно начинает и свои фобии (боязнь людей, известных ситуаций и т.д.) **расценивать иначе**, говоря себе, что и другие их не боятся.

7 В коллективе больные могут проверить друг у друга правильность здоровых рассуждений, неверных внушений.

8. В коллективе возможна **сравнительная оценка** болезни и условий лечения; такая коллективная оценка, с утверждением о возможности для такого-то члена коллектива исцелиться, действует чрезвычайно ободряюще на коллективиста.

9. В коллективе участники отмечают и утверждают друг у друга успехи, и такое коллективное утверждение куда сильнее индивидуального, исходящего от врача: известно, что больной больше верит больному же, чем врачу.

10. В коллективе больные находят друг у друга индивидуальные особенности, то здоровое, что уцелело в психике, и это используется в лечении.

11. В коллективе больные имеют впервые возможность говорить, читать свои **тенденциозные** повести, дневники без риска быть осмеянными за медленную речь и интимные признания; кто из здоровых людей стал бы их слушать на первой фазе?

12. Все «победы», действия, казавшиеся до коллектива неосуществимыми, больные совершают совместно, служа друг другу **моральной** поддержкой, тогда как индивидуальная психотерапия возлагает все трудности на одного лишь больного.

13. В коллективе сильные берут шефство над слабыми, взаимно заряжаются бодростью и энергией.

14. Победы в коллективе обычно преувеличиваются, а неудачи преуменьшаются; коллективно обсуждаются, осуждаются и осмеиваются неудачи.

15. Коллективное самолечение экономически доступнее всякого иного лечения: никаких затрат оно не требует, а добиться помещения или чего-либо иного легче коллективно, чем в одиночку.

Вторая фаза. За медленную речь

Основное содержание работы коллектива на первой фазе составляют беседы и победы; беседы, подготавливающие победы, и победы, закрепляющиеся беседами.

О сучках, задоринках подозрительности

Нужно только удивляться, как развита подозрительность у больных и даже у выздоравливающих.

Серия бесед должна умерить подозрительность нашего коллектива. Не думать о запинках, которые не есть заикание. Речь не может журчать, как ручей, или шипеть, как граммофонная пластинка. Речь чересчур гладкая, без единой запинки, производит неприятное впечатление, как заученная, многократно повторенная, неискренняя. Речь должна строиться на глазах у публики, слушателя собеседника. А строительство — импровизация — невозможно без сучков и задоринки. Не гладкая, «причесанная» речь волнует аудиторию. Речь, чтобы быть убедительной, должна исходить от взволнованного человека и производить впечатление волнующее.

Предрассудки и уловки

В процессе лечения от заикания важно освободить больного от предрассудков и уловок. Сохранение их — верная гарантия возврата болезни... Прежде всего надо доказать заикающемуся и выздоравливающему, что он ошибается, придавая огромное значение установившимся предрассудкам и уловкам. С этой целью коллектив проводит ряд бесед.

Лейтмотив этих бесед: не может быть, чтобы по воскресеньям и вторникам человек хорошо говорил, а по субботам — нет; если бы у него был физиологический недостаток речи, ему всегда было бы трудно: хромой всегда хромает.

Не бороться прямо

Беседу о навязчивости и страхе нужно провести обязательно в течение второй фазы, желательно даже к концу первой фазы.

Бороться с навязчивостью можно лишь, не думая о ней. Это мнение разделяется крупнейшими психотерапевтами. Дежерин говорит: «Больной будет излечен тогда только, когда вполне ис-

кренно он может сказать по поводу своих расстройств: "Я о них больше не думаю".

Третья фаза. Философы

Почти в каждом большом коллективе (состоящем из нескольких групп) встречается тип философа. В одних случаях, это – оптимист и даже юморист, в других – пессимист. И тех и других можно использовать в интересах всей организации. Веселое настроение играет... огромную роль в лечении таких упорных психоневрозов, как заикание.

Применение в коллективе подлинной беззлобной шутки, состоящей из элементов сатирического и лирического, оправдывается целиком. «Рассмешить больного, – говорит Дюбуа, – часто есть лучшее средство, чтобы побороть то тяжелое душевое состояние, которое разрастается на почве физической болезни». Здесь можно только не согласиться с термином «душевное», а также добавить, что это состояние является следствием не только физической болезни.

Случалось, что какое-либо остроумное и смешное замечание остряка заменяло в коллективе целую беседу о том или ином предрассудке и наносило сокрушительный удар с меньшими усилиями. Ослабить дисциплину и вообще повлиять дурно в коллективе шутки и «смешки» не могут.

Подготовка к победам

Чего именно следует опасаться в коллективе – это застойности, косности, приостановки роста, задержки на одной фазе. Это «наруку» неврозу: сам он характеризуется... задержкой в развитии известной функции.

Третьей фазе – бывший больной среди здоровых – предшествует коллектив смешанный: бывшие больные плюс здоровые. Собственно подготовка к победам проводится в течение второй фазы, но так как ее результаты сказываются лишь в дальнейшем, то надо вернуться несколько к прошлому.

Специальным моментом второй фазы является то, что для коллектива начинается новая решающая полоса: выступления в присутствии здоровых людей... Весьма важно, чтобы в коллектив приходили сослуживцы, соучащиеся выздоравливающих, и слышали безупречную речь своих знакомых. **Тогда нашим коллективистам нельзя будет отступать в своей среде, где живут и работают свидетели их успехов.**

Эти внутренние победы теперь являются также внешними, открытыми, так как они совершаются в присутствии приглашенных извне...

Можно ставить доклады, инсценировки, диспуты на посторонние темы. Следует вообще удаляться от тем о речи, гТеренося

внимание на другие интересы. Легкие пьески, диалоги, отчеты, все виды речевой практики могут и должны быть использованы. Надо лишь стараться при этом, чтобы участвовали все: в прениях, во внесении предложений, в подаче реплик и т. п.

Крайне желательно присутствие на таких выступлениях врачей, педагогов, психологов.

Параллельно с внутренними победами, а иногда и несколько раньше, совершаются победы внешние: групповые вылазки с той или иной целью... Исполнить какое-либо поручение, требующее разговора, получить справку в учреждении, купить билет в кассе и т. п.

Настоящие победы!

Большим публичным выступлениям, представляющим и для вполне здоровых людей серьезное испытание, должны предшествовать ежедневная практика в разговорной речи и воспитание воображения в нужном направлении. Надо читать **воображаемым** слушателям доклады. Это сперва будет нелегко. Коллективисту такая тренировка дается легче, поскольку он постоянно общается с коллективом. Задача здесь — уметь видеть в лице коллектива **одного** человека.

Устойчивость принятого решения — вот что составляет основное условие больших побед. Надо помнить: победить невозможно, только обороняясь.

Специфическое для трудной функции состоит в том, что наш коллективист одерживает победы в **обычной обстановке**, житейской, реальной, откуда пришел он в коллектив. Сами участники коллектива составляют теперь **списки** желанных побед в зависимости от тех или иных условий, окружающих их.

Начинается подготовка. Сначала оратор делает доклад в коллективе, куда приглашены некоторые другие слушатели... В момент выступления нашего коллективиста передние ряды в зале, где назначен доклад, занимают друзья-коллективисты, служа могучей опорой докладчику. Докладчик устремляет свое внимание на своих товарищей по коллективу и представляет себе, что доклад он делает собственно в коллективе... Победа! Победа!

Победитель делил свою радость вместе со всем коллективом, его воспитавшим и вдохновившим на подвиг. Успехи докладчика служили неисчерпаемым источником бодрости для всего кол-

лектива. Эти победы заносились в особую **книгу побед** – бодрый фонд всего коллектива.

К ораторскому искусству

Закончив в коллективе все фазы, в среднем, в три месяца, надо в дальнейшем работать самостоятельно по указанному выше плану.

Тезис — не всякий заика при желании может сделаться блестящим оратором, но зато всякий заика при желании может вернуть себе речь — нуждается... в некоторой поправке. Мы утверждаем, что коллективный метод лечения — шаг к ораторскому искусству. **Заика может и обязан стать оратором!**

К счастью, большинство заик — прирожденные оратооы и литераторы: история и современность не скупится на примеры.

Третий принцип. Индивидуальное на фоне коллективного

Третий принцип, как и первый, не проводится изолированно, «после», **а во время второго принципа и его трех фаз.** Основное в нем — учет индивидуального. Это нисколько не противоречит тому, что мы говорили о коллективе. Если формула «Нет болезней — есть больные» в известной мере верна, то наше внимание индивидууму вполне законно. Было бы неправильно противопоставлять индивидуальное коллективному, отдельное — общему.

Задача состоит в том, чтобы в каждом больном найти его «изюминку», его индивидуальную особенность, звено, что и подмечают коллективисты друг у друга. ...Эту личную благоприятную черточку нужно развить, укрепить, максимально использовать: она вывезет.

Весьма полезно, чтобы человек был охвачен какой-либо целью или увлечением:

1) увлечением той или иной областью науки, в частности, естествознанием и математикой;

2) тем или иным видом искусства — литературой, театром, музыкой, живописью и т. д.;

3) увлечение любимым человеком, друзьями, любимым трудом, техническим ремеслом и т. д.;

4) туризмом, физкультурой, шахматами.

Наряду с развитием индивидуальных особенностей членов коллектива полезно для всей организации ввести легкий спорт, физический труд для нерабочих, организовать экскурсии, игры, чтение биографий замечательных людей и целый ряд других вспомогательных мероприятий.

Тартаковский И. И. Психология заикания и коллективная психотерапия. — М., 1934.

Ю. А. Флоренская, И. С. Авербух,
О. Г. Архипова

Повторные больные и трудные случаи заикания

Название «логоневрозы» в настоящее время более или менее общепринято для обозначения функциональных расстройств речи; тем не менее не следует забывать, что это термин провизорный, условно принятый впредь до более основательного изучения всей группы. Первоначально, согласно своему лингвистическому корню, термин «логоневрозы» обозначал заболевание речи, связанное с расстройством ее смыслового значения *(Kussmaul);* в таком же толковании он был перенесен некоторыми авторами в психиатрическую литературу (Суханов). Заикание причислялось к ла-лоневрозам, чем оттенялся внешний, звуковой характер заболевания. Но по мере того, как при изучении болезней речи круга заикания центр внимания перемещался с чисто-судорожных расстройств на более сложные невротические механизмы, названия «заикание» и «лалоневрозы» теряли свое общее значение и вытеснялись словом «логоневрозы».

Термин «логоневрозы» позволил отмежеваться от бытового названия заикания, которое применялось в отношении всей группы; он позволил очертить более точно границы собственно заикание *(Balbuties);* однако же, до настоящего времени в группу логоневрозов входят не только функциональные расстройства речи, которые по своим внутренним механизмам более или менее приближаются к «неврозам»; здесь можно встретить симпто-мокомплексы, сходные лишь по своим чисто-внешним проявлениям с симптоматикой неврозов, но возникающие большей частью в связи с каким-нибудь органическим заболеванием ц.н.с. С этой стороны наиболее изучено и прослежено опять-таки собственно заикание как одна из частных форм логоневрозов; кроме своей основной формы, так называемой эволюционной, оно встречается в виде симптома вторичного происхождения при та-хилалии, в процессе нарастания и обратного развития некоторых форм афазии, как предвестник эпилептического припадка или следующий за ним моторный симптом, симулируя в некоторых случаях периодическое течение заикания. Подобное растяжение границ условной группы логоневрозов может дать повод для неправильных теоретических и практических выводов.

Заикание считается обыкновенно детским заболеванием, и врачи по детским болезням с большой легкостью обещают часто родителям быстрый и благополучный исход заболевания с возрастом. Оптимистический взгляд педиатров и психоневрологов дет

ского возраста имеет свое теоретическое обоснование. Согласно данным статистических и клинико-статистических обследований собственно заикание, т.е. эволюционная его форма, характеризуется своеобразной кривой развития.

Начало заболевания падает большей частью на период развития детской речи, на 3–4-й годы жизни; некоторая часть случаев протекает в порядке невротических реакций, которые действительно легко уступают простейшим лечебным мероприятиям, как например, изоляция ребенка, успокаивающие и укрепляющие средства. Остальные дают дальнейшее развитие с максимальным подъемом к 10–14 годам и с последующим падением к возрасту 18-20 лет.

Если взять отдельные группы населения, начиная с подросткового возраста и до 20 лет, и обследовать их по признаку заикания, то можно наглядно увидеть, как процент заикания постепенно, но прогрессивно снижается по мере приближения к более зрелому возрасту.

По мере приближения к 21 году форма самого заикания постепенно смягчается, так что, за исключением явных органиков, нам не пришлось встретить среди этой тысячи призывников особо ярких картин неврозов, а лишь его резидуальные и абортивные формы.

Процент заикания в детской и взрослой группе должен значительно разниться. Это предположение подтверждается статистическими обследованиями; он колеблется от 0,Э до 0,9 для взрослой группы населения и 1,0 до 2,0% – для детских групп.

Таким образом взрослая группа населения после 20 лет должна была бы представлять собою некоторое остаточное количество больных, не закончивших по тем или другим причинам правильную кривую снижения своей болезни. В поле зрения логопедов, занимающихся взрослым и отчасти пубертатным возрастом, должно попасть это правое крыло кривой, т.е. снижающееся *Balbuties* или остаточные случаи.

С точки зрения затронутой нами темы наибольший интерес представляют именно эти остаточные случаи. В статистических таблицах им приблизительно соотносят средний процент заболевания группы взрослого населения, так как при вычислении этого процента большинство авторов включает данные именно военно-призывных комиссий, т.е. остаточные формы после 20-летнего возраста.

Таковы некоторые предварительные теоретические соображения; они подчеркивают закономерное снижение заболевания с возрастом и одновременно ставят вопрос о причинах, помешавших этому снижению в группе взрослых больных.

В основу нашей характеристики затяжных и трудных случаев заикания мы положили особенности течения болезни.

Первую группу составляют больные с нормальным вышеописанным возрастным регредиентным течением. Эти больные отличаются своеобразной ювенильностью; по внешнему виду они обыкновенно кажутся значительно моложе своего возраста, хотя с помощью антропометрических измерений нам не удалось констатировать особого отставания в росте. Эта ювенильность относится не только к росту массы тела, сколько к характеру его развития; иногда у лиц, по росту даже превышавших свой возрастной стандарт, наблюдались те же самые черты; это впечатление ювенильности получалось благодаря своеобразным пропорциям частей тела, приближающимся к отношениям детских пропорций; оно усиливается благодаря часто встречающейся детской нежности контуров лица, детской форме жироотложений, запаздыванию вторичных половых признаков, как например, волосистость на лице мужчин, и неустойчивость голоса; у девушек нередко наблюдается запаздывание менструаций.

Принимая во внимание эти черты ювенильности наряду с возрастным течением и обострением в пубертатном периоде, эту первую форму заикания мы называем ювенильной.

В дальнейшем мы пользуемся кривой ювенильного течения заикания как фоном, на котором рельефно выступают атипические формы.

Среди них мы можем отметить.

2. Ювенильная форма с регредиентным, но запаздывающим течением.
3. Стационарная форма.
4. Периодическое течение.
5. Прогредиентное течение.
6. Рецидивы.

У больных 2-й группы развитие заболевания не носит закономерно снижающегося характера; темп этого развития значительно отстает от возрастных рамок первой группы. В то время как больные 1-й группы проделывают весь цикл нарастания и снижения заболевания в период от 3–4 до 20–21 года, с наибольшим обострением в пубертатном возрасте, больные 2-й группы начинают снижать симптоматику много лет спустя после официального возраста созревания... Весь цикл развития заболевания начинается также с 3–4 лет, заканчивается в 25–30 лет.

3-я группа больных характеризуется стационарной формой заикания. В ней сходятся два противоположных типа.

1. Тип заикания эндогенно-генетический.
2. Комбиноз эволюционной формы заикания с каким-нибудь

другим заболеванием, изменяющим его основные особенности — пластичность симптоматики и регредиентное течение.

Название **эндогенно-генетический тип заикания** взято нами условно, в отличие от ювенильной формы. В настоящее время не приходится сомневаться в том, что заикание вообще имеет свои глубокие генетические корни; однако же, между приведенными двумя группами намечаются какие-то различия в законах наследования и в течении.

В ювенильной форме заикание выявляется на фоне некоторой неполноценности всей личности, и сопровождается обыкновенно реактивной психопатологической надстройкой, влияющей в свою очередь обратно на развитие той же личности.

В эндогенно-генетических формах, так же как и в ювениль-ных, заикание подчиняется законам менделирования, но влияние наследственности отражается и на характере самой симптоматики; последняя передается часто по женской линии в такой же форме, как у родителей, так же, как у последних, мало склонная к снижению с возрастом.

Эмоциональная сфера этих больных полноценнее и устойчивее, чем у первых двух групп, психопатологические надстройки беднее и меньше связаны с личностью; симптоматика сохраняется в более чистом виде и носит большей частью моторный характер, меньше прикрытый различными моментами приспособления.

Мы наблюдали эту форму чаще у женщин, чем у мужчин, в противоположность эволюционной форме, свойственной преимущественно мужчинам. Вообще же эти случаи не особенно часты.

2-й тип больных группы со стационарным течением представляет собою наиболее сложный и трудный. Здесь мы имеем обыкновенно **эволюционную форму заикания**, иногда с запоздалым течением, которое переплетается с каким-нибудь другим заболеванием; при этом решающая роль в течении заикания принадлежит именно второму добавочному моменту. Практически наибольшее значение для логопеда имеет комбинация заикания с малярией и с синдромом вегетативного невроза.

Особенно неблагополучная картина наблюдается при скрытых, хронически протекающих формах малярии; здесь симптоматика заикания почти не поддается ни самостоятельному снижению, ни методам обычной речевой ортопедии в соединении с успокаивающим и укрепляющим лечением. Больные этой группы дают обыкновенно моторный судорожный синдром; они чрезвычайно утомляемы, трудно включаются в коллективную работу,

вялы, жалуются на головные боли, раздражительность, дают болезненную реакцию на неудачное лечение, переезжают из горо

да в город в поисках специалистов, обращаясь таким образом в хроников-логоневротиков. Во всех этих случаях с особой яркостью выявляется необходимость всестороннего медицинского обследования и лечения «логоневрозов». Путем тщательно собранного анамнеза почти всегда удается констатировать приступы малярии в прошлом; состояние селезенки и данные клинического исследования крови подтверждают обыкновенно наличие хронической малярии.

Лечебная установка в начале курса направляется всецело на борьбу с малярийной интоксикацией, которая создает устойчивую базу для судорожных форм заикания. Рекомендуется провокация малярии с последующим ее лечением. Логоортопедия в первый период лечения оставалась на заднем плане. Особой бдительности со стороны врача требует период обострения малярии после провокации, который сопровождается значительным ухудшением речи; здесь иногда приходится снимать больных с речевого лечения и даже госпитализировать их. По мере улучшения общего состояния симптоматика заикания начинает легче поддаваться специальной терапии.

Другую разновидность представляют больные с острыми приступами малярии. Хотя больные в промежутки между приступами как будто поддаются снижению симптоматики, но первый же приступ малярии срывает все приобретенные навыки, и работа начинается снова впредь до будущего колебания. Подобные неудачи вызывают чувство безнадежности и у больного и у персонала; упорная работа только истощает обе стороны. В остальных случаях малярии, так же как и в хронических, речевому лечению предпосылается специальная антималярийная терапия, того или иного рода, после чего уже начинается работа над больной речью.

Третью разновидность комбинации того же порядка представляют заболевания малярией в период остаточной симптоматики заикания. Если малярия обладает способностью поддерживать и усиливать развитие формы заикания, то присоединение ее в период угасания болезни уже не мобилизует симптомокомплекса заикания; тем не менее больные этой группы также обращаются за помощью к логопеду с жалобами на недостаточность речи, которую они называют заиканием.

Не менее трудное и неблагоприятное течение заикания наблюдается у больных с вегетативным синдромом. Расстройства вегетативной сферы у заикающихся отмечаются почти всеми авторами, изучавшими патогенез этого заболевания (А. А. Капустин,

А. М. Смирнова, М. Е. Шуберт, Гутцман, Надолечни, Фре-шельс и др.). При развитых формах так называемого вегетативного невроза представители этой группы больных часто и неоднок

ратно обращаются за помощью к врачу, переходят из учреждения в учреждение, иногда даже пытаются совместить лечение в двух местах, так как ни одно из лечений не облегчает в достаточной степени их неприятное самочувствие. Жалобы заикающихся носят тягостный, но недостаточно определенный характер, собственно заикание стушевывается за постоянными страхами, волнениями, тревогой, мнительностью, общей напряженностью, склонностью к дрожанию, потливости, покраснению и т.д. Больные стараются связать все эти неприятные переживания с нарушениями речи, которая таким образом концентрирует вокруг себя всю симптоматику. Мысль о расстройстве речи приобретает устойчивый характер в соответствии с постоянно нарушенным самочувствием; моторная симптоматика речи, наоборот, выражена не сильно. Больные путаются в оценке формы своего заикания, констатируют, что «речь у них не особенно сильно расстроена», но одновременно считают себя тяжело больными и настойчиво требуют все нового и нового лечения.

На фоне общей возбудимости, истощаемости, неустойчивости и постоянных сомнений — речь обыкновенно поддается улучшению лишь на короткое время; больные мало трудоспособны, не проявляют целеустремленности и настойчивости в лечении; полученные результаты недооценивают, уверенность в лечении не поднимается, так как улучшение в речи мало облегчает общее самочувствие.

В наследственности таких больных однороднее отягощение отмечается редко, зато у самих больных наблюдается с детства склонность к ночным страхам, боязнь покраснения, идея мало-ценности; сон тревожный, вздрагивание перед засыпанием, утомительные сны, головные боли и т. д. Заикание начинается с детства, редко достигает значительного развития и быстро переходит в стойкую форму. Именно у этой группы больных встречаются частые и настойчивые мучительные жалобы на расстройства дыхания. Большая часть больных по своему внешнему виду и по общему развитию соответствует своему возрасту или даже кажется старше его.

Группа описанных больных представляет, как было уже сказано выше, очень неблагодарный материал для лечения. Не приходится подчеркивать значение режима, психологических установок, лечебных процедур и правильность сомато-неврологического диагноза. С чисто логопедической стороны приходится сугубо предостеречь от слишком больших и скоро следующих друг за

другом курсов речевой ортопедии, на которых больные настаивают с особым упорством, более того, часто скрывают от врача свой лечебный страх. Речевая психоортопедия, особенно в форме кол

лективно-психологического метода, рассматривается нами как один из активирующих методов лечения, который требует от больного большого напряжения внимания и большой затраты сил. 2,5 — 3-месячный курс лечения исчерпывает большей частью активность среднего больного; дальнейшее лечение вызывает часто лишь состояние утомления; первоначальные результаты могут при этом даже снизиться; причем объективно можно иногда констатировать обострение именно вегетативных расстройств. Дозировка лечения — один из очень ответственных моментов в логопедии; она включается в план лечения и постоянно контролируется врачом. Отсюда ясно, что больные с вегетативным синдромом больше чем какие-либо другие группы больных нуждаются в особо бережном расходовании сил и мягкой дозировке лечения; между тем это положение находится в полном противоречии с их личной установкой.

Следующая группа больных с нарастающим ухудшением заикания примыкает к предыдущей не только по картине клинического течения, но и по особенности своего патогенеза. Здесь так же, как и там, дело идет большей частью о комбинациях эволюционной формы логоневроза с каким-либо дополнительным заболеванием, но на этот раз уже несколько иного рода. Наибольшего практического интереса заслуживает переплетение заикания с артериосклерозом ц.н.с, с менинго-энцефалитами, с шизофренией. Каждое из этих заболеваний дает самостоятельное расстройство речи; суммируясь с заиканием, они меняют не только течение последнего, но и картину всего симптомокомплекса.

При описании предыдущих групп мы старались выявить значение возрастного момента в течении эволюционных форм заикания. Заикание, которое не укладывается в намеченные возрастные рамки, требует от врача особенно тщательного общего исследования больного и детального знакомства с его анамнезом, так как заставляет предположить наличие каких-то добавочных и достаточно серьезных моментов; сугубого внимания требуют формы с нарастающим течением или с резким обострением после известного возраста, появляющимся без достаточной видимой причины. Поэтому, когда мы видим перед собой больного в возрасте 35–40 лет, который обращается к нам с жалобами на «рецидив» или на постепенное обострение заболевания в течение последних 1–2 лет, то здесь с большой вероятностью можно заподозрить начинающийся процесс мозгового артериосклероза. Последний очень рано активирует остаточную или уже стабильную

симптоматику логоневроза, вновь сообщая ей утерянную живость и подвижность. В соответствии с этим больные жалуются кроме заикания еще и на утомляемость, расстройство

настроения, головные боли, тяжесть в голове, бессонницы и т.д., т.е. дают весь неврастенический комплекс,

В литературных данных мы имеем указание на свойство церебрального артериосклероза усиливать различные проявления, наклонность к которым существовала и раньше.

Таким образом, создается особый благоприятный фон для стойких и нарастающих форм заикания. Постоянная неуверенность в себе, склонность к депрессиям, страхам, подозрительность, настороженное ожидание новых и новых колебаний в симптоматике — все эти свойства начального артериосклероза сочетаются как нельзя лучше с основным фоном логоневрозов, с той же неуверенностью, ранимостью, лабильностью, которые приводят к, постоянным и напряженным ожиданиям срыва.

Пониженная трудоспособность создает неблагоприятные условия для речевой ортопедии. На первый план выступает, конечно, общая терапия — сыворотка Трунечека, углекислые и простые ванны, токи д'Арсонваля, в самых начальных стадиях— гальванический воротник. Логоортопедические курсы присоединяются впоследствии как часть общего лечения, но проводятся с большой мягкостью, без особого активирования личности, во избежание утомления и больше над чисто-технической частью речи.

Психотерапевтические беседы предпочтительны индивидуального порядка, а не коллективные. Первые курсы лечения приносят обыкновенно больному значительное облегчение и заставляют его цепляться за повторение, однако же, частная нагрузка, наоборот, утомляет и не дает ощутительных результатов. Мы не имеем возможности проследить случаи заикания в поздних стадиях атеросклероза. Думаем, что они могли бы представить некоторый интерес для разрешения вопросов патогенеза интересующего нас заболевания.

Группа расстройств речи, попадающих в логопедические учреждения под диагнозом заикания, но связанных так или иначе с органическими заболеваниями ц.н.с. — значительно больше, чем это можно было бы предположить, даже учитывая прошлые эпидемии летаргического и гриппозных менинго-энцефалитов. Здесь попадаются, с одной стороны, смешанные случаи эволюционного заикания, осложненного последующим органическим заболеванием ц.н.с. и задержанного в своем регредиентном течении; с другой стороны — настоящие комбиозы, где невротическая симптоматика тесно переплетается с органической; кроме

того, имеется очень большое количество хронических протекающих эпидемических энцефалитов и его резидуальных состояний, которые дают целый ряд своеобразных и мало изученных в настоящее время расстройств речи.

Принимая во внимание, с одной стороны, капризную симптоматику и расширение границы заикания, с другой — разнообразие и атипические синдромы эпидемического энцефалита — не приходится удивляться той полной неясности, которая наблюдается в этой области. Ясно, что энцефалитические расстройства речи должны составить особую главу логопедиии, в которой главное место займет, может быть, эпидемический энцефалит. Опубликованные в неврологической литературе описания церебральных дизартрии (Маргулис) пока еще мало вошли в практическую логопедию, хотя значение диференциального диагноза между эволюционными формами заикания и всеми этими формами уже имеет свое научное освещение. Близость заикания к стриарным расстройствам речи позволила некоторым авторам предполагать, что в основе заикания лежат местные поражения, именно стриарного тела (Ферстер). Выделяемая нами функциональная тахилалия, протекающая со вторичными явлениями заикания, имеет также свою параллельную форму в органическом ряду энцефалитов, где она часто сплетается с полилалическим симптомокомплексом или с дизартрмескими и дизаритмичес-кими расстройствами.

Считаем необходимым привлечь особое внимание логопедов к различным формам органических расстройств речи. На логопедическом приеме очень часто приходится обнаруживать назревающие явления паркинсонизма, дебютирующие расстройствам речи у таких больных, которые даже не подозревают о перенесенном им заболевании. Между тем, кривая нарастающего течения, своеобразная толчкообразность в речи, расстройство дыхания с судорожным сокращением диафрагмы, расстройство мелодии наводит сразу на мысль о более серьезном заболевании, которое почти безошибочно подтверждается дальнейшим неврологическим исследованием.

Наиболее распространенными среди неврологических симптомов нужно считать симптом Кернига, а затем повышение мышечных тонусов, особенно нижних конечностей, односторонне или двустороннее, или же захватывающее все четыре конечности; несколько реже встречается ригидность затылка. Иными словами, в затяжных и осложненных формах заикания мы имеем большею частью дело с остатками тех или иных форм менинго-энцефалитов. Прогноз этих расстройств речи так же разнообразен, как и сами симптомокомплексы; но во всяком случае, почти все формы заикания, связанные с

менинго-энцефалитами, очень трудно поддаются снижению; методика лечения этих форм почти не разработана, что создает неблагоприятную установку на них в среде практических логопедов ...При упорной работе, на

правленной больше в сторону речевой ортопедии, чем психотерапии, иногда удается достигнуть частичного снижения симптоматики и социального приспособления личности, при субъективном переживании улучшения со стороны самого больного.

Логопедия нашего времени только вступает на путь клинической разработки материала; поэтому каждая из намеченных нами групп ждет своей дальнейшей разработки в качестве отдельной главы логопедии.

Вопросы логопедии. — Харьков, 1936. — Декабрь. С. 8-32.

Н. А. Власова, Э. Н. Герценштейн

Опыт работы с логоневротиками дошкольного возраста

На основании клинических наблюдений мы выделили 4 характерные речевые группы.

Первую группу мы считаем основной. Здесь мы не имеем застарелых форм заикания и таких явлений, как вторичные невротические наслоения. Характерные черты детей этой группы: продвижение в перевоспитании речи идет без значительных рецидивов, внимание устойчиво, дети обычно с хорошим интеллектом, активны в занятиях, общительны. Детей, относящихся к этой группе, 95 чел. Длительность заикания от 2 недель до 1 года. В генезе заикания: 50% – шоковые неврозы; 23% – наследственное отягощение со стороны речи; 11% – подражание посторонним; у 7% заикание появилось после инфекционных заболеваний; у 9% выяснить причину возникновения заикания не удалось. В анамнезе никаких уклонений от нормального развития нет, в анамнезе родителей у 21% отмечается нервность одного из родителей, у 10% на нервность жалуются оба родителя. Форма заикания у этих детей в большинстве случаев клоническая. Срок перевоспитания речи у них значительно короче, чем у детей остальных групп, – от 2 до 5 месяцев. Психомоторика у детей этой группы характерна своей активностью, устойчивостью внимания, хорошей ориентировкой в пространственных заданиях, творческим восприятием заданий, постепенным и довольно устойчивым продвижением. Моторика этих детей менее скованная, чем у детей других групп, скованность эта сменяется нормальным или почти

нормальным тонусом. Ритмом дети овладевают хорошо, труднее дается выдержанный темп. Часты случаи хорошей моторной одаренности, выразительности

и пластичности движений. Катамнез, собранный нами у 35 детей основной, 1-й группы, показал стойкость полученных правильных речевых навыков. Срок, прошедший после лечения, был от 1 года до 5 лет; у 60% этих детей рецидивов со времени выписки из группы не было совсем. У остальных 40% были незначительные рецидивы, с которыми дети сами справлялись без специальной логопедической помощи.

Ко второй группе относятся дети, у которых заикание осложнено различными видами дислалии. Дети этой группы очень болезненно реагируют на свой недостаток речи, и эта ущемленность делает их замкнутыми, раздражительными. Все они чуждаются коллектива детей. Эта группа, состоящая из 45 чел., характеризуется устойчивостью внимания и большим желанием заниматься исправлением своей речи. Большинство детей отстает в интеллектуальном развитии. Заикание у большинства из них появляется с началом речи; таким образом, стаж заикания у них длительный. В генезе заикания чаще всего встречается наследственная речевая отягощенность – 41,5%, затем в результате сложных дислалии – 30,6%; 12% результате подражания посторонним, сочетаясь с тяжелой социально-бытовой обстановкой, небольшой процент в результате шоковых неврозов – 8%; и 8% после тяжелых инфекционных заболеваний. В анамнезе отмечается позднее развитие речи, в большинстве случаев к трем годам. Все дети соматически слабые, плаксивые, часто жалуются на плохой сон. Форма заикания с преобладанием тонуса. Срок перевоспитания речи от 8 до 12 месяцев. Заикание у этих детей часто являлось следствием патологического косноязычия, и в некоторых случаях с исправлением косноязычия заикание быстро исчезало. Дети этой группы дают очень большой сдвиг в общем развитии, догоняя норму, и попадают вместе с другими в нормальные школы. Психомоторика детей этой группы характеризуется плохой или средней моторной одаренностью. Нет ловкости, быстроты, четкости. Темп медленный, держится довольно долго, активность тоже пробуждается постепенно. К новым заданиям применяются туго, любят повторять старое. Инициативы не проявляют. У 8 детей этой группы был собран катамнез спустя 3 года после того, как дети были выписаны со здоровой речью. Ни у одного из детей не было за этот промежуток времени рецидива.

Третья группа с реактивным речевым и общим торможением отличается большим количеством невротических реакций: дети болезненно реагируют на свой недостаток и склонны фиксировать

на нем свое внимание. В коллективе они держатся особняком, вне коллективных игр и занятий, почти все время молчат и избегают пользоваться спонтанной речью не только с логопедом,

но и с детьми. Интеллект в большинстве случаев хороший, часто встречаются среди них и одаренные дети. Ухудшение в речи идет медленно с большими и длительными рецидивами. Дети этой группы имеют большую длительность заикания — от 1 до 4 лет. Детей, относящихся к этой группе, прошло у нас 45 человек. Преобладает тоническая форма заикания. В генезе заикания наибольший процент (25) относится к наследственному отягощению заиканием у родных, 25% к нервности обоих родителей, затем у 17% заикание появилось в результате шоковых неврозов, у 15% после менингита, у 9% в результате подражания посторонним и у 9% причину заикания не удалось установить. В анамнезе нет больших уклонений от нормального развития в раннем детстве. Ходьба и речь начиналась до года. Следует отметить большое количество инфекционных заболеваний, перенесенных большинством детей в возрасте от 2 до 6 лет (корь, воспаление легких, скарлатина, коклюш, брюшной тиф, малярия и менингит). Срок перевоспитания речи длительный — от 8 до 15 месяцев. Рецидивы в процессе лечения длительные. Изменения, происходящие в психическом статусе в связи с перевоспитанием речи, у детей этой группы очень заметны. Полное отсутствие коллективности у них проходит в связи с улучшением в речи. Они приспосабливаются к коллективу, не чуждаются его, становятся активнее и общительнее, что помогает в дальнейшем этим детям без травмы включаться в школьную жизнь. В психомоторике дети этой группы не дают быстрого успеха. Активность, ритмичность их, ориентировка в пространственных заданиях, творческая переработка слабее и медленнее развивается. В некоторых случаях имеется сильная мышечная заторможенность, которую не всегда удается преодолеть. Есть случаи некоторой моторной отсталости. Катамнез, собранный у детей этой группы, невелик. Мы имели возможность проверить 8 детей. Правильные речевые навыки у них очень стойки. У 4 детей прошло 4 года после выписки со здоровой речью; за это время не было ни одного рецидива. У остальных 4 детей после выписки прошло 3 года — у 2 были небольшие рецидивы, с которыми они сами справлялись, у 2 рецидивов не было.

К четвертой группе отнесены дети, у которых заикание протекает на фоне общего двигательного и речевого беспокойства. В противоположность детям третьей группы здесь'мы не встречаем вторичных невротических наслоений. У детей совершенно

отсутствует болезненное реагирование на свой недостаток, в большинстве случаев у них нарушена способность фиксации внимания. Они общительны, приветливы, активны, но благодаря своему двигательному беспокойству трудны в коллективе. Детей этой группы прошло 30 чел. Стаж заикания разнообразный –

от 1 мес. до 3–5 лет. В генезе заикания наибольший процент (45) падает на нервность родителей и лишь в 13% заикание в результате шоковых неврозов, у 19% наследственное отягощение в смысле недостатков речи, у 13% подражание посторонним, у 5% заикание после инфекционных заболеваний, перенесенных через короткие промежутки времени, у 5% причину заикания выявить не удалось. Форма заикания преимущественно клоническая. В анамнезе этих детей мы находим, что общее развитие их протекало нормально, но все они были очень беспокойны и крикливы в раннем детстве. Срок перевоспитания речи длительный — от 8 до 12 месяцев — с частыми, но короткими рецидивами. Изменения, происходящие в психическом статусе в связи с перевоспитанием речи у этих детей, менее значительны, чем в остальных группах. Организованный коллектив дисциплинирует их. Плавную речь удается закрепить лишь при спонтанной речи; при эмоциях заикание остается. Психомоторика детей этой группы характеризуется большой активностью, неустойчивостью внимания, обилием двигательных проявлений. Интересы коллектива часто не соблюдаются, интересует только свое задание. Овладение темпом дается с большим трудом и постоянными срывами. Неблагоприятными моментами являлись и перебои в занятиях в начале лечения, когда ребенком еще не освоена плавность и ритмичность речи. Как правило, все дети после длительных пропусков возвращались с ухудшением в речи. Интересно отметить, что после инфекционных заболеваний ухудшение наступало после выздоровления, а во время болезни дети говорили плавно. Тесное общение с родителями-заиками, в особенности если заиканием страдает мать, проводящая много времени с ребенком, несомненно ослабляет воздействие логопеда. К числу причин, вызывающих рецидивы, нужно отнести соматическое состояние ребенка, слабость, туберкулезную интоксикацию, непорядки в носоглотке, кишечнике (глисты). С укреплением физического состояния ребенка улучшалась и речь.

Советская невропатология, психиатрия и психогигиена.— М., 1939. Т. VIII. Вып. 9-10. - С 68-76.

Н. С. Самойленко, В. А. Гринер

Логопедическая ритмика

Сущность лечения состоит в создании для заики особой не-травматизирующей его среды, каковой является коллектив, и в целой системе психотерапевтических и общемедицинских мероп

риятий, куда в частности входит укрепление моторики. Музыка и присущий ей ритм в специальных занятиях с логоневротиками объединяет отдельных невротиков в единый коллектив, в котором каждый инстинктивно стремится не отстать от других, получая отовсюду стимулирующие индукции... Лечение логоневроти-ков, являясь своего рода комплексом медицинских мероприятий, должно войти повсеместно в систему диспансерной и поликлинической помощи, что связано с необходимостью подготовки специальных кадров... Считаю необходимым подчеркнуть, что oiше .айкании, начинающегося обычно у детей, необходимо начинать с раннего возраста не в форме применявшихся ранее дидактических упражнений, которые фиксировали внимание ребенка на его расстройстве, а в форме целой системы медицине-действии, куда входит и ритмика.

Мы считаем логопедическую ритмику одной из разновидностей лечебной ритмики, которая успешно проводится в течение более 10 лет в ряде невро-психиатрических учреждений Москвы. Пионером в деле ведения лечебной ритмики в общую систему лечения нервнобольных является проф. В. А. Гиляровский. Под его руководством за 12 лет работы в невро-психиатрической лечебнице им. Соловьева (бывшей Донской лечебнице) была создана особая система лечебной ритмики и разработана методика этой системы как для детей, так и для взрослых.

Логопедическая ритмика, как и вообще лечебная ритмика, кладет в основу своей системы понятие ритма как начала организующего и дисциплинирующего, которое укладывает всякое действие в определенную музыкально-ритмическую форму и тем самым регулирует поведение логопата. Упражнения строятся на основе музыкального ритма, который дает возможность богато разнообразить движения и придает занятиям особую, бодрую жизнерадостную окраску.

Логопедическая ритмика должна войти в общую систему перевоспитания речи логопатов не только в наших московских учреждениях, но и в организациях далекой периферии.

Отсутствие кадров логопедов-ритмистов чрезвычайно ощутительно. Не всякий, даже высококвалифицированный ритмист, специалист в области дошкольной и школьной ритмики или ритмист музыкальных и театральных училищ, может работать в логопедических учреждениях. Ему необходима дополнительная квалификация: знание современных методов лечения и перевоспитания речи логопатов и умение разбираться в клинических карах

разнообразных недостатков речи. Трудность в подготовке кадров заключается еще в том, что для проведения занятий по логопедической ритмике требуется некоторая музыкальная подго

товка. Мы категорически возражаем против проведения занятий под удары, хлопки, метрономы, так как эти примитивные способы регулировки речи носят механический характер и поэтому в лечении не дают такой эффективности, как занятия с музыкальным сопровождением. Такой способ ни в коем случае не может заменить музыку, которая благодаря разнообразию своей ритмической и мелодической структуры может не только руководить движением, но также дать ту эмоциональную зарядку, в которой безусловно нуждаются наши логонев-ротики. Неправильно поставленные занятия могут даже привести к отрицательным результатам, вызывая у логопатов чувство раздражения.

Наряду с занятиями по ритмике мы считаем необходимым вести с заиками (детьми и взрослыми) систематические занятия по пению. Занятия пением развивают и регулируют дыхание, вырабатывают слитность и спокойный темп речи.

Методические указания

Дошкольная и школьная логопедическая работа по ритмике имеет свои особенности в объеме и содержании. Мы не требуем от ребенка *осознания* в таком виде, как у взрослого; мы заменяем его инстинктивным восприятием и закреплением навыка.

Основное требование к занятиям с ребенком — эмоциональность, образность... Почти каждое наше упражнение дается в игровой форме, кроме того, ритмические упражнения тесно связаны с музыкальным сопровождением, эмоциональное же влияние музыки не требует доказательств.

Заикание затормаживает речь ребенка, а вместе с этим в большинстве случаев и его психомоторику. Ребенок-заика часто становится вялым, неповоротливым, теряет непосредственность движений. Заторможенность психики заик сказывается и в малой активности, отсутствии внимания, инициативы, творчества, слабой тренировки. У заик встречается также особая мышечная заторможенность. Движения их связаны, лишены непосредственности, плавности, координация затруднена, темп чаще всего замедлен, мышцы находятся постоянно в состоянии напряжения. Ритмичность у заик часто бывает нарушена. Дети с торопливой речью и в движениях также торопливы. Некоторые двигаются всегда в одном и том же темпе и плохо воспринимают темп музыки. Координация движений, их ловкость, соразмерность также страдают, в особенности во время речи. Общение с коллективом

затруднено вследствие потери свободы в речи. У большинства детей это ведет к отрыву от коллектива, обособленности, необ

щительности. Для перевоспитания всех этих особенностей, представляющих собой отклонения от нормального развития ребенка, мы выработали особую систему логопедической ритмики, в задачи которой входит в равной мере влияние на психику и моторику логоневротика.

Рассматривая заикание как своего рода невроз, мы ставим основную цель – восстановление ритмичности речевой и общей моторики. Для этого мы даем детям специальные ритмические и речевые упражнения и игры.

Первая и основная цель занятий по ритмике – *растормозить* ребенка. Приветливое, ласковое отношение должно быть не только у педагога, но и у всего *коллектива* в отношении к каждому ребенку.

Дети-заики очень неохотно и нерешительно воспринимают каждое новое задание, предпочитая повторять без конца знакомое, то, что не требует усилия. С этим нужно бороться. Во всех играх нужно поощрять инициативу, творчество, стремление к действию. Эти задания удаются только после перевоспитания всего поведения заики. Как конечный итог этого задания можно считать умение провести руководящую роль в игре, командовать, организовывать.

Раздел речевых упражнений и игр должен целиком опираться на логопедическую работу. Только проработанные виды речи можно соединять с движением... Речевые упражнения по степени трудности располагаются следующим образом.

I ступень – упражнения на точное начало речи. Активирующим моментом для начала речи может быть музыкальный период. Кончается музыкальный период – начинается речь. Бросок мяча определяет момент начала речи, разговор, обусловленный игрой и введенный в рамки ритма, активирует начало речи.

II ступень – упражнения на темп размеренной речи и ритмизация ее. В этих упражнениях используются стихи, по ритму и содержанию хорошо согласующиеся с движениями. К ним вначале дается музыкальное сопровождение, закрепляющее, поддерживающее темп речи. Более легкие упражнения на этой ступени основаны на равномерном движении (темп), в более трудных даются изменения темпа (ускорение, замедление, два различных темпа), еще более сложные упражнения на речевой ритм (сочетания разных темпов речи, остановки).

III ступень – выразительность речи, логические ударения, паузы. Большую помощь в этих упражнениях оказывает знакомство

с средствами музыкальной выразительности (акценты, фразировка). Соединяя речевой ритм и фразировку с музыкой, мы вырабатываем выразительную речь при сохранении спокойного темпа.

IV ступень – эмоциональная и волевая речь. Сюда относятся упражнения на выбор различных моментов в игре: команда, руководство игрой, спонтанная речь при игровом движении. Дети знакомятся с речевым материалом ритмических упражнений одновременно с движением, но желательно, помимо этого, закрепление речевой части на логопедических занятиях (соблюдая темп и ритм в игре).

Практический материал

Раздел I

Темп, ориентировка в пространственных построениях. Темп, внимание. Внимание и память. Внимание, память, координация.

Темп, внимание, ориентировка, память. Темп, внимание, активность, инициатива.

Раздел II

Упражнения для мышечного тонуса, координации движений. Расторможенные руки. Расторможение ног, равновесие. Координация. Расторможение корпуса. Общее расторможение. Пассивные и активные движения. Сложная координация.

Раздел III

Коллективный ритм

Ритм. Точное начало и окончание движения. Ориентировка в пространстве, координация совместного движения.

Поочередное коллективное действие. Проверка точности пространственной ориентировки. Коллективная согласованность в движениях линии или пары. Поочередное движение групп.

Два темпа. Точная остановка в ходьбе и беге. Координация движения лошади и хозяина. Память. Торможение. Точность начала и окончания движения. Координация движения с предметом (стул). Два темпа в одновременном выполнении разными группами. Темп, ритм, точное распределение движений. Координация движения с предметом (платочек). Коллективная согласованность движений. Координация движений с движущимся предметом (мяч).

Раздел IV

Речевые упражнения и игры.

Поочередная речь в темпе. Координация речи с движением. Точное начало речи после окончания музыки. Темп речи, координация речи с простым движением.

Темп речи и координация его с равномерным движением. Координация речи с более сложным движением. Расторможение рук и всего корпуса. Темп речи. Расторможение ног. Темп речи. Координация движения с акцентом в речи. Громкая речь. Координация движений с речью. Регулирование движений при эмоции. Сложная координация движений с речью.

Неподвижное положение во время речи. Творчество, память. Распределение движений по логическим ударениям. Ритм речи энергичный и четкий. Коллективная согласованность движений. Волевая речь. Речь при повышенной эмоции. Дифференцировка движений и память. Инициатива.

Раздел V

Игры с бегом.

«Салочка», «Караси и щука». «Белые медведи». «У медведя во бору». «Голуби и ястреб». «Птицы и кукушка». «Ворона и воробьи». «Лисица в курятнике».

Раздел VI

Организующие упражнения для окончания занятия 1. Змейка. 2. Расставлять посты. 3. Передача мяча в шеренге. 4. Маршировка с движениями рук. 5. Слушай команду. 6. Маршировка f и p.

Методические указания и практический материал для работы со взрослыми.

Логопедическая ритмика отличается от обычной лечебной ритмики тем, что здесь мы вводим в упражнение еще и момент оздоровления речи, связанный с движением. Речь может быть введена в эти упражнения в различной форме.

Связь музыки и речи делается для больных чрезвычайно понятной, если провести параллель между темпами, нюансами и фразировкой музыкального произведения и теми же качествами обыденной речи.

Одним из наиболее трудных моментов в нашей работе является выработка должного темпа речи и движения... Мы знаем, какую неприязнь вызывает он (замедленный темп – Г. В.) вначале у наших пациентов, какую невольную напряженность он придает их движениями. Мы считаем возможным дать для двигательных заданий менее замедленный темп, чем для речевых учитывая, что в этих заданиях риск в уходе от требуемого темпа, в срыв его не

так велик, так как темп этот все время регулируется и контролируется музыкальным сопровождением. Мы находим временами

даже целесообразным давать среди занятия одно упражнение или игру в быстром темпе для повышения деятельности внутренних органов (усиление кровообращения, повышение обмена веществ, возбуждение деятельности сердца и органов дыхания).

Несмотря на то, что курс лечения у логопедов длится 2,5 – 3 месяца, при условии ежедневных занятий, а занятий по логопедической ритмике значительно меньше, от 15–20 занятий за этот же период времени, мы считаем необходимым увязать полностью план работы логопеда и план работы ритмиста. Так, первые 10–12 дней работы с логопедом, так же как два первых занятия по логопедической ритмике, являются как бы подготовкой к более широкой работе над речью. В дальнейшем музыкально-ритмические речевые задания ритмиста расположены по степени возрастающей трудности так же, как и речевые задания логопеда. Последние занятия как в речевой терапии, так и ритмотера-пии посвящены отчетам.

Желательно уделить логопедической ритмике при курсе лечения в 3 месяца от 15 до 27 занятий (три раза в декаду). Продолжительность каждого занятий равна 45 минутам.

Самойленко Н. С, Гринер В. А. Логопедическая ритмика. — М., 1941.

Н. И. Жинкин

Заикание

Заикание обычно определяют как вид невроза. Однако никакой теории этого невроза не существует. Способы лечения на-щупываются чисто эмпирически и на практике приводят к очень неровным и не всегда надежным результатам. Из числа лечившихся многие остаются заиками на всю жизнь

Сущность специфических коррекционных воздействий на речь и состоит в том, чтобы восстановить ритмику речи. Заику упражняют в скандированном, метрическом произнесении фраз или в распевном произнесении. Однако скоро обнаруживается, что заикающийся легко справляется с распевным и скандированным произношением, но при переходе на разговорную речь или чтение заикание возобновляется с полной силой, а предшествующие упражнения в распевном произнесении не оказывают заметного эффекта.

Однако живая разговорная речь и беглое чтение строятся по другому стереотипу. Здесь выработаны другие правила для сочетания слогов в слова, т.е. сочетания произносительных единиц

речи. Каждое слово различно по метрическому строю. В речи все время происходит смена ритмов. Сообщение составляется из разнометрических слов. Кроме того, вся фраза не членится на равновеликие группы слогов, отмеченных конечной цезурой (как в стихе), а распределяется по разновеликим слоговым отрезкам — синтагмам. В живой речи все время происходят темпо-ритмичес-кие перебои, имеющие определенное смысловое значение.

Таким образом, если двигательный слоговой стереотип сло-вопроизнесения однороден по динамической конструкции и неизменен, то он может повторяться в этой форме длительное время без нарушения. При этом способность слогообразования у заикающихся сохраняется. Если же двигательные слоговые стереотипы произносимых слов неоднородны по динамической конструкции и происходит перемена мест сильных позиций от слова к слову и от синтагмы к синтагме, то слогообразование у заикающегося нарушается. Он останавливается на одном из слогов или повторяет его несколько раз. Происходит разрушение динамической конструкции нормализованного во времени слогового стереотипа. В этом и состоит сущность заикания.

Дефекты запуска словесного стереотипа (заикание)

У заикающегося в полной мере сформирован кодовый шифр на подачу и прием импульсов по всем принимающим участие в речи мышечным синергиям, но в процессе запуска происходит поломка словесного динамического стереотипа. При этом отказывает произвольно неуправляемая система саморегулировки речевых движений. Посыл импульсов по коду или затягивается, или укорачивается, или даже выпадает, но не перепутывается. Порядок элементов в словесном стереотипе остается правильным.

При заикании возникает блуждающий возбудительный или тормозной процесс, который то застаивается у выхода, из пре-моторной зоны и вообще запирает из нее выход, то застойное состояние запирает выход по пирамидному пути, то по экстра-пирамидному. Для установления этих явлений есть определенные индикаторы. Непомерное тоническое расширение глоточной трубки, при котором она теряет форму, необходимую для резонанса определенного звука, свидетельствует о застойном торможении на выходе к экстрапирамидным путям. Сверхдли-тельное сохранение определенной формы глоточной трубки об-

наруживает инертность возбудительного процесса, распространившегося на произвольно не управляемую систему. Сверхдлительная застывшая ротовая артикуляция какого-либо звука ука

зывает на застойное возбуждение произвольного импульса. Укорочение звука, обычно гласного, до сотых долей секунды говорит о мгновенном прорыве тормозной или возбудительной блокады. Расхождение ротовой артикуляции и глоточной модуляции обнаруживает напряженную борьбу возбуждения и отторма-живания. Во всех случаях микроанализ речедвижений дает основания для того, чтобы при понимании общих основ механизма речи делать выводы о характере дефекта управления процессом.

Механизм заикания представляет собой случай специфической патологической формы срыва индукционных отношений между корой и подкоркой. При заикании происходит максимальное, так сказать запредельное, перевозбуждение словесного стереотипа. В нормальном стереотипе произнесение каждого звука и слога требует особых силовых и временных индексов. Перевозбуждение снимает силовые и временные соотношения, поэтому стереотип и ломается именно в части этих характеристик при сохранении порядка следования элементов. Во внутренней речи усиление словесного стереотипа происходит при отсутствии громкого произнесения. Саморегулировки речедвижений и, в особенности, аэродинамических условий фонации не требуется. Поэтому торможение выходов на произвольно не управляемую систему только усиливает словесный стереотип и ничего не нарушает. Если же торможение или перевозбуждение непроизвольной системы речедвижений наступает в момент самих речедвижений, в процессе фонации, то, конечно, происходит разладка саморегулировки. Во внутренней речи механизм саморегулировки речевого дыхания может быть ослаблен или даже исключен. Устранение же его в громком произнесении ломает самое речь.

Заикание чаще всего возникает в детстве. При повышенной эмоциональной возбудимости или при сильных аффектах, вроде страха, происходят значительные перестройки во внутренней среде организма, что тотчас же сказывается на речи, делая ее прерывистой. Саморегулировка речедвижения, не сложившаяся еще в полной мере в опыте речи, затрудняется. Торопливая и прерывающаяся речь принимается слухом говорящего и расценивается им как дефектная. В дальнейшем страх за исход речи только усиливает эмоциональные сдвиги во внутренней среде и приводит к резкому нарушению регулировки аэродинамических условий фонации. Речедвигательный анализатор широко распространяется на территориях, обслуживающих важнейшие функции

жизнедеятельности, поэтому в угрожающие моменты речевое управление устраняется с этих территорий. Чем больше

возрастает опасение за исход речи и чем в большей мере произнесение оценивается слухом 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.

Для устранения дефекта должна быть устранена его причина, т.е. нормализованы индукционные отношения и восстановлена саморегулировка речедвижений. Вот почему речевые упражнения не могут привести к положительному результату. У заики словесный стереотип сложился вполне нормально, нарушен лишь момент его запуска. Не достигает цели и постановка дыхания, так как нарушение регулировки аэродинамических условий само есть следствие патологического изменения индукционных отношений.

Практическая задача устранения дефекта заикания сводится к вопросу о восстановлении саморегулировки произвольно не управляемой системы речи. Как это ни покажется первоначально странным, но это другой аспект проблемы сценической речи. В обоих случаях ставится задача овладения произвольно не управляемым компонентом речедвижений. Актер на сцене находит способы перестройки внутренней среды организма, но и дефект заикания пропадет, если будут найдены способы устранения патологических перестроек внутренней среды. Такое сближение, казалось бы, весьма различных явлений не пришло бы в голову, если бы некоторые факты из практики лечения заикания не толкали на это.

Сущность ...приемов сводится к следующему. Во-первых, освобождение тела от всяких излишних напряжений и двигательных тормозов, главное же – перестройка внимания, в основе которой и лежит урегулирование индукционных отношений. Ученик получает задание, например, перекладывать на столе предметы в определенном порядке или вообще производить какой-нибудь ряд физических действий. Одновременно с этим он должен произносить какую-либо фразу, например: «Сегодня хорошая погода». Задания могут быть проще и сложнее, но всегда должны быть разнообразны. Внимание ученика прежде всего привлечено к физическим действиям и отвлечено от процесса произнесения. Вследствие этого сверхсильное застойное возбуждение словесного стереотипа ослабляется и индукционные отношения нормализуются. После успеха в произнесении заданных фраз

переходят к вопросам и ответам и далее к разговору на простые темы, все время сохраняя физические действия,

отвлекающие внимание от речи. Устранение дефекта в процессе занятий приводит к угашению патологического условного рефлекса на основе положительного подкрепления при слуховом приеме, и речь восстанавливается. В методе физических действий играет роль не только общее упорядочение индукционных отношений, но и восстановление последовательности возбудительных и тормозных импульсов соответственно специальным нормам переменных слоговых стереотипов слов. Иначе говоря, усиливаются как раз именно те метрически переменные специфические словесные стереотипы, которые «пугают» заикающегося и неудача в производстве которых вызывает полное расстройство индукционных отношений, так как прием не соответствует выдаче.

Каждая новая перемена метра должна быть упреждена... Впереди надо пустить силу, которая как «на буксире», потянет за собой переменное упреждение. В дальнейшем буксир можно ослабить и в конце концов вовсе убрать. Физические действия и являются таким буксиром. В процессе восстановительной работы заикающийся при произнесении фразы на каждом слове производит ударение рукой, движение головы и телом. Вся пантомимика в той или другой степени и форме может быть вовлечена в усиление словесных динамических акцентов. Работники сцены давно знают, что речь следует за жестом и мимикой. Человек прежде повернется, встанет в позицию и обратит взор на собеседника, а потом уже заговорит. Взгляд и встречная улыбка предшествует дружескому обмену приветствиями. За жестом пойдет слово. Жест вообще в норме усиливает динамические словесные модуляции речи.

Пантомимика, свойственная речи, как ее неизбежный динамический аксессуар, как единый с интонацией поток экспрессии, при известных условиях может стать буксиром разнометри-ческого потока слов. Таким условием является произвольное управление скелетной мускулатурой. Заикающийся в восстановительных упражнениях выделит произвольным движением то одну слоговую группу, то другую и тем самым усилит пораженное расстройством индукционных отношений упреждение произвольно не управляемого словесного слогового стереотипа. Разрушенный в части непроизвольно управляемой системы речевой стереотип будет усилен нормально действующими произвольно управляемыми движениями скелетной мускулатуры. Это внесет не только общее, но и нужное специфически для речи упорядочение инукционных отношений.

Жинкин Н. И. Механизмы речи. — М., 1958. С. 79-83, 338-347

В. С. Кочергина

Некоторые клинические особенности заикающихся детей дошкольного возраста

Наши наблюдения показали, что причины заикания сложны и индивидуальны; формы и тяжесть заикания варьируют у одного и того же больного. Поэтому мы сочли более правильным разделить заикающихся детей на группы соответственно особенностям их личности.

К первой группе были отнесены дети, у которых неуравновешенное поведение (повышенная возбудимость или тормозимость) явилось следствием развившегося заикания. До возникновения заикания дети этой группы были практически здоровыми и уравновешенными.

Во вторую группу мы включили детей, у которых неуравновешенное поведение отмечалось с раннего детства и являлось индивидуальной особенностью их личности. Развитие заикания обычно сопровождалось усилением присущей им неуравновешенности и появлением черт общей детской нервности.

Третью группу составили дети, у которых повышенная возбудимость или тормозимость были выражены наиболее значительно и наблюдалось также с раннего детского возраста, однако в анамнезе этих детей имелись указания на соматические расстройства различного происхождения: неблагоприятные условия внутриутробного развития, родовая травма, постнатальная травма головы, острые или хронические инфекционные заболевания (малярия, туберкулез, дизентерия), а также некоторые формы сердечно-сосудистых заболеваний, эндокринные расстройства, дистрофия и т. д. Следует подчеркнуть, что у группы детей, перенесших те или другие инфекционные заболевания и травмы головы, довольно стойкими были явления астенизации личности. У таких детей нередко отмечались микросимптомы органического поражения центральной нервной системы.

В последнюю группу были включены дети, у которых задолго до развития заикания наблюдались признаки тяжелого невроза. Также дети были склонны к истерическим реакциям, к образованию навязчивых страхов, представлений и действий.

Характеристика группы заикающихся детей с явлениями органического поражения центральной нервной системы. Органическое поражение нервной системы чаще всего являлось следствием

неблагоприятно протекавших внутриутробного и природового периодов (особенно часто последнего). Такие дети с раннего возраста отличались особенностями развития речи, моторики и по

ведения. Они позже других детей начинали произносить первые слова и говорить фразами, речь их часто была тяжело косноязычной; у большинства из них с раннего детского возраста отмечалась общая моторная недостаточность: движения были неловкими, вялыми, аритмичными; особенно несовершенными были мелкие целенаправленные движения, вследствие чего такие дети не могли своевременно овладеть навыками самообслуживания (одевание, застегивание пуговиц, зашнуровывание ботинок), не могли принимать активного участия в детских играх в которых требовались точные и быстрые движения. У всех детей этой группы защитные силы организма были ослаблены, вследствие чего они часто и тяжело болели.

Большинство детей с явлениями органического поражения центральной нервной системы с раннего детства отличались повышенной возбудимостью. Значительно меньше среди них было детей робких, отличавшихся повышенной тормозимостью.

По характеру дети данной группы были раздражительными, и аффективными. Шутки и смех у них часто переходили в агрессию, что вызывало постоянные конфликты с окружающими и в отдельных случаях приводило к патологическому развитию личности.

При обследовании таких детей часто отмечались увеличение размеров черепа и бугристое его строение, на рентгенограмме черепа обычно наблюдались резко выраженные сосудистые борозды и пальцевидные вдавления, свидетельствующие о некотором повышении у них внутричерепного давления. Явление органического поражения были выражены в легкой степени; только у одного ребенка, которому накладывали щипцы во время родов, наблюдались левосторонний парез конечностей и патологические рефлексы. Со стороны нервной системы у некоторых детей выявились нистагмоидные подергивания глаз, расстройства глазодвигательного, лицевого, реже языкоглоточного нерва, повышение сухожильных рефлексов, положительные симптомы Хвостека, Ромберга. Как правило, были резко нарушены функции вегетативной нервной системы и наблюдались яркий стойкий дермографизм, гипергидроз, частая смена окраски лица, нарушения ритма дыхания, мраморная окраска кожи, в более редких случаях – повышенная саливация, энурез и т.д.

Возбужденное и тормозное состояние у детей с органическим поражением центральной нервной системы было выражено особенно ярко и в малой степени поддавалось педагогической кор-

рекции. Такие дети с трудом переключались с одного задания на другое, продолжительно задерживались на одном переживании, особенно на отрицательных эмоциях. Наряду с этим

они отличались резко выраженной утомляемостью и большой отвлекаемостью. Из причин заикания у детей данной группы на первое место можно выделить задержку речевого развития и косноязычие в сочетании с нарушенным темпом речи. Однако частым этиологическим фактором (в сочетании с другими вредностями) был испуг.

Характеристика группы заикающихся детей с тяжелыми неврозами. В анамнезе детей данной группы имелись указания на многочисленные неблагоприятные моменты, наиболее часто – сочетание внутриутробных, природовых и постнатальных вредностей с тяжелыми заболеваниями и с неблагоприятными условиями окружающей среды. Под влиянием развившегося заикания у всех детей... наблюдалось резкое усиление нервности. Расстройства аппетита доходили иногда до полного отказа от еды, появлялась нервная рвота; страхи принимали резко выраженный характер и держались длительное время.

Дети с тяжелыми неврозами с большим трудом приспосабливались к детскому коллективу. Они долго сторонились своих товарищей, не отпускали от себя родителей. Большинство из них отличалось повышенной истощаемостью. К концу дня пребывание в логопедическом полустанционаре становилось для них затруднительным, они жаловались на головную боль, утомление. В момент обострения нервности такие дети становились совершенно неработоспособными и напоминали тяжелобольных. Они были бледными, с темными кругами вокруг глаз; на занятиях в группе не могли запомнить стихотворений, прочитанного рассказа, составить коротенького рассказа по хорошо знакомым картинкам, несмотря на вполне достаточный круг общих сведений. Детский коллектив раздражал их, они просили пересадить их за отдельный стол и дать какую-нибудь игру, но и здесь не могли сосредоточиться на задании, смотрели по сторонам, имели сонный вид, зевали, клали голову на стол и т.п. В такие моменты замечания всегда вызывали у них слезы. В общении с близкими у детей появлялись капризы, упрямство, полное нежелание чем-либо заняться. Под влиянием прочитанных или услышанных рассказов у них появлялись страх за свое здоровье, боязнь заразиться микробами, страх одиночества, темноты, «жуликов», животных, мышей и даже насекомых. В отдельных случаях возникали навязчивые мысли, галлюцинаторные переживания, которые исчезли только после общего укрепления организма и специального лечения в детском отделении психоневрологической больницы им. Соловьева. Дети с

истерическими реакциями отличались эгоцентрическими чертами характера, они хотели везде и всегда быть первыми. По малейшему поводу с криком и причитаниями падали на пол,

иногда при этом у них возникало резкое двигательное беспокойство. В моменты обострения черт общей нервности такие реакции возникали у них очень часто.

На основании клинических наблюдений мы приходим к выводу, что заикание возникает главным образом у детей с ослабленной или органически измененной центральной нервной системой. Реже оно развивается у неуравновешенных детей. У совершенно здоровых и уравновешенных детей заикание возникает относительно редко.

Журнал невропатологии и психиатрии. — М., 1958. — Вып. 7. С 278-282.

М. Е. Хватцев

Заикание Общее учение о заикании

Сущность заикания. Заикание — это своеобразное, по преимуществу реактивное (функциональное) дискоординационное расстройство речи. Внешне проявляется в судорожных нарушениях речевого ритма, связанных с предшествующими и одновременными болезненными неврологическими и психическими изменениями, особенно в сфере эмоциональной и волевой. Заикание теснейшим образом связано с психофизическим состоянием заикающегося, с его личностью в целом, с его отношениями и установками на окружение.

По внутренним механизмам заикание неоднородно, встречаются различные его виды. Поэтому, хотя многие случаи заикания связываются с невротическими состояниями и нередко трактуются как логоневрозы, в целом заикание не покрывается понятием *невроз* и, следовательно, термином *логоневроз.*

Доказательством реактивной, функциональной сущности заикания служит тот факт, что речевые механизмы (как центральные, так и периферические) не имеют каких-либо органических повреждений: заикающийся в определенной ситуации в течение больших отрезков времени может говорить вполне нормально, и само заикание изживается в основном путем воспитания; вне акта обычной речи в большинстве случаев соответствующие механизмы также работают вполне правильно (при пении, дыхании, в

ритмической речи и т. п.). Однако имеются и такие (сравнительно редкие) случаи, когда заикание явным образом связано с органическими поражениями мозга (при реституирующей афа

зии, алалии, при постконтузионной немоте и т.п.). Будучи по своей природе связано с судорожными явлекиями, заикание как-то динамически связано с соответствующими органическими нарушениями.

Различаются три степени заикания, которые К. Кондовым и В Ивановым (Болгария) определяются так: легкая степень – заикаются лишь в возбужденном состоянии и при стремлении быстро высказаться; в этом случае задержка легко преодолевается, говорят, не стесняясь своего дефекта. Средняя степень – в спокойном состоянии и в привычной обстановке говорят легко и мало заикаются; в эмоциональном состоянии проявляется сильное заикание. Тяжелая степень – заикаются в течение всей речи, постоянно с сопутствующими движениями.

Такое условное деление заикания практически полезно и помогает изучению дефекта.

Причина заикания. Заикание возникает в результате факторов (раздражителей), непосредственно производящих специфическое нарушение в нервной системе и психике человека при наличии особо благоприятствующих условий («почвы»).

Благоприятствующие факторы, а) Невротическая отягощен-ность родителей (нервные и другие болезни, ослабляющие или дезорганизующие функции центральной нервной системы: сифилис, алкоголизм, интоксицирующие нервную систему плода).

б) Невропатические особенности самого заикающегося (ночные страхи детей, недержание мочи, повышенная раздражительность, эмоциональная напряженность, всякого рода подергивания в мускулатуре и т.п.).

в) Эмоциональная напряженность, неустойчивость и дезорганизация – база для заикания. Предрасполагающей причиной заикания может послужить и скрытая психическая ущемленность ребенка, повышенная реактивность на почве ненормальных отношений с окружающими.

Производящие причины.

1. *Причины анатомо-физиологические.* Сюда относятся: а) всякого рода физические заболевания с энцефалитическими последствиями и травмы (внутриутробные и природовое, нередко с асфиксией, сотрясение мозга); б) другие органические нарушения мозга, в том числе и наблюдаемые у алаликов, афазиков (локализация и стойкость симптома – признак органического поражения). Полагают, что в этих случаях повреждены подкор-

ковые регулирующие движения механизмы; в) истощение или переутомление нервной системы (интоксикационные и другие заболевания, ослабляющие центральные аппараты речи; корь, тиф, рахит, глисты, в особенности коклюш, болезни внутрен

ней секреции, обмена); г) болезни носа, глотки и гортани и несовершенство звукопроизносительного аппарата в целом, в случаях косноязычия и задержанного развития речи (ограниченный словарь, аграмматизм и т.п.); д) общая моторная неполноценность.

2. Причины психические и социальные.

а) *Испуг, страх.*

б) *Обострение эмоциональной напряженности* в результате острого психического ущемления, острой обиды, зависти, ревности, болезненной настороженности, боязни выдать тайну и т. д. нередко ведет к спотыкающейся, а в дальнейшем — к заикливой речи.

в) *Неправильное формирование речи в детстве.* 1) Речь на вдохе, косноязычие; 2) скороговорка — звук произносится в то время, как речевые органы вследствие торопливости уже перестроены на последующую артикуляцию; чрезмерный вдох перед речью, расплывчатые словесные формулировки, частое повторение слов, потребление непонятных слов; 3) быстрая нервная речь родителей; она вызывает и в акте восприятия и в стремлении подражать ей нервное напряжение, проявляющееся у нервных детей в виде заикания.

Перегрузка способных, но нервных детей младшего возраста речевым материалом, особенно декламацией перед взрослыми гостями в плане демонстрации своих талантов нередко завершается заиканием.

Отмечаются случаи заикания из-за подражания заикающимся. Различаются две формы такой психической индукции (психического заражения); пассивная — ребенок непроизвольно начинает заикаться, слыша речь заикающегося, активная — он передразнивает его и сам начинает заикаться.

Многими специалистами отмечается возникновение или усиление заикания в первые месяцы поступления в школу при неправильном отношении к новичку учителя (излишняя строгость, суровость, неумение предупредить передразнивание заикающегося со стороны товарищей и т. п.), а также и родителей (запугивание учителем, повышенные требования к успешности и пр.)

Заикание возникает не только под действием данной конкретной причины (травмы, испуг и т. п.), но и под влиянием сложного комплекса условий, видоизменяющих результативный эффект. Вот почему испуг, например, в одном случае вызывает

заикание, тогда как до этого, при другой обстановке, многократно проходит в этом отношении безрезультатно.

Особое место занимают случаи заикания, связанные с каким-либо другим заболеванием. Оно не только неблагоприятно воз

действует на течение заикания, но и изменяет самый характер последнего.

Современная советская комплексная система

В основе логопедической работы с заикающимися лежит: 1) организация сознательного, правильного отношения коллектива (семья, школа и т. п.) к заикающемуся; 2) воспитание у него здоровой психики и правильного отношения к окружающим и к своему недостатку, изживание явлений невротических, болезненных; 3) воспитание гармонического, плавного, ритмичного функционирования всех элементов звукопроизносительно-го аппарата и всей речи, в целом; 4) целостное воздействие на личность ребенка.

Одновременно с воспитательной работой во многих случаях проводится лекарственное и физическое лечение, укрепляющее нервную систему заикающихся, воздействующее на другие нервно-психические заболевания, нередко имеющие общую этиологию (психастению и т. п.). Логопедические занятия необходимы в тесном контакте с врачом-невропатологом. Он не только лечит заикающегося, но и консультирует логопеда в вопросах воспитания здоровой речи (дозировка продолжительности занятий и т. п.).

Задача занятий — перевоспитание психофизиологически травмированной личности заикающегося с одновременным устранением неврологических нарушений в области звукопроизносительной функции. Полная ликвидация судорог в речи — существенная, но не самодавлеющая задача, так как наличие слабо выраженных симптомов его не ограничивает нормального проявления общественной личности «перевоспитанного» и «оздоровленного» заикающегося. Первоочередной задачей является оздоровление психики (переживаний, отношений) заикающегося и социального окружения с одновременным (в случае необходимости) лечением и укреплением нервной системы и сомы — патологического синдрома в целом.

Особенности занятий с маленькими детьми

Логопедическую работу с заикающимися детьми следует начинать с самого раннего возраста, так как в этом возрасте заикание легче и быстрее преодолевается и не препятствует дальнейшему нормальному развитию ребенка. Эта работа проводится в

четырех планах: в семье через родителей, в массовых детских учреждениях через воспитателей, нянь и, наконец, в специальных

учреждениях амбулаторного и стационарного типа. В первых двух случаях логопед является консультантом, в последних – непосредственным учителем.

При устранении заикания могут представиться два случая: 1) свежий случай, когда с момента обнаружения первых симптомов заикания прошло немного времени – от нескольких дней до 2–3 недель, самое большое 1–2 месяца; это первичное заикание (вторичные явления отсутствуют); 2) застарелый случай, когда заикание продолжается свыше 1–2 месяцев (вторичное заикание: возникают вторичные явления).

Устранение заикания в первом случае. Если заикание наступило внезапно, надо прекратить контакт ребенка с окружающими и отвлечь его внимание от речи, успокоить нервную систему, установить психическое равновесие. Нужно немедленно поместить ребенка в наиболее благоприятные условия в смысле покоя... проводить постельный режим (уложить в постель как больного). В течение первых дней соблюдать полное молчание, затем разговор шепотом и в возможно ограниченных рамках. Лечение – успокоительные, а также снотворные средства, чтобы заикающийся крепко спал ночью и пребывал в дремотном состоянии днем. Окружающие сами говорят тоже тихо, медленно, спокойно. Через неделю-другую такого режима заикание исчезает, и ребенок снова включается в обычную жизнь. Однако с этого момента до полной возмужалости должны систематически применяться... профилактические меры.

Устранение затянувшегося заикания маленьких детей. Когда заикание перешло в стойкую форму, то приходится проделать частично или полностью систематический курс логопедии, закрепляя восстановленную здоровую речь последующей профилактикой. Режим молчания и уединения в таких условиях иногда даже вреден; заикающийся больше сосредоточивается на своем заикании, и его угнетенное состояние еще больше усиливается... Вместо молчания вводится максимальное ограничение речи ребенка: по возможности меньше разговаривают с ним, создавая обстановку занятости ребенка игрушками, рисованием и т.п. Ведущим приемом здесь является замедленная и слитная (слово сливается со словом) выразительная, с живыми интонациями речь в унисон. Ребенок в одно и то же время 1) слышит речь руководителя (матери, воспитателя), 2) сам говорит и 3) слышит собственную речь. Например, мать (воспитатель, логопед) предлагает ребенку вместе рассказать сказку... Если ребенок по тем

или иным причинам (стеснение, страх, негативизм) упорно молчит, то руководитель показывает ему яркую интересную картинку и медленно, с достаточной эмоциональностью, сам рассказывает

по ней. Ребенок через некоторое время включается в это рассказывание, и остается лишь умело использовать этот контакт. Дыхание во время речи у малышей регулируется путем рефлекторного подражания руководителю, который после каждой короткой фразы делает паузу, а затем несколько подчеркнуто делает небольшой вдох через раскрытый рот. Специальных дыхательных и голосовых упражнений с маленькими детьми не делают. Навык спокойного вдоха содействует спокойному произношению.

Когда этот вид речи наладится, то предлагают ребенку лишь повторять сказанное (по предложениям). Но как только замечают у него затруднение в произношении того или иного слова или фразы, то тотчас же произносят их в унисон. Так прорабатываются стишки, рассказы, картинки.

Заметив, что заикающийся хорошо повторяет речь, переходят к вопросам и ответам, причем вопросы следует так формулировать, чтобы возможен был только один определенный ответ, во избежание всяких колебаний, нерешительности и перестроек фраз на ходу. Далее предлагают ребенку произносить самостоятельно маленькие стишки, читать, рассказывать, все время внимательно следя за его речью и вовремя помогая ему одновременным произнесением слов и фраз... Занятия проводятся по нескольку раз в день (2–3 раза, во избежание утомления по 10–15 минут) под видом игры и развлечения, но отнюдь не в форме «лечения». На этих занятиях, ровно как и в разговоре при ребенке, – ни слова о заикании.

Старший дошкольный возраст. И здесь основным методом воспитания является подражание и игра. Но речевой материал уже более сложный (в соответствии с программой по развитию речи). Центр тяжести с сопряженной речи переносится на отраженную и на самостоятельную. Значительное место занимают диалог, декламация, рассказывание.

Основные разделы работы

1. Беседы с целью воспитания установки на медленную речь и наблюдение за выполнением, обсуждение речевого поведения детей.

Примечание Пользуются нормальной речью (естественные темп, интонации и ритм), так как монотонная и излишне тягучая речь, как слишком искусственная, трудна для детей.

2. Одновременное устранение прочих недостатков речи.

3. Ортопедия расстроенной моторики: ритмичные движения, игры, пение в увязке с развитием дыхания и голоса.

4. Беседы с родителями (индивидуальные и коллективные).

5. Физическое оздоровление ребенка (питание, физиотерапия, медикаментозное лечение).

Особенности занятий с детьми школьного возраста (I–VII кл)

Логопедические занятия со школьниками имеют значительные особенности. Они заключаются в следующем:

1) вся работа ведется логопедом;

2) занятия происходят по строгому расписанию в специальном кабинете (на логопедическом пункте, в поликлинике);

3) игровая форма занятий по мере повышения класса вытесняется специальными упражнениями и практикой в речи;

4) речевой материал и виды занятий сближаются со школьной практикой (коллективные занятий в форме урока – 45 мин.);

5) подражание по-прежнему остается в большинстве случаев основным методом, но значительный удельный вес с повышением возраста приобретают упражнения, установка на сознательную борьбу со своим дефектом;

6) психотерапия применяется чаще и в более развернутом виде, в плане воздействия преимущественно на интеллектуальную, а не эмоциональную сферу.

Общая схема построения групповых занятий со школьниками.

I. Зарядка – 5 минут. 1) Два-три дыхательных упражнения. 2) Два-три голосовых упражнения. 3) Произнесение названий чисел (в первую неделю от 1 до 10, в дальнейшем от 1 до 20), дней недели, месяцев. 4) Произнесение 2–3 коротких фраз или наизусть небольшого стишка (4 стиха). 5) Правила речи (хором).

II. Беседа о выполнении логопедических домашних заданий (поручение, речь на уроках, вне школы и т. п.).

Анализ с элементами психотерапии неудач – 5–10 мин.

III. Чтение – 5 мин.

IV Рассказывание (по картинке, пересказы содержания урока; материалом являются упражнения в склонении, спряжении и т. п.) – 10 мин.

V Диалогическая речь (беседа двоих или одного со всей группой на данную тему или по картинке, басни в лицах, инсценировки, речь в играх, связанная с движением) – 6–10 мин.

VI. Заключительная часть: анализ речи и поведения во время данного занятия, задание на дом, правила речи (индивидуально или хором) – 5 мин.

Занятия ведутся по 45 минут, вначале ежедневно, а затем через день и реже, в зависимости от потребности.

Ритмическое замедленное чтение

1. (В особо трудных случаях). Совместное, отраженное и, наконец, самостоятельное медленное чтение по одному слову на один выдох. После каждого слова – пауза в 3/4 такта. Пауза производится в том же ритме, как и чтение.

2. То же по несколько слов (синтагм) на один выдох.

3. Чтение вначале сопряженное, а затем самостоятельное, со спорадическим включением логопеда в случае затруднений.

а) Вся группа заикающихся читает в унисон. Прочитанное хором повторяет один, остальные же в случае затруднения товарища присоединяется к его произношению и по знаку руководителя прекращают чтение. Так все произносят по очереди.

б) Так же читает только руководитель по очереди с одним из заикающихся, а остальные лишь слушают.

4. Чтение с замедленным началом на одном выдохе на фразу.

5. Чтение через слово и затем через неопределенные отрезки текста, поочередно с кем-либо в одном и том же ритме; одно слово или часть текста читается заикающимся, другое – руководителем или другим лицом (другим заикающимся). Второй прием особенно полезен, так как заикающегося прерывают врасплох и, неожиданно остановившись, опять-таки врасплох заставляют его продолжить чтение.

6. Чтение диалога (по ролям). Это хорошая подготовка к разговорной речи.

7 Чтение с остановками условной длительности на знаках препинания, например; запятая– 1/4 такта, двоеточие – 3/4, знаки вопроса и восклицания – 3/4; точка – 5/4; многоточие – 6/4. Отсчет пауз – хорошее успокаивающее и отвлекающее средство.

8, Обыкновенное самостоятельное плавное выразительное чтение.

9. Широкое (умелое) использование в разных вариантах магнитофона.

Самостоятельная речь.

Самостоятельная речь может быть подготовленной (пересказ стихотворения, изложение школьных уроков, пересказы прочитанного, рассказы виденных кинокартин, пьес и т.п.) и неподго-

товленной (ответы на неожиданные вопросы, рассказ на предложенную тему или по новой картинке и т. п.). Вот наиболее существенные упражнения в самостоятельной речи:

1. Ответы на заданные вопросы, причем заикающийся вначале дает полный ответ.

2. Свободная ассоциация. Заикающийся заканчивает начатую руководителем или товарищем фразу.

3. Заикающийся задает вопросы.

4. Заикающийся начинает фразы, а руководитель или товарищи их заканчивают.

5. Составление по данному руководителем слову фразы, беззвучное артикулирование ее заикающимися с последующим произношением вслух.

6. Заканчивание слова по данному начальному слогу. После некоторой тренировки словесную работу следует ограничить определенной темой.

7 Перефразировка; фраза с изменением логического ударения или интонации. В особенности надо следить за точностью формулировок мысли при наличии эмболофразии.

8. Пересказ повествовательного, затем драматического произведения в форме первого, второго или третьего лица.

9. Передача слышанного по радио, подготовленного школьного урока и т.п.

10. Рассказ по картинке.

11. Рассказ виденного в театре, кино.

12. Рассказ о лично наблюдаемом происшествии, событии из жизни... на даче, в школе.

13. Рассказ о проделанной перед заикающимся его товарищем инсценировке.

14. Импровизация на заданную тему.

15. Диалог с руководителем, а затем и с товарищем. Темой служит картинка, а для большей легкости речи – какое-нибудь событие.

16. Участие в инсценировке.

17 Разговор по телефону.

18. Доклады на заранее заданные темы.

19. Выполнение разных поручений: спросить что-либо у постороннего лица, купить что-нибудь в магазине, войдя в словесное общение с кассиром, продавцом и т.д., с последующим отчетом о проделанном (перед руководителем или коллективом); руководство занятиями (выполнение роли логопеда), помощь отстающим ученикам младших классов в подготовке уроков.

Прогноз при заикании.

Чем свежее случай, чем моложе возраст, чем активнее и жизнерадостнее общее поведение, чем меньше речевых аппаратов

захвачено судорогой и чем слабее сама судорога, чем меньше всякого рода психических наслоений, – тем благоприятнее виды на успех. Для заикания, развивающегося преимущественно на почве врожденного отягчения или приобретенной нейропатии, а также появившегося без видимых внешних воздействий, предсказание менее благоприятно. Здесь чаще рецидивы. Плохим признаком считается заикание на всех видах речи (речь громкая, шепотная, стихотворная, подражательная), а также предшествующие бесплодные занятия у кого-либо. Срок прекращения заикания зависит не только от характера заикания и степени судороги (иногда ребенок с легкой формой заикания имеет больше внутренних затруднений, и наоборот), но и от личности ребенка интереса, степени решительности избавиться от заикания, выдержки, самодисциплины и волевого усилия при выполнении заданий, от его возраста и в большой мере от личности и мастерства логопеда.

Наиболее благоприятным в этом отношении является возраст в 2–4 года (легче создать благоприятные условия, небольшой стаж заикания), затем 16–22 года, иногда до 40 лет (играет роль сознательность). Наименее благоприятным оказывается возраст 10–16 лет (обостренная психическая ранимость, стремление к свободе, самостоятельности, нелюдимость и т.п.). Нередко исчезнувшее заикание потенциально сохраняется в течение 3–6 и 9 лет и приобретает характер залеченного туберкулеза, готового проявиться при возникновении неблагоприятных условий. Но и перечисленные показания далеко не всегда оправдывают себя.

Хватцев М. Е. Логопедия. - М., 1959. - С. 213—311.

М. Зееман

Заикающиеся дети

Заикание *(balbuties)* — невроз речи, возникающий большей частью в детском возрасте, один из самых мучительных неврозов, так как он связан с функцией речи, необходимой для межиндивидуального общения. Заикание возникает большей частью, когда дети начинают говорить самостоятельными фразами. Ребенок понимает и знает часто больше, чем может выразить речью. Он подыскивает выражения и при этом начинает повторять

слоги или слова. Повторение часто наблюдается в детской речи, и этот признак не болезненный, а физиологический, характерный для периода развития детской речи (физиологическая итерация).

Не следует чрезмерно обращать внимание на итерацию. Повторение становится болезненным проявлением тогда, когда ребенок начинает судорожно упирать на первые звуки слов. Этот Упор на звуки становится в дальнейшем настолько сильным, что нарушает произношение словами и ребенок запинается.

Признаки заикания

Признаки заикания очень изменчивы и разнообразны; их можно разделить на внешние, или физические, и внутренние, или психические.

А. Внешние, или физические признаки заикания характеризуются главным образом судорожными движениями мускулатуры речевого аппарата. Клонические судороги мы называем клонусами, тонические — тонусами. Степень заикания колеблется от неуверенности при речи до полной невозможности произнести что-нибудь во время приступа. Нарушения координации общего речевого акта отражаются таким же образом и на дыхательной, фонаторной и артикуляционной мускулатуре.

1. Дыхательные движения нарушаются очень заметно, и многие заикающиеся испытывают это так сильно, что неправильно принимают их за главную причину своего недостатка речи.

Особенно заметен расход воздуха при тоническом заикании, когда нередко выдыхается большая часть воздуха, прежде чем образуется голос, и больной после этого говорит только на остаточном воздухе. В спокойном состоянии дыхание заикающихся не нарушено, но как только их заставляют говорить или читать, дыхание у них нарушается, что отражается на изменении грудной и брюшной кривых, их равномерности и взаимоотношении.

2. ...Почти у всех заикающихся нарушается голос, однако не так часто и заметно, как дыхание. Во время приступа заикания можно видеть и ощутить быстрые движения гортани вверх, вперед или вниз. Иногда гортань остается некоторое время немного в выдвинутом положении, как бы фиксированной. Напряженная и судорожная фонация иногда изменяет состояние голосовых связок, возникает гиперемия, утолщение слизистой и образуются узелки, что способствует различным нарушениям голоса. Часто бывает твердое голосовое начало, что я считаю признаком тонической фонации. Твердым началом образуются не только гласные, но и звонкие согласные.

3. Нарушения артикуляционных движений наступают при произношении всех звуков, чаще всего чеканных, больше незвонких (*л, т, к*), чем звонких *(б, д, г)*. Возникающие артикуля-

ционные тонусы заикающийся прерывает или повышением артикуляционным и экспираторным давлением, или вдохом, который ицогда связан с голосом. Клонусы также прерываются повышением фонаторной и артикуляционной силы ил,и прекращением экспирации, что бывает и при тонусах. Иногда в обеих формах резко опускается нёбно-глоточный затвор, и воздух уходит через нос.

4. Сопутствующие движения (содвижения) у заикающихся проявляются уже в детском возрасте. В этих движениях могут участвовать самые различные группы мышц лица, шеи, туловища и конечностей. Дети причмокивают языком, закрывают глаза, моргают, приоткрывают рот, облизывают губы, иногда скрипят зубами и т. д. Некоторые дети проделывают очень сложные движения: подергиваются, кивают или вертят головой, напрягают мышцы шеи, двигают туловищем в разные стороны, сжимают пальцы, топают ногами и пр. Кроме этого, существует много произвольно образуемых движений, при помощи которых заикающиеся стараются побороть помехи речи (вторичные движения). Другой целевой реакцией, при помощи которой заикающиеся стремятся остановить приступ или предупредить его, является добавление стереотипных слов или звуков. Этот признак называют *эмболофразией.* Прибавляются, например, звуки *и, е, мм,* слова *а, тогда, что* и т. д. У детей эмболофразия наблюдается реже, чем у взрослых. От вторичных сопровождающих движений у детей следует отличать моторное беспокойство в виде постоянных и беспорядочных движений, например, верчение, подергивание рук, верчение пуговицы, комкание носового платка, беспокойное топтание на месте и т. д. Подобные движения наблюдаются и у нормально говорящих детей-невропатов или у детей экстрапирамидного типа. У заикающихся детей часто бывает моторное беспокойство и во время сна: вздрагивание, сбрасывание одеяла, дети мечутся, ложатся поперек кровати или головой к ногам; приходилось наблюдать и сомнамбулизм; часты ночные кошмары, которые появляются иногда через несколько часов после засыпания, при этом ребенок начинает кричать, плакать, но полностью не пробуждается.

Б. Внутренние, или психические признаки заикания. Эти симптомы являются существенной частью заикания и превращают его в тяжелое мучительное страдание. Наиболее типичный психический признак заикания — страх перед речью *(логофобия),* страх перед определенными звуками или словами, которые особенно трудны.

Страх вынуждает заикающегося все время думать о механизме артикуляционных движений, и от этого страдает содержание речи.

Психические изменения. Заикающиеся постоянно испытывают страх перед приступом, и каждый приступ наносит тяжелые и всегда новые психические травмы. Заикающийся боится, что над йим будут смеяться и не поймут его, становится нелюдимым, отношение к окружающим меняется, духовная жизнь разлаживается из-за навязчивой идеи, что каждый замечает его недостаток. Иногда проявляются параноидные черты. Каждый заикающийся чувствует свою неполноценность, и это приводит иногда к полному обесцениванию личности; не удивительно, что психическое состояние больных постепенно изменяется к худшему, и невроз речи переходит в психоневроз.

Причины заикания

А. Внутренние причины заикания

Наследственность заикания. Заикание почти в 1/2 случаев передается по наследству. Гуцман статистически определил наследственность заикания в 28,8% случаев, Тромнер – 34%, Малдер и Надолечный – в 40%, Мигинд – в 42%, Зееман – в 33%, Гуцман младший – в 27%, Седлачкова – в 30,9% случаев. У предков (мужчин), кроме заикания, часто отмечается быстрая, ускоренная речь (тахилалия). Исходя из своих наблюдений, я предполагаю, что это нарушение темпа речи, которое управляется околокорковым серым веществом, является основой, которая в следующих поколениях часто способствует заиканию.

Левшество и его отношение к заиканию. Проблема связи заикания с левшеством очень сложна и до сих пор не разрешена. Мне кажется, что левшество необходимо рассматривать наравне с запозданием речи. Оба явления свидетельствуют о том, что у заикающихся имелись перфорированные отклонения функции и организации речевых центров и путей. Мы должны предостерегать родителей от переучивания леворуких заикающихся и, наоборот, советовать, чтобы их заставляли все время применять левую руку.

Б. Внешние причины заикания

Детские инфекционные заболевания относительно часто провоцируют заикание (по Гуцману, в 10% случаев). Первые признаки начинаются уже иногда во время болезни или сразу после выздоровления. После инфекционных болезней наступает общее физическое и психическое понижение сопротивляемости и на-

рушение нейро-вегетативного равновесия. Это является подходящей почвой для возникновения или усиления заикания у

предрасположенных к нему детей. Хронические заболевания не являются причиной возникновения заикания, но они могут усилить уже существующее. Затрудненное носовое дыхание усиливает заикание у детей, что часто происходит при аденоидных разрастаниях. О нарушениях обмена веществ при заикании имеется мало данных. Интересно, что избыток мясной и белковой пищи усиливает заикание. Жизненными периодами, усиливающими заикание, является рост зубов, переходный возраст, менструации.

Климатические влияния, как и при остальных неврозах, иногда сказываются довольно сильно. Осенью и весной у детей наблюдается ухудшение состояния. Домашняя среда может оказывать вредное влияние в случаях плохого обращения с ребенком и при упоминании о его недостатке.

Статистически доказано, что между 6-м и 8-м годом число заикающихся увеличивается. Сказывается влияние школы.

Испуг, телесное наказание, ушиб или какие-либо сильные психические возбуждения вызывают у предрасположенных детей первый приступ заикания. Внешней причиной заикания может быть и «психическая зараза», но некоторые исследователи это слишком преувеличивают.

Наша теория возникновения заикания очень близка к учению Павлова о неврозах. Заикание как координационный невроз речи можно понимать как результат конституциональной слабости коры головного мозга, главным образом второй сигнальной системы. Проявлением ослабления контролирующей и управляющей функции коры головного мозга является болезненно повышенная аффективная лабильность и вегетативные нарушения.

Признаки заикания проявляются не от патологоанатомичес-ких изменений в стриопаллидуме, а возникают при его динамических отклонениях, которые вызываются сильными аффектами. Я считаю вегетативную дистонию соматическим признаком заикания, который находится в причинной связи с его возникновением. Когда у предрасположенных невропатических детей дело доходит до постоянных симптомов заикания, у них образуется замкнутый круг патологических изменений, психических и вегетативных. Страх перед речью как сильная эмоция разрушающе действует на процессы в субкортикальных областях и вегетативных центрах, которые затем обратным действием ухудшают нарушение корковых процессов. От страха перед запинкой речи нарушается нормальная деятельность стриопаллидума и вследствие этого возникает гиперкинез и гипертония мышц голосового

аппарата. При частом повторении приступов заикания этот патологический круг закрепляется как условная связь. Наконец, бывает достаточно легкого колебания речи или только представ

ления о невозможности произнести определенный звук, чтобы у Заикающегося наступило такое сильное волнение, что описанной условной связью вызывается новый приступ заикания. В зависимости от того, какие части стриопаллидума при нарушении субкортикальных механизмов получат функциональный перевес, у заикающихся возникают клоническое повторение или тоническое торможение и разные содвижения артикуляционных мышц или более отдаленных групп мышц.

Лечение заикания

Лечение заикания – трудное дело. Оно бывает успешным только при условии сочетания медикаментозного лечения с психотерапией и лечебной педагогикой.

Общие основы лечения. Слабым, анемичным детям мы предписываем усиленное питание, правильный режим, регулярный сон, длительный и спокойный. Рекомендуется спать 1–2 часа после обеда, особенно маленьким детям. Если у ребенка бывают ночные кошмары и он беспокойно спит, временно даем снотворное. Пища должна быть не раздражающей; строго воспрещаются алкогольные напитки, чай и кофе; ограничивается потребление мясной пищи.

Рекомендуется регулярная гимнастика и групповые вольные движения, так как они способствуют выработке лучшей координации и укреплению характера (подчинение коллективу, побуждение честолюбия, воспитание самодисциплины и т. д.). В отношении гидротерапии следует соблюдать осторожность. На заикающихся детей вредно действуют холодный душ и обтирания ледяной водой, так как они вызывают слишком сильный вазомоторный шок и действуют рефлекторно на дыхание. Для них хороши теплые ванны и обтирание теплой водой перед сном.

Перед тем как приступить к лечению заикания, следует исправить носовое дыхание. Аденотомия проводится под легким наркозом, чтобы не вызвать у ребенка страх. Лечение детского заикания гипнозом не рекомендуется.

Лечебные упражнения при заикании. При лечебных упражнениях с 3–4 летними детьми мы говорим короткие фразы спокойным низким голосом и в свободном ритме и заставляем их повторять в таком же ритме. Удобно применять книжки с картинками, придумывать к картинкам короткие истории.

Основой лечебных упражнений является стремление превратить ускоренную и динамически гиперфункциональную речь за-

икающихся в спокойную, внутренне управляемую и образуемую без напряжения.

Собственный метод лечения заикания

А. Психотерапия

Психотерапия является основой лечения заикания. Она должна быть неразрывно связана с лечебными упражнениями. Психотерапия устраняет болезненную мнительность и возбудимость. Целью психотерапии при заикании является также воспитание самодисциплины и выдержки. Психотерапевтический подход зависит от возраста, характера и типа ребенка, от длительности и проявлений заикания и, наконец, от поведения и отношения окружающих. Для достижения успеха нужно заслужить доверие больного, хорошо изучить его внутренний мир и воздействовать на него спокойным внушением и последовательным укреплением его воли, но всегда без излишней резкости. Успех зависит также от личных свойств врача. Кроме веры в выздоровление, я считаю радость одним из самых сильных факторов психотерапии.

Б. Лечебные упражнения

1. **Дыхательные упражнения.** Проводятся регулярно в течение нескольких месяцев как с маленькими детьми, так и со взрослыми. Больной, стоя в спокойном положении, кладет руку на нижнюю боковую часть грудной клетки, по требованию спокойно и тихо делает вдох с открытым ртом и сразу произносит гласную, заранее намеченную. Важно, чтобы гласная всегда образовывалась мягким голосовым началом. Как только это достигается, приступают к дыхательным упражнениям. Заикающихся заставляют как можно дольше проделывать фонацию. Голос должен быть на средней высоте, почти на глубоких тонах, должен иметь силу разговорной речи и сначала и до конца фонации держаться на одной высоте и силе. К концу фонации не должно быть детонации или колебания силы (пульсирующее тремоло).

Цель дыхательных упражнений двойная: тренировка воли и повышение обмена веществ через воздействие на вегетативную нервную систему. У детей до 5–6 лет продолжительность фона-торного периода достигает 15 секунд, у детей до 10 лет – приблизительно 20 секунд, взрослых после дыхательных упражнений – 40–50 секунд, изредка 55–60 секунд, у подростков до 14–16 лет – 25 секунд, иногда 30 секунд.

2. Растормаживающие упражнения. Во время тренировки отвлекаем внимание больного от артикуляции и механизма речи. Обращаем внимание только на содержание речи. Неправильно побуждать к вдоху перед разговором, а также заставлять трудные

слова заменять другими. Наоборот, следует упражнять звуки, которые особенно пугают больного, и повторять слова, на которых он запинается. Заикающийся должен произносить ряды гласных, например, *аеиоу* или *аоиу, аоиое* и т.д. Заставляем говорить ряды слов, начинающихся определенной согласной или их цепочкой, таким образом, чтобы согласные почти полностью приглушались и была слышна только мелодия слов, образуемая гласными, которые являются носителями мелодии речи. Слова должны произноситься так, чтобы голос скользил плавно с одной гласной на другую, причем каждая гласная выговаривается мягким голосовым началом и несколько продлевается. Согласные приглушаются и выговариваются легко и отрывисто. Я отношусь отрицательно к монотонной и монодинамической речи, предлагаемой некоторыми методами. Она неестественна, и заикающиеся стыдятся так говорить при посторонних.

3. Ассоциативные упражнения. Целью этих упражнений является выработка, усовершенствование и укрепление всех умственных способностей, на которых основывается построение речи.

При упражнении словесных комплексов переходим от простых задач к самым трудным. Заставляем, например, называть членов семьи, перечислять названия цветов, растений, зверей, птиц, рыб и т.д. Спрашиваем о видах ремесел, инструментах, которые употребляют ремесленники; предлагаем называть мебель, обстановку определенных помещений, детали, из которых делается мебель, предметы одежды, части тела. Выбор тем зависит от возраста и умственного развития ребенка. Другой вид упражнений – называние предметов, употребляемых при определенной работе, на службе, учении и т. п. Для старших детей можно использовать противоположные понятия (например, *большой — маленький, богатый — бедный),* контрастные существительные и прилагательные. Самым старшим детям можно предлагать называть синонимы слов. Предлагаем называть слова, начинающиеся определенной гласной, согласной или рядом согласных. Проводим упражнения быстрого формирования фраз. На слышимое слово немедленно придумать простую фразу. Фразы постепенно удлиняются. Упражнения можно применять уже у 3–4-летних детей.

4. Тренировка чтения. Это упражнение начинаем со старшими детьми уже во время первого или второго посещения одновременно с растормаживающими упражнениями. Пользуемся заранее подготовленным текстом, в котором гласные и слогообразу-

ющие звуки выделены другим шрифтом, или краской. Предлагаем читать каждый день не менее 1 1/2 часов, разумеется, с перерывами. Во время чтения проводим вибрационный массаж грудной

клетки при помощи вибратора, приводимого в действие электромотором. Тренировка чтения проводится ежедневно в течение нескольких месяцев.

5. Упражнение речи. Ежедневными упражнениями путем пересказывания прочитанного текста вырабатывается способность хорошей словесной репродукции. Маленьких детей заставляют рассказывать сказки, которые они слышали дома, разрешают свободно изменять содержание. Старших детей заставляем рассказывать то, что они прочитали сами. Следующим средством выработки уверенной речи являются задания, которые больные должны выполнять. Родители должны посылать детей за мелкими покупками, попросить что-нибудь у соседей и т.д. Более взрослых детей заставляем обращаться с вопросами на улице к незнакомым людям.

В. Медикаментозное лечение

Я провожу успокаивающее лечение, действующее затормажи-вающе и охранительно на кору головного мозга, чтобы достигнуть нормального физиологического равновесия корковой деятельности.

Лечение сном. Маленьким детям мы очень неохотно решаемся давать большие дозы снотворных, необходимых для поддержания сна по крайней мере в течение недели, из-за их токсического действия. Поэтому мы предпочитаем и проводим (с 1951 г.) метод удлиненного сна, который можно применять без риска. В течение дня мы запрещаем ребенку говорить (исключением являются лечебные упражнения); для этого стараемся удалить его от родных, детей и вывести из всякого рода волнующей среды. Сон удлиняем до 14 часов в сутки в течение 2–3 недель. Глубокий ночной сон вызываем легкими снотворными. Утренний сон продлеваем тем, что около 4 часов утра даем таблетку легкого снотворного. После обеда ребенок должен спать 1–2 часа.

Результаты лечения. Гуцман старший пишет, что достигал успеха приблизительно у 80% заикающихся, у остальных же было заметное улучшение и только у 2–3% успех не был достигнут. Практически заикающегося можно считать вылеченным, когда он может в повседневной жизни говорить плавно, без затруднений, когда у него исчезает страх возможности заикания, особенно в разговоре с чужими. Если такое состояние достигнуто, можно закончить лечение.

Зееман М. Расстройства речи в детском возрасте. - М., 1962. С. 210-263.

Ф. Н. Досужков

Невроз болезненной застенчивости (скоптофобия)

Мы... неоднократно наблюдали особый невротический синдром, который не укладывается в рамки принятых клинических единиц. Проявляется он идеей (иногда бредом) отношения, чувством менееценности, болезненной застенчивостью, стыдом за свою болезнь и часто еще другими признаками, описанными как специальные неврозы: идиопатическое заикание, тик, эрейто-фобия, дисморфофобия и др. Авторы, описавшие эти отдельные признаки, выделяли их как самостоятельные заболевания, не обращая достаточного внимания на общий для них синдром и сходное течение болезни. Мы посвятили вопросу об идеях отношения при неврозах специальную работу и описали вышеприведенный синдром, подчеркивая особое поведение больных – стыд за свое заболевание; мы назвали это патоаидоей и привели истории болезни больных, страдающих заиканием, эрейтофобией, дисморфофобией, какотехнофобией, гидрозофобией. Для всего этого синдрома мы предлагаем название скоптофобии, подчеркивающее основной признак всего синдрома – невротическую боязнь больного осрамиться.

Симптоматология скоптофобии пестра. Основной признак – аффект стыда, не соответствующий реальности, но определяющий поведение больного. Этот стыд проявляется в разных признаках, и в боязни осрамиться, стать мишенью для насмешек. В результате возникает антропофобия, больные избегают общения с людьми. Постоянные признаки скоптофобии – чувство менееценности и стыд за свою болезнь.

Стыд за свою болезнь – патоаидоя – симптом, определяющий поведение больного, которое было бы уместным при венерической болезни, половом извращении и т.п. но не при неврозе, при котором нечего скрывать и не за что стыдиться. Между тем больной смотрит на свою болезнь как на постыдную, унижающую его. Болезненная застенчивость типична для всех страдающих скоптофобией.

Заикание (к скопотофобии относится его идиопатическая форма) – специфическое невротическое нарушение речи. Нельзя, однако в каждом случае идиопатического заикания видеть

скоп-тофобию. Одна треть заикающихся не стыдится своего порока. Среди же «заик-невротиков» этот типичный стыд — проявление синдрома скоптофобии — отмечается в 66,2%. У остальных «заик

невротиков» обнаруживаются признаки иных неврозов (главным образом истерии). Другой симптом, встречающийся иногда при скоптофобии, – тик. Локализация его различна, но это всегда тик невротический, психогенный. Третий признак, часто встречающийся при скоптофобии, – болезненное покраснение – эрей-тофобия. В каждом случае эрейтофобии проявляется патоаидоя и весь скопотофобический синдром. Четвертый симптом, сопровождающий иногда скоптофобию, – гидрозофобия Все лица, страдающие гидрозофобией, которых мы наблюдали, относились к скоптофобам. Эти четыре симптома – заикание, тик, эрейто-фобия и гидрозофобия – признаки конверсионные, напоминающие истерию.

Течение. Самый ранний возраст, когда появлялись первые признаки скоптофобии, – 3 года, самый поздний – 7 лет. Это типичный возраст возникновения психоневрозов, что связано со слабой устойчивостью незрелого детского мозга к некоторым воздействиям. Это относится специально к интерперсональным (межличностным) отношениям (воспитание в широком смысле слова), которые для незрелого детского мозга легко становятся сверхмаксимальными (чрезмерные преждевременные требования). Частое развитие психоневрозов в детском возрасте, по-видимому, связано с анатомо-физиологическими особенностями детского мозга. До 7 лет головной мозг (специально его кора, в младшем возрасте также подкорка) анатомически резко отличается от зрелого мозга. На постепенность миелинизации мозговых (и спинномозговых) путей до рождения и в первые годы после рождения обратил внимание П.Флексиг (1896), позднее этот вопрос разрабатывался многими учеными, в том числе В. М. Бехтеревым. Физиологическая основа психоневроза – это слабость процесса условного торможения, что соответствует развитию мозга в детском возрасте. Элек-троэнцефалографически можно подметить физические проявления этой незрелости детского мозга в виде более медленных колебаний (а-волны появляются впервые после 5 лет); ЭЭГ становится «зрелой», по данным одних авторов, к 12 годам, по материалам других, к 19 годам. Дальнейшее течение скоптофобии может быть двояким: 1) исчезновение в школьном возрасте и рецидив в периоде полового созревания, 2) продолжение заболевания в течение всего детства с ухудшением в пубертатном или следующем за ним возрастном периоде. В большей части наших наблюдений она протекала по первому типу, менее чем в четверти наблюдений – по второму.

Дифференциальная диагностика. Дифференциация с другими неврозами проводится на основании типичности синдрома скоптофобии. Трудность представляет дифференциация скоптофобии от психопатий и некоторых психозов... Трудность ... могут пред

ставлять параноидные психозы. Скоптофобы — люди мнительные, с идеями отношения, и когда эти последние сильно выражены и сопровождаются «монастырской жизнью», следует подумать о психозе. Однако в большинстве случаев между скоп-тофобией и параноидными психозами имеется основное различие: в основе идей отношения и бреда при скоптофобии лежит чувство менееценности, при паранойе и параноидной шизофрении — ощущение своей значительности. Скоптофобы не пытаются переделать мир в соответствии со своим бредом, наоборот, он сам стремится измениться «к лучшему».

Патогенез. Невроз, по И. П. Павлову, возникает вследствие перенапряжения высшей нервной деятельности, вызываемого сверхмаксимальным раздражением у лиц с определенным типом высшей нервной деятельности. Человек может заболеть как неврозом, так и психоневрозом в зависимости от перенапряжения первой или второй сигнальной системы. Психоневроз — это болезнь социальных, т. е. интерперсональных отношений, результата влияния среды на человека, следствие неправильного воспитания (в широком смысле этого слова). Психоневроз возникает всегда в детстве как результат конфликтных интерперсональных отношений... Психоневроз — болезнь личности — возникает только у лиц с определенным интерперсональным прошлым, у ребенка уже подвергшегося влиянию воспитания, у которого уже возникли некоторые «идеалы», известное социальное кредо, который под влиянием воспитания ограничил свой детский эгоизм, стал сознательным членом социального целого (семьи). Отношения между воспитанником и воспитателем не обходятся без интерперсональных конфликтов, когда ребенок уже становится социальной личностью, когда привитые ему воспитанием социальные установки достигают известной зрелости, а жизнь предъявляет требования, нарушающие его эгоистические интересы и связанные с необходимостью пожертвовать примитивными интересами в пользу высших... Иначе говоря, психоневроз возникает как проявление интраперсональ-ного (внутриличностного) конфликта, корень которого в конфликте интеперсональном (межличностном). Моральное воспитание строится на деятельности второй сигнальной системы (генерализация, абстракция, интеграция); вот почему психоневроз — чисто человеческое заболевание — возникает вследствие перенапряжения второй сигнальной системы. Все сказанное относится также к скоптофобии.

Для понимания скоптофобии необходимо познание *патофизиологических механизмов* основных признаков этого заболевания. Можно... предположить, что реакция в виде стыда относится к проявлению пассивно-оборонительного рефлекса, и проявлению

торможения. Об этом свидетельствует тот факт, что у маленького ребенка стыд проявляется в том, что ребенок скрывается в объятиях матери, прячется, убегает. Редуцированным проявлением служит закрывание лица или отворачивание головы. Здесь можно видеть торможение исследовательского и преобладание рефлекса естественной осторожности. Все это моменты деятельности подкорки и первой сигнальной системы. Робость и застенчивость — черты характера скоптофобов, но это еще не сама скоптофобия. Последняя проявляется не только застенчивостью, но и стыдом за свою болезнь, определенным патологически-критическим отношением к своему поведению (патоаидоя). Патоаидоя — симптом, связанный с чувством стыда, нравственным переживанием, возникающей абстрактной и интегративной деятельностью, деятельностью второй сигнальной системы. При этом происходит торможение подкорки, поэтому надо предполагать, что указанный симптом связан с процессом раздражения[4] во второй сигнальной системе. Более точный механизм остается неизвестным.

Болезненный стыд скоптофобов связан с повышенной оценкой определенных впечатлений, т.е. с раздражениями, исходящими из органов чувств. Повышенная оценка — это сверхценная идея. При заикании люди слышат и видят неудачу больного (гримасы, покраснение, жестикуляция). Больной считает, что все «видят» его стыд. Скоптофоб «видит» в своем представлении, что окружающие «видят» его стыд. Нам кажется, что все случаи скоптофобии можно объяснить парадоксальной фазой высшей нервной деятельности.

Нозология. Скоптофобия встречается как самостоятельный невроз, реже — как психопатия и очень редко — как синдром при шизофрении.

Лечение. Скоптофобия — это психоневроз, заболевание, возникающее вследствие перенапряжения второй сигнальной системы. Отсюда следует, что лечить ее надо фактором второй сигнальной системы, т. е. словом. Логическим способом лечения здесь является лишь психотерапия, говоря точнее, — логотерапия.

Журнал невропатологии и психиатрии. — М., 1963. — Т. 63. № 1.

Р. Е. Левина

К проблеме заикания у детей

Освоение регуляторных механизмов, преодолевающих импульсивность речи, происходит тем успешнее, чем более выражена первичная способность ребенка к отсроченному реагированию и

одновременному охвату нескольких раздражителей, к преодолению персеверативных механизмов, к гибкости переключения и т.д. Названные черты поведения находятся в большой зависимости от типологических особенностей протекания психических процессов. Так, неблагоприятным фактором является неустойчивость внимания, мешающая внутреннему обозрению сказанного, недостаточная гибкость переключения, повышенная возбудимость ребенка или его заторможенность. Именно эти черты специальные исследования обнаруживают у заикающихся детей... Ведущим нарушением при заикании часто считают моторный дефект, выражающийся, в частности, в судоро-гоподобном напряжении лицевой мускулатуры в момент речи. Следует добавить, что в существующих концепциях заикания уделяется внимание также и особенностям личности заикающихся, однако чаще эти особенности объясняют как невротическую реакцию, т.е. как явление вторичного порядка... Особенности психики заикающегося ребенка, во всяком случае в первоначальном периоде речевого расстройства, не сводятся только лишь к реактивным изменениям личности. Больше того... у многих заикающихся детей установлена недостаточность тех процессов, которые являются предпосылками нормального формирования речевого поведения. Не случайно заикание наступает в период становления активной речи.

Конституциональная неустойчивость нервной системы создает неблагоприятные условия для протекания столь сложного процесса, каким является овладение речевым поведением. В таких случаях, чтобы уберечь ребенка от заикания, необходима большая предупредительная работа. Как известно, в возрасте двух-четырех лет, когда дошкольник впервые переходит от ситуационной речи к контекстной, когда наряду с интенсивным усвоением средств языка ему приходится овладевать языковой стратегией, когда возрастные особенности нервных процессов нередко усиливаются типологическими чертами, а иной раз и отклонениями от нормы, в этом возрасте частота наступления заикания особенно велика. Изучение заикающихся детей не в момент заикания, а вне этого процесса позволило выявить у них отчетливые признаки повышенной истощаемости психической деятельности... Изучались особенности деятельности заикающихся детей и связанные с ними отклонения внимания. Установлены следующие особенности деятельности заикающихся школьников: пониженная способность к воспроизведению заданного ряда

последовательных действий, слабость переключения с одного вида работы на другой, соскальзывание с заданного вида работы на более привычный, неоправданная замедленность или ускорение

деятельности в сочетании с низким уровнем продуктивности, пониженный самоконтроль при записи, проверке и выполнении заданий, длительное вхождение в работу и т.д.

Л. Ф. Спирова и Г В. Жаренкова изучили письменные работы заикающихся. При сопоставлении с нормой в них обнаружено значительно большее число пропусков, замен букв, недописок и других ошибок внимания. Особенно показательным было задание, на списывание с подчеркиванием определенной буквы, при выполнении которого заикающиеся дети допускали значительно больше ошибок, чем в норме.

Н. А. Тугова, проводившая наблюдения на уроках ритмики, отмечает, что двигательная неорганизованность заикающихся детей сплошь и рядом объясняется общей неустойчивостью внимания, пониженной наблюдательностью, неумением сосредоточиться на инструкциях учителя и т.д. Между описанными выше особенностями деятельности и произвольного внимания заикающихся и свойствами их речевого поведения существует несомненная связь. Прежде всего она выражается в проявлениях прямой неорганизованности речевого поведения — несдержанности речевых реакций, стремлении поспешно ответить, не подготовив содержание ответа, бесконтрольной передаче еще неосознанного сообщения.

Проявления заикания должны изучаться в тесной связи с особенностями коммуникативной ситуации и реакции на нее ребенка. Повышенная возбудимость, лабильность нервных процессов, равно как их чрезмерная заторможенность, неблагоприятны для овладения развитыми формами речевой коммуникации. Есть все основания полагать, что во многих случаях причиной несформи-рованности речевого поведения, находящей свое выражение, в частности, в заикании, сказывается слабость тех регуляторных механизмов, которые должны способствовать оттормаживанию импульсивных и возникновению отсроченных речевых реакций.

Особенности произвольной деятельности заикающихся, неустойчивость и истощаемость психических процессов, пониженная способность к отсроченной реакции ведут к отставанию в развитии регуляторной функции внутренней речи. Коррекцион-ное воздействие достигнет полного и стойкого эффекта лишь в том случае, если оно сможет нормализовать имеющиеся и сформировать новые механизмы внутриречевой регуляции коммуникативного процесса. Такова цель, в направлении которой должно

вестись логопедическое воздействие. Задачей коррекционного обучения становится упорядочение характерного для заикающегося хаотичного строя высказываний, подверженного быстрой смене импульсов в ответ на случайные воздействия, ассоциативные вплетения и т. д.

Нормализация регуляторной функции внутренней речи может быть достигнута при условии тщательно продуманной системы упражнений. У заикающихся этот процесс... требует значительно большей расчлененности форм работы с постепенным нарастанием сложности. Ребенку следует дать возможность восполнить пробелы предшествующего развития коммуникативного поведения и как бы заново пройти с ним путь систематического овладения его ступенями. Назначение этого процесса состоит в формировании последовательной, логической, предварительно планируемой речи. Учить заикающегося ребенка формулировать основное и строить свой ответ в точном соответствии с вопросом надо начинать с наиболее доступного предмета общения. Таким, например, являются простейшие наглядные ситуации. Ответы констатирующего характера с опорой на созерцаемое, ощущаемое, доступны уже на первых занятиях, поэтому именно здесь становятся возможными первые успехи в осуществлении поставленной задачи. Смысловое ограничение высказывания рамками заданного вопроса способствует преодолению патологической импульсивности речи заикающихся. Четкая беседа в наглядной ситуации преследует цель научить ребенка отбирать лишь те элементы речевой информации, которые обусловлены вопросом учителя. Дать «слепок», сформулировать основное даже в простейшей ситуации составляет предмет длительного специального обучения заикающихся. Система вопросов учителя, направленная на анализ объекта и отбор существенного, организует логику ответов, составляющих практику социализированной речи. Эта практика создается при помощи специальных приемов с тем, чтобы на ее основе возникли навыки внутриречевого самоконтроля.

Заикающийся ребенок нуждается в многократном наблюдении «моделей» организованной речи. Логопед должен детально расчленить речевой материал. Усвоение приемов речевого поведения происходит у заикающихся значительно медленнее, чем в норме. Оно требует многократного побуждения со стороны учителя, а часто и специальных заданий, приучающих детей следить за речью других, производить мысленный отбор словесного материала, составлять в уме план сообщения и т. п. Значительно большую роль, чем в норме, играют вопросы учителя... Впоследствии ученик сам начинает ставить вопросы вслух, а затем и про себя, мысленно подготовляя связное повествование. Нарастание сложности речи определяется предметом сообщения. Наиболее простой форме соответствует конкретная действительность, кон-

статация ее наглядных признаков и свойств. Постепенно становится возможной речь по следам уже выполненного действия, недавнего, а затем и отсроченного. Сопровождающая и завер

шающая формы речи приучают детей организовывать речевое сообщение, производить анализ его содержания, располагать в логической последовательности, делающей доступным его понимание. Дети приобретают навык несколько отсроченной речи, позволяющей создавать внутренний план повествования. Это подготовляет переход к наиболее сложному акту – к планирующей речи. Значение этого момента очень велико. Содержанием сообщения становятся не только объекты, доступные обозрению или знакомые по недавнему опыту или по информации о происшедшем с его готовым и часто хорошо известным собеседнику фактическим материалом. Содержанием речи становится самостоятельный замысел, которого ранее не было ни в опыте собеседника, ни в опыте сообщающего. Овладение планирующей речью означает, что ребенок должен приобрести умение предварять свое сообщение «речью для себя», в которой содержится «по-своему» (мысленно) обозначенная последовательность внешней речи, учет обстановки и другие черты, присущие внутренней речи человека. Высказанные соображения получают свою конкретизацию в зависимости от возраста заикающегося ребенка и от характера программного материала, который применяется нами в коррекционных целях. Широко известна разработанная на их основе в секторе логопедии Института дефектологии методика использования занятий по труду для дошкольников (Н. А. Чевелева).

Общая система исправления заикания у детей предполагает тесную взаимосвязь двух линий коррекционного воздействия, направленного на развитие связной речи, а также на внеречевые процессы.

Дефектология. - М., 1969. - № 3. С. 9—17.

В. И. Селиверстов

Логопедические занятия и игры с заикающимися детьми

Игра – основной вид деятельности ребенка дошкольного возраста. «Для ребят дошкольного возраста – писала Н. К. Крупская,

– игры имеют исключительное значение: игра для них – учеба, игра для них – труд, игра для них – серьезная форма воспитания».

Такое же большое значение игре в жизни дошкольника придавал и А. С. Макаренко: «У ребенка есть страсть к игре, и надо ее удовлетворять. Надо не только дать ему время поиграть, но надо пропитать этой игрой всю его жизнь. Вся его жизнь – эта игра»[1]

В играх детей отражаются впечатления, полученные из окружающей жизни, из любимых книг; развиваются взаимоотношения со сверстниками и взрослыми. Игры способствуют развитию чувства коллективизма, воображения, инициативы, целеустремленности, сообразительности, организованности. В играх у детей уточняются представления об окружающей жизни, расширяется кругозор; развивается восприятие, мышление, внимание, речь, необходимые движения. Игры создают бодрое и радостное настроение ребенку.

У детей 5-го года жизни игры еще несложны по сюжету, число ролей и время игры невелико. К 6 годам игровые замыслы у детей уже связываются не только с непосредственным опытом – они выходят за пределы жизни в семье, в детском саду. Дети охотно играют в труд рабочих на строительстве, в колхозников, в железную дорогу, водят корабли, перевозят пассажиров в автобусах, трамваях, на самолетах.

В свои игры дети этого возраста вносят уже элементы своего творчества и фантазии. Возрастает роль речи, слово помогает ребенку войти в роль. Игры становятся более продолжительными (до 30–35 минут). К тому же дети могут возвращаться к ним на протяжении нескольких дней.

К 7 годам у детей в играх заметна настойчивость в осуществлении задуманной цели, появляется определенное богатство замыслов. Так, в постройках, например, отмечается разнообразие тематики, правильное соотношение частей и т.д. Увлекают моменты соревнования, игры на смекалку.

Неправильная речь заикающихся детей и особенности их поведения вольно или невольно отражаются и на их участии в играх. Осознание своего недостатка, возможный страх перед речью особенно затрудняет включение таких детей в игру. По наблюдениям Г В. Косовой, эти дети робки, не умеют поставить перед собой цель в игре. Они чаще выступают в играх зрителями или берут на себя подчиненные роли. В случаях тяжелого заикания дети просто отказываются от игр со сверстниками. Иногда наблюдаются случаи, когда заикающиеся дошкольники в играх

---

[1] Макаренко А. С. Сочинения. — М , 1958. — Т. V. С. 272.

отличаются, наоборот, неоправданно повышенной фантазией, резонаторством, некритичностью к своему поведению.

Чувство собственной неполноценности может порождать неправильное отношение заикающегося ребенка к коллективу сверстников (чувство обиды, приниженности или даже озлобленности), лишает его радостного настроения, угнетает.

Недостаточно развитая речь, возможные нарушения движений (некоординированность, несоразмерность усилий, двигательные уловки, несобранность, неуклюжесть) — все это, с одной стороны, затрудняет полноправное участие заикающихся детей в играх, а с другой стороны, способствует фиксации ребенка на своем дефекте. От этого усложняются и проявления заикания и задачи воспитательной работы с заикающимся ребенком. Все это указывает на необходимость и своеобразие использования игр в логопедических занятиях с заикающимися дошкольниками.

В зависимости от задач, стоящих перед логопедом, разнообразные игры могут и должны использоваться как на самих логопедических занятиях, так и между ними. В первом случае игра позволяет дать ребенку необходимые знания о правильной речи и поведения, помогает воспитать необходимые умения и навыки, правильное отношение к коллективу, к своему месту в нем и т.д. Во втором (между занятиями) помогает переключить ребенка с одного вида деятельности на другой, дать ему возможность отдохнуть и в то же время закрепить в непринужденной обстановке те новые навыки речи и поведения, которые воспитываются у него на занятиях.

В педагогической литературе по дошкольному воспитанию различают разные виды игр: дидактические, подвижные, творческие (строительные, игры-драматизации, сюжетно-ролевые).

Дидактические игры. Для этих игр характерно то, что создают их взрослые с определенным содержанием и правилами. Задача дидактических игр — организовать в желательном направлении деятельность и взаимоотношение детей.

Это поучающие игры. Незаметно для себя дети получают те или иные сведения и умения, но их главным побудителям является интерес чисто игрового характера — занимательность действия, радость достижения результата, выигрыш и т. д.

Дети с удовольствием относятся к игровым задачам: отгадать, найти, сказать, назвать. Проявляют интерес к качеству решения игровой задачи: красиво сложить узор, правильно подобрать картинку и т. д.

Дети 5-го года жизни в процессе дидактических игр согласно «Программе воспитания детей в детском саду» учатся определять

качество и количество предметов, запоминать и сравнивать их по внешним признакам. Из набора предметных картинок, изоб

ражающих предметы, животных, находят сходство и различие, вычленяют общий признак; развивается сосредоточенность, внимание, настойчивость. Используются игры: «Кто скорее соберет башенку», «Собери колечки», «Катание цветных шариков», «Чудесный мешочек», «Цветная посуда» и др. Игра в лото расширяет представление об окружающих предметах и явлениях. Детям этого возраста доступны и музыкально-дидактические игры: «Узнай по голосу», «Погремушка или бубен» и др.

К 6 годам у детей все более возрастает интерес к качеству решения игровой задачи. Здесь используются такие игры, как «Магазин», «Подбери пару», «Сложи картинку», «Кому сколько», «Домино», «Прыгунки», «Мы считаем», «Кто что делает», «Зоологическое лото», «»Настольные кегли и др. Музыкально-дидактические игры: «Громко-тихо», «Какой барабан играет» (выше-ниже) и др.

К 7 годам по-прежнему привлекает игровое действие, но уже в большей степени заинтересовывает конечная цель, необходимость сделать известное усилие ради успеха. Здесь используются игры, способствующие развитию инициативы, самоорганизации, оценочных суждений и самоконтроля (разные виды мозаики, игры на классификацию предметов, лото «Кому что нужно», «Времена года» и др.).

Находят интерес у детей игры, содержащие элементы соревнования в ловкости, сообразительности (кегли, прыгунки, «Кто ловкий», «Настольный крокет»).

В играх используются полученные знания и умения (домино, счетное лото «Учись считать», «АБВ», лото «От звука к букве», игры-головоломки, словесные игры: «Море волнуется», «Черное и белое», «Какой предмет загадан» и др.).

Музыкально-дидактические игры детей этого возраста: узнай инструмент (металлофон, погремушки, бубен, бубенчики), повтори звуки (поочередная игра на двух ксилофонах), музыкальное эхо, сыграй на патефоне любимую песню (игрушечный патефон) и др.

Используя игровой материал и ничуть не уменьшая общеобразовательного и воспитательного значения дидактических игр, тем не менее основной задачей в логопедических занятиях с заикающимися детьми остается воспитание у них правильной речи и поведения. Дидактически игры обычно проводятся на занятиях и максимально оречевляются, т.е. ребенок играет не молча, а проговаривает свои действия. Например, в «Лото»: «У кого земляника?» – «У меня земляника». – «Я кладу землянику». В

«Мо-заику»:«Я беру синюю фишку». «А теперь – зеленую», «Я сделаю сейчас красивый цветок» и т. д.

В процессе дидактических игр на логопедических занятиях у детей воспитывается неторопливый темп речи, ее звучность и выразительность; совершенствуется звукопроизношение, слово-и фразообразование, увеличивается словарный запас. Для развития слухового внимания и фонематического слуха очень полезны музыкально-дидактические игры.

Дидактические игры с заикающимися детьми способствуют их умению последовательно и логично излагать свои желания, мысли, умению правильно держаться в момент разговора. Задача логопеда состоит в том, чтобы в момент игры снять напряженность при ответах на вопросы, избавить от двигательных и речевых уловок, развить общительность.

В дидактических играх заикающиеся дети учатся фиксировать внимание на своей правильной речи, учатся оценивать свою речь и речь сверстников. И при всем этом у детей в играх поддерживается бодрое, радостное настроение и уверенное поведение.

Как видим, дидактические игры весьма разнообразны по форме и содержанию. Задачи же этих игр определяет руководитель в зависимости от этапа логопедических занятий с ребенком. Так же, как и на занятиях по родному языку, одна и та же игра может использоваться на разных этапах. Допустим, на этапе сопряженно-отраженной речи – это проговаривание отдельных фраз совместно или вслед за руководителем. Далее ребенок отвечает на вопросы и сам задает их, описывает условия игры, выступает ведущим, т.е. руководит игрой, ставит задачу, оценивает ее результаты и качество речевого поведения ее участников.

Подвижные игры оказывают благоприятное воздействие на здоровье и физическое развитие детей.

Они развивают организм ребенка, полезные движения и сноровку, организуют его поведение, воспитывают выдержку, смелость, ловкость; вносят в деятельность ребенка оживление, веселость, доставляет радость, так как реализуют его потребность порезвиться, побегать.

Дети 5-го года жизни должны научиться выполнять определенные правила в таких играх, как «Трамвай», «Найди себе пару», «У медведя во бору», «Воробушки и автомобиль», «Лошадки», «Сидит, сидит зайка» и др.

Для детей 6-го года жизни рекомендуются: «Умей пробежать», «Надень кольцо», «Мяч в воздухе», «Ровным кругом» и др. Для этих детей в подвижных играх уже вводятся элементы соревнования: «Чье звено скорее соберется», «Снежные круги» и др. Игры

сопровождаются словами и пением: «Перебежки», «Мы веселые ребята», «Иван, Иван».

К 7 годам дети уже сами организуют игры: кому водить, кто кем будет в игре, следя за выполнением правил. Каждый ребенок должен уметь организовать игру, быть ведущим. Широко используются игры с элементами соревнования («Догони свою пару», «Разложи все камешки», «Кто скорей до самого верха» и др.), вводятся правила, требующие от детей выдержки («Найди и промолчи», «Хитрая лиса», «Горелки»).

У заикающихся детей нередко наблюдаются различные отклонения в двигательной сфере: скованность движений, несобранность, неуклюжесть, дискоординация движений, различные двигательные уловки. Поэтому значение подвижных игр для них весьма велико: заикающиеся дети совершенствуют необходимые движения, учатся выступать в коллективных играх.

Особое же значение для них приобретают оречевленные подвижные игры, сопровождаемые словами, речевым общением. В логопедической практике эти игры и упражнения известны под названием логопедической ритмики.

Оречевленные подвижные игры способствуют развитию у детей правильного дыхания и голоса, звукопроизношения, координированное™ темпа движений с речью. Например: согнув руки в локтях, ребенок подражает идущему паровозу: *у-у-у.*. вдох и опять: *у-у-у* или: *чух-чух-чух...* и опять: *чух-чух-чух;* вагоны стучат: *так-так, так-так* и опять: **так-так, так-так...**

Подражая пильщикам, делают соответствующие движения рукой, пила визжит: **вж-вж-вж**; вдох и снова: **вж-вж-вж...**

Комары летают по комнате: **з-з-з-з**; вдох и снова: **з-з-з-з...**

Тук-тук-тук — дети забивают воображаемый гвоздь, **кап-кап-кап** — «дождь идет», дети покачивают кистями рук.

В такт шагам дети проговаривают стихотворение:

По дорожке вдоль пруда Я
гуляю иногда, Но подальше от
воды, Чтобы не было беды.[2]

Или, подражая движениям при рубке дров:

Раз-два, раз-два, Я колю, колю
дрова. Я колю на чурочке Для
маленькой печурочки.

[2] Описание этих и подобных игр и упражнений дано в книгах: Гринер В. А. «Логопедическая ритмика для дошкольников». М., 1957. Рождественская В. И., Павлова А. И.. «Подвижные игры для заикающегося дошкольника». М., 1967.

Особый интерес для детей представляют игры, которые сопровождаются музыкой. Музыка также благоприятно отражается на эмоциональном состоянии и поведении ребенка.

Оречевленные подвижные игры и упражнения обычно используются логопедами в занятиях с заикающимися детьми. Поскольку ритмичные движения облегчают известным образом речь ребенка, то эти упражнения используются с первых же занятий с заикающимся ребенком, и в дальнейшем могут служить материалом для речевых зарядок, а также для отдыха и переключения к другому виду деятельности.

Следует сразу оговориться, что не все подвижные игры облегчают речь детей. Многие из них такие, как «Горелки», «Гуси-гуси», .«Догони свою пару» и др., которые связаны с большим эмоциональным возбуждением детей, с физическим напряжением, не облегчают, а усложняют речь ребенка. Такие игры используют для закрепления навыков правильной речи и поведения ребенка в усложненных условиях, после того как он научится правильно говорить на более легких этапах логопедических занятий.

Творческие игры и инсценировки. Характерной особенностью этих игр является то, что в них дети имеют возможность максимально выражать свои замыслы, фантазировать, передавать все многообразие впечатлений об окружающей их действительности, от знакомых художественных произведений и использовать при этом свой опыт и знания.

Одним из видов творческих игр являются *игры со строительным материалом.* Дети охотно и с интересом участвуют в них. Эти игры содействуют развитию у детей пространственных представлений, понятий о форме, размере, количестве, качестве материала и сооружаемых построек; развивают усидчивость, целенаправленность действий, сосредоточенность.

Дети 5-го года жизни учатся самостоятельно делать несложные постройки, подбирать материал. По указанию руководителя они строят дом для кукол, столы, стулья, поезд, конюшню для лошадок, автомобиль, гараж, мост, паровоз, вагоны. Дети этого возраста должны знать, что они хотят построить, уметь отобрать по величине, форме, цвету нужные детали, пользуясь образцом или своим опытом.

К 6 годам дети воспроизводят знакомые предметы, машины, здания. Иногда сооружают постройки и необходимые предметы для задуманных ролевых игр. Им уже доступны сложные пост-

ройки: пароход, пристань, речной вокзал; линия железной дороги, семафор, станционные будки; детский сад, беседки, горки для катания кукол. Постройки делают по рисунку, схеме, соби-

рают из деталей «Конструктора» телефон, вагон, паровоз, подъемный кран. У детей наблюдается стремление красиво оформлять свои постройки.

К 7 годам сложность построек еще более усложняется. Из строительного материала Могилевского «Архитектор» сооружаются вокзалы, многоэтажные дома, мосты, клубы, станции метро, павильоны, фермы. Закрепляется умение воспроизводить постройки по наглядному образцу, по памяти, по схемам, рисункам и фотографиям, по словесному описанию руководителя.

В строительных играх могут быть использованы кубики, коробки, катушки, шнур, куски картона и фанеры, песок, глина, снег, шишки, желуди, береста, ветки, кукурузные початки, «Конструктор-механик» № 1 (автор Сахаров), строительный материал – 2 (автор Агапова), строительный материал (НИИИ № 4) и др.

Строительные игры используют в логопедических занятиях также и в коррекционных целях: для того чтобы создать спокойную обстановку, для уравновешенного поведения детей, внести разнообразие в занятия. Оречевление этих игр позволяет постепенно усложнять виды речи ребенка и тем самым последовательно закреплять у них навыки правильной речи и поведения.

Игры со строительным материалом могут быть использованы на первых же логопедических занятиях. Вначале это будет сопряженно-отраженная речь ребенка, описание отдельных действий, затем ответы на вопросы, затем он уже самостоятельно сопровождает речью свои сначала простые, потом более сложные действия («Я беру одну катушку. Теперь ставлю на нее другую катушку. Теперь еще одну сверху. У меня получилась башня».) Это сопровождающая действия речь. /

Более сложной формой является завершающая\речь. Ребенок рассказывает, как он постепенно строил («Сначала я скатал из снега большой шар. Потом шар поменьше. Потом еще меньше. Поставил на большой шар средний, на средний маленький. На маленьком сделал из угольков глаза. Прилепил морковку. Это нос. Из прутиков сделал рот. Сверху надел ведро. Это шляпа. В средний шар сбоку воткнул две палки. Это руки. Рядом воткнул метлу. И получился снеговик»).

И наконец, более сложной формой речи для заикающегося ребенка, как известно, будет речь предваряющая. В этом случае ребенок, не приступая к сооружению, последовательно рассказывает, как он будет строить. Из какого материала, что сначала, что потом, для чего и т.д.

Мы привели пример простых строительных игр, но могут быть игры более сложные. Здесь соответственно будут усложняться и речевые сообщения ребенка. Игры с постепенно усложняемыми

сооружениями и беседы о них используются на заключительных занятиях с заикающимися детьми.

Своеобразно и интересно проводятся с детьми *игры-драматизации* (или игры-представления). В них дети воспроизводят содержание любимых сказок, поведение знакомых персонажей, с увлечением изображают действующих лиц сказок, их характерные движения, ведут диалоги. Игра приобретает особо яркую эмоциональную окраску, если заранее подготовлены соответствующие декорации, маски, костюмы или хотя бы детали их. Игра-драматизация может проводиться и с куклами из детского театра.

Такие игры развивают интерес ребенка к книге, его творческие способности, способствуют развитию выразительности речи и движений. Материалбм для игр-драматизации могут служить такие сказки, как «Мойдодыр» К.Чуковского, русские народные сказки «Теремок», «Репка», «Волк и семеро козлят», «Волк и лиса», «Перчатки» С.Маршака, «Лиса и гуси» братьев Гримм и др.

Игры-драматизации используются не с первых занятий, а лишь после того, как ребенок научится правильно говорить на этапе сопряженно-отраженной речи, хорошо отвечает на вопросы, т.е. он приобрел определенные навыки правильной речи.

Эмоциональный подъем, характерный для детей в этих играх, может у заикающегося ребенка спровоцировать заикание. Поэтому к проведению игр-драматизаций необходимо готовиться. Сначала с ним выбранную сказку читают отраженно, задают ребенку вопросы по уточнению содержания, заучивают, отрабатывают движения, характерные для персонажей. И лишь после того как он успешно выполнит эти задания, можно переходить непосредственно к игре.

Чтобы облегчить на первых порах речь и поведение ребенка в игре, руководитель не только дает сам образцы правильной, интонационно-выразительной речи персонажей сказки, показывает характерные движения в развивающемся сюжете сказки, но, если есть возможность, использует для этих же целей магнитофонную запись, патефонные пластинки, диафильмы.

Учитывая последовательное усложнение речи ребенка в иг-рах-драматизациях, лучше начинать с музыкальных игр, которые сопровождаются пением: М.Кочурбиной «Мишка с куклой бойко топают», Ан.Александрова «Козлик» («Жил был у бабушки серенький козлик»), украинские народные песни «Жили у бабуси». Эти игры можно использовать и на ранних этапах логопедических

занятий, поскольку музыкальное сопровождение, пение, стихотворный текст, ритмичность движений в игре – все это значительно облегчает речь заикающегося ребенка.

Затем для постепенного усложнения речи в играх-драматиза-циях логопед подбирает такие тексты, которые не сопровождаются музыкой, но сами по себе являются ритмизованными:, стихи «Мойдодыр», «Перчатки»; «Колобок», «Теремок» и др. И наконец, выбираются игры, в которых дети пользуются разно-метричной речью: «Волк и семеро козлят», «Маша и медведь», «Красная Шапочка», «Три медведя» и др.

Особое место среди творческих игр занимают *сюжетно-роле-вые игры.* Если в играх-постановках заикающийся ребенок учится правильно говорить и держаться, пользуясь готовыми образцами, то уже в сюжетно-ролевых играх степень его самостоятельности значительно возрастает. В этих играх дети обобщают свой опыт и впечатления и, опираясь на них, учатся пользоваться правильной речью в самых разнообразных и близких их повседневной жизни условиях.

Дети 5-го года жизни обычно играют в семью, детские праздники, в различные поездки и путешествия (на машине, трамвае, автобусе, поезде, пароходе, самолете), играют в куклы. На$_{с}$6 году жизни дети в своих играх, стремясь подражать взрослым, воспроизводят, что делает мама, папа, воспитатель детского сада; играют в магазин, почту, свою улицу (а перед этим с удовольствием готовят необходимые для игры предметы: товары, машины, макеты домов; распределяют роли).

К 7 годам темами сюжетно-ролевых игр становятся: жизнь фабрик, заводов, строительство, колхоз, транспорт, школа, семья.

В сюжетно-ролевых играх детей отражается полнота их представлений о жизни, проявляется их наклонность к определенным занятиям, определяется отношение к окружающему и к окружающим; оформляются и закрепляются истоки тех отношений, которые в дальнейшем будут проявлены ребенком в жизни.

Если ребенок робок, замкнут, склонен к самоуничижению, ущемлен от сознания собственной неполноценности, ожесточен и т.д., сюжетно-ролевые игры могут и должны стать для него той предварительной школой, в которой будут нормализоваться его отношения с окружающими, должно появиться чувство правильной оценки своих способностей, своей роли в коллективе.

В этих играх должны повторяться ситуации его повседневной жизни: занятия, игры, отношения. Отражая в игре моменты своей деятельности, ребенок тренирует свою правильную речь и поведение в ситуациях, очень близких и необходимых ему. Игры

психологически готовят его к правильному поведению, речи и отношениям в жизненных ситуациях.

Темы сюжетно-ролевых игр должны быть разными и близкими для ребенка. Можно обыграть отношения и поведение чле

нов семьи (кто, что делает дома после работы), особенности поведения за столом; приглашение гостей; на приеме в поликлинике; разговор по телефону; прогулка (предполагаемая); в магазине; в театре; занятия в детском саду; утренник и др. Это далеко не полный перечень тем сюжетно-ролевых игр, который можно предложить для использования на логопедических занятиях.

Рассмотрим на конкретном примере, как проводится сюжет-но-ролевая игра с заикающимся ребенком, например, по теме «Приглашение гостей».

Взрослый рассказывает ребенку случай о том, как в гости к одному мальчику пришли его друзья. Он болел, был дома, и друзья пришли его проведать. Мальчик очень обрадовался, что к нему пришли гости, он очень скучал один дома. Но когда один из гостей хотел посмотреть его новую игрушку, он быстро крикнул:

«Не трогай! Это моя!»

«Я только хотел посмотреть», – сказал тихо гость.

«Все равно не дам! Это моя игрушка», – упрямо повторил мальчик. Гостям стало неловко за этого жадного мальчика, они быстро собрались и ушли. А мальчик снова остался один. Ему было скучно. И играть игрушкой ему не хотелось.

Примерно так подготавливается замысел предполагаемой игры. Ребенку задают вопросы: кто пришел к больному мальчику? Почему обрадовался мальчик? Почему так быстро ушли гости? Хорошо, ли поступил мальчик? А что ты сделал бы на месте этого мальчика?

Затем логопед предлагает ребенку: «А хочешь ты сейчас поиграть «В гости»? Ты будешь хозяин, а я – гость. Только, чтобы у тебя не получилось, как у того жадного мальчика, давай договоримся заранее, как себя правильно вести с гостями».

Далее ребенку объясняют, что он как хозяин должен приветливо встретить гостей, поздороваться, предложить снять пальто, шапки, пригласить в комнату. Теперь надо занять гостей. Предложить им посмотреть свои игрушки, дать поиграть ими. Показать интересную книжку, рассказать о ней. Спросить, какие игрушки и книжки есть у гостей дома. Предложить, если есть условия, поиграть в прятки, мяч, горелки или в какие-либо настольные игры. Гости собираются домой? Нужно проводить их, попрощаться, пригласить снова.

Как видим, в сюжетно-ролевой игре программируется поведение хозяина и гостей. Важно обратить внимание ребенка и на то, как он должен вести себя с гостями: приветливо, спокойно, не

обижаться, если гость сделает что-нибудь не так. Отдельно необходимо обратить внимание ребенка и на то, как он будет

разговаривать с гостями: доброжелательно, неторопливо, правильно, а если ошибется, пусть, не стесняясь, исправится.

Конечно, для детей обычно мало только одной устной инструкции об условиях проведения сюжетной игры. Поэтому руководитель сначала для примера сам выступает в роли «хозяина»; говорит с воображаемым гостем, занимает его играми и пр.

К игре заранее следует предусмотреть необходимые для развития сюжета предметы: где гость разденется, где будет играть, чем, во что, какие книжки ему показать и т.д.

Любая сюжетно-ролевая игра требует предварительной полготовки, в которой важно заинтересовать ребенка игрой, определить задачи и последовательность игры (программирование поведения, отношений, речи ребенка), выбрать и подготовить условия для игры, дать ребенку образец выполнения роли, которую ему предстоит обыграть.

Лишь после такой предварительной подготовки проводится сюжетно-ролевая игра. Могут быть варианты описанной игры: ребенок-«хозяин» приглашает сразу многих «гостей», несколько детей приглашают в гости своих друзей, несколько детей («мама», «папа», «сынишка», «дочь») встречают гостей (тоже «семью»), дети могут меняться ролями. Практически вариантов одной и той же игры много. Тем более, что одна и та же сюжетно-ролевая игра, проведенная с детьми второй раз, будет отличаться от первой уже потому, что дети привнесут в нее что-то новое от своей фантазии, новых наблюдений. Кроме того, мы по-разному можем и встретить гостей, изменить программу встречи.

На логопедических занятиях сюжетно-ролевые игры используются лишь тогда, когда логопед убеждается, что ребенок может уже свободно отвечать на вопросы, задавать их, делает простые пересказы. Вначале ведущую роль в игре занимает руководитель. Он организует игру, задает вопросы и пр. По мере закрепления навыков свободной речи у ребенка, роли в играх меняются. На последних этапах логопедических занятий дети сами организуют игру, выступают в роли ведущих, оценивают ее результаты, а логопед лишь ставит задачи, направляет и контролирует проведение игры.

Какое же значение имеют эти игры для заикающихся детей:

1) происходит тренировка и закрепление правильных навыков речи и поведения у детей в усложненных условиях;

2) эти игры служат необходимым мостиком для переноса новых навыков речи из особых условий (место занятий) в обычные условия;

3) в играх ребенок приобретает навык правильно держать себя в различных для его деятельности речевых ситуациях, у него вое

питывается правильное отношение к окружающим и к своему месту в коллективе.

Селиверстов В. И. Заикание у детей. — М., 1972. — С. 98-111.

В. М. Шкловский

Психотерапия в комплексной системе лечения логоневрозов

Учение о заикании, являясь одной из частных проблем как патопсихологии, так и дефектологии, вместе с тем представляет собой область психоневрологии и медицинской педагогики.

Статистические данные, имеющиеся в литературе, и результаты проведенных нами исследований указывают на значительную распространенность заикания среди населения (1,5–2,5% случаев) (А. И. Сикорский, М. И. Пайкин, Ю. А. Флоренская, М. Е. Хватцев, В. М. Шкловский и др.).

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

Лица, страдающие заиканием, лишены возможности нормального речевого общения с окружающими. Заикание является серьезным препятствием для выполнения производственных обязанностей, получения образования, устройства личной жизни. Постоянные затруднения в речи травмируют больных, вызывают невротические реакции. Кроме того, оно часто является причиной освобождения от службы в армии большой группы физически здоровых молодых людей.

Заикание обычно возникает в раннем детстве в периоде формирования и развития фразовой речи. Его причинами часто являются испуг, перенапряжение речевой функции, как правило, у детей с известной недостаточностью нервных механизмов, участвующих в регуляции речевой деятельности. Эта недостаточность может развиваться в результате неблагоприятно протекавшей беременности, тяжелых родов, частых болезней, травм головного

мозга в раннем детстве. Следует учитывать также роль наследственной предрасположенности в передаче потомству определенной слабости речедвигательного анализатора.

Большое влияние на возникновение и течение заикания оказывают особенности личности больного, связанные с неправильным воспитанием в детстве. Хотя заикание принято считать заболеванием детского возраста, однако оно достаточно распространено и среди взрослых, что можно объяснить двумя основными причинами: все еще недостаточной эффективностью методов его лечения у детей и возникновением или усилением этого дефекта речи в подростковом и юношеском возрасте.

Патогенез заикание не ограничивается формированием лишь специфических речедвигательных нарушений. Известно, что с момента появления заикание нередко сопровождается возникновением у больных чувства собственной неполноценности и страха речи, которые не только фиксируют нарушения речевой координации, но и способствуют их усилению. Таким образом, развитие заикания не прекращается с момента его возникновения, но продолжается в течение длительного времени, представляя собой непрерывный процесс особых психомоторных взаимоотношений. В основе их лежит патологический механизм «порочного круга» и «порочной спирали», когда страх речи приводит к ухудшению деятельности моторных механизмов речи, а последнее связано с еще большим нарастанием страха перед речью. Скорость и интенсивность этого патологического процесса зависят от многих условий. Важнейшими из них являются личностное особенности человека и особенности окружающей его жизненной среды.

Возникновение и развитие логоневроза тесно связано с развитием личности, формирование которой начинается в раннем детстве. Реакции ребенка в этом периоде обусловлены импульсами непосредственного удовлетворения своих основных биологических потребностей.

Позднее, в дошкольном возрасте, когда начинают устанавливаться более сложные связи с окружающей действительностью, значение речи как средства общения увеличивается. Однако отношения ребенка продолжают носить еще непосредственно эмоциональный, конкретно-личный характер. Дети дошкольного и младшего школьного возраста, как правило, в значительно меньшей степени, чем подростки и взрослые, обращают внимание на свой дефект речи. В связи с этим у них реже развиваются специфические вторичные невротические реакции.

В подростковом и юношеском возрасте с ростом связей личности с окружающим миром, особенно общественных связей, с развитием абстрактного мышления значительно расширяется и

усложняется система отношений, которая приобретает осознанно мотивированный характер. Именно в этом возрасте четко

определяется отношение к себе и окружающим, которое во многих случаях приводит к концентрации внимания на имеющемся дефекте речи. В свою очередь неполноценность речи может нарушить нормальное развитие отношений личности и вызвать ряд специфических отклонений в ее поведении. Отсюда формирование развернутой клинической картины логоневроза в подростковом возрасте может как завершиться так и только наметиться.

У взрослых заикающихся в отличие от детей нередко на первое место в клинической картине заболевания выступают не собственно речедвигательные нарушения, а вторичные эмоциональные расстройства. Чувство неполноценности и страх речи у определенной группы больных становятся преобладающими симптомами и обусловливают описанный выше механизм «порочного круга».

Среди страдающих заиканием нередко встречаются люди, которые, несмотря на сильное заикание, не обращают внимания на свой дефект речи и не испытывают по этому поводу серьезных затруднений. У других больных даже незначительное заикание, почти незаметное для окружающих, вызывает тяжелые переживания, уход в болезнь, отказ от работы и учебы. В связи с этим заключение о тяжести заболевания лишь по одному его внешнему (моторному) признаку, как правило, оказывается недостаточным, так как при наличии незначительно выраженных судорог у этих больных выявляется тяжелая декомпенсация за счет невротического компонента, обусловленного особенностями личности и отношением к речевому дефекту.

Основываясь на клинико-психологической характеристике, больных с заиканием можно разделить на три группы.

Независимо от степени заикания, его формы и типа судорог невротический компонент, в целом характерный для взрослых больных, у больных первой группы выражен незначительно или даже отсутствует. Это не означает, что речь больных не сопро-вожда<ется известным волнением, а иногда и страхом, однако больные могут этот страх преодолеть. В структуре личности этих больных не.отмечается стойких патологических отклонений. По характеру онп достаточно активны, общительны. И что особенно важно, отношения этих больных к себе и окружающей действительности не нарушены, отсутствует невротическая переработка имеющегося дефекта речи. Тщательное прослеживание истории жизни больных показывает, что они смогли получить образование, желаемую профессию, на производстве ведут общественную работу, могут устроить свою семейную жизнь. Таким

образом, речевой дефект, возникший в раннем детском возрасте, не оказывает существенного влияния на жизнь больных и их социальное становление.

По особенностям моторных нарушений при заикании боль-ные\ первой и второй групп существенно не отличаются друг от друга. Основные различия относятся к эмоциональному состоянию. Для больных второй группы характерны значительные эмоциональные расстройства. У больных обнаруживается интенсивный страх речи, который они не всегда и не везде могут преодолеть, несмотря на стремление к этому. Страх речи с особенным постоянством появляется в таких ситуациях, которые требуют активного речевого общения (ответы на уроках, семинарах, экзаменах, выступление на собрании, разговор с незнакомыми людьми, по телефону и т.д.), что свидетельствует об избирательном характере нарушения отношений личности. При психологическом исследовании у больных этой группы нередко выявляются такие характерологические особенности, как повышенная впечатлительность, сензитивность, резкие колебания настроения, неуверенность в себе, переходящая часто в чувство ма-лоценности. Заикание у этих больных в значительной степени отражается на процессе становления их общественно-производственных отношений. Многие из них могут получить образование и профессию, однако они не в состоянии полностью реализовать свои способности, не активны в общественной работе. Со значительно большим трудом им удается наладить свою личную жизнь.

В третьей группе тяжесть заболевания в значительной степени определяется выраженностью эмоциональных нарушений.

Как показало клинико-психологическое исследование, в структуре личности больных отмечаются стойкие патологические отклонения. У них оказывается дезорганизованной вся система личностных отношений и поведения. Наряду с некоторыми ге-нотипическими особенностями часто отмечаются крайне неблагоприятные условия развития и воспитания в детские годы. У больных этой группы резко выражено чувство собственной неполноценности, непреодолимый страх и вытекающие из этого неуверенность в своих силах, тревожная мнительность, которые часто неадекватны по отношению' к имеющемуся или практически отсутствующему дефекту речи. У них возникают большие трудности при получении образования, существенно нарушается трудовая деятельность и исключается всякая возможность общественной деятельности.

В течение последних десятилетий сложилось твердое убеждение в необходимости комплексного медико-педагогического воздействия при лечении заикания (Ф. Штоккерт, Ю. А. Флоренская, Н. П. Тяпугин, Э. Фрешельс, В. М. Шкловский).

Исходя из положения о том, что заикание у большинства взрослых является системным речедвигательным неврозом, мы разра

ботали комплексную систему для его устранения, в которой объединены логотерапевтические занятия и активная психотерапия, сочетающая различные варианты суггестивного метода с работой по -перестройке нарушенных отношений личности. Вся работа проводится в тесном контакте логопеда, врача-психотерапевта и невропатолога.

Курс лечения заикания можно разделить на следующие этапы: 1) диагностический; 2) перестройка патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности; 3) закрепление достигнутых результатов; 4) диспансеризация и профилактика рецидивов.

Продолжительность комплексного лечения 3 1/2–4 1/2 месяца с обязательным профилактическим контролем. В течение последующего полугодия один раз в 2 месяца проводятся конференции прошедших курс лечения.

Изложенная схема комплексного лечения изменяется в зависимости от индивидуальных особенностей каждого больного. При этом в отношении отдельных заикающихся этапность лечения строго не соблюдается. Так, например, медикаментозное лечение, физиотерапия, логопедические занятия с некоторыми больными можно начинать уже при первых встречах с врачом и логопедом. Это касается также и сеансов аутогенной тренировки, которые начинаются как можно раньше.

Диагностический период обычно продолжается 10–15 дней. В это время проводят тщательное обследование больного невропатолог, дефектолог, психотерапевт и психолог; внимательно изучают анамнестические и клинические данные; определяются возможные причины появления заикания, намечаются психотерапевтические и логопедические мероприятия, а также медикаментозное лечение и физиотерапия.

В конце диагностического периода врач совместно с дефекто-логом и психологом устанавливает окончательный диагноз и намечает план лечения.

Перестройка патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности. Работа по преодолению патологических речевых навыков и перестройка нарушенных отношений личности продолжаются в течение 1–1 1/2 месяцев; она построена следующим образом: вначале проводятся коррекционные логопедические занятия по нормализации дыхательной, голосовой функции, выработке речевых «эталонов» и т.д. Одновременно можно начинать аутогенную тренировку и рациональную психотерапию. Примерно через 15–20 дней после начала под-

готовительной логопедической и психотерапевтической работы проводится сеанс императивного внушения в состоянии бод

рствования. После сеанса начинается активная логопедическая работа. Большое значение в этот период имеет рациональная (патогенетическая) психотерапия, сеансы гипноза и аутотренинга, направленные на закрепление достигнутых результатов.

Пер^д началом систематических занятий необходимо провести обстоятельную беседу со всеми больными группы, в которой нужно подробно остановиться на вопросах этапности лечения, целях и задачах каждого этапа лечения, обратить внимание больных на поведение и режим во время лечения.

Логопедическая работа. В связи с тем что в течение многих лет заикающиеся, испытывая судорожные затруднения в речи, пытаются преодолеть их утрировкой артикуляции, разными уловками и т. п., у большинства из них в различной степени выражены нарушения дыхательной функции, фонации, регистра и тембра голоса. Поэтому прежде всего следует уделить внимание нормализации этих функций. Таким образом, логопедическая работа разделяется на два этапа: 1) подготовительный и 2) активной тренировки плавной и слитной речи.

В подготовительный этап входит: а) коррекция дыхания, регистра и тембра голоса; б) выработка правильного ритма и темпа речи; в) овладение «эталонами», «формулами»[1] речи; д) выявление потенциальных речевых возможностей заикающихся.

Работа ведется следующим образом, заикающемуся объясняют важность грудо-брюшного дыхания, мягкой «атаки» голоса и т. д. Затем его знакомят с теми упражнениями, которые в результате тренировок должны способствовать нормализации дыхательного акта и голосоподачи. Для выработки правильного речевого дыхания используют обычные логопедические приемы, сложные упражнения дают только при выраженной дыхательной и голосовой формах заикания.

В работе следует избегать заучивания логопедических правил и их использования в момент речи, так как они не облегчают, а затрудняют свободное высказывание. Гораздо удобнее вместо правил использовать короткие речевые отрезки (ряды гласных и цифр), которые могут являться образцом слитной и плавной речи. Все положения, необходимые для выполнения нормального речевого акта, обсуждают и усваивают при произнесении звуков и рядов цифр в подготовительном периоде, во время работы по коррекции дыхания и голоса. Таким образом, вместо правил используют ряды звуков, цифр, слов, четко и слитно произносимых, превращающихся в «эталон», который в последующем слу-

Образцы плавной, слитной, богато модулированной речи

жит образцом слитной, плавной, богато модулированной речи во время сеансов психотерапии, логопедической работы с заикающимися и самостоятельных занятий больных.

Кроме того, в подготовительном периоде логопедической работы выявляются потенциальные речевые возможности заикающегося при пользовании различными видами речи и в различных стадиях. Это имеет очень большое прогностическое значение и облегчает работу во время занятий и сеансов императивного внушения при сильном эмоциональном напряже-
!ии бо

Нормализация у больного речевого дыхания, регистра и тембра голоса является необходимой основой для последующих суггестивных психотерапевтических воздействий и рациональной психотерапии. Именно в это время создаются благоприятные условия для проведения психотерапевтического сеанса внушения в состоянии бодрствования, так как на фоне нормализованных основных компонентов речевого акта легко показать больному, что он может говорить правильно и слитно, без затруднений. Облегчается также проведение других методов психотерапии: гипноза, самовнушения и аутогенной треьировки.

Активная тренировка плавной и слитной речи Дальнейшая логопедическая работа проводится наряду с патогенетической и активной суггестивной психотерапией. Эти занятия начинаются после сеанса императивного внушения в состоянии бодрствования или после какого-либо другого суггестивного приема. Вследствие сильного эмоционального воздействия у большинства заикающихся во время этого сеанса удается добиться хорошей речи или значительного ее улучшения. Однако, как показывает опыт, если не проводится длительная логопедическая и психотерапевтическая работа, в большинстве положительных случаев через несколько дней, а иногда на следующий день после сеанса наступает рецидив, так как только что начавший хорошо говорить человек, попадая в различные сложные ситуации, легко утрачивает еще не закрепившуюся слитную и плавную речь. Целью этих занятий являются закрепление навыков слитной речи, доведение ее до автоматизации, обучение заикающегося различным приемам, помогающим ему справиться с неожиданно возникающими затруднениями, и воспитание уверенности в своих силах.

Психотерапевтическая ***работа.*** Ввиду той роли, которую играют психологические факторы в формировании и развитии лого-невроза, важное значение при лечении заикания приобретают

различные формы психотерапевтического воздействия: патогенетическая и суггестивная психотерапия (гипнотерапия, импе

ративное внушение в состоянии бодрствования, самовнушение) и аутогенная тренировка.

Страх, сильное волнение, неуверенность в своих силах, вне зависимости от того, возникают ли они задолго до начала высказывания или нет, всегда дезорганизуют речь и мышление заикающегося, изменяют его поведение, доставляют тяжелые душевные переживания. Именно поэтому в основе психотерапии логоневроза должны лежать медико-педагогические мероприятия, направленные на перестройку нарушенных отношений личности и воздействующие п< эмоциональную сферу больного.

Обычно сочетаются патогенетическая психотерапия (рациональная) и различные суггестивные методы, причем наиболее эффективными в системе психотерапевтических мероприятий при лечении заикания являются методы коллективной психотерапии.

Патогенетическая психотерапия Основной задачей патогенетический психотерапии является перестройка нарушенных отношений личности с окружающей средой.

В ходе психотерапевтических бесед выясняются причины возникновения и развития синдрома страха и других невротических проявлений у заикающихся больных. Этими причинами могут быть неправильное воспитание в детстве, психотравмирующие ситуации во время учебы, в производственной и семейной жизни.

Психотерапевтические беседы проводят на протяжении всего курса лечения заикания.

В процессе проведения патогенетической психотерапии нужно стремиться к ясному пониманию больными всех Ьбстоятельств, послуживших источником речевых нарушений и особенно тех психологических факторов, которые во многом способствовали усилению и гипертрофии речевого дефекта. Больной должен преодолеть страх речи, чувство неполноценности, неуверенности в себе и других. Не исключая важности понимания больным причин и общих механизмов его болезни, отметим, что успех и неудачи лечения заикания определяются, однако, не этим, а тем, насколько мы способствуем активизации больного в преодолении болезненного состояния и в восстановлении речи.

Суггестивные методы психотерапии Кроме патогенетический психотерапии, в работе следует широко применять суггестивные методы воздействия в состоянии бодрствования, которые способствуют устранению отдельных симптомов заболевания и, как правило, улучшают общее состояние больного. При проведении психотерапии и особенно суггестивных методов в

состоянии бодрствования нужно учитывать большое значение эмоционального фактора. Известно, что сильное эмоциональное воздействие используется при лечении тяжелых

зафиксировавшихся болезненных проявлений, таких, как афония, мутизм, астазия — абазия, истерические параличи и парезы. При этом обычно применяется методика косвенного внушения, т.е. одномоментного внушения в состоянии бодрствования в сочетании с какими-либо процедурами или использованием определенных медикаментозных средств. Основой метода является положительное эмоциональное отношение и вера больного в применяемый метод лечения.

Одномоментные способы суггестивного воздействия были широко использованы советскими врачами, например при ликвидации постконтузионного сурдомутизма (В. А. Гиляровский, А. М. Свядощ, Я. Л. Шрейбер и др.).

При применении таких методов крайне важно добиться хотя бы кратковременного успеха, который убеждает больного в сохранности речи, движений и других функций и у большинства больных способствует излечению.

Сеанс авторитарного внушения (К. М. Дубровский) в состоянии бодрствования не может являться единственным методом лечения логоневроза (сложного по своей структуре заболевания), но он может быть использован на определенном этапе как один из эффективных приемов суггестивного воздействия.

Психотерапевтический сеанс внушения в состоянии бодрствования проводится по различным методикам в зависимости от условий и возраста больных. При проведении сеанса могут применяться различные психотерапевтические приемы: беседа, которая проводится при сильном эмоциональном напряжении больных и заканчивается императивным внушением; императивное внушение в состоянии бодрствования с включением демонстративных моментов. Сеансы внушения проводят с группами из 8–10 больных, прошедших логопедическую подготовку, направленную на нормализацию дыхания, голосо-подачи, регистра и тембра голоса, свободно владеющих «эталонами» речи.

Беседа на фоне сильного эмоционального напряжения проводится следующим образом: у больных отобранной группы проверяют речь; затруднения в речи при ответах на вопросы и при самостоятельном рассказе используют для создания определенного эмоционального напряжения. Делать это нужно тактично и мягко. Затем больным сообщают о сущности заикания, о причинах его возникновения, разъясняют возможность его устранения специальными методами воздействия.

Особенно акцентируют значение активного участия больных в лечебном процессе, что является одним из условий успешного лечения. Во время беседы необходимо следить за состоянием

каждого больного и стараться добиться того, чтобы ни один больной не оставался равнодушным к занятию.

После указанной психотерапевтической подготовки проводят внушение индивидуально с каждым из больных группы, которым императивно внушают, что они сейчас будут говорить плавно и слитно. Вначале проводят внушение такому больному, от которого можно ожидать хорошей отраженной или сопряженной речи. Первые произнесенные им слова и фразы обычно оказывают огромное психотерапевтическое активизирующее воздействие на больных. Даже небольшой успех окрыляет их, рождает чувство уверенности в своих силах. Малейшие срывы и различные затруднения ведут к снижению эмоционального напряжения, и больной теряет веру в успех, создать снова необходимый эмоциональный тонус бывает труднее. Поэтому тщательное изучение заикающегося в подготовительном периоде имеет большое значение. Перед сеансом в течение длительного времени необходимо знакомиться не только с психологическими особенностями заикающегося, но и с его речевыми возможностями. Обычно первыми фразами даются автоматизированные ряды: гласные звуки и ряды цифр, которые тщательно отрабатываются и уже легко произносятся заикающимися в период подготовительной логопедической работы. Затем после счета дают фразы сопряженной и отраженной речи. Таким образом заикающегося подводят к ответам на вопросы и к самостоятельным высказываниям. После внушения везде и всегда говорить так, как на сеансе императивного внушения, нужно провести краткую беседу с больными и их родственниками, в которой разъясняется значение «режима молчания», длящегося 1–2 суток и заключающегося в создании условий для отдыха речевой системы больного, необходимого после большого эмоционального напряжения.

При проведении сеанса императивного внушения в состоянии бодрствования с включением демонстративных моментов работа также начинается с беседы, о содержании которой было сказано выше. После беседы можно приступить к следующему этапу – каждого заикающегося индивидуально проверяют по различным тестам «на внушаемость» (невозможность разжать руки, падение вперед, назад, невозможность закрыть рот), которые оказывают большое психологическое воздействие на участников сеанса. Поэтому в группы обычно включают 2–6 больных с повышенной внушаемостью с целью повышения ее у остальных участников сеанса императивного внушения.

Опыт показывает, что многие больные, не поддающиеся прямому внушению при специальных пробах, на сеансе императивного внушения говорят хорошо, так как определяющим момен

том является в данном случае не «внушаемость», а состояние эмоционального напряжения. После проведения проб нужно приступить к индивидуальному внушению по той схеме, которая описана выше. Нельзя включать в группы по понятным соображениям больных с сердечно-сосудистыми и нервно-психическими заболеваниями, эпилепсией и др.

Сеанс императивного внушения проводится в определенный день, с волнением ожидаемый больными, так как он является началом нового этапа лечения.

Опыт показывает, что успеха можно добиться при применении разных приемов внушения, но во всех случаях необходимо вызвать у больных состояние высокого эмоционального напряжения. Сеансы императивного внушения в состоянии бодрствования проводят с каждой группой в просторном кабинете или в зале в присутствии всех заикающихся, принятых на лечение.

Гипнотерапия. На 3—4-й день после начала активной тренировки речи можно начинать сеансы гипнотерапии. Внушение в гипнозе проводится больным вначале 3 раза в неделю, а затем один раз в 7—10 дней. Известно, что применением одного лишь внушения в гипнозе добиться излечения заикания нельзя (И. К. Хмелевский, Н. В. Иванов, В. М. Шкловский).

Наши данные, как и данные многих других авторов, свидетельствуют о том, что у 70—80% больных, применяя гипноз, удается улучшить общее состояние (В. М. Бехтерев, А. Форель, В. Е. Рожнов, П. И. Буль). У больных появляется бодрость, вера в свои силы, в успех лечения. Больной становится более уравновешенным, исчезает мнительность, раздражительность.

Внушение в гипнозе, подкрепленное логопедическими занятиями и психотерапевтическими беседами, способствует устранению страха речи как одного из патогенетических факторов заикания. Гипнотерапия является в некоторых случаях хорошей подготовкой к проведению сеанса внушения в состоянии бодрствования.

Сеансы гипентерапии проводятся с группой из 8—10 больных в специально приспособленном кабинете.

Во время внушения в гипнозе, кроме общеуспокаивающихся формул, особое внимание уделяется нормализации эмоционально-волевой сферы и артикуляционно-голосового и дыхательного аппарата.

Самовнушение. Методика самовнушения принципиально соответствует предложенной Э.Куэ и В.М.Бехтеревым, но так же,

как и аутогенная тренировка, должна быть модифицирована с целью лечения логоневроза.

Сеанс самовнушения проводится следующим образом: заикающийся принимает удобное положение с закрытыми глазами и

повторяет в утвердительной форме: «Я говорю хорошо, свободно, плавно и слитно, не разрывая слова и фразы точно так же, как я произношу ряд звуков "АОУИ"; я плавно и слитно произношу всю фразу точно так же, как я произношу ряд цифр 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; страха речи больше нет; я везде и всюду чувствую себя уверенно и спокойно» и т.п.

При проведении самовнушения следует добиваться, чтобы сеанс не сводился к пассивному проговариванию формул, а отражал активное стремление больного представить себя хорошо говорящим. Больной должен научиться вызывать у себе представление о том, как он разговаривает без заикания дома, в учебном заведении, на работе и в других ситуациях.

Самовнушение рекомендуется проводить 2—3 раза в день. Особое внимание нужно обращать на сеанс самовнушения перед сном, когда имеются более благоприятные условия для его проведения в реализации.

Аутогенная тренировка, получившая значительное распространение за последние годы, является одним из методов коллективной и индивидуальной психотерапии.

Применяя аутогенную тренировку у больных с заиканием, нужно стремиться к расслаблению мышц артикуляторно-голосо-вого аппарата, снятию чувства скованности, напряжения в области диафрагмы, судорожных приступов и т. д.

Аутогенная тренировка активизирует самостоятельную работу проходящего курс лечения, так как внимание заикающихся концентрируется не только на определенных, поставленных перед ними задачах (расслабление отдельных мышечных групп, ликвидации судорог, сопутствующих движений), но и на практических приемах их разрешения, что имеет большое психотерапевтическое значение, Кроме того, аутогенная тренировка важна как один из методов, которым заикающиеся овладевают в медицинском учреждении и затем используют ее в самостдятедь-ной работе для профилактики рецидивов.

Обучение аутогенной тренировке начинается на еамыгх ранних этапах лечения, так как этот метод требует длительного времени для получения необходимого эффекта. Применение только этого метода при заикании не дает достаточно убедительного эффекта.

Необходимым условием для успешного проведения аутогенной тренировки является понимание больным принципов проведения и желание ее осуществлять. Стойкость и успешность результатов в большой степени зависит от тщательности в строгой

систематичности проведения упражнений. Чем труднее овладеть упражнениями, тем более продолжительным должен быть

сеанс тренировки. Аутогенную тренировку нужно начинать с беседы, во время которой разъясняют основные физиологические понятия связанные с кортико-висцеральной регуляцией функций организма. Для иллюстрации можно использовать некоторые факты из повседневной жизни с доходчивым научным объяснением их происхождения (покраснение или побледнение кожи, усиление или замедление сердечной деятельности во время состояния гнева, стыда, страха), разъяснением значения слова и внушения как физиологического и лечебного фактора.

Во время занятий последовательно проводятся демонстрация приемов и усвоение их больными. Каждое новое упражнение дается после усвоения предыдущего.

Ниже приводятся основные упражнения, используемые при проведении аутогенной тренировки, значительная часть которых модифицирована по сравнению с методикой Шульца и приспособлена для устранения заикания у взрослых и подростков.

Упражнение 1. Подготовительное: общее расслабление. Больной сидит на стуле, голова опущена на грудь, глаза закрыты, предплечья рук на бедрах. Больной проговаривает про себе вначале вслед за проводящим сеанс аутогенной тренировки, а затем самостоятельно формулы: «Я совершенно спокоен».

Упражнение 2. Ощущение тяжести в одной руке: «Моя правая рука отяжелела» (у левши левая). «Моя левая рука отяжелела».

Упражнение 3. Ощущение тяжести в обеих руках. «Обе руки отяжелели».

Упражнение 4. Переход к ощущению теплоты. «Правая рука теплая» (у левши левая), «Левая рука теплая».

Упражнение 5. Ощущение теплоты в обеих руках. «Обе руки теплые».

Упражнение 6, 7, 8, 9. Аналогичны предыдущим — ощущение тяжести и теплоты в ногах.

Упражнение 10. «Я дышу совершенно спокойно».

Упражнение 11. «Мышцы груди, живота, диафрагмы расслаблены».

Упражнение 12. «Мышцы лица расслаблены».

Упражнение 13. «Язык становится совершенно свободным, мягким». *Упражнение 14.* «Я говорю легко, свободно, без всякого напряжения»

Необходимо еще более конкретизировать речевую ситуацию. И на последнем этапе перейти к тренировке представлений с включением собственного образа.

После сеанса аутогенной тренировки больные всегда в устной или письменной (в дневниках) форме отмечают «уровень» своего состояния во время сеанса. Наш опыт, а также опыт ряда учреждений, использующих приемы аутогенной тренировки, показывает, что для достижения быстрой реализации внушения длительность первых ее сеансов может быть значительно увеличена. После

проведения сеансов аутогенной тренировки сразу же можно проводить гипноз, внушая больным усиление ощущений во время самостоятельных занятий аутогенной тренировкой.

Описанные частные методики логопедических занятий и психотерапии используются как в качестве приемов индивидуальной работы с больными, так и в виде коллективных занятий.

Первые работы с описанием принципов коллективных занятий с заикающимися относятся к началу XX в. Важную роль во внедрении и пропаганде коллективной психотерапии при лечении заикания сыграли исследования Ф. А. Флоренской, И. П. Тяпугина, И. И. Тартаковского и др.

Методы коллективной психотерапии, приобретающие все больше значение в настоящее время при лечении неврозов, особенно адекватны, когда речь идет об устранении заикания. Речь является важнейшим средством общения, значение которого постоянно возрастает с усложнением социальных связей человека. Коллектив представляет собой мощный фактор лечебного воздействия на человека, страдающего заиканием. В условиях коллектива становится наиболее эффективной коррекция и тренировка речи, так как именно в этих условиях проявляются индивидуальные черты личности и создаются наилучшие возможности для перевоспитания больного человека. При лечении заикания на определенном этапе почти вся работа строится по принципу коллективных занятий.

Программы бесед обусловливаются спецификой заикания. Как правило, трудно заранее запланировать тематику, так как по ходу занятий нередко возникают вопросы и конкретные ситуации, требующие немедленного обсуждения. Обычно планируют лишь узловые проблемы. В сеансы коллективной психотерапии входят следующие вопросы: что такое заикание, как оно возникает, почему у разных больных они приобретает те или иные формы. Специально следует освещать роль личности и ее отношений в развитии заикания, причины возникновения страха речи в различных ситуациях и возможные пути его преодоления. Особое внимание нужно уделять освещению роли самого больного в процессе преодоления моторных и невротических нарушений. Отдельные темы могут быть посвящены соблюдению режима во время лечения и после его окончания, а также вредным привычкам, мешающим проведению лечения и достижению устойчивых результатов.

Во время занятий в коллективе обсуждаются причины успехов и неудач. Правильное отношение коллектива к больному способствует еще большей его активности, вселяет надежду и последующую уверенность в благоприятном лечении. Особенно

важна роль коллектива в коррекции эгоцентрических тенденций, чувства собственной неполноценности, тревожной мнительности, ипохондричности и других психологических черт личности.

По принципу коллективной психотерапии проводится большинство медико-педагогических мероприятий: логопедические занятия, внушение в состоянии бодрствования при сильном эмоциональном напряжении больных, аутогенная тренировка и гипнотерапия. При этом последние два вида психотерапии становятся подлинно коллективными, так как содержанием их во всех случаях являются проблемы, глубоко волнующие каждого больного коллективной психотерапии.

Работа по закреплению достигнутых результатов составляет третий этап лечения больных, страдающих заиканием.

На этом этапе, продолжающемся месяц, проводится тренировка речи в обычной для больного жизненной обстановке. Больные выступают, делают доклады на различные темы, сообщают о самостоятельной работе над речью, самостоятельно проводимых сеансах аутогенной тренировки и самовнушения, причинах, затрудняющих лечение и хорошую речь, рассказывают, как им удается добиться успеха. Если у больного во время речи возникают затруднения и срывы, проводится их анализ, больной получает необходимые инструкции для продолжения занятий.

Преодоление трудностей в повседневной жизни, воспитание речевой активности, укрепление в сознании больного веры в возможность самостоятельно справиться с затруднениями речи в самых тяжелых для него ситуациях составляют основное содержание третьего периода лечения.

Опыт показывает, что **диспансеризация и профилактика рецидивов** во всех случаях имеют важное значение и позволяют получить достаточно стойкие результаты лечения.

Больные после систематического курса лечения посещают конференции, проводящиеся один раз в 1—2 месяца.

Таким образом, больные и после лечения получают необходимые консультации, при ухудшении речи их направляют для соответствующего лечения, что позволяет добиться резкого снижения числа рецидивов заикания.

Следует высказать ряд положений, касающихся взаимоотношения логопедии и психотерапии в комплексной системе лечения, последовательности применения психотерапевтических методов, и отметить те сочетания различных методов лечения логоневроза, которые могут быть рекомендованы для устранения заикания у больных с различными патогенетическими его особенностями.

Уже указывалось, что основным принципом комплексной системы лечения заикающихся является сочетание во всех случаях

логопедических занятий и психотерапии наряду с использованием и других методов фармако- и физиотерапии.

Опыт использования различных психотерапевтических приемов свидетельствует о целесообразности сочетания при лечении заикания индивидуальной и коллективной психотерапии. Если на первом этапе лечения в связи с необходимостью углубленного изучения истории жизни больного и особенностей его личности основной является индивидуальная психотерапия, то на последующих этапах все большее значение приобретают методы коллективной психотерапии.

Патогенетический анализ является обязательным условием для проведения психотерапии, содержанием которой является прежде всего осознание больным роли психических факторов в нарушении речи и в формировании таких черт его характера, как чувство неполноценности, неуверенности в своих возможностях и др. Это непременное условие для последующего лечения, направленного на перестройку патологических речевых навыков и нарушенных отношений больного. Патогенетическая психотерапия оказывается более ценной, чем суггестивные методы воздействия. Из различных суггестивных методов предпочтение можно отдать внушению в состоянии бодрствования; гипноз имеет лишь вспомогательное значение. Однако при всем многообразии входящих в комплексную систему медико-педагогических воздействий успешное лечение обеспечивается лишь в том случае, если осуществлялся дифференцированный, патогенетически обоснованный подход к выбору отдельных приемов и их сочетаний. Так, при лечении больных первой группы основное значение приобретают логопедические занятия, аутогенная тренировка и императивное внушение в состоянии эмоционального напряжения. Эти методы оказываются наиболее оправданными при лечении больных, так как невротический компонент у них отсутствовал даже при значительной выраженности судорог, в структуре личности больных, как правило, не выявляется стойких патологических отклонений.

При составлении плана медико-педагогического воздействия у заикающихся второй группы ведущее значение приобретает патогенетическая психотерапия, сочетающаяся с логопедией и аутогенной тренировкой. Императивное внушение и гипноз используют лишь в качестве вспомогательных методов, способствующих закреплению достигнутых результатов. Необходимость этого диктуется тем, что для больных этой группы характерны как эмоциональные расстройства, в том числе непреодолимый страх речи в ситуациях, требующих активного речевого общения, так и

некоторые характерологические особенности – повышенная впечатлительность, сензитивность, резкие колебания настроения, неуверенность в себе.

Наибольшие трудности при лечении представляют больные третьей группы. Совершенно обязательной в этих случаях является упорная патогенетически обоснованная психотерапевтическая работа по перестройке нарушенных отношений личности с использованием всего возможного арсенала психотерапевтических средств и строгим учетом индивидуальных особенностей больного. Большое значение при этом приобретает также комплекс мероприятий по повышению степени социальной и трудовой адаптации больных. Систематические логопедические занятия становятся возможными и оказываются продуктивными только после улучшения общего состояния больных и изменения их отношения к речевому дефекту. Этому способствует применение врачами- современных .психофармакологических средств — нейролептиков и транквилизаторов.

Значение психотерапии в комплексной системе лечения заикания у взрослых не исчерпывается ее седативной, отвлекающей, корригирующей ролью. Она имеет не меньшее значение для разрывания того «порочного круга», той «порочной спирали», которая характеризует течение заикания. Это значительно повышает эффективность логопедии, а следовательно, всего комплекса медико-педагогических воздействий.

Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Розанова. - М.} 1974. - С. 197-208.

В. А. Ковшиков

Специфика заикания при различных нервно-психических расстройствах

Считая заикание сложным расстройство речевой функции, в основе которого лежат нарушения нейродинамики преимущественно функционального и системного характера, вместе с тем мы р;ассматривали его как частное явление, как компонент более общего патологического процесса. Включенное в этот процесс, заикание должно находиться с ним в диалектическом взаимодействии. Поэтому можно утверждать, что течение заикания, его проявления и методы коррекции во многом зависят от особенностей нервно-психических заболеваний и состояний заикающихся. Поскольку особенности нервно-психических заболеваний в

определенной мере коррелируют с личностными критериями, то и заикание связано с личностью. Вследствие речевого дефекта формирование личности проходит в стесненных условиях, что

может приводить к разнородным деформациям в структуре личности. Сформированные в процессе индивидуального развития особенности личностных деформаций, в свою очередь, влияют на характер речевой деятельности заикающегося и во многом определяют своеобразие его речевого расстройства.

В результате исследования обнаружено, что большинству больных был свойствен сложный симптомокомплекс заикания, который проявлялся в сочетании разнообразных и взаимодействующих нарушений речевой и общей моторики, просодии речи и нарушений эмоционально-волевой сферы. Очень часто отмечалось отрицательное влияние заикания на установление межперсональных контактов, на некоторые стороны социальной деятельности. Изучение общей моторики и просодии у заикающихся и незаикающихся показало, что у заикающихся состояние всех компонентов сравниваемых явлений имеет существенные количественные и качественные отличия от состояния их у незаикающихся.

Наряду с общими чертами заикания, свойственными всем или большинству обследованных, у больных в каждой клинической группе обнаружены свои особенности заикания, многие из которых были связаны со спецификой нервно-психических заболеваний. Вместе с тем установлено, – и это важно подчеркнуть, – что особенности проявления заикания у больных в клинических группах выражаются не только наличием либо отсутствием определенных показателей речевого расстройства и не только их качественными характеристиками, но и своеобразием их комбинаций и взаимосвязей.

1. Заикание при гиперстенической форме неврастении. По характеру речевого нарушения они (больные – Г.В.) были разделены на две подгруппы: а) у которых вне заикания не отмечалось патологических изменений темпа речи; б) у которых заикание сосуществовало с тахилалией. Необходимость такого разделения группы обусловлена тем, что тахилалия накладывает своеобразный отпечаток на проявление заикания.

а) *Заикание у больных не имевших вне заикания патологических изменений темпа речи.*

Свойственно больным с гиперстенической формой неврастении, обостренная раздражительность, возбудимость и эффективность, сочетаясь с логофобиями и доминирующими мыслями и заикании, обусловливали трудности речевых контактов в широком кругу ситуаций. Эти трудности в некоторых ситуациях временно

усиливались или ослабевали в зависимости от типичных для больных периодических изменений в нервно-психическом состоянии. Общеневротические проявления, говорящие о несоответствии между стремлением к полноценной активности

личности и сниженными возможностями функций нервной системы, препятствовали нормальной регуляции речевого акта. Запекающиеся стремительно включались в речь. При общении у них возникали чрезмерное возбуждение, двигательная расторможен-ность, убыстрение темпа произношения. На всем протяжении речь прерывалась частыми, но непродолжительными судорогами, в которые широко вовлекались мышцы речевого аппарата и других частей тела. Совокупность этих нарушений влекла за собой ряд нарушений просодии: частные разрывы синтагм, отсутствие должных пауз, ограниченность оттенков интонации. Больные постоянно употребляли защитные приемы, среди которых преобладали засорявшие речь эмболофразии в сочетании с быстрыми сопутствующими действиями. Выраженные общеневротические и речевые нарушения затрудняли у больных не только общение, но и достижение ряда значимых для них потребностей и стремлений, б) *Заикание у больных с тахилалией.*

На особенности заикания у больных оказывали влияние как общеневротические нарушения (повышенные раздражительность, возбудимость, гиперактивность поведения), так и нарушения, связанные с тахилалией. Типичные для страдающих тахилалией пониженное внимание к качеству произносительной стороны речи и отсутствие выраженных переживаний своего дефекта частично переносились и на заикание. Затруднения в речевом общении у больных были непостоянны и охватывали небольшое количество ситуаций, логофобии и мысли о заикании проявлялись незначительно. Однако, протекая на фоне общего возбуждения, чрезмерно быстрая речь прерывалась, частыми непродолжительными судорогами и сопровождалась двигательным беспокойством, множеством стремительных и некоординированных движений. Частота судорог в большой мере зависела от состояния темпа произношения: как правило, убыстрение его вело к увеличению количества судорог, при его замедлении, наоборот, количество судорог уменьшалось. Речь представляла собой непрерывный поток, в котором сильно страдали внятность произношения и звуковой состав произносимых фраз, логическое и фонетическое ударение, интонация и другие компоненты просодии, что отрицательно отражалось на разборчивости речи в целом, на понимании ее слушателями. Несмотря на сложный характер моторных симптомов заикания, тесно связанных с тахилалией, само оно почти не препятствовало осуществлению жизненно важных для личности потребностей и стремлений.

2. Заикание при гипостенической форме неврастении.

Свойственные больным общая слабость, сниженная инициативность, неуверенность в своих силах, робость и застенчивость

сочетались со стойкими логофобиями и доминирующими мыслями о заикании. Эти состояния обусловливали постоянные трудности речевого общения в большом числе ситуаций; во многих ситуациях заикающиеся избегали говорить. Почти при любом речевом контакте у них возникали частые, продолжительные и широко иррадиированные судороги. Для преодоления коммуникативных затруднений заикающиеся использовали своеобразные по форме выражения защитные приемы: движения, составлявшие сопутствующие действия, были медленными и вялыми, эм-болофразии обычно выступали в виде асемантических звуков. Мышечная сфера во время речи чрезмерно расслаблялась. Осанка была сгорбленной, позы однообразными и невыразительными, мимика бедной, выразительная жестикуляция, как правило, отсутствовала. Начало речи предварялось длительным латентным периодом, а в речевом потоке вне зависимости от судорог часто возникали длительные остановки. Темп речи у большинства был медленный, сила голоса слабая. Вялая артикуляция в сочетании с судорогами нарушала внятность произношения. Заикающиеся затруднялись воспроизводить должную интонацию даже по подражанию; особые затруднения возникали при воспроизведении интонаций, выражающих активные чувства. Во многих случаях заикание сопровождалось другими дефектами речи (полиморфная дислалия, функциональная ринолалия), усугублявшими его проявление. Сложный и стойкий симптомокомплекс заикания отрицательно влиял на осуществление важных для личности потребностей и стремлений. 3. **Заикание при психастении.**

Проявляясь на фоне тревожно-мнительного характера, симптоматика заикания обладала рядом особенностей. Моторные симптомы ее у большинства заикающихся были выражены незначительно. На первый план выступали психические проявления речевого расстройства. У каждого заикающегося речь вызывала многочисленные по формам логофобии, создававшие значительные препятствия речевой коммуникации. Независимо от тяжести судорог логофобии у больных всегда проявлялись сильно и влекли за собой патологические изменения в психическом облике и в поведении. Заикающихся постоянно преследовали доминирующие мысли о заикании. Совершение многих поступков они ставили в зависимость от заикания. Каждое речевое общение вызывало у них неуверенность и тревожное ожидание неудач. Задолго до предстоящего общения в мельчайших деталях обдумывались формы поведения и речи. Во всех ситуациях больные страшились

отрицательных оценок их речи. Для маскировки речевого расстройства они изобретали утонченную систему

защитных приемов. Взаимодействуя с паТохарактеролргиЧеекиг ми нарушениями, речевой дефект у многих больных затруднял осуществление ряда важных для них потребностей.

4. **Заикание при неврозе навязчивых состояний.**

Кроме синдрома навязчивости и отдельных неврастенических симптомов у больных не обнаруживалось каких-либо характерологических отклонений. Для всех обследованных оказалась типичной связь синдрома навязчивости только с речевым расстройством, навязчивости иного содержания, как правило, отсутствовали. Заикание выступало в небольшом и строго избранном кругу конфликтных ситуаций. Речевой дефект не сопровождался развернутыми и глубокими перестройками в нервно-психической сфере. Однако в конфликтных ситуациях у больных возникали сильные логофобии, которые значительно затрудняли речевые контакты и изменяли поведение заикающихся. Осознавая нелепость и беспричинность многих навязчивых страхов, больные це могли .усилием воли справиться с ними. ЗййкаюЩ^мся. были свойственны и навязчивые мысли о заикании, но эти.мысли не доминировали в их сознании и появлялись только при непосредственном столкновении с псйхотравмирующей ситуацией. Пытаясь преодолеть эмоциональные нарушения и приступы судорог, больные прибегали к разнообразным защитным приемам, которые скрывали от окружающих. В осуществлении значимых потребностей и стремлений заикание не создавало у больных больших препятствий.

5. **Заикание при истерии.** Больным были свойственны повышенные впечатлительность и внушаемость, неустойчивость и инфантильность эмоциональных проявлений, болезненное самолюбие, недостаточность объективной оценки многих из своих действий и действий окружающих, достоянное стремление обратить на себя внимание театральность поведения. Эти характерологические особенности обусловливали, преувеличение тяжести симптоматики заикания, неверную связь многих жизненных неудач только с речевым нарушением, подчеркнутое демонстрирование его проявлений, Аггравация заикания использовалась больными и как один из приемов в системе средств «театрального поведения», и как защитная реакция на конфликтные жизненные обстоятельства. В период речевого общения у заикающихся возникали быстрый темп произношения, двигательная расторможенность, манерность мимических и пантомимических движений. У боль-

ных этой группы не отмечалось стойкой связи заикания с какими-либо ситуациями: в любой ситуации при благоприятных для них условиях речь могла быть хорошей. Заикание не пре-

пятствовало у наших обследованных достижению значимых потребностей и стремлений.

6. **Заикание при «органоневротических» синдромах.** ...Особенности заикания были связаны с органическими поражениями нервной системы и со стойкими личностными изменениями: эмоциональной слабостью, ипохрндричностью или с повышенной раздражительностью, аффективностью, с инертностью нервно-психических процессов. Во время речи отмечалось чрезмерное напряжение в общемоторной сфере. Частые, широко распространявшиеся и длительные судороги возникали во всех ситуациях. Трудности в установлении речевых контактов были постоянны, многие больные вследствие сильных приступов судорог избегали общения в широком кругу ситуаций. Результатом этого являлись стойкие логофобии, доминирующие мысли о заикании, ипохондрическая фиксация на дефекте. Заикающиеся испытывали глубокое чувство малоценное™, они считали себя оторванными от общества; некоторые были склонны к суицидным мыслям. Тяжелые судорожные явления у большинства вызывали замедление темпа речи и у всех обследованных — ярко выраженные нарушения внятности произношения, паузации, интонации и других просодических компонентов. Нарушения просодии усугублялись часто встречавшимися у больных дислалиями и стертыми дизартриями. Заикание создавало значительные препятствия при осуществлении большого числа важных для личности потребностей и стремлений.

7 **Заикание при отсутствии репрезентативных нервно-психических расстройств.** ...Отсутствие у заикающихся нервно-психических расстройств способствовало тому, что в симптомокомп-лексе заикания доминировали моторные нарушения, которые в целом не влияли на речевую коммуникацию и не мешали осуществлению потребностей и стремлений.

8 каждой клинической группе существует зависимость многих показателей заикания от особенностей нервно-психических заболеваний и состояний больных. Включаясь в структуру определенного нервно-психического заболевания, заикание приобретает своеобразные черты, которые находят свое выражение прежде всего в особенностях речевого общения заикающихся на разных уровнях ситуационно-речевой сложности, в особенностях функционирования их эмоционально-волевой сферы в процессе речевой деятельности, а также в моторно-динамической стороне речевого акта.

Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей. — Л., 1976.

Н. М. Асатиани

Заикание у взрослых

Заикание у взрослых в подавляющем большинстве случаев является следствием длительно протекающего так называемого эволюционного заикания, возникшего в детстве, в периоде незаконченного формирования речи. Следовательно, заикание у взрослых, как правило, надо считать одной из разновидностей патологии речи, принявшей крайне длительное по существу хроническое течение.

Клиническое изучение выборочного контингента взрослых заикающихся выявило нозологическую разнородность обследуемых больных и позволило разделить их на 4 диагностические подгруппы. Наиболее репрезентативными из них оказались первые две группы, включавшие: 1) больных с невротическим заиканием и с той или иной степенью выраженности общеневротических расстройств; 2) больных с неврозоподобным заиканием, генетически связанным с ранней церебрально-органической недостаточностью. Значительно меньшую часть составили представители 3-й подгруппы – больные психопатиями и еще меньшую 4-ю подгруппу – больные с вялотекущей шизофренией. Касаясь общих клинических признаков, следует сказать о нарушении речевой функции – заикании и затрудненности речевого общения. Другим общим проявлением была логофобия, в ряде случаев приобретающая ведущую роль в картине заболевания. Лого-фобия, как правило, впервые появлялась в препубертатном и раннем пубертатном периодах, вначале страх речи возникал лишь в момент непосредственного речевого общения и был наиболее выражен в ситуациях особой значимости. С течением времени логофобия появлялась не только в речевых ситуациях, но и в ожидании предстоящего речевого общения. Постепенно страх речи становился навязчивым и возникал под влиянием только одной мысли о необходимости речевого общения или при воспоминании о речевых неудачах в прошлом. На этой стадии лого-фобии больные обычно говорили уже не то, что им хотелось бы сказать, а лишь то, что легче удавалось произнести, нередко в ущерб смыслу.

Другим общим для всех признаком были аффективные нарушения (обычно субдепрессивное настроение, содержащее сознание речевой неполноценности) и преобладание во всем поведении

астенических форм реагирования (Казаков В. Г 1973). Эта форма реагирования особенно присуща больным в ситуациях особой значимости, связанных с повышенной речевой и эмоци

циональной нагрузкой (публичное выступление, коллективные занятия, сдача экзаменов и т.п.).

Логофобические проявления мы рассматривали в виде комплекса патогенетических взаимосвязанных клинических проявлений, в качестве определенной динамической структуры — лого-фобического синдрома (Казаков В. Г., 1973). Этот синдром имеет особенности как в возникновении, так и в динамике в зависимости от того нозологического фона, на котором он появляется. Логофобический синдром можно рассматривать и как своеобразное психосоматическое проявление, где в качестве соматического компонента выступает судорожное нарушение согласованной деятельности речевой мускулатуры... По своей сути логофобический синдром неоднороден и подвижен. В одних наблюдениях (это касалось в основном группы больных с резиду-альными явлениями органического поражения центральной нервной системы) в структуре логофобического синдрома преобладали речевая судорожность и аффективные нарушения. Сосуществуя с облигатной для данного состояния психоорганической симптоматикой, логофобический синдром был факультативным психопатологическим признаком и обычно приобретал определенное своеобразие.

Однако в других наблюдениях на поздних стадиях болезни можно с определенной достоверностью говорить о логофобичес-ком синдроме без одного из его важнейших компонентов, а именно без судорожного нарушения речи при заикании. В единичных наблюдениях, где заикание не имело патологического фона и не сопровождалось выраженными психопатологическими проявлениями, судорожное расстройство речи, с нашей точки зрения, можно было рассматривать как изолированное соматическое, моторное нарушение без какой-либо психической переработки и патологических личностных реакций на этот дефект.

В первую группу больных вошли лица с психопатологическими нарушениями, не выходящими за рамки невротических расстройств. В большинстве случаев у больных этой группы клиническая симптоматика характеризовалась легким проявлением невротических реакций — стойких и эпизодических, длительных и кратковременных, психогенно или соматически обусловленных, но в основе своей функциональных, преходящих и существенно не затрагивающих целостность структуры личности больных. Наиболее характерным для этих наблюдений было преобладание

астеноневротических реакций, аффективная лабильность и определенная взаимозависимость речевых нарушений и невротических расстройств; вся динамика заикания в этих случаях отличалась выраженной волнообразностью, что определя

лось не только внешними условиями, но и состоянием невроп-сихической сферы больных... Стойкие психопатологические расстройства у больных этой группы обычно обнаруживались с пубертатного возраста и вначале характеризовались логофобией и нерезко выраженными реакциями избегания трудных речевых ситуаций. Несколько позднее появлялись аффективные нарушения и астенические черты в поведении, что сопровождалось усилением заикания. Логофобический синдром в этих наблюдениях формировался в довольно короткий срок, и обычно к 15–17 годам можно было обнаружить почти все его составные элементы. Стойкое улучшение в виде изменения невротического фона и состояния речи обычно достигалось при длительной поддерживающей терапии с применением комплексного меди ко-педагогического метода.

Диагностическая оценка **второй**, самой многочисленной **группы** определялась признаками органического поражения центральной нервной системы, чаще в виде элементов редуцированного психоорганического синдрома. Преобладающими симптомами в структуре логофобического синдрома всегда были судорожность речи и аффективные расстройства. Вся клиническая картина в целом прежде всего определялась выраженностью облигатной психоорганической симптоматики. В качестве одного из наиболее типичных признаков, характеризующих группу больных с органическим поражением центральной нервной системы, следует отметить выраженный полиморфизм не только общих психопатологических, но и собственно речевых нарушений. Помимо заикания, нередко наблюдались тахилалия, элементы «клаттеринг-синдрома», дизартрия, нарушения норм звукопроизношения, ринолалия, недостаточная модуляция голоса (при частичной паретичности мышц мягкого нёба) и т.п. Для данной группы больных характерно обилие гиперкинезов сопутствующих и насильственных движений мышц, непосредственно не участвующих в речевом акте.

В третью группу входили больные с психопатиями с неоднородными клиническими проявлениями и почти равное число больных астенического, возбудимого и истерического типа. Большую часть составляли психопатии истерического и возбудимого круга.

Группа больных шизофренией имела вялотекущее течение болезни. Логофобический синдром в этих наблюдениях выявил тес-

ную зависимость от основной психопатологической симптоматики и всегда был частью более сложной клинической картины... При изменении личности по шизофреническому типу (дутизм, нарушения эмоционального контакта, эмоциональное огрубение,

дисгармония психического склада) заикание никогда не являлось основной причиной нарушения контакта с окружающими. Отличительной особенностью логофобического синдрома была его выраженная зависимость от основной психопатологической симптоматики и стадии шизофренического процесса. В некоторых наблюдениях логофобический синдром приобретал характер дисморфофобии или входил в структуру развернутого ипохондрического синдрома. Во всех наблюдениях логофобический синдром никогда не был основным, ведущим клиническим проявлением, а всегда являлся частью более сложной клинической картины, нередко становясь извращенным и причудливым. Больные шизофренией давали речевому дефекту иногда не только сверхценную, но и парадоксальную оценку. При объективно нетяжелом заикании отношение больного к своему дефекту имело оттенок дисморфофобии или ипохондрического бреда. В целом в группе больных шизофренией тяжесть заикания и возникающие в связи с этим затруднения контакта с окружающими и ухудшение социальной адаптации не были следствием речевых нарушений, а прежде всего определялись прогредиентностью шизофренического процесса.

Лечение заикания у взрослых

Лечение заикания у взрослых проводится как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. Общим остается принцип сплочения больных в лечебные коллективы и осуществление курса лечения по единому плану, включающему комплекс медико-педагогических мероприятий (медикаментозные, психотерапевтические, логопедические, логоритмические).

Этапы стационарного лечения

Подготовительный этап. С целью облегчения адаптации больных в условиях стационара, а также с целью угашения патологических речевых навыков всем пациентам в первую неделю пребывания в клинике рекомендуется ограничение речевого общения. Обычно в это время проводят не только логопедическое, психоневрологическое, но и соматическое, лабораторное и необходимое инструментальное обследование. В этом же периоде больных знакомят с особенностями стационара, спе-

цификой режима и планом предстоящего лечения. Параллельно формируют коллективы больных для проведения общих занятий логопедический ритмикой и коллективных логопеди

ческих занятий, проводимых в вечернее время под руководством логопеда.

Этап активной терапии. Начиная со 2-й недели пребывания в стационаре больные включаются в коллективные занятия аутогенной тренировкой, а также в систематические индивидуальные занятия с логопедами. К этому времени определяются как основные медикаментозные назначения, так и направленность индивидуальной психотерапии, проводимой лечащими врачами.

Этап активных тренировок. Для третьего этапа — активных тренировок — больные выходят за пределы стационара для проведения под руководством психотерапевтов и логопедов функциональных речевых тренировок, максимально приближенных к ситуациям обыденного речевого обращения (разговор на улице, в магазине с продавцом, у кассы, по телефону и т.п.). Одновременно этап активных тренировок включает в себя подготовку к завершающему этапу, в котором трудность речевых ситуаций еще более возрастает.

Заключительный этап. Четвертый, завершающий, этап содержит предельно сложную для больных речевую нагрузку — индивидуальные и коллективные речевые выступления перед многолюдной аудиторией. Выступления имеют форму концертной программы с включением музыкальных номеров (мелодекламация, сольное и хоровое пение). Определенная часть программы завершающего выступления готовится под руководством логоритмиста. Другие звенья комплексного лечебного воздействия также прямо или косвенно направлены на максимальное положительное эмоциональное воздействие в результате преодоления больными столь серьезного и важного речевого испытания. Эта цель преследуется как во время разъяснительной и активирующей психотерапии, так и в ходе аутогенных тренировок. Перед выпиской из стационара каждый из специалистов, участвовавших в работе с больными, проводит с каждым из своих пациентов индивидуальную беседу, в ходе которой еще раз уточняются психотерапевтические установки применительно к обычным внебольничным условиям и даются рекомендации по дальнейшей самостоятельной работе в рамках поддерживающих логопедических занятий, аутогенной тренировки, повторения некоторых элементов логопедической ритмики.

Таким образом, комплексная терапия взрослых больных с заиканием основана на следующих принципах:

– главное направление лечебно-педагогической работы определяется клинической принадлежностью и этапом заболевания;

– обязательное широкое применение всего арсенала комплексного медико-педагогического метода – психотерапии, фармакотерапии, функциональных речевых тренировок, индивидуальных, групповых и коллективных занятий, логопедической ритмики и лечебной физкультуры, физиотерапии в общеукрепляющего лечения.

В заключение следует подчеркнуть, что лечение заикания как в детском возрасте, так и у взрослых требует тесной и взаимосвязанной работы психиатров, невропатологов и педагогов-логопедов. Недоучет педагогических принципов в лечебной работе, в частности, в психотерапии заикания, а также отсутствие внимания логопедов к возможным психопатологическим проявлениям у больных с заиканием не только методологически неверны, но и чреваты неудачами при лечении заикания.

Заикание. / Под. ред. Н. А. Власовой и К.-П. Бек-кера. - М. 1983. - С. 180-220.

Н. А. Власова

Комплексный метод лечения заикания у детей дошкольного возраста в условиях дневных стационаров и специальных детских садов

За последние годы изучение вопросов клинической типологии детей, страдающих заиканием, позволило выделить три основные его формы: невротическое, неврозоподобное при про-гредиентных нервно-психических заболеваниях (шизофрения, эпилепсия).

Лечебные мероприятия

Лечебные мероприятия с заикающимися детьми дошкольного возраста (4–7 лет) включают следующие моменты: медикаментозное лечение, общегигиенические мероприятия, физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, массаж и психотерапию.

Логопедическая работа

Логопедическая работа направлена на развитие и перевоспитание речи заикающегося ребенка и на формирование его личности.

Все виды речевых занятий построены по принципу от простого к сложному, т. е. распределены в порядке постепенного их усложнения, а именно от сопряженной и отраженной речи, являющихся для детей самыми легкими видами речи, к наиболее сложным: к спонтанной эмоциональной речи. Последовательных ступеней речи, рекомендуемых для перевоспитания речи заикающегося дошкольника, семь: 1) сопряженная речь; 2) отраженная; 3) ответы на вопросы по знакомой картинке; 4) самостоятельное описание знакомых картинок; 5) пересказ прослушанного небольшого текста; 6) спонтанная; 7) нормальная эмоциональная речь (беседы с логопедом, детьми, посторонними, просьбы).

Логопедическая работа и творчество детей

У многих детей с тяжелой степенью заикания, с запоздалой речью отмечается плохая моторика, большая неловкость при пользовании карандашом, кубиками, конструктором, часто полное неумение не только рисовать, но и держать в руках карандаш. Работа над развитием моторики в ручном труде и в изобразительной деятельности детей, включенная в методику перевоспитания речи заикающихся детей, является одновременно и терапией заикания. Эта работа очень важна для детей с неврозоподобной формой заикания. Большое значение для работы по перевоспитанию речи и ее развитию имеют рассказы и беседы (по вопросам) о нарисованном, построенном, вырезанном. Этот раздел работы развивает наблюдательность детей и соответственно дает темы для спонтанной речи, обогащая запас знаний и представлений ребенка.

Психотерапевтические и воспитательные моменты в логопедической работе

При работе с детьми дошкольного возраста психотерапия тесно смыкается с лечебной педагогикой, существенная роль при этом отводится моментам воспитания. Прежде всего это умелое руководство детским коллективом, большой педагогический такт, умение найти правильный подход к каждому ребенку, учитывая его индивидуальные особенности... Так ребенок с его внушаемостью и наклонностью к конкретному мышлению способен скорее поддаться психотерапии не тогда, когда его стремятся убедить путем рассуждений, а когда стараются

заинтересовать каким-нибудь понятным интересным примером. Известно, что часто только рассказы о смелых,

храбрых и честных поступках людей достигали очень многого в улучшении поведения ребенка, а это в свою очередь значительно помогало в перевоспитании его речи, часто заикание уменьшалось с улучшением поведения ребенка.

В логопедическом коллективе ребенку сразу дают целенаправленную установку на преодоление заикания. Интерес к речевым занятиям возникает у детей в первый же день их прихода в коллектив и не ослабевает до конца. Желание хорошо говорить у детей огромно и оно очень помогает выработать у них внимание и усидчивость, столь необходимые в речевых занятиях. Поскольку заикание детей часто находится в прямой зависимости от нервности родителей и их неправильного отношения к ребенку, постольку психотерапевтические беседы нужно начинать с теми, кто окружает ребенка, чтобы создать около него нетравмирую-щую обстановку. Таким образом, психотерапия с заикающимися детьми дошкольного возраста – это целая система воспитательных моментов, направленных на оздоровление личности заикающегося ребенка.

Заикание. / Под ред. Н. А. Власовой, К.-П. Бек-кера. - М., 1983. - С. 100-137.

Г. А. Волкова

Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников

Некоторые психофизические особенности заикающихся детей

Течение заикания и его проявления во многом зависят от особенностей психофизического состояния ребенка и его личности.

Уже в раннем возрасте обнаруживается задержка речевого развития, расстройства динамической стороны речи, нарушения звукопроизношения. В дошкольном возрасте заикающимся детям в 34% случаев свойственны нарушения звукопроизношения различного генеза, элементы недоразвития речи, а иногда несфор-мированность всей речевой функциональной системы.

Постепенно у детей появляется своеобразное отношение к своей речи и дефекту. Одни остро чувствуют речевой недостаток, особенно вследствие неблагоприятных воздействий окружающей среды. Другие боятся проявления судорог в речи, им небезраз

лична оценка их речи и поведения окружающими. Третьи критично относятся к заиканию, переживают после неуспешной речевой попытки или после нудач в любой деятельности. И заикание начинает влиять на характер **общительности детей**. Несмотря на то, что среди детей 4–7 лет большинство легко вступает в общение со сверстниками и взрослыми, выделяются дети с неустойчивыми формами общения и дети с негативным и аутисти-ческим поведением. Дети с неустойчивой общительностью вначале охотно вступают в контакт, проявляют интерес к заданию и деятельности, но затем обнаруживают пассивность, безразличие, невнимание к просьбам взрослого выполнить то или иное задание. Они с трудом входят в проблемную ситуацию своей деятельности и после многократных побуждений отказываются выполнить нужное задание.

Дети с негативным отношением к собеседнику замкнуты, стеснительны, иногда с агрессивными чертами в поведении. Необходимость выполнить просьбу, задание, особенно в новой обстановке, вызывает у них реакции невротического характера, иногда почти аутистическое поведение. Дети как будто не нуждаются в коллективе сверстников или взрослого. Общение носит строго избирательный характер. Вовлечение детей в коллективную деятельность встречает пассивное или активное сопротивление с их стороны.

Характерное для детей дошкольного возраста качество – **подражательность** – у большинства заикающихся детей развито недостаточно. Примерно у трети детей характер и уровень подражательности являются такими же, как и у нормально говорящих сверстников. У остальных заикающихся можно выделить четыре степени сформированности подражательности: *полное подражание, неполное, творческое, отказ от подражания.* В разных возрастных группах подражание различно. Например, у детей 4–5 лет чаще наблюдается неполное подражание (дети не до конца выполняют увиденное и услышанное задание и выпускают речевую часть) и отказ от него. Дети с неустойчивым вниманием плохо воспринимают образец, данный взрослым, не соблюдают при повторении последовательность движений, не могут завершить действие. Дети пассивные, заторможенные долго рассматривают образец, нерешительно приступают к выполнению задания и повторяют действия в случайном порядке. У детей 5–6 лет также имеется неполное подражание, но оно чаще проявляется при повторении словесного образца. Дети пропускают слова, допол-

няют текст образца новыми, стараясь не нарушить логику сюжета. Выделяются следующие варианты измененного рассказа: *уточнение деталей рассказа; расширение канвы рассказа; углубление того*

или иного образа рассказа. С возрастом увеличивается творческое подражание и уменьшается число отказов от подражания.

Учет степени общительности, подражательности заикающихся детей необходим логопеду особенно в начале коррекционного курса: организация коллектива и деятельности детей осуществляется более эффективно, если правила поведения и задания усваиваются детьми не только от взрослого, но и от сверстников с высоким уровнем общительности и подражательности.

Заикание оказывает влияние на формирование **моторных функций**, хотя не исключена возможность недоразвития двигательной сферы ребенка еще до появления заикания, способствующего возникновению дефекта. С появлением заикания несформированность моторики проявляется резче и еще более усугубляется. Однако в силу процесса развития, имеющего всегда и положительные, и отрицательные стороны, а также в связи с огромными потенциальными возможностями детского организма у 40% заикающихся дошкольников моторные функции сохранны. В 60% случаев они нарушены, и двигательные расстройства выражаются или в форме повышенной моторной напряженности, скованности, нарушении плавности, переключаемое™ движений, высокого тонуса мышц, или в форме двигательной расторможенное™, беспокойства, хаотичности движений.

Изучение у детей дошкольного возраста симптомокомплекса заикания, некоторых психофизических особенностей их онтогенеза позволяет выделить четыре группы детей.

I группа — дети с преимущественно клоническим или клоно-тоническим заиканием средней и тяжелой степени. Возбудимые, шумные, общительные, признанные лидеры в различных видах деятельности, в том числе игровой. Им свойственно умение пользоваться речью в любых ситуациях общения. Речевой дефект они восполняют большой двигательной активностью в поведении, настойчиво и энергично подчиняя себе сверстников.

II группа — дети с заиканием клонической формы легкой и средней степени. Общительные, дисциплинированные, собранные в поведении. Они лишены организаторских способностей, хотя и охотно вступают в общие игры. В процессе коллективной деятельности у них вырабатываются организаторские навыки.

III группа — дети с тоническим или клоно-тоническим заиканием легкой и средней степени. Малообщительные, не умеющие

самостоятельно играть. В коллективных играх почти не участвуют, изредка – в общей подготовке к игре. Отличаются нерешительностью, недостаточной общительностью, выраженной заторможенностью, пассивной подчиняемостью.

IV группа – дети с преимущественно тоническим заиканием тяжелой или средней степени, в значительной мере повлиявшем на их речь и поведение. Они молчаливы, застенчивы, иногда боязливы, заторможены. Предпочитают играть в одиночестве, реже – вдвоем. У них выражены оборонительные реакции, они быстро утомляются и склонны к негативистическим проявлениям.

Исследование заикающегося ребенка с целью определения его речевой и поведенческой активности и отнесение его к одной из указанных клинических групп помогут логопеду дифференцированно строить коррекционно-воспитательный процесс.

Особенности поведения заикающихся детей в играх

V заикающихся детей разного возраста имеется неоднозначное отношение к коллективу играющих.

Заикающиеся дети 4–5 лет предпочитают игры подгруппами из 2–3 человек, но каждый играет по-своему, забывая о товарищах. Им свойственны черты поведения в играх, присущие хорошо говорящим детям младшего возраста. В коллективных играх они выполняют второстепенные роли с однотипными действиями: шофер ведет машину, кассир молча отрывает билеты, няня кормит детей и т.д. Дети редко вступают в конфликты из-за ролей и сами их не распределяют. Обычно заикающемуся ребенку этого возраста сверстники предлагают роль, с которой он, по их мнению, должен справиться. Заикающиеся дети, играющие одни, рядом с коллективом нормально говорящих детей, вовлеченные в их игру, не всегда могут играть продолжительно и до конца.

Среди заикающихся детей 5–6 лет примерно одна треть может участвовать в коллективной игре, одна треть – в играх подгруппами в один-два человека и несколько больше одной трети детей любят играть в одиночестве, что свидетельствует о существенном влиянии заикания. Хорошо говорящие дети этого возраста играют 50–60 минут, игра у них развивается по достаточно сложным сюжетам, в ней принимает участие большое количество детей. Заикающиеся дети могут играть в одну игру от нескольких минут до 20 минут, в их игре преобладает процессуальная сторона, дети плохо отделяют правила игры от конкретных игровых ситуаций.

Отношение к коллективу играющих сверстников у заикающихся детей 6–7 лет определяется накоплением жизненного опыта, появлением новых и относительно более устойчивых интересов, развитием воображения и мышления. Их игры более

содержательны, разнообразны по сюжету и форме исполнения. В коллективной игре и играх подгруппами участвуют подавляю

щее большинство детей, но почти пятая часть детей предпочитает играть в одиночестве. Это замкнутые, несколько пассивные дети, они плохо выдерживают длительное пребывание в коллективе и в общих играх, лучше работают в однообразных условиях, быстро усваивают стереотипы движений и речевого сопровож;и ния.

В целом для заикающихся детей 4–7 лет показательна не-сформированность навыка коллективного общения и отношения к коллективу играющих сверстников. Эти особенности обусловливают недоразвитие общественного поведения заикающихся детей. Среди них малочисленны объединения по игровым интересам, нехарактерны устойчивые играющие коллективы на основе дружбы и симпатии друг к другу. Заикающиеся дети отличаются бедностью игровых замыслов, диффузностью играющих групп, несформированностью игровых умений. Поскольку у них имеются трудности в усвоении различных форм общественного поведения, поскольку в их среде не проявляется соответствующая возрасту игровая активность. Исследование игровой активности заикающегося ребенка проводится в динамике как логопедом, так и воспитателем. Выясняются, помимо этого, особенности игр детей в домашних условиях. И если в начале коррек-ционного воспитания логопед определяет принадлежность каждого ребенка к одной из четырех клинических групп, то в результате динамического психолого-педагогического исследования он устанавливает степень игровой активности заикающегося. Клиническая картина заикания уточняется, пополняется, а учет степени игровой активности позволяет логопеду целенаправленно создавать устойчивые играющие коллективы заикающихся детей.

В результате исследования игровой активности заикающегося ребенка определяется его принадлежность к одной из следующих групп:

Группа А – дети способны сами предложить тему игры и принять ее от сверстников, распределить роли и согласиться на роль, предложенную товарищем. Они активно участвуют в приготовлении игрового места, вносят предложения по сюжету, согласовывают свои замыслы с действиями сверстников, выполняют правила и требуют их выполнения от участников игры.

Группа Б – дети умеют предложить тему игры, распределить роли, дать указания в ходе подготовки игрового места, иногда конфликтуя при этом с детьми. В процессе игры они навязывают играющим свой сюжет, не умеют и не хотят согласовывать свои

действия с замыслами других участников игры, нарушают ее правила.

Группа В – дети принимают тему игры и роль от товарищей, активно со всеми готовят игровое место, по ходу игры высказываются редко, свок? деятельность согласовывают с замыслом товарищей, выслушивая от них пожелания по поводу исполнения роли. Правила игры дети выполняют, своих правил не устанавливают и не требуют исполнения правил от играющих товарищей.

Группа Г – дети способны играть, только принимая тему и роль от сверстников или взрослого, игровое место готовят по указанию более активных участников игры или с помощью взрослого; предложения по сюжету высказывают, Действия с замыслом играющих согласовывают только совету более активных детей. Правила игры соблюдают под контролем взрослого или играющих; отмечается пассивность.

Группа Д – дети редко участвуют в игре сами, затрудняются входить в игру даже после предложения темы и роли товарищем или взрослым. По подсказке других готовят игровое место и в ходе игры выполняют действия и правила, предложенные играющими; выраженная пассивность, полное подчинение решениям товарищей.

Логопед, целенаправленно используя игровую деятельность, постепенно способствует переходу заикающихся детей из групп **Д, Г, В** в группы А, **Б**. Иногда поведение заикающихся детей нормализуется успешно уже в начале – середине коррекционно-го курса, особенно у детей II и III клинических групп. Довольно часто эти дети обладают высокой степенью игровой активности и распределяются в группы А, **Б, В**. Именно на них ориентируются логопед и воспитатель при создании устойчивых игровых коллективов. Дети из III и IV клинических групп имеют низкий уровень игровой активности, относятся в группы **Г, Д**. Они требуют длительного психолого-педагогического воздействия, осторожного и продуманного развития их игровой деятельности, но не всегда успешно осуществляется их продвижение, и не все дети из III и IV групп достигают высокой степени игровой активности.

Развитие игровой активности заикающихся детей, перевоспитание особенностей личности и поведения, воспитание речи и в целом устранение заикания осуществляется через систему разнообразных игр, составляющих методику игровой деятельности.

Особенности использования игровой деятельности в устранении заикания

В коррекционно-воспитательной работе с заикающимися детьми игры используются с учетом ряда принципов.

1) В первую очередь реализуется **принцип деятельности.** Каждую игру следует считать деятельностью, а систему игры рассматривать как совокупность разных деятельностей, связанных между собой. Отсюда игра всегда предполагает выбор темы, сговор детей на игру, распределение ролей, начало, развитие, завершение игры и оценку поведения детей. Такое понимание игры позволяет логопедам не смешивать игровое упражнение (с мячом, с проговариванием стихотворения под движения и т.п.) и игру как деятельность.

2) **Принципы систематичности, последовательности и учета возраста** позволяют распределить игры определенной системы с выделением наиболее значимых для каждого возраста видов игр... Ведущее место в работе с заикающимися детьми 4–5 лет на протяжении всего коррекционного курса занимают **игры с пением (хороводы).** Они проводятся на каждом занятии и оказывают благотворное влияние на нерешительных, замкнутых детей III и IV групп: позволяют привыкнуть к логопеду, к товарищам по занятиям, к коллективным требованиям, так как от детей в этих играх не требуется активного поведения. Дети I и II групп быстрее других, усвоив навыки облегченных форм речи (сопряженной и отраженной), становятся водящими. Излишняя несдержанность их поведения, двигательное беспокойство тормозятся общим спокойным характером игры и необходимыми по ходу песни движениями, такими, как ходьба, плавные повороты туловищем, наклоны вперед, и в стороны, поднятие рук вверх, опускание их вниз или на пояс и т.п. После объяснения логопеда о помощи друг другу в совместных играх дети I и II групп стараются не торопиться, подождать более медлительного товарища по игре. В свою очередь, дети III и IV групп становятся активнее в движениях, смелее при исполнении роли, поскольку видят свое равное положение со всеми. Развитие игровой активности продолжается в процессе **подвижных игр с правилами,** которые по значимости их для заикающихся детей 4–5 лет стоят на втором месте. Детям этого возраста с трудом удаются игры в мяч, поэтому в играх для развития движений рекомендуются ленты, флажки, цветы, обручи. Подвижные игры с сюжетом проводятся уже при воспитании сопряженно-отраженного произношения. Объяснив правила игры, логопед сам назначает ведущего и вместе с ним проговаривает текст, дети выполняют движения. Меняя ведущих, логопед проговаривает материал игры со всеми детьми поочередно. В это время проводится одна подвижная игра на два занятия, так как

основное число детей III и IV групп еще не могут активно участвовать в них, а дети I и II групп резко повышают двигательную активность. Их поведение дисциплинирует

ся тем, что логопед вместе с ними выбирает ведущего или водящего в играх считалкой: кто выйдет первым, тот и водит, и возбудимому, чрезмерно требовательному ребенку приходится подчиниться правилам игры. Соблюдение правил с помощью логопеда сдерживает эгоистическое стремление детей-лидеров всегда быть первыми и поощряет менее активных детей. Дидактические игры в системе занятий с заикающимися детьми 4—5 лет занимают третье место и используются не только для воспитания игрового поведения, но и для коррекции звукопроизношения. Иногда с устранением нарушений звукопроизношения нормализуется речь ребенка в целом. Большинство дидактических игр проводится за столом: дети спокойно сидят, выполняют мелкие движения пальцами, кистью руки, говорят вместе с логопедом по поводу осуществляемой деятельности. Это успокаивает возбудимых и раздражительных детей I группы, а детей заторможенных (IV группы) можно активизировать в поведении более частым назначением их ведущими, поручениями принести, подать, собрать, раздать детям игру. Дети II группы быстро усваивают четкость и определенность правил и речевые стереотипы, которые способствуют точному выражению мыслей и очищают их речь от ненужных слов (эмболофра-зий). Дети этой группы положительно влияют на остальных своей заинтересованностью, справедливым отношением к играющим. С ними лучше контактируют дети III и IV групп садятся рядом, становятся в пары, охотнее выполняют задания, исходящие от них. В то же время, если с детьми I группы в других играх возникают конфликтные ситуации из-за их нетерпеливости, выраженной активности, проявляющихся иногда в резкой форме, то в дидактических играх остальные заикающиеся дети повышают свою игровую активность и могут самостоятельно разрешить конфликтную ситуацию. Дидактические игры для заикающихся детей среднего дошкольного возраста приобщают их к коллективной деятельности.

Наряду с выделенными играми — игры с пением (хороводы), подвижные игры с правилами, дидактические игры — на занятиях с заикающимися детьми 4–5 лет используются игры-драматизации стихотворений, прозы, игры в настольный и кукольный театры, творческие игры по предложению логопеда и затем творческие игры по замыслу детей.

Раскрывая общую направленность игровой деятельности заикающихся детей 5–6 лет, мы не будем более останавливаться на

значении дифференцированного подхода, в зависимости от особенностей их поведения, что уже было показано при анализе игровой деятельности заикающихся детей 4–5 лет.

Для заикающихся детей 5–6 лет ведущее место занимают **игры-драматизации стихотворного текста.** Дети этого возраста могут запомнить достаточно большие по объему стихи, отрывки из произведений. Их игровая активность развивается по мере усвоения ими ролей в различных инсценировках: от второстепенных к главным, а также в процессе подготовки игрового места: атрибутики, декораций, масок и т. п. Второе место в системе занятий для данной возрастной группы занимают **игры с пением-инсце-нировки.** Задача использования их иная, чем игр с пением-хоро-вйдов с детьми 4–5 лет. У детей 5–6 лет появляется критичное отношение к своей речи, что ведет к усилению судорожности и снижению игровой активности. Участие в инсценировках с пением помогает детям произвольно выполнять движения, владеть со1бой и своим телом, общаться в коллективе, а песенный речитатив нормализует речь. На третьем месте находятся **дидактические и подвижные игры с правилами.** Они используются на всех этапах работы с детьми, усложняясь по темам и содержанию, в зависимости от речевых и поведенческих их возможностей.

Если в предшествующих возрастных группах устранение заикания у детей осуществляется посредством игровой деятельности и внутри этой деятельности с определенным временным запасом, позволяющим затем после устранения заикания уделить достаточное внимание подготовке детей к школе, то в возрасте 6^7 лет коррекция заикания обусловлена в первую очередь необходимостью обучения детей в школе в скором будущем. Поэтому в системе игр для детей этого возраста ведущее место занимают **дидактические игры,** удовлетворяющие потребность детей подготовительного к школе возраста в играх-занятиях. На втором месте стоят **подвижные игры с правилами,** с элементами соревнования, которые воспитывают выдержку, умение объективно оценить свое поведение и результат игры. Большее значение приобретают в этих играх личные качества детей, нежели их речь, поэтому естественно перевоспитывается отношение детей к имеющемуся заиканию. **Игры-драматизации,** занимающие третье место в системе игр, формируют у детей умение быть в коллективе и общаться в нем, что облегчается готовыми текстами. Стремление детей данного возраста к самостоятельности наиболее полно удовлетворяется в играх драматизациях прозы и творческих играх, отражающих школьную тематику. Эти игры готовят детей к общению в сложных ситуациях с повышенными требованиями к речи: в

классном и школьном коллективе, в конфликтных ситуациях со сверстниками, в общении с незнакомыми людьми и т. п.

3) **Принцип учета индивидуальных особенностей заикающихся** позволяет использовать игры таким образом, чтобы нормализо

вались моторные функции заикающихся детей, развивались их общительность, подражательность, повышалась игровая активность и т. п. ...Учитывая степень общительности каждого ребенка, логопед в начале коррекционного курса назначает водящим^ дежурным на занятии не того, у кого меньше судорог в речи, *К* того, кто хорошо контактирует с детьми, может предложить игру, организовать сверстников на оформление игрового уголка, подбор атрибутов для игры и т.п. При этом логопед учитывает неигровые привязанности и симпатии детей, так как положение заикающегося ребенка в играх зависит прежде всего от е^о личностных качеств, а не от степени выраженности судорог. Знание дружеских отношений между детьми помогает созданию коллектива играющих. Необщительных детей логопед привлекает к деятельности постепенно: предлагает детям назначить такрго ребенка помощником дежурного: в играх с пением с ним поет логопед или кто-либо из активных детей; в играх-драматизациях стихотворений ребенок выполняет действия вместе с другими и слова роли говорит с одним-двумя детьми: в играх с однотипными действиями такой ребенок уже участвует самостоятельно, — например, в роли зайки, стоя в кругу, под пение детей выполняет требуемые движения; в творческой игре «Космонавты» показывает движениями состояние невесомости в группе детей, затем в паре и самостоятельно; в подвижной игре с правилами также сначала участвует в коллективных действиях, — например, в игре «Волк и гуси» вместе со всеми перебегает к пастуху, спасаясь от волка, затем помогает пастуху пасти и звать домой гусей или помогает волку ловить гусей, и после многократного повторения игры логопед предлагает ребенку роль волка или пастуха. Развитию общительности служит анализ игр, планируемых логопедом для занятия. Зная состав детей в группе, логопед определяет в каждой игре активность роли, которая зависит от количества ее связей с другими ролями (чем меньше связей, тем ниже активность), и характер взаимоотношений, возникающий между детьми при исполнении роли. Например, логопед выделяет в играх самую активную роль (учитель в классе, воспитатель в детском саду, командир корабля, продавец в магазине и т.д.) и намечает на эту роль общительного ребенка, с высокой активностью, а в помощь ему — того ребенка, которого надо активизировать в поведении. И логопед вводит с этой целью такие роли, как «староста» в классе, «няня» в детском саду, «помощник командира» на корабле, «кассир» в магазине. По ходу игры логопед может изменить ситуацию: «Заболел командир корабля в дальнем походе —

корабль поведет помощник командира», если видит, что ребенок справится с более активной ролью. Если ребе

нок испытывает трудности при исполнении роли или остальные дети группы делают ему много замечаний по ходу игры («Так командир не говорит», «А ты не заметил сигнала маяка» и т.п.), то логопед может вновь изменить игровую ситуацию: «На самолете прилетел опытный врач и вылечил командира», «Корабль сделал остановку в иностранном порту» и т.д. Для себя логопед отмечает, что этому ребенку надо еще исполнить несколько ролей в качестве помощника другому ребенку. Анализируя игры *щ/я* будущего занятия, логопед выделяет в них и пассивные роли: «Ученики» в классе, «дети» в детском саду, «матросы» на корабле, «покупатели» в магазине. Это необходимо делать в начале коррекционного курса.

4) **Следующий принцип — учет структуры дефекта** – реализуется при комплектовании групп детей, а также на первых этапах коррекционной работы. С детьми с тяжелой степенью заикания по необходимости проводятся индивидуальные занятия, облегчающие им включение в незнакомый коллектив. Коррекция нарушений звукопроизношения у заикающихся детей требует дополнительных занятий и проведения специальных игр на развитие мимики лица, речевого праксиса... В работе со звуками соблюдаются требования, необходимые для нормализации речи заикающегося: логопед и ребенок говорят на мягкой атаке голоса, плавно, соблюдая паузы, не нарушая темпа дыхания и речи. На фронтальных занятиях по устранению заикания логопед и воспитатель контролируют произношение детей с нарушенными звуками.

5) **Принцип поэтапности** в воспитании речи определяет структуру и организацию коррекционной работы. Методика игровой деятельности применяется на разных этапах различно: в период обследования логопед использует различные игры для выяснения структуры дефекта, психофизических и личностных особенностей детей, для определения характера их игровой деятельности; в период максимального ограничения речи (режим молчания и шепотной речи) целенаправленно подобранные игры помогают логопеду и воспитателю затормозить неправильные речевые проявления и создать условия для воспитания облегченных форм речи: сопряженной и отраженной. Далее осуществляется переход к вопросо-ответной речи, которая также воспитывается постепенно от полных ответов на вопрос до умения вести диалоги различной сложности. Это создает базу для перехода к самостоятельной речи: подготовленной (пересказ, рассказ) неподготовленной (речь в творческих играх по замыслу самих детей). Закрепляются навыки

активного общения с играх-представлениях, творческих играх с речевым материалом любой сложности, на

занятиях по программному материалу, в свободной игровой и неигровой деятельности детей.

6) Использование игровой деятельности в устранении заикания опирается на такие дидактические принципы, как доступе ность речевого материала в играх, последовательность игр of простых, с готовыми правилами, к творческим, ведущая рол^ взрослого (логопеда, воспитателя, родителей). Реализация этих принципов позволяет последовательно усложнять речевой материал, сюжеты и методику проведения игр.

Содержание занятий на разных этапах логопедической работы

Обследование. Оно проводится в течение месяца. Основная задача этого периода — создать дружный детский коллектив в логопедической группе. Формирование детского коллектива начинается с объяснения детям правил и требований поведения в речевой группе, с обучения спокойным совместным играм, с создания атмосферы доброжелательности и внимания к каждому ребенку... Заикающихся детей учат внимательно слушать взрослых и выполнять их требования. В процессе создания коллектива логопед также выявляет особенности поведения детей, их характера, тактично корригируя отклонения во время проведения соответствующих игр, бесед, выполнения режимных моментов. Логопед и воспитатель, каждый на своем занятии, решают следующие коррекционные задачи:,воспитание усидчивости, внимания, подражательности; обучение выполнению правил игр; воспитание плавности, длительности выдоха, мягкой голосоподачи, ощущения расслабления мышц конечностей, шеи, туловища, лица; обучение элементам логопедической ритмики; коррекция нарушений звукопроизношения, развитие лексико-грамматической стороны речи, фонематических процессов. На занятиях используются дидактические игры, игры с пением, элементы игр-драматизаций, подвижных игр с правилами. Заканчивая этап обследования, логопед оформляет документацию (тетрадь № 1 — речевые карты на каждого ребенка; тетрадь № 2 — для связи работы логопеда и воспитателей; тетрадь № 3 — рабочая тетрадь логопеда для ежедневных и еженедельных планов; тетрадь № 4 для домашних заданий детям на каждого ребенка; тетрадь № 5 — дневник на каждого ребенка, где логопед отмечает

поведение детей в различных игровых и неигровых ситуациях); составляет план работы на год; оформляет совместно с воспи

тателями родительский уголок; готовит и проводит педагогический совет: родительское собрание.

\ На этапе обследования осуществляется комплексный подход *к* заикающемуся ребенку, а именно: его обследует логопед; пси-хрлого-педагогические наблюдения ведут воспитатели, советуясь с психологом и методистом детского учреждения; тщательно обследуют заикающегося психоневролог, педиатр, отоларинголог, окулист и другие врачи.

Этап ограничения речи (режим молчания и шепотная речь): воспитание у детей общей произвольной моторики и мышц лица путем использования расслабляющих упражнений, артикуляторной гимнастики, логопедической ритмики; отработка речевого дыхания: продолжительности, плавности выдоха; воспитание слухового внимания и слуховой памяти; зрительного внимания и зрительной памяти; произвольного поведения путем развития личностных качеств: выдержки, сосредоточенности, внимания, подражательности через обучение играм, правилам игр, элементам творческой игры; работа над фразой (обучение паузации); активизация и пополнение словаря по темам «Осень», «Овощи», «Фрукты».

Режим молчания проводится в течение 4–6 дней. Логопед (а в группе воспитатель) доступно объясняет детям необходимость молчания, находит условные безречевые сигналы, по которым дети выполняют требования взрослых, обеспечивает достаточное количество разнообразных безречевых игр, продумывает проведение прогулок с детьми в период молчания. Занятия носят обучающий характер: логопед или воспитатель рассматривает с детьми картины, рассказывает сказки, прослушивает музыкальные детские произведения, т.е. учат детей слушать и выполнять указания логопеда, но при этом молчать. Логопед (в речевом саду воспитатели и весь обслуживающий персонал) во время режима молчания говорят шепотом. Сложнее соблюдать режим молчания во время игр, на прогулках и дома. Здесь необходимо каждому ребенку придумать занятие. Один может рисовать, другой – делать кораблик, третий – выкладывать узор из мозаики, четвертый – заниматься с куклой и т.д. Прогулка также делится на несколько моментов: рассматривание транспорта и витрины; игра в подвижную безречевую игру; сбор букета из листьев и пр. Взрослый обязательно дает целевую установку, например: «Смотрите на витрины, запоминайте транспорт, а через несколько дней мы узнаем, кто самый внимательный»... Во время режима мол-

чания с детьми проводятся дидактические игры без речи, например, положить в корзинку все железное, или все деревянное, или бумажное; игры с мозаикой; строительные игры; сложить

картинку из частей – сначала части крупные и в малом количестве, затем число их возрастает до шести.

В это время логопед начинает коррекцию звукопроизношения путем воспитания у детей звуковой культуры речи: развивает слуховое внимание и слуховую память, зрительное внимание и память, а также пространственные ориентировки; воспитывает подражательность, тормозные установки, общую и речевую моторику и т.д. ...Воспитатели также проводят индивидуальную логопедическую безречевую работы по заданию логопеда. Например, тактильный контроль за диафрагмальным дыханием, зрительный контроль за удлинением выдоха, артикуляторная гимнастика, обучение расслаблению мышц рук, ног, шеи и т.д.

Переход к *шепотной речи* (10 дней) происходит постепенно. Дети, окружающие взрослые в детском саду и дома говорят шепотом... Во время общения с детьми логопед использует различные музыкальные сигналы. Подача звуковых сигналов должна быть негромкой, например, под тихие удары бубна дети строятся, под звуки флейты смотрят на логопеда, воспитателя и т.д. У детей воспитываются зрительная ориентировка, внимание, выдержка, усидчивость, своевременная реакция на сигнал... Во время воспитания шепотной речи продолжается закрепление полученных навыков правильного речевого дыхания и расслабления. Используется шепотное произношение считалок, потешек, звукоподражаний с глухими согласными **с**, **ш**, *х*, *ф*. Проводятся игры на расслабление, например, «Мы спим», «Мы отдыхаем». После отдыха дети переходят только к спокойным играм с разборными игрушками, с мозаикой, со строительным материалом, конструированию и пр. Продолжается работа по развитию и упорядочению общей и речевой моторики в подвижных играх с правилами и с сюжетом.

Сопряженная речь (4—5 недель). При сопряженном произношении дети усваивают просодические компоненты речи: темп, ритм, мелодику, интонацию, выразительность, паузацию, логические ударения; учатся сливать слоги, слова друг с другом так, чтобы фраза произносилась как одно слово, плавно, с выразительным интонированием.

Задачи этого этапа. Воспитание сопряженного произношения, речевого дыхания; удлинения выдоха, мягкой голосопода-чи, слитности гласных звуков в звукоподражаниях и словах, просодической стороны речи, подражательности, активности, элементов творчества через обучение правилам игр. Коррекция

нарушений моторики, нарушений звукопроизношения. Активизация и пополнение словаря по темам: «Осень», «Фрукты», «Овощи», «Птицы», «Грибы», «Профессии»... В этот период важна

правильная организация занятий и обучение родителей общению с детьми.

Отраженная речь (4—5 недель). На этом этапе воспитатель проводит занятия не так, как в обычном массовом саду. Материал программы усваивается детьми в процессе сопряженно-отраженной речи. Воспитатель использует элементы вопросо-ответ-ной речи с последующим односложным ответом, который повторяется детьми сопряженно или отраженно. На досуге используются все виды игр, но творческие по-прежнему носят обучающий характер.

Задачи этапа. Воспитание отраженной речи; работа над фразой и просодическими компонентами речи (дыханием, голосом, слитностью, темпом и ритмом речи); развитие моторики (умения расслабления мышц); продолжение обучения играм и правилам игр (обучение общению с партнером, умению следить за игрой других); воспитание произвольного поведения (выполнять требования, исходящие не только от взрослых, но и от товарищей); коррекция нарушений звукопроизношения. Программные темы «Знакомство с трудом взрослых», «Зимующие птицы».

Вопросо-ответная речь (8—10 недель). В течение этих недель воспитывается в полной, мере поведенческая активность и самостоятельность: все дети группы по очереди могут быть дежурными на занятии, водящими в играх, исполнителями главных ролей, режиссерами игр (с помощью логопеда). Диалоги детей в играх, построенные в форме вопросов и ответов, способствуют активизации поведения обоих участников диалога. Заикающиеся дети 4–5 лет сначала не могут сами вести диалог, особенно если в паре есть застенчивый, необщительный ребенок. Тогда диалог разыгрывается тремя детьми: робкий, неактивный ребенок говорит роль вместе с инициативным, общительным ребенком, они вместе отвечают на вопросы третьего участника игры. Во время общения вопросо-ответной речью у детей в играх воспитывается нужная манера общения: зрительная ориентировка на участника диалога, правильное использование движений и затормаживание ненужных, сопутствующих движений, точное употребление жестов, мимики, умение выслушивать собеседника и ответить только после его вопроса или самому задать вопрос только тогда, когда окончил говорить товарищ.

Этап воспитания вопросо-ответной речи подразделяется на два периода:

1) ребенок отвечает на конкретный вопрос полной фразой, его ответ начинается со слов спрашивающего. Фактически это усложненная форма отраженной речи. Так, на вопрос: «Что вя

жет мама?» – ребенок отвечает: «Мама вяжет... и только одно слово фразы он произносит самостоятельно;

2) вопрос задается таким образом, что в него не включены все слова, необходимые ребенку при ответе: «Что делают дети?» – «Дети катаются с горки на санках». В этот же период детей учат отвечать одним-двумя словами, т.е. приближенно к разговорной манере общения: «Куда идут дети?» – «В школу».

Задачи этапа. Продолжение работы над просодическими компонентами речи; воспитание длительного выдоха, мягкого голо-соначала, слитного произношения фразы, правильной паузации, темпа, ритма, интонационной выразительности; воспитание умения отвечать на вопрос полной фразой (I период), одним словом (II период), работа над диалогической речью; воспитание личностных качеств: активности, инициативы, самостоятельности, творчества; продолжение коррекции нарушений звукопроизношения; развитие лёксико-грамматической стороны речи; осуществление совместного с воспитателем прохождения программы по темам: «Зима», «Дикие животные», «Мебель», «Посуда», «Птицы».

Самостоятельная речь (8–14 **недель**). Этот этап включает два раздела: воспитание подготовленной самостоятельной речи на материале пересказа и воспитание самостоятельной речи на материале рассказа. Каждый из этих разделов имеет свои задачи.

Задачи этапа – воспитание самостоятельной речи на материале пересказа: обучение дословному пересказу подготовленного текста с последующей драматизацией, пересказу событий, действий по материалам различных игр; воспитание активности, самостоятельности, произвольного поведения во всех видах игр; продолжение работы по коррекции нарушений звукопроизношения, по развитию лексико-грамматической стороны речи; осуществление указанных выше задач на материале программы по развитию речи».

Этап рассказа (4–6 **недель**). Виды работы: обучение описательному рассказу, рассказу по памяти, творческому рассказу.

1. Описание внешнего вида какого-либо предмета, игрушки, бытовых помещений, растений, орудий труда и т.д. Описательный рассказ составляется по образцу рассказа логопеда. Используется прием сравнительного описания двух предметов или игрушек... В конце первой недели можно дать каждому ребенку задание составить рассказ об игрушке. Сначала дети составляют рассказ о разных игрушках. Логопед и сами дети анализируют, в

каком рассказе игрушка описана наиболее полно и точно. Затем все дети группы составляют рассказ об одной игрушке. В этом случае анализируется умение детей сказать об игрушке по-особому, по-своему, оценивается выдумка, творчество каждого.

В течение второй недели продолжается обучение описательному рассказу об игрушке, предмете и осуществляется переход к обучению описательному рассказу по картинке и серии картин. Сначала дается совместное описание одной сюжетной картинки (или серии), а в конце недели – индивидуальное задание каждому ребенку. Картинки подбираются сходные по содержанию: из жизни детей, труд людей, времена года и т.д. В конце третьей – четвертой недели продолжается работа по составлению описательных рассказов об игрушке по картинкам и включается рассказ по памяти.

2. Обучение рассказыванию по памяти складывается из а) составления совместного рассказа на основе коллективного опыта; б) составление рассказов на основе индивидуального опыта. В конце третьей-четвертой недели детям предлагается составить рассказ по памяти на более отвлеченные темы: «Интересное приключение», «Прогулка в зимнем лесу» и т. д.

3. К пятой неделе и далее дети обучаются составлению творческих рассказов. Руководя составлением рассказов, логопед должен помнить о том, чтобы творческое воображение детей не превращалось в бесцельное фантазирование... В процессе работы по обучению рассказыванию логопед обращает внимание детей на выявление самого главного в рассказе, учит их составлению сначала короткого, затем более распространенного рассказа. На этом этапе логопед использует ранее проработанный материал, а также создает большое количество новых игровых ситуаций, в которые органически включает тот или иной вид работы над рассказом. Например, в творческой игре «Книжный магазин» дети покупают в магазине разные книги, идут в читальный зал и там «читают» вслух книжки-картинки. Затем ведут диалог, которому они уже обучены на предыдущих этапах работы по поводу «прочитанных» книг. Установив, чья книга оказалась самой интересной, дети организуют игру-драматизацию. На новом ситуационном и речевом уровне детьми повторяются известные и проводятся новые игры.

Закрепление активного поведения и свободного общения детей.

Задачи: содействовать дальнейшему раскрытию и закреплению организаторских качеств у детей, активного, творческого начала, дальнейшее воспитание умения анализировать поведение товарищей на занятиях и давать оценку, закрепление умения самостоятельно организовывать и проводить игры с речевым материалом любой сложности.

Волкова Г. А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. — М., 1983.

Ю. И. Кузьмин

Темп речи и заикание

Сведения, накопленные в последние годы, позволяют четко определить основные типы исследований, необходимых для разработки теории заикания, действительно полезной для решения практических задач. Совершенно очевидно, что основное внимание должно быть сосредоточено на исследовании особенностей самого процесса речи при заикании и на исследовании всех тех факторов, которые вызывают изменения этого процесса. Более конкретно надобности теории и практики требуют разработки следующих вопросов.

Во-первых, необходимы более подробные данные о характере самих проявлений заикания — о типах судорожных запинок, об их распределении в потоке речи, о сочетаемости различных нарушений плавности речи у конкретных больных. Такие сведения необходимы, с одной стороны, для выяснения причин наблюдающихся дискоординации и, следовательно, для разработки более рациональных методов их устранения. С другой стороны; такие данные позволили бы решить вопрос о целесообразности выделения различных форм заикания, которые, возможно, требуют различных реабилитационных мероприятий.

Во-вторых, необходимы данные об особенностях речи заикающихся, когда они не делают запинок. Сюда относятся особенности темпа речи, мелодические е изменения и т.п. Анализ динамики таких показателей позволяет судить как о причине имеющихся нарушений, так и о тех факторах, которые способствуют компенсации дефекта.

В-третьих, необходимы сведения о том, какие фонетические и синтаксические особенности речевого материала способствуют ухудшению речи больных (повышают вероятность возникновения запинок). Эти данные полезны прежде всего для выяснения механизмов заикания. Вместе с тем они необходимы для отбора и составления текстов, предназначенных для логопедических занятий и для диагностического тестирования больных.

В-четвертых; необходим более подробный анализ всех тех условий, которые способствуют нормализации речи больных, — влияния маскировки, задержанной обратной связи, ритмической стимуляции и т. п.

В пределах этой более широкой программы особого внимания заслуживают эффекты, связанные с особенностями темпа речи заикающихся. Известно, что изменения темпа сопутствуют процессу коррекционной работы. Определенное замедление темпа

наблюдается также у больных при пении, при применении задержанной обратной связи и при ряде других условий, при которых речь больных становится более плавной. Возникает вопрос, не является ли некоторое замедление темпа необходимым условием нормализации речи этих больных и основной причиной улучшения их речи как в перечисленных особых условиях, так и в результате коррекционной работы. Некоторые авторы придерживаются, видимо, такой точки зрения, поскольку применяют отработку темпа в качестве основного элемента коррекционной работы. Однако вопрос о темпе речи при заикании остается недостаточно исследованным, в силу чего какие-либо рекомендации в этом плане остаются весьма проблематичными.

Исходя из этого, ставилась задача получить количественные данные о темпе речи заикающихся как в начале, так и в конце проведенного курса лечения. Второй целью являлось получение данных об изменении темпа речи у заикающихся при применении задержанной акустической обратной связи («отставленной речи»), а также выяснение вопроса, при каких значениях задержки и при каких темпах речи наблюдается максимальное улучшение плавности речи больных.

Исследование показывает, что темп многих больных оказывается замедленным уже при поступлении в клинику! После проведенного лечения темп речи тех больных, у которых он был не слишком медленным, дополнительно замедляется. При этом обнаруживается довольно четкая тенденция приближаться к среднему темпу (с учетом длительности пауз примерно в 2 раза) более медленному, чем у здоровых лиц. Существенно, что больные, для которых соответствующий темп был характерен уже при поступлении, сохраняют среднюю скорость чтения текста, несмотря на устранение значительного количества запинок. Заслуживает внимания также то обстоятельство, что замедление среднего темпа (средней скорости чтения текста) связано с увеличением длительности как самих фраз, так и пауз между ними. Как было показано, у большинства больных удлинение пауз оказывается даже более выраженным.

Эти данные показывают, что замедление скорости речи является скорее всего необходимым условием правильного и плавного произношения. Однако возникает вопрос о механизмах влияния этого фактора. С одной стороны, существует мнение, что нормализация речи больных при замедлении темпа связана с замедлением процесса артикуляции, и прежде всего с относительным уд-

линением вокализованных участков речи. Можно усмотреть две причины, в силу которых удлинение вокализованных участков может приводить к устранению некоторых нарушений плавной

речи. Во-первых, при заикании, судя по всему, нарушаются ко-ратикуляции, обеспечивающие плавный переход от согласных к последующим гласным (Ю. И. Кузьмин, И. И. Пружан, 1976). Видимо, согласовать перемещение различных артикуляторов значительно проще, когда темп речи замедлен и эти переходные участки растянуты. Во-вторых, многие авторы связывают заикание с дискоординацией между активностью голосового аппарата и движениями периферических артикуляторов. Подобные идеи, как известно, высказывались еще в прошлом веке (А. Куссмауль, 1879). Видно, при достаточно медленном темпе речи рассогласование такого рода может корригироваться на основании сведений, поступающих по слуховому и проприо-цептивному каналам связи.

Однако все эти предположения представляются правдоподобными лишь в том случае, если основной причиной заикания является нарушение процесса артикуляции как такового. Действительно, только в этом случае скорость осуществления моторных движений может иметь значение сама к себе. Однако, для заикающихся имеет значение не только скорость артикуляции, но и частота и длительность пауз. Можно предположить, что заполненная паузами и более быстрая речь может быть такой же плавной, как и более медленная. Если это так, возникновение запинок может быть связано не с дискоординацией в пределах самого исполнительного речеобразующего аппарата, а с рассогласованием взаимодействия процессов артикуляции с работой системы, осуществляющих синтез высказываний. К сожалению, в настоящее время о характере взаимодействия между этими системами ничего не известно. Правда, некоторые исследователи предполагают, что паузы в речи необходимы для осуществления планирования высказываний, но этот процесс считается как будто бы независимым от периферического артикуляторного процесса.

Изучение динамики речевых и нервно-психических нарушений. — Л., 1983. — С 104—116.

В. И. Селиверстов

О психологической модели феномена фиксированности заикающихся на своем речевом дефекте

Опираясь на общие принципы системного подхода в психологии (Л. Г Выготский, С. Я. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, Б. Ф. Ломов, А. В. Петровский, П. Я. Гальперин,

В. Д. Небылицын, Д. Б. Эльконин и др.) и наши собственные наблюдения, мы делаем попытку рассмотреть модель возникновения и развития феномена фиксированное™ с позиции интегрального взаимодействия психических процессов, состояний, свойств и действий у заикающихся. Правомерность такого подхода, в частности, подтверждается результатами сравнительного исследования подростков, проведенного под нашим руководством Г И. Ангушевым. Проведенное исследование позволило сделать вывод, что различие между заикающимися и свободно говорящими выражается у первых «не в степени продуктивности той или иной деятельности, а в специфике ее протекания. Эта специфика проявляется не в какой-либо одной отдельной функции, а во всей совокупности психических процессов».

С названных позиций психологическая модель возникновения и развития феномена фиксированное™ у заикающихся (как вторичного явления) на своих речевых запинках (как первичного явления) в сложном и едином взаимодействии всех основных психических процессов просматривается следующим образом.

Ощущения. Возникшие у ребенка речевые запинки, спотыкания (несудорожного или судорожного характера) первоначально становятся объектом его ощущения как первичного познавательного процесса, посредством которого человек получает информацию от внешней или внутренней среды. Речевые запинки отражаются мозгом ребенка в виде кинестетического, тактильного или слухового образа.

Среди главнейших особенностей этого психического процесса важную роль играет порог ощущений, определяющий наименьшую силу раздражителя, вызывающего осознанное ощущение. В связи с этим можно предполагать, что первоначальное возникновение речевых запинок или их слабое проявление находятся у ребенка сначала ниже порога ощущений («подпорого-вое ощущение»). Поэтому первые реакции на дефект у ребенка неосознанные, не носят эмоциональной окраски, сопровождаются непроизвольным вниманием, т.е. без поставленной цели и волевых усилий; действия по их преодолению находятся на уровне бессознательных движений охранительного или корректирующего характера.

В результате многократного повторения случаев запинок в речи ребенка их восприятие становится более отчетливым и целостным. Восприятие запинок сопровождается у ребенка развитием

понимания, что он говорит не так, как все (неплавно, прерывисто, с запинками), что раньше этого у него не было, что ему сейчас что-то мешает говорить свободно (двигать языком, губами и т. д.).

Исследования Л.А.Зайцевой, в частности, показали в этом отношении отрицательную роль неблагоприятных факторов микросреды (прежде всего, домашних условий и условий детского сада) для заикающихся детей. В числе неблагоприятных факторов оказались: передразнивание ребенка, наказания за неправильную речь, насмешки, неправильный педагогический подход, недостаточная помощь в развитии речи и др.

Изменение чувствительности при длительном действии раздражителя, именуемое адаптацией, в одних случаях приводит к понижению чувствительности, а в других – к ее обострению (сенсибилизации).

Адаптация к речевым запинкам у ребенка происходит, прежде всего, под влиянием благоприятных окружающих условий, правильного отношения окружающих к проявлениям его запинок, доброжелательного и спокойного отношения к нему самому, в результате помощи в развитии детской речи пр. Серьезное значение имеет возможность ребенка при желании самому или с помощью исправить замеченную речевую запинку, умение повторить фразу правильно. В этом случае запинки не мешают общению ребенка с окружающими, не крепнет и не развивается его осознанное внимание к запинкам, отсутствуют и активные действия по их преодолению.

Такая картина преимущественно характерна для детей с физиологическими итерациями (запинками несудорожного характера), которые по мнению ряда авторов (М.Зееман и др.) встречаются у детей довольно часто (в 80% от общего числа всех детей от 2 до 4 лет) и легко проходят, если нет осложнений, как только ребенок приобретает укреплением речевых условных рефлексов достаточную уверенность в выражении своих мыслей речью.

Иная картина наблюдается у детей в случаях обострения чувствительности (сенсибилизации) к восприятию своих речевых запинок. В этом случае, прежде всего, могут иметь значение для маленьких детей, как указывалось выше, неблагоприятные факторы микросреды: конфликтные ситуации в семье, неправильные методы воспитания, недостаточная помощь в формировании правильной речи и др. Важную роль в обострении восприятия играет осознание ребенком своего речевого дефекта. Осознанное внимание к своим речевым запинкам порождает у него, с одной стороны, эмоциональные переживания, а с другой – побуждает к волевым действиям по преодолению этих запинок. Причем невозможность самостоятельно справиться с этой задачей

усугубляет эмоциональные переживания ребенка. Таким образом, в целом возрастает обостренность чувствительности ребенка к проявлениям запинок в его речи.

Можно предполагать, что подобная картина наблюдается у детей с речевыми запинками судорожного характера или с запинками, прочно утвердившимися в речи по типу зафиксированного неправильного речевого рефлекса.

Восприятие. В отличие от ощущений восприятие всегда целостно и предметно и объединяет ощущения, идущие от ряда анализаторов. Важнейшей особенностью восприятий является их избирательность, целостность и константность.

Избирательность восприятия в данном случае определяется осознанным вниманием заикающегося именно к своим речевым запинкам, периодически возникающим в его речи. Именно речевые запинки – предмет его первоначального восприятия: они отличают его речь от речи сверстников и окружающих людей; проявляются в результате каких-то досадных помех и затруднений; возникают для ребенка внезапно, необъяснимо отчего; явг ляются предметом внимания окружающих; не поддаются сразу преодолению и не исчезают самостоятельно и т.д. Постепенно восприятие заикающимся ребенком запинок в собственной речи расширяется за счет внутреннего и внешнего восприятия всего, что связано с проявлением этих запинок.

В понятие целостности восприятия заикающимся своих речевых запинок должна быть включена не только совокупность его кинестетических, тактильных, слуховых, зрительных ощущений этих запинок, но и осознание, что они проявляются в определенных случаях речевой деятельности (в начале фраз, на определенных звуках или в сочетаниях звуков) и в определенных условиях (в разной обстановке, с разными людьми, в разной деятельности). Ребенок воспринимает отношение окружающих к своей неправильной речи (насмешливое, порицающее, сочувствующее, жалостливое, обеспокоенное и т.д.); дополняет свои восприятия ощущениями собственных неудачных усилий по преодолению запинок и неприятными переживаниями по этому поводу.

На константность (постоянство) восприятия заикающимся своей дефектной речи влияет его представления о ней, уже сложившиеся в результате прошлого опыта. Представление (как образ, хранящийся в памяти) складывается на основе бывших восприятий, осознание и осмысления случаев своей неправильной речи. Известно, что влияние стойко сложившегося представления иногда бывает так велико, что может подавлять детали непосредственного восприятия. Этим можно объяснить, как возникшие представления о случаях речевых запинок у заикающегося могут

опережать само их появление и выступать в данном случае уже как их предвидение и ожидание.

Восприятие своей дефектной речи у разных людей может быть полным или неполным, глубоким или поверхностным, точным или ошибочным. Это лишь будет определять разное отношение заикающихся к своему дефекту и необходимость дифференцированного (индивидуального) подхода к их психологическому изучению и коррекционной работе.

Представления. Память. Представления (как наглядные образы воспринимавшихся ранее предметов и явлений) возникают у человека на основе ощущений и восприятий. Представления не так ярки, как непосредственные восприятия, изменчивы, но они дают обобщенный образ, помогают выделить в нем главное. У заикающихся представления о своей неправильной речи могут быть связаны как собственно с дефектной речью (трудностями ее порождения, частотой и формой выражения речевых запинок, их зависимостью от видов речевой деятельности или окружающих условий и т. д.), так и с последствиями этой дефектной речи (особым отношением окружающих, отношением к окружающим, самооценкой и т. д.).

Память как психический процесс, заключающийся в запоминании, сохранении с последующим воспроизведением ранее воспринятого, пережитого или сделанного, играет важную роль в психологической модели фиксированное™ заикающихся на своем дефекте. В отличие от восприятий, которые всегда имеют место в настоящем времени, память хранит следы информации прошлого: прошлых ощущений, восприятий, представлений, понятий.

Сохранение в памяти представлений именно о своих речевых запинках и обо всем том, что связано с ними, отражает избирательность памяти как ее свойства и как результат активности сознания, как своеобразной установки на свой дефект. У заикающихся могут сохраняться в памяти представления: а) о своих речевых запинках как факторе неправильной (не как у всех) речи, которые по-разному проявляются в разных условиях и в разных видах речевой деятельности (образная память); б) о своих речевых затруднениях, которые мешают свободному речевому процессу и не поддаются самостоятельному преодолению и даже, наоборот, усиливаются при попытках их преодолеть (оперативная память); в) о своих переживаниях, связанных с неудачными попытками по преодолению речевых запинок, с обидным отношением к дефектной речи со стороны окружающих, с ощущениями собственной неполноценности (эмоциональная память). Состояние

яркого переживания способствует наиболее прочному запоминанию.

Представления о своих речевых запинках и о том, что связано с ними, запечатлеваются у заикающихся первоначально и пре

имущественно в непроизвольной (непреднамеренной) памяти. По мере возрастания потребностей и усилий в преодолении своих речевых запинок возрастает роль произвольной (преднамеренной) памяти. Последняя, в частности, позволяет заикающимся запоминать и использовать в своей речевой деятельности облегчающие или скрывающие дефект вспомогательные звукосочетания, слова, действия и т.д., известные в литературе как речевые эмболы или двигательные условки заикающихся.

Мышление. Понятия. Воображение. Мышление участвует в каждом процессе познавательной деятельности. Мыслительная оценка ощущаемого и воспринимаемого предполагает их соотнесение с имеющимся опытом, знаниями. Таким образом, мышление связывает у заикающихся отдельные ощущения в обобщенные восприятия речевых запинок, формирует представления и понятия о своей дефектной речи, об особенностях ее проявлений, о влиянии на положение заикающегося в обществе и т.д.

Благодаря наличию у человека мыслительной, абстрактной формы отражения действительности, он способен не только воспринимать мир в образах предметов и явлений, но и находить закономерности и отношения между ними. Характерными признаками мышления являются обобщенность и опосредованность отражения действитедьности. В первом случае это означает способность заикающегося перерабатывать многочисленные сведения от разных источников и получать информацию в виде сжатой свернутой формы о наиболее существенном из них.

Во втором случае (опосредованность) – позволяет выявить и понять то, что становится доступным сознанию только благодаря косвенным признакам, без непосредственного воздействия на органы чувств человека. Это происходит посредством образования понятий, каждое из которых выражается словом или несколькими словами.

(Я запинаюсь на отдельных звуках. Я говорю неправильно. Мне трудно говорить с определенными людьми. Мне трудно говорить в определенных условиях. Я – заика! Я не такой как все. Я не могу сам преодолеть возникшую трудность в речи. Попытки преодолеть трудность лишь усиливают ее. Я – безнадежный заика! И т.д.).

Понятия о своей неправильной речи складываются у заикающихся детей по-разному и постепенно, с накоплением опыта. Первым источником служит наличие речевых запинок, которые затрудняют процесс речевого общения с окружающими, порождают осадок, недовольство, переживания от невозможности реализовать

свою потребность (передать как хотелось бы свое желание, мысль, полноценно принять участие в коллективных

действиях). Обидное отношение окружающих, нереализованность своих желаний, безуспешные попытки самостоятельно справиться со своим недостатком или хотя бы замаскировать его – это второй немаловажный источник, формирующий понятия у заикающихся о своей неправильной речи, о себе, о своем месте в коллективе, об отношении коллектива к нему. Эти понятия, связанные между собой по контрасту, по сходству и по смежности, многолики и зависят от социальной среды (благоприятной или неблагоприятной), в которой находится ребенок.

Процесс формирования понятий и образование на их основе суждений и умозаключений предполагает использование ряда умственных, мыслительных операций: анализ, синтез, сравнение, абстракцию, конкретизацию. Оценочные понятия, суждения, умозаключения о своей дефектной речи и о себе как носителе этого речевого дефекта, предопределяют, с одной стороны, отношение к себе, окружающим и оценкам окружающих, а с другой – свое поведение в коллективе.

В процессе осмысления своей дефектной речи и своего положения в коллективе задействуются все основные виды мышления: наглядно-действенное (простейшее, практическое мышление), образное (использование образов прошлых действий), абстрактно-логическое (понятийное мышление), мышление вероятностями (учет ожидаемых событий), планирование предстоящей деятельности. Последнее тесно связано с воображением.

Воображение, рассматриваемое как форма мышления, это создание в процессе мышления новых образов на основе прошлых восприятий и имеющихся понятий. Если восприятие – образы настоящего, память – прошлого, то воображение как форма мышления позволяет это сделать в отношении будущего.

Неблагоприятный опыт прошлого порождает у заикающихся не только определенные представления и понятия о своей дефектной речи, о себе как носителе этого дефекта и о своем положении в коллективе, но и формирует образы предстоящих речевых ситуаций, предвидение своих речевых запинок, ожидание их в определенных ситуациях или видах речевой деятельности.

Предвидение, ожидание пароксизмов заикания – симптом, можно сказать, характерный для заикающихся. Он и порождает неуверенность в своих речевых возможностях и по механизму самовнушения обычно и провоцирует эти пароксизмы.

Воображение тесно связано с эмоциями. В соответствии с переживаниями заикающихся от своей дефектной речи их

воо|>-ражение может создавать мрачные картины будущего, либо Наоборот, рисуя в своем воображении картины предстоящих речевых трудностей, человек может вызывать у себя тяжелые

отрицательные эмоции. В этом отношении в медицине хорошо известна роль воображения в возникновении и утяжелении заболеваний. У мнительных больных воображение болезни (слабо выраженной или вовсе не существующей) может привести к тяжелым патологическим изменениям.

Предвидение и ожидание пароксизмов заикания в совокупности с отрицательными эмоциями создает напряженное, тревожное ожидание, сНОсббствует возникновению непроизвольного воображения различных картин трудной речи и неприятных речевых ситуаций. Углубление этого процесса ведет от простого предвидения речевых запинок к тревожному ожиданию, боязливости, а затем и к навязчивым страхам речи (логофобии).

Эмоции. Чувства. Волевые усилия. Заикание (как никакое другое речевое нарушение) вызывает особенно острое эмоциональное реагирование индивидуума на свой дефект. Можно полагать, что это связано с отсутствием ясных, понятных и конкретных причин его возникновения. И действительно, помимо речевых трудностей, заикающийся человек не испытывает каких-то физических или интеллектуальных недостатков. Интересы, потребности и разнообразные способности заикающихся детей ничуть не ниже, чем у их сверстников. Среди заикающихся можно назвать и многих одаренных людей. И в то же время, самостоятельные попытки преодолеть свои речевые трудности приводят, как правило, не к облегчению, а к еще более видимым затруднениям и переживаниям.

Известно, что эмоции и чувства (как психический процесс) выражаются у человека переживаниями (внутри) и мимикой, пантомимикой, вокальной мимикой, рядом вегетативных явлений (внешне). Эмоции и чувства в форме переживаний отражают не сами предметы и явления, а отношения, в которых они находятся к человеку. Принято считать, что эмоции (как более простая структура, связанная с ощущениями) регулируют взаимоотношения человека как организма со средой, а чувства (как более сложная структура, связанная с мышлением и понятиями человека) определяют его взаимоотношения как личности с другими людьми, с обществом.

Переживания как форма выражения эмоций и чувств связываются у заикающихся с наличием речевого дефекта, с трудностями в речевом процессе, с неблагополучием в речевом общении с окружающими, с обидным отношением со стороны окружающих, с неудовлетворенностью собой, своей речью, своими поступками и

пр. Более или менее выраженные неприятные переживания, связанные у заикающихся с нереализованной потребностью свободного речевого общения с окружающими, мо

гут сопровождаться эмоциями, чувствами и состояниями неудовольствия, угнетенности, подавленности, апатии, тревожности, опасения, страха, напряженности, раздражительности, угрюмости, гнева, злобности, частой и сильной сменой настроения и др.

Эмоции и чувства — это непосредственное переживание действительности, для которых характерна сравнительно небольшая продолжительность и интенсивность. Но они же могут перерастать и в более длительно и сильно протекающие психические состояния. Эмоции (как психический процесс) очень близки первичному познавательному процессу — ощущению: ощущение сигнализирует о самом факте того или иного внешнего или внутреннего раздражителя^ а неразрывно связанное с ощущением переживание (эмоция) дает оценку полезности или вредности, приятности или неприятности данного воздействия.

В то же время оценивающая функция эмоций неразрывно слита с функцией побуждения к действию, к волевому усилию. Как указывалось выше, первые действия по преодолению появившихся речевых запинок у ребенка находятся на уровне бессознательных движений охранительного или корректирующего характера. С осознанием своего дефекта связываются впоследствии попытки силой (как естественное и простое реагирование) преодолеть возникшую трудность или помеху в речевом процессе, потом — поиски средств и приемов как-то облегчить свою трудную речь либо как-то скрыть, замаскировать ее от окружающих. Все это может порождать многообразные речевые эмболы и двигательные уловки (вспомогательные произвольные движения). При этом может создаваться парадоксальность положения заикающегося: пытаясь при помощи вспомогательных движений и речевых эмболов скрыть, замаскировать свою неправильную речь от окружающих, он тем самым еще больше обращает на нее внимание окружающих, конфузится, переживает, отчего проявления заикания принимают более сложный характер.

Внимание. Говоря о фиксированности заикающихся на своем дефекте, обыкновенно полагают, что это какое-то особое качество или свойство внимания (произвольное, концентрированное, интенсивное, застревающее, устойчивое и т. д.), которое может быть в разной степени характерно для заикающихся.

Наша попытка создать психологическую модель фиксированности заикающихся на своем дефекте убеждает, что это не так. Внимание (как фактор, организующий психическую деятельность человека и обеспечивающий направленность и сосредоточенность

его сознания на определенном объекте) безусловно занимает свое важное место в названной модели, но далеко не исчерпывает, как мы убедились, содержание этого понятия.

Ощущение, восприятие, память, мышление, эмоции, чувства, волевые усилия и действия – все это с организующей помощью внимания становится более отчетливым, полным, сильным, осознанным, продуктивным, может качественно меняться. Следует полагать, что такую же роль внимание (как психический фактор) играет и в образовании и развитии феномена фиксированное™ заикающихся на своем дефекте, т.е. оно усиливает, усугубляет и трансформирует отражение имеющегося дефекта речи в психических процессах, состояниях, свойствах и поведении заикающихся.

Заключение и выводы. Воссоздание психологической модели фиксированности заикающихся на дефекте позволяет увидеть ее развитие в определенной нарастающей последовательности сначала на уровне психических процессов: от первых ощущений и эмоционального реагирования на свои речевые запинки к целостному осознанному восприятию и образованию представлений, понятий, запоминающихся картин и случаев своей трудной речи и связанных с этим неприятностей, развитие картин воображаемых трудностей с предвидением и ожиданием пароксизмов заикания. Одновременно от первого непроизвольного эмоционального реагирования на свой 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.

В зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий, в которых растет и воспитывается ребенок, названные психические явления могут в разной степени или проявляться кратковременно или закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя в целом уже психологические особенности заикающихся. Таким образом, фиксированность на своем дефекте можно считать основополагающим фактором, определяющим характер и сложность психологических особенностей заикающихся и тем самым, входящим в сложную структуру этого речевого расстройства.

Такое понимание модели развития у заикающихся феномена фиксированности на своем дефекте согласуется с постулатами философской теории отражения. И следовательно, **понятие феномена фиксированности** можно определить так: **это есть отражение объективно существующего речевого дефекта (речевых запинок) 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, состояни-

ях и свойствах личности заикающегося и проявляющихся в его взаимодействии с окружающей социальной средой.

В целях дифференцированного подхода к изучению психологических особенностей заикающихся важно найти критерии (и достаточно простые, чтобы их можно было бы использовать в практике), которые характеризовали бы нарастающую сложность разных уровней или степеней фиксированности на дефекте. В качестве такого критерия мы выбрали 3 варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту (безразличное, умеренно-сдержанное и безнадежно-отчаянное и соответственно 3 варианта волевых усилий в борьбе с ним (их отсутствие, наличие и перерастание в навязчивые действия и состояния).

Соответствующее сочетание названных вариантов (по схеме: I–I, II–II, III–III) оправдало введение рабочего термина «болезненной фиксации» для выделения 3-х групп заикающихся: с нулевой, умеренной и выраженной степенью болезненной фиксации.

В результате ряда исследований, проводимых непосредственно нами или под нашим научным руководством были сделаны выводы, конкретно относящиеся к характеристике феномена фиксированности заикающихся на своем дефекте:

1) С возрастом у заикающихся детей (или со стажем заикания) степень их фиксированности на своем дефекте имеет тенденцию к усложнению.

2) У заикающихся детей дошкольного возраста увеличение степени фиксированности на своем дефекте находится в определенной связи с наличием у них второго речевого дефекта. (В старшем возрасте подобная закономерность не обнаруживается).

3) Степень фиксированности на своем дефекте у заикающихся имеет определенную связь с усложняющимся характером моторных нарушений (ее нарастание от клонических к тоническим речевым судорогам).

4) Положительные результаты логопедической работы с заикающимися закономерно находятся в обратной зависимости от сложности их фиксированности на своем дефекте (чем больше фиксированность, тем ниже результат). Именно разная степень этой фиксированности (а не стаж заикания, не наличие второго речевого дефекта и не тяжесть моторных нарушений сами по себе) определяет прежде всего разные результаты логопедической работы.

5) Исходя из сделанных наблюдений, можно полагать, что степень тяжести заикания у детей адекватна степени их фиксированности на своем дефекте. Это имеет, с одной стороны, важное

значение для прогностических суждений о результатах предстоящей коррекционной работы в каждом отдельном случае заикания. С другой стороны – предполагает необходимость использования в коррекционной работе с заикающимся ребенком специальных приемов, направленных на предупреждение или вытеснение у него фиксированности на своем дефекте.

Учитель-дефектолог. Проблемы подготовки / Отв. ред. В. А. Лапшин. - М. 1989. - С. 59-72.

Г. А. Волкова

Заикание и дизонтогенез

Большинство исследователей относят заикание к неврозам в понимании И. П. Павлова, а именно – невроз является следствием отрицательных психогенных реакций (переживание, страх, испуг, конфликтная ситуация, напряженная трудовая деятельность), что вызывает перенапряжение нервных процессов, их срыв. В коре головного мозга образуется застойный тормозной процесс («больной очаг»), прерывающий функциональную связь коры с подкоркой. Но понимание заикания как невроза (общего и частного) не решает проблему механизмов заикания, в частности, у детей раннего возраста. В. Н. Мясищев считает, что у маленьких детей возникает так называемый «реактивный невроз» как острое нарушение высшей нервной деятельности и «невроз развития», при котором образование патологических стереотипов происходит постепенно, в неблагоприятных условиях среды – перераздражения, подавления, изнеживания. Исходя из указанных форм неврозов В. Н. Мясищева, можно выделить заикание развития и реактивное заикание (С. .С. Ляпидевский, 1969; Г А. Волкова, 1978). Заикание развития возникает на фоне задержанного формирования речи, психических особенностей, имеет постепенное начало, наиболее выражено при овладении фразовой речью. При неврологическом обследовании у этих детей выявляются признаки диффузного органического поражения мозга и стойкие вазовегетативные нарушения. Реактивное заикание возникает в результате воздействия сочетания психогенных и соматогенных факторов у детей, склонных к невротическим реакциям.

Мы считаем, что для понимания патогенеза заикания необходимо изучение индивидуально-психологических свойств детей на ранних этапах онтогенеза и в дошкольном возрасте. С этой целью на психодинамическом уровне нами изучены: общая актив

ность индивида (в бодрствующем состоянии со взрослыми, без взрослых), развитие моторной функции, зрительное внимание, слуховое внимание, общительность (частота контактов, инициативность в общении, легкость вступления в контакт, широта круга общения), эмоциональные проявления, невербальный интеллект.

На психосодержательном уровне изучены: особенности поведения на первом-втором году жизни, подражание (звукам, предметным и игровым действиям), социальный аспект общительности (улыбка, «комплекс оживления», устойчивость общения в дошкольном возрасте), активность в игровой деятельности (определение уровня игровой активности – группы А, Б, В, Г, Д), поведение в конфликтных ситуациях, особенности речевого развития в предцошкольном и дошкольном возрасте, личностные качества заикающегося и его родителей (отца, матери).

Анализ материала исследования позволяет трактовать заикание, исходя из закономерностей нормального онтогенеза и гетерохронии (разновременности формирования различных функций с опережающим развитием одних по отношению к другим). Одним из основных проявлений гетерохронии является возникновение на каждом возрастном этапе наряду с постоянными иерархическими координациями – факультативных, отражающих переходный характер ряда психических образований (В.В.Лебединский, 1985). На основе проведенного исследования можно утверждать, что заикание обусловлено тремя типами дизонтоге-неза: асинхронией, задержанным развитием и парциальным психическим недоразвитием.

Асинхрония как неравномерное дисгармоничное развитие включает признаки ретардации (задержки) и акселерации (опережения). Асинхрония проявляется в задержке речевого развития, составляющей от 6 до 8 мес, в нарушениях звукопроизношения (у 67% заикающихся), нарушениях просодических компонентов речи (почти у всех детей), в расстройстве тонкой моторики и недоразвитии психомоторики (у 60% заикающихся дошкольников), в нарушениях зрительного восприятия пространственных соотношений, в недоразвитии слухового внимания, в снижении игровой активности.

У заикающихся детей выявлено дисгармоничное развитие личности. Оно выражается в агрессивности, повышенном чувстве виновности, эмоциональной ранимости, социальной незрелости, в использовании защитных видов реагирования в трудных жизненных ситуациях. Эмоциональный фон в конфликтных си-

туациях у заикающихся очень высок (в 20 раз выше, чем у здоровых). Аффективные состояния на различные фрустраторы у них возникают гораздо чаще, чем у детей без заикания. Аффектив

ные состояния искажают самооценку личности заикающихся детей, препятствуют правильному реагированию на конфликт и его участников. При неадекватно завышенной самооценке стремление к самоутверждению в конфликтных ситуациях выражается чрезмерно активно, агрессивно, самоуверенно. При неадекватно заниженной самооценке стремление к самоутверждению в конфликтных ситуациях выражается в форме пассивного протеста, скрытой агрессии, негативизма и является защитным механизмом против возможности оказаться не на уровне предъявляемых требований.

Негативизм, протест, скрытая и открытая агрессия, которые сопровождаются и аффективными переживаниями, являются показателем формирования дисгармоничной личности. Фиксируясь, они становятся устойчивыми свойствами личности. У заикающихся детей чаще наблюдается тормозящий вариант развития личности. Он формируется в условиях гиперопеки, при которой в ребенке подавляется самостоятельность, инициатива, активность. Ребенок становится робким, тормозимым, обидчивым. В старшем дошкольном возрасте ярко проявляются пассивность, неуверенность в своих силах. У меньшего числа заикающихся отмечено невротическое формирование личности. Оно возникает в тех случаях, когда пси-хотравмирующая ситуация приводит к развитию у ребенка невротических реакций, а затем к формированию таких личностных черт, как боязливость, склонность к страхам.

Развитие личности как по тормозящему, так и невротическому типу влечет за собой отсутствие или снижение у детей познавательной активности, самостоятельности, инициативы. Однако следует отметить, что у заикающихся детей 6 лет (особенно у девочек) проявления таких личностных свойств, как агрессия, негативизм, их адекватность содержанию ситуации, самостоятельность, активность в разрешении напряженности практически не отличаются от таковых у здоровых детей.

Заикание является также следствием задержанного развития. Этот тип дизонтогенеза вызван тремя факторами:

1) соматогенными – в 64,7% случаев у детей с органическими нарушениями ЦНС, в 37,5% у детей с функциональными нарушениями ЦНС;

2) психогенными – алкоголизм родителей в 65: случаев, психотравмы в 32% случаев, неблагополучие в микросоциальном окружении в 40% случаев;

3) церебрально-органической недостаточностью, чаще рези-дуального характера (инфекции – у 73% детей с органическими нарушениями ЦНС; травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постнатального периодов – у 83,9% детей).

У части заикающихся выражена задержка речевого развития: у 37,3% детей с органическими нарушениями ЦНС, у 12,4% – с функциональными заиканиями. У заикающихся дошкольников выявлены такие отклонения в импрессивной речи, как недостаточность понимания словесной инструкции при организации их игровой и конструктивной деятельности. Дизонтогенез слухового сосредоточения, присущий детям в первые месяцы жизни и проявившийся позднее в возрасте от 2,5 до 4,5 лет в расстройстве слухового внимания, обусловливает отклонения в формировании импрессивной речи заикающихся 5–7 лет, особенно у детей с органическими нарушениями ЦНС. Недоразвитие фонематических процессов анализа, синтеза и представлений свидетельствует о том, что у заикающихся детей вызывает затруднение мыслительный процесс разложения слова на составляющие его части и соединения отдельных частей (фонем, слогов) в целое слово.

Развитие экспрессивной речи у заикающихся детей на ранних этапах онтогенеза также протекает с задержкой и отклонениями от нормы. Нарушения темпа речи свойственны большинству детей с функциональными и органическими нарушениями ЦНС. Например, из обследованных детей пяти лет ускоренный темп речи у 70%, замедленный – у 24%, нормальный – у 6%. Дефекты слоговой структуры слов выявлены у всех заикающихся детей; более сохранны у испытуемых 7 лет с функциональными нарушениями ЦНС ($P < 0,05$). Наряду с указанными отклонениями в речевом онтогенезе у многих заикающихся детей имеются аномалии в строении артикуляторного аппарата, нарушения речевой моторики, просодии, звукопроизношения. Отмечается не-сформированность грамматического строя речи (преимущественно функции словообразования), недоразвитие лексической стороны речи. Таким образом, анализ некоторых параметров развития речи свидетельствует о дизонтогенезе речевой функциональной системы и как следствие его – сложной структуре речевого дефекта при заикании. У детей с органическими нарушениями ЦНС превалируют расстройства речи, обусловленные преимущественно органическими причинами: стертая дизартрия у 41 % детей 5 лет, у 65% детей 6 лет, у 56% детей 7 лет; сочетание стертой дизартрии с общим недоразвитием речи у 33% детей 5 лет, у 12% детей 6 лет и у 11% детей 7 лет. При функциональных нарушениях ЦНС у заикающихся преобладают разные виды дислалии. Речевые дефекты и речевое недоразвитие разного уровня

могут предшествовать и далее сопутствовать заиканию, поэтому они рассматриваются как симптом речевого дизонтогенеза и как одна из причин заикания.

Третий тип дизонтогенеза — **парциальное психическое недоразвитие.** В данном случае различные функции недоразвиты неравномерно. Это касается и психодинамических, и психосодержательных свойств заикающихся. Так, например, по состоянию сенсорных функций у заикающихся 5 лет в сравнении с незаика-ющимися сверстниками недостаточно развиты ритмическое чувство, музыкальный, тембровый, звуковысотный и динамический слух ($P < 0,05$). Но слуховое внимание у заикающихся сохранно. Подобное соотношение наблюдается и у заикающихся 6 лет.

При парциальном психическом недоразвитии у заикающихся выявлена различная степень игровой активности. Мы выделяем группы А, Б, В, Г, Д (1983).

Указанная неравнормерность развития психических функций и индивидуально-психологических свойств заикающихся детей прослеживается на психодинамическом и психосодержательном уровнях у всех испытуемых от 2 до 7 лет.

С позиций психологического изучения патогенеза заикания у преддошкольников и дошкольников мы определяем заикание как своеобразное и сложное расстройство речи, обусловленное ди-зонтогенезом психических функций и дисгармоничным развитием личности. Имеющиеся у заикающихся детей речевые и психические нарушения накладывают отпечаток прежде всего на процесс речевого общения, искажая и деформируя его. В свою очередь, характер личностных и других психических изменений сам зависит от доступных заикающимся форм общения. Поэтому психокоррекционная и логопедическая работа должна направляться на модификацию речевого поведения (речевого общения) в разных видах деятельности с целью нормализации социального поведения заикающегося. Исходным пунктом работы является психолого-педагогическая оценка индивидуально-психологических и личностных качеств заикающегося ребенка. Психологические данные дополняют клиническую картину речевого нарушения, содействуют пониманию динамики речевого расстройства, его взаимодействию с другими психическими процессами и личностными качествами индивида; уточняют прогноз психического развития заикающегося; способствуют определению дифференцированных методов работы...

Методы изучения и преодоления речевых расстройств. — СПб. у 1994.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие ***(Л. С. Волкова, В. И. Селиверстов)***

3

Раздел 1. ДИСЛАЛИИ

(Сост. Л. В. Лопатина)

Куссмауль А. **Косноязычие и лепетание (1879) .....**

8

Хватцев Д/. Е. **Общее учение о косноязычии (1959)**

1

3

Зееман №. **Косноязычные дети (1962)**

1

7

Мартынова Р. И. **Медико-педагогическая характеристика дислалии и дизартрии (1963)** **4**

22

Мелехова Л. В. **Дифференциация дислалии (1967)**

2

9

Рщ? Ф. Ф. **Приемы исправления недостатков произношения фонем (1968)**

3

3

Чиркина Г. В. **Основы коррекционного обучения (1969)**

6

8

Токарева О. А. **Функциональные дислалии (1969)** **76**

Волкова Л. С. **Нарушения детской речи и их устранение в учебно-воспитательном процессе (1969)**

8

4

Правдина О. В. **Дислалия (1973)**

8

7

Ястребова А. В. **Особенности устной речи учащихся I класса (1984)** **93**

Спирова Л. Ф., Ястребова А. В. **Нарушения речи у детей (1985)** **96**

СОДЕРЖАНИЕ

Филичева Т. Б., Чевелева Н. А. Дислалия у детей (1987) 102
Гриншпун Б. М. Дислалия (1989) 108

Раздел 2. РИНОЛАЛИИ

(Сост. С. Н. Шаховская)

Дубов М. Д. Клиническая картина при расщелинах нёба.... 120
Организация лечебной и профилактической помощи при расщелинах нёба (1960)..... 125
Ипполитова А. Г. Логопедические занятия при ринолалии в доречевом периоде (1963)..... 131
Ипполитова А. Г. Основные принципы логопедической работы при открытой ринолалии (1983) 134
Ермакова И. И. Расстройства голоса при ринолалии и их коррекция 142
Ермакова И. И. Особенности постановки звуков при ринолалии (1984)..... 152

Раздел 3. ДИЗАРТРИИ

(Сост. Л. В. Лопатина)

Куссмауль А. **[О дизартрии] (1879)**

16

3

Хватцев М. Е. **Классификация косноязычия (1959)**

16

7

Семенова К. А. **Речевые расстройства у детей с церебральными параличами (1968) 168**

Семенова К. А., Мастюкова Е. М. Смуглин М. Я. **Дизартрии (1972) 173**

Правдина О. В. **Дизартрия (1973)**

18

9

Соботович Е. Ф., Чернопольская А. Ф. **Проявления стертых дизартрии и методы их диагностики (1974) 208**

Мартынова Р И. **Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией (1975) 214**

Данилова Л. А. **Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом (1977) 218**

Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. **Дизартрия (1977)**

22

7

Ипполитова М. В. **Характеристика звукопроизносительной стороны речи у учащихся с церебральным параличом (1989) 254**

Архипова Е. Ф. **Четыре уровня доречевого развития детей с детским церебральным параличом. (1989) 262**

Винарская Е. Н. **Современное состояние проблемы дизартрии (1989) 268**

Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В. **Развитие фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников со стертой формой дизартрии 285**

Развитие лексико-грамматической стороны речи у дошкольников со стертой формой дизартрии (1994) 290

Раздел 4. НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА

(Сост. С. Н. Шаховская)

Ивановская Ф. А. **О методике занятий при некоторых расстройствах голоса (1955)** **29 4**

Хватцев М. Е. **Недостатки голоса (1958)** **29 9**

Ивановская Ф. А. **Профилактика голосовых расстройств (1960)** **302**

Алмазова Е. С. **К вопросу о нарушениях голоса (1960).....** **306**

Таптапова С. Л. **Образование звучной речи у лиц с экстирпированной гортанью (1960)** **322**

Правдина О. В. **Патология голоса (1963)** **32 9**

Рябченко А. Т. **Состояние внешнего дыхания при функциональных нарушениях голоса и основные мероприятия по реэдукции голоса (1967) .....** **337**

Алмазова Е. С. **Методика восстановления и развития голоса у детей (1973)**

340

Раздел 5. ЗАИКАНИЕ

(Сост. Г А. Волкова)

Лагузен Хр. **Способ излечения заикания (1838)** **356**

Кён Р. **Заикание (1878)** **366**

Сикорский И. А. **О заикании (1889)** **377**

Либманн А. **Патология и терапия заикания и косноязычия (1901)** **388**

Неткачев Г. Д **Заикание (1909)** **396**

Неткачев Г. Д. **Клиника и психотерапия заикания (1913)** **402**

Шуберт М. Е. **К психопатологии, клинике и лечению заикания (1928)** **405**

Фрешелъс Э. **Заикание. Ассоциативная афазия (1931)** **407**

Гиляровский В. А. **К вопросу о генезе заикания у маленьких детей и роли его для общего развития личности и его лечения (1932)** **415**

Тартаковский И. И. **Психология заикания и коллективная психотерапия (1934)** **417**

Флоренская Ю. А., Авербух И. С, Архипова О. Г. **Повторные больные и трудные случаи заикания (1936)** **427**

Власова Н. А., Герценштейн Э. Н. **Опыт работы с логоневротиками дошкольного возраста (1939)** **436**

Самойленко Н. **С, *Гринер В. А.* Логопедическая ритмика (1941)** **439**

Жинкин Н. И. **Заикание (1958)** **445**

Кочергина В. С. **Некоторые клинические особенности заикающихся детей дошкольного возраста (1958)** **450**

Хватцев М. Е. **Заикание (1959)** **453**
Зееман М. **Заикающиеся дети (1962)** **462**
Досужков Ф. Н. **Невроз болезненной застенчивости (скоптофобия) (1963)** **471**
Левина Р. Е. **К проблеме заикания у детей (1969)** **474**
*Селиверстов*В. И.* **Логопедические занятия и игры с заикающимися детьми (1972)** **478**
Шкловский В. М. **Психотерапия в комплексной системе лечения логоневрозов (1974)** 490
Ковшиков В. А. **Специфика заикания при различных нервно-психических расстройствах (1976)** **506**
Асатиани Н. М. **Заикание у взрослых (1983)** **512**
Власова Н. А. **Комплексный метод лечения заикания у детей дошкольного возраста в условиях дневных стационаров и специальных детских садов (1983)** **517**

Волкова Г Л. **Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников (1983)** **519**

Кузьмин Ю. И. **Темп речи и заикание (1983)** **536**

Селиверстов В. И. **О психологической модели феномена фиксированности заикающихся на своем дефекте (1989) 538**

Волкова Г. Л. **Заикание и дизонтогенез (1994) 549**

Учебное издание

ХРЕСТОМАТИЯ
ПО ЛОГОПЕДИИ

под ред. Л. С. Волковой
и В. И. Селиверстова
Том I

Зав. редакцией *Т. А. Савчук*
Редактор *Л. И. Павлова*
Компьютерная верстка *Е. В. Чичилов*
Корректор *А. И. Павлова*

Изд. лиц. № 064380 от 4.01.96. Сдано в набор 5.11.96 г. Подписано в печать 12.05.97 Формат 60x88 y_{16}. Усл. печ. л. 34,3- Тираж 30000 экз. Заказ **1876**

«Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 117571, Москва, проспект Вернадского, 88, Московский педагогический государственный университет, тел.. 437-11-11, 437-46-97; тел./факс: 932-56-21

Отпечатано в АООТ «Политех-4» 129110, Москва, ул. Б. Переяславская, 46.

ХРЕСТОМАТИЯ ПО ЛОГОПЕДИИ

