

Миссуловин Л.Я.

ЗАИКАНИЕ

*Особенности возникновения,
течения и терапии*

Учебное пособие

Санкт-Петербург
1999

психологические особенности. Это, в свою очередь, снижает эффективность применяемых методов логопедической и психологической коррекции при заикании (В.М. Шкловский, Л.С. Волкова, Уиндл Джонсон, Вебстер и др.). Поэтому использование новых психологических методов исследования указанного контингента больных, применение на их основе адекватных приемов логопедической и психологической коррекции, учитывающей специфику нашего времени, являются особенно важными и значимыми. Приведенные в пособии данные намечают еще одно направление в изучении и коррекции этой тяжелой патологии речи - социологическое.

Настоящее пособие может быть рекомендовано студентам факультетов коррекционной педагогики, социальных технологий, психологии, а также может оказаться полезным специалистам - логопедам, психотерапевтам, медицинским психологам и социальным работникам, работающим в области патологии речи.

ГЛАВА 1

ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕ- НИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ И МЕТОДОВ УСТРАНЕНИЯ ЗАИКАНИЯ

ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАИКАНИЯ И МЕТОДОВ ЕГО ПРЕ- ОДОЛЕНИЯ

Изучение и попытки лечения заикания начинаются в глубокой древности, более 2000 лет назад.

Первоначально расстройства речи типа заикания называли баттаризмом, по имени античного царя Батта, страдавшего этим недугом. Несколько позднее, в трудах греческих врачей и философов, встречается термин «BALBUTIES», что в переводе на русский язык означает «заикание».

Проблема изучения и лечения заикания в древности связана с именами Гипократа, Аристотеля, а также Плутарха, который подробно описал метод самолечения Демосфена. Демосфен, наряду с гимнастическими приемами лечения, большое значение придавал психическому воздействию на личность заикающегося. Это свидетельствует о глубоком понимании сущности заикания уже в античную эпоху.

Позднее, во времена средневековья, достижения античных мыслителей в области изучения заикания, как и многие другие науки и искусство, не получили дальнейшего развития. И только в начале 19 столетия вновь пробуждается интерес к этой проблеме.

Так во Франции и Германии появляются работы Итара, Вуазена, Шультеза, в которых затрагиваются вопросы возникновения, течения и устранения заикания.

В истории изучения этого дефекта речи первая половина 19 века характеризуется не только накоплением отдельных фактов и наблюдений, но и энергичными поисками различных приемов лечения заикания.

Стремление создать радикальные методы лечения нередко приводят экспериментаторов на путь, далекий от правильного понимания сущности этой проблемы. Так, в 1841 г., в Германии, врач Диффенбах предложил лечить заикающихся путем хирургического вмешательства. Он разработал 3 метода операции, связанной с сечением различных участков языка.

Несмотря на единичные случаи успешного избавления больных от заикания, Диффенбах сам был вынужден вскоре отказаться от своего метода, т.к. многие операции, проводимые им и его учениками, оканчивались гибелью пациентов.

Наряду с различными антинаучными теориями в первой половине 19 столетия появляются работы французских авторов Дело, Коломбо, Базеля, положившие начало дидактическому направлению лечения заикания (Циг. по И.А. Сикорскому, 1889).

Дидактический метод, элементы которого применяются в логопедической и психотерапевтической практике и в наши дни, основан на воспитании у заикающихся, путем длительных речевых упражнений навыков здоровой речи.

Но не только дидактическое направление разрабатывается исследователями в первой половине 19 века.

В 1838 г. в Петербурге выходит книга врача Христофора Лагузена «Способ лечения заикания». Это первое исследование заикания, опубликованное в России.

Лагузен, являясь сторонником упорной речевой тренировки при устранении заикания, в понимании сущности этого дефекта речи намного опередил своих современников. В книге высказываются взгляды, не утратившие своего значения и в настоящее время.

Так в главе «О свойствах и происхождении заикания» Лагузен polemизует с теми исследователями, которые видят причину заикания в заболеваниях органов речи. Сам же Лагузен считает, что недостатки артикуляции «... равно как и судорожные движения говорных органов суть более следствия, нежели причины недостатка», а причины, по мнению автора, раньше всего заключаются в заболеваниях нервной системы человека, которые нередко наступают в результате психической травматизации.

Пристального внимания заслуживают высказывания Лагузена о роли личности больного в развитии у него боязни речи, усугубляющей заикание: «... первоначально случайное заикание - пишет автор, - бывает по большей части только проходящим, у иных же, что зависит много от самого характера, присоединяется к нему представление трудности выговора, и через то заикание делается постоянным ...», т.е. Лагузен по существу, впервые четко сформулировал систему «порочного круга», в который попадают многие заикающиеся. В то время, когда в Европе Диффенбах и его последователи пытаются лечить заикание хирургическим вмешательством, он понимает, что очень многое в развитии и лечении этого речевого недуга зависит от характера заикающегося, от его эмоционально-волевых качеств. Поэтому «Способ излечения заикания» Лагузена наряду с дидактическими приемами включает в себя и психотерапию, направленную на устранение у заикающегося страха речи и воспитывающую у больного уверенность в успешном лечении.

Прогрессивные взгляды Лагузена в течение длительного времени не находили отражения в последующих работах. И только в конце 19 - начале 20 веков в исследованиях Куссмауля, Германа и Альберта Гуцманн, Хмелевского, Либмана, Фрешельса и других авторов, обобщивших весь прошлый опыт изучения этой патологии речи, начинают вырисовываться причины возникновения, клинические особенности и методы устранения заикания.

ДИДАКТИЧЕСКИЙ МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ЗАИКАНИЯ

В 1889 г. была опубликована монография профессора Киевского Университета И.А. Сикорского, посвященная всестороннему научному изучению этой проблемы.

В ней автор на основании собственных наблюдений описал симптоматику, причины возникновения и течение заикания, а также подробно разработал систему лечебно-коррекционных мероприятий, направленных на оздоровление речи и личности заикающегося.

Считается, что И.А. Сикорский является представителем дидактического метода в лечении заикания. Но, по сути дела, он, рассматривая заикание как особую форму невроза, впервые предлагает стройную систему комплексного лечения. Эта система включает в себя логопедические занятия, лекарственное лечение, психотерапию и физиотерапевтические процедуры.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ЗАИКАНИЯ

В отличие от научно обоснованного метода, предложенного И.А. Сикорским, сторонник чисто психологического направления в лечении заикания Г.Д. Неткачев (1909, 1911) предлагает лечить больных только с помощью психологического воздействия. Г.Д. Неткачев отрицал необходимость проведения логопедической работы с заикающимися, хотя на практике использует отдельные голосовые и артикуляционные упражнения, и тем самым противоречит своей теории.

ОСНОВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАИКАНИЯ ПЕРИОДА 30-50-х гг.

В начале 20 века, особенно в начале 30-х гг. и в послевоенное время появляется большое количество работ, посвященных вопросам заикания. Среди них необходимо отметить труды Ю.А. Флоренской (1929, 1949) В.А. Гиляровского (1932), А.Я. Евгеновой и М.В. Смирновой (1950), И.И.

Гартаковского (1934), М.Е. Хватцева (1959), И.А. Власовой (1955), В.С. Кочергиной (1958), И.П. Типугина (1952), С.С. Ляпидевского (1959), а также многих других авторов.

Характерным для большинства работ этого периода является то, что проблема заикания в них рассматривается с позиций учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности человека, условных рефлексах и неврозах. Подобный подход дал возможность исследователям более углубленно решать вопросы, связанные с этиологией, патогенезом и комплексными методами устранения этой патологии речи.

СОВРЕМЕННЫЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ И НАЧАЛО КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЗАИКАНИЯ

В период 60-х - начала 80-х гг. к наиболее известным работам в области заикания следует отнести исследования Р.Е. Левиной и ее сотрудников (1966, 1968), методические рекомендации и исследования В.М. Шкловского (1965, 1966, 1979), коллективный труд «Заикание», написанный отечественными учеными совместно с исследователями из Германии под редакцией Н.А. Власовой и К.-П. Беккер (1978, 1983), а также книги А.И. Богомоловой (1977), В.А. Куршева (1973), В.И. Селиверстова (1979), А.В. Ястребовой (1980), Г.А. Волковой (1983), Л.С. Волковой (1995), специально посвященные интересующей нас проблеме.

В коллективной работе «Основы теории и практики логопедии» (1968, ред. Р.Е. Левина) в главе «Заикание у детей», написанной Н.А. Чевелевой, автор, исходя из концепции Р.Е. Левиной о том, что заикание является расстройством речи с преимущественным нарушением ее коммуникативной функции, предлагает методику устранения заикания у детей дошкольного и школьного возраста в процессе занятий ручной деятельностью. Занимаясь с детьми изготовлением различных поделок из картона, бумаги и другого материала, оформлением альбомов и пр., Н.А. Чевелева,

хотя и не проводит глубокого анализа нервно-психического, моторного и речевого состояния своих учеников, в процессе занятий стремится к нормализации их речи и моторики, вырабатывает у них уверенность и речевую активность, умение с помощью речи в игре общаться друг с другом, тем самым подготавливая детей к наиболее трудным, социально-значимым ситуациям - устным ответам на уроках в классе.

С позиции Р.Е. Левиной и Н.А. Чевелевой в пособии для учителей-логопедов А.В. Ястребовой (1980) проводится анализ особенностей речевого общения и деятельности заикающихся учеников средней общеобразовательной школы. Автор исходит из того, что содержание высказываний является для учащихся, страдающих заиканием, одним из ситуативных факторов, оказывающих определенное влияние на проявление их речевого дефекта. Вторым, не менее значительным фактором, по мнению А.В. Ястребовой, являются условия, в которых осуществляется деятельность общения. Основываясь на этих наблюдениях, автор предлагает стройную систему коррекционного обучения указанной категории заикающихся, предусматривающую в процессе логопедических занятий формирование у школьников навыков свободного общения, развитие наблюдательности, устойчивого внимания, умения достаточно легко и быстро переключаться от одного вида деятельности к другому.

Представителем чисто дидактического подхода к проблеме заикания в конце 70-х является А.И. Богомолова (1977), в работе которой недооценивается роль предрасполагающих заболеваний нервной системы в этиопатогенезе этой сложной речевой патологии. Она утверждает, что значение невротических проявлений у заикающихся преувеличено. На самом деле они следствие заикания и полностью зависят от состояния речи. По мере того, как наступает улучшение речи пациентов в процессе логопедических занятий, исчезают, по мнению автора, и вторичные невротические наслоения, в связи с чем в курсе устранения заикания явно недооценива-

ются лечебные мероприятия. Также отсюда вытекает и характерная направленность логопедических приемов, основанных на механических упражнениях в скандированной речи, которые должны обязательно сопровождаться дирижирующими движениями руки пациента.

Игнорируя нервно-психические особенности подростков и взрослых, страдающих заиканием, а также специфику лечебно-коррекционной работы, проводимой с этим контингентом больных, А.И. Богомолова считает, что старшеклассники и взрослые отличаются от младших школьников лишь большей закрепленностью стереотипа речи с запинками и ослаблением способности к подражанию. А трудности и специфика коррекционной работы с этой группой больных сводится только к тому, что с ними приходится проводить больше логопедических занятий.

Согласиться с подобными утверждениями - значит полностью перенять все прогрессивные взгляды на теорию и практику лечения заикания, которые высказывались в трудах Х. Лагузена, И.А. Сикорского и многих других, в том числе и современных исследователей.

В отличие от работ с выраженной педагогической направленностью в изучении и устранении заикания, монография В.А. Куршева (1973) написана с позиций, учитывающих многообразие этиопатогенетических факторов и клинических особенностей данной речевой патологии.

Он считает, что в развитии большинства случаев заикания ведущую роль играют психические травмы, а другие факторы действуют опосредованно через психическое травмирование. В некоторых случаях автор не исключает развитие заикания за счет нарушения нейродинамических механизмов. Здесь имеются в виду травмы головы, острые органические процессы, эпилептические припадки, дисцефальные кризы.

Такое представление о причинах возникновения заикания, основанное на большом материале экспериментальных и лабораторных исследований, в целом совпадает с точкой зрения многих авторов, рассматриваю-

ших заикание как одну из форм невроза, в основе которой лежит психогения (В.Н. Мясищев, 1960 г., М.Е. Хватцев, 1959, 1966, В.М. Шкловский, 1994 и др.).

В 70-90-х гг. в России публикуется ряд научных трудов, основанных на экспериментальном и клинко-психологическом изучении заикания, в которых на основании полученных данных приводятся ценные теоретические и практические положения по данной проблеме. К ним относятся монография М.В. Шкловского «Заикание» (1994), коллективный труд «Заикание» (1978, 1983, ред. Н.А. Власова, К.-П. Беккер), статья В.А. Ковшикова (1976).

В.М. Шкловский, рассматривая заикание как дискоординационный невроз, нередко связанный с выраженными в той или иной степени органическими симптомами поражения головного мозга, приводит данные изучения кожно-гальванического рефлекса (КГР) у большой группы взрослых заикающихся. Анализ полученных результатов дал возможность автору условно разделить больных на 3 группы в соответствии с особенностями их моторных нарушений и степенью выраженности эмоциональных расстройств. По уровню эмоциональных нарушений больные были распределены следующим образом:

В 1 группу вошли заикающиеся, в структуре личности которых не было отмечено стойких патологических отклонений, заикание не наложило характерного отпечатка на систему их отношений с окружающими людьми. В социальном плане «сниженности» у этих больных не наблюдалось.

Во 2 группу (наиболее многочисленную группу) вошли больные, у которых отмечались значительные эмоциональные расстройства, выраженный страх речи в ситуациях, требовавших наиболее активного речевого общения, что свидетельствует об избирательном характере нарушений в системе личности этих больных.

К 3 группе В.М. Шкловский относит заикающихся, у которых тяжесть заболевания определялась выраженностью эмоциональных нарушений. В структуре личности больных 3 группы, по данным клинко-психологических исследований, отмечались стойкие патологические отклонения. У них наблюдалась дезорганизация всей системы личностных отношений и поведения, основанная на непреодолимом страхе речи и резко выраженном чувстве собственной неполноценности. У больных 3 группы возникали большие трудности при получении образования, существенно была нарушена трудовая деятельность.

Указанный дифференцированный подход к взрослым заикающимся позволяет четко определить место логопедии и различных психотерапевтических мероприятий в комплексной системе лечения заикания, а также создает условия для большей согласованности и преемственности в работе специалистов, проводящих лечение (логопедов, невропатологов, клинко-психологов), план которого подробно разработан автором применительно к данной категории больных.

Дифференцированный подход к нервно-психическим особенностям взрослых заикающихся и нахождение корреляций между этими особенностями и спецификой проявления речевых нарушений у этой группы больных являются основной целью исследований В.А. Ковшикова (1976). Автор, используя данные медицинских обследований и диагнозы врачей-психотерапевтов и невропатологов, распределяет своих пациентов по группам в соответствии с выявленной у них психоневротической симптоматикой, на фоне которой протекает речевое нарушение. Внутрь каждой из семи групп В.А. Ковшикову удастся убедительно показать взаимосвязь между нервно-психическими, личностными и речевыми особенностями больных, страдающих заиканием.

Глубокий, научно-обоснованный анализ нервно-психического фона, на котором протекает заикание у взрослых, также проводится в коллек-

тивном труде «Заикание» (1983, ред. И.А. Власова, К.-П. Беккер).

Н.М. Асатиани в главе «Сочетание заикания с нервно-психическими расстройствами» описывает 4 диагностических группы, включившие в себя 152 взрослых пациента с затяжными формами заикания: 1) резидуальные явления раннего органического поражения различного генеза (62 чел.); 2) невротические расстройства (56 чел.); 3) психопатии (20 чел.); 4) вялопрогрессирующая шизофрения (14 чел.). Отличительными клиническими признаками каждой группы больных являются особенности, обусловленные нервно-психической основой заикания, а к общим клиническим проявлениям автор относит затрудненности речевого общения, аффективные нарушения и логофобию, которая в ряде случаев приобретает ведущую роль в картине заболевания. Логофобические проявления рассматриваются исследователем, как комплекс патогенетических взаимосвязанных клинических особенностей, представляющих определенную динамическую структуру - логофобический синдром. Этот синдром имеет особенности, как в возникновении, так и в динамике, в зависимости от токсического фона, на котором он проявляется. По мнению Н.М. Асатиани, выделение логофобического синдрома оправдано тем, что его определяет ряд симптомов, отражающих клиническую общность всех изученных автором больных: нарушение речи как социально-значимой функции, страх перед речевым общением и сопутствующие психопатологические проявления.

Автор предлагает диагностировать у заикающихся логофобический синдром и без одного из его компонентов - речевых судорог. Blumel, отмечая исследователь, называет поздние стадии заикания «навязчиво-фобической фазой», когда заикающийся может говорить гладко и в то же время испытывает страх. По наблюдениям Н.М. Асатиани аналогичные проявления встречались в группах психопатий «тормозного круга». Логопедам и психотерапевтам нередко приходится на практике сталкиваться с

такими сложными больными, работая с которыми, зачастую не сразу удается установить - к компетенции какого именно специалиста они относятся, так как они жалуются на речевые затруднения и при этом говорят без заикания.

Значительный интерес представляет описание клинических особенностей 1 группы, в которую входят пациенты с симптомами органического поражения ЦНС. Экспериментальные данные, полученные автором и его сотрудниками, по поводу особенностей возникновения и проявления заикания у этой категории больных, полностью подтверждают наши наблюдения, изложенные в статьях о заикании у больных с олигофренией (И.Я. Миссуловин, 1965, 1966).

Интересный экспериментальный материал о соотношении органического и функционального начала в генезе заикания приводится В. Ней в главе «Психологический анализ факторов, влияющих на течение и лечение заикания у резистентных к терапии заикающихся». Автор на основании исследования 37 школьников, ранее лечившихся без значительного улучшения состояния речи, делает вывод о том, что в патогенезе заикания у этой группы пациентов лежит многофакторное сочетание условий. В качестве ведущих факторов выступают пол и познавательные дифференцировки, к дополнительным факторам относится невротизация.

Основой развития и фиксации заикания, как указывает автор, является патологическая обратная связь, как функция нарушенных социальных взаимоотношений.

В главе «Этиология заикания» (И.А. Власова, К.-П. Беккер) высказываются теоретические положения о роли в этиопатогенезе данной речевой патологии «внутренних условий личности» при их взаимодействии с социальной средой.

Вопросы этиопатогенеза заикания рассматриваются в основном в традиционном плане, с выделением так называемого эволюционного заи-

зания, возникающего у детей в период формирования речи. Этот вид заикания расценивается во всех случаях как невроз.

Так же как и Н.П. Тяпугин (1949), М.Е. Хватцев (1959) и многие другие исследователи, авторы подробно анализируют предрасполагающие причины заикания, определяя их как индивидуальную предрасположенность, которую они вполне правомерно связывают с развитием патохарактерологических особенностей личности больного.

Подробно вопросы, касающиеся заикания (критерии, определяющие степень дефекта, анализ выделенных форм и типов речевых судорог, сопутствующих и ритуальных движений), описаны в наших работах (Л.Я. Миссуловин, 1988, 1997, 1998).

Принципиально новыми вопросами, которые нашли отражение в монографиях и статьях, являются трактовка понятий «заикание» и «логоневроз»; изучение связи заикания с проблемами пола у взрослых; описание особенностей возникновений и проявлений заикания у больных, страдающих психопатиями, эпилепсией и шизофренией. Изложен принципиально новый взгляд на заикание, возникающее у взрослых людей с истероидными чертами личности в результате острой психотравмы. Мы квалифицируем такое заикание как истерический моносимптом. Предложенный недлительный курс лечения таких больных (режим молчания - 3-5 дней, сеанс косвенного суггестивного внушения с применением наркопсихотерапии) дает выздоровление в 100% случаев.

При исследовании различных возрастных групп заикающихся наряду с традиционными логотерапевтическими и психотерапевтическими приемами нами были применены и различные нейропсихологические методы (по А.Р. Лурия): исследования орального и динамического праксиса, а также наличие леворукости и амбидострии у больных.

Также был предложен ряд новых терапевтических приемов и методик: методика применения прибора «АИР», психотерапевтические прие-

...например, прием «перекидного мостика», дающий возможность более успешно закреплять положительные результаты лечения заикания в окружающей социальной среде.

В 1994 г. в Санкт-Петербурге издается учебное пособие «Логопедия» под ред. Л.С. Волковой (2-е издание вышло в 1996 г.). В этом коллективном труде большое внимание уделяется описанию особенностей возникновения, течения и устранения заикания у детей и подростков. В качестве рекомендаций по устранению указанной речевой патологии предлагается комплексный метод, включающий в себя развернутые логопедические мероприятия и консультативную помощь врачей специалистов - невропатологов и психотерапевтов.

Существенный вклад в разработку теоретических и практических вопросов, связанных с заиканием, вносят в настоящее время сотрудники лабораторий и клиник речевой патологии СПб НИИ ЛОР. Ими применяются объективные психологические методы при изучении психических функций и особенностей личности детей, подростков и взрослых, страдающих заиканием. Этой проблеме посвящены работы В.А. Калягина (1983, 1996, 1998), в которых с помощью ряда объективных психологических методик (зрительная корректурная методика и поиск цифр, методика на произведение 10 слов, Миннесотский многофразный личностный тест (MMPT) исследованы у большой группы больных память, внимание, мышление, некоторые особенности личности и эмоциональной сферы.

Автор приходит к следующим выводам: для заикающихся характерен замедленный темп сенсомоторных реакций и, в ряде случаев, у отдельных больных снижен объем внимания. У ряда заикающихся по сравнению с нормой наблюдается некоторое снижение процесса запоминания. Ассоциативное мышление сохранено, за исключением тех случаев, когда мышление развивается и протекает на фоне органической мозговой недостаточности. Анализ личностных особенностей заикающихся подтвердил

наличие у большинства больных невротического радикала (повышение невротизма, ипохондрия, невротическая депрессия, тревожность и т.п.).

Результаты проведенных исследований убедительно свидетельствуют о том, что психологическое тестирование позволяет существенно расширить диагностические возможности при оценке многообразных клинических проявлений заикания.

В другой работе этого же автора (1992), которая является продолжением клинико-психологических исследований заикания, описаны 4 диагностические методики. Они позволяют получить количественную оценку изучаемых показателей. Применяемые тесты не заменяют клинического обследования и непосредственного общения с пациентом, но они позволяют проследить динамику состояния больного и оценить ее количественные характеристики. Использование тестов является своеобразной школой, как отмечает автор, клинического мышления, учит наблюдательности и тщательности анализа диагностических данных.

Предполагаемые методики отражают наиболее важные стороны психической деятельности заикающихся: формально динамические (темперамент), степень переживания своего речевого дефекта (речевая тревога по модифицированной шкале Р. Эриксона), меру неудовлетворенности собой заикающегося и степень его склонности к лидерству.

В работе также отмечено своеобразие использования каждого из представленных методов и показаны пути возможного применения всех четырех психодиагностических тестов для целей диагностики в процессе психотерапии при групповой и индивидуальной работе с заикающимися. Указаны пути применения результатов тестовых испытаний в целях профориентации, которая рассматривается в качестве средства профилактики рецидивов заикания и имеет прямое отношение к социальной работе.

В 90-е гг. появляются работы московских исследователей, в которых этиопатогенетические факторы, клинические проявления и вопросы тера-

нии заикания рассматриваются, в основном, с клинико-психологических и экспериментально-психологических позиций. К ним можно отнести труды Ю.Б. Некрасовой (1992), Е.Ю. Рау (1993), В.М. Шкловского (1994).

Исследования Ю.Б. Некрасовой посвящены вопросам личностно-ориентированной психолого-педагогической системы реабилитации заикающихся.

В работе Е.Ю. Рау рассматриваются пути адаптации заикающихся к группным коммуникативным ситуациям. Автор изучает зависимость выраженности заикания от условий общения больного. Он предполагает, что заикание, как любое психофизиологическое состояние, близкое к фрустрации, провоцирует определенные условия общения, индивидуальные для каждого пациента и затрагивающие сферу его межличностных взаимоотношений. Такая трактовка заикания, как отмечает автор, согласуется с «эриксонской теорией фрустрации» С. Розеннвейг (1938), «теорией фрустрации, побуждающей поведение» Н. Майера, концепцией фрустрации как «реактивного психического состояния, возникающего в ответ на блокирование какой-либо потребности» Н.Д. Левитова (1967) и теоретическими позициями «связи заикания и фрустрации» Ф.Д. Горбова (1975). Е.Ю. Рау отмечает, что по мнению Ф.Д. Горбова заикающиеся, попадая в разнообразные ситуации общения, могут испытывать многообразные отрицательные переживания, близкие к фрустрации и стрессу; но для конкретного заикающегося не все ситуации общения оказываются фрустрационными. В одних ситуациях фрустрационный момент выражен сильнее, в других слабее, либо вовсе отсутствует.

Автор, полностью разделяя точку зрения Ф.Д. Горбова, останавливается на уровне констатации факта, хотя подобные явления объяснимы с позиций учения В.Н. Мясищева (1960) о роли личности в развитии неврозов и индивидуальном реагировании на психотравмирующие раздражители. Это учение о психотерапии неврозов было подробно разработано в

трудах ученых его школы (Б.Д. Карвасарский, 1980, 1982, В.М. Шкловский, 1994 и др.).

Большое научное значение имеет фундаментальный труд - монография В.М. Шкловского «Заикание» (1994). Подобного рода исследования в России не публиковались со времен основополагающего труда И.А. Сикорского «О заикании» (1889).

В монографии широко освещены проблемы заикания с позиций смежных наук: логотерапии, неврологии, психотерапии, медицинской психологии (нейро- и клинической психологии). В труде В.М. Шкловского особое внимание уделено структуре синдрома заикания. Автором впервые подробно описаны нейромоторные нарушения у исследованного контингента больных, их клинические и клинико-психологические особенности.

На основании проведенных исследований автором дается определение заикания, которое он относит к группе дискоординационных неврозов, также выделяется особая группа больных, страдающих указанной речевой патологией, у которых определяющую роль в этиопатогенезе заикания играют органические симптомы поражения головного мозга. В.М. Шкловский относит их к заикоподобным расстройствам - кляттерингу. Соответственно автором предлагаются различные, учитывающие специфические особенности больных, терапевтические методы, способствующие их социальной реадaptации.

Для нас особый интерес представляет психологический аспект изучения заикания. В этом разделе приводится подробное исследование истории применения психологических методов в изучении заикания как в России, так и за рубежом со второй половины 20 столетия. Так, например, автором описывается применение методик Роршаха и TAT D. Richardson (1944), который не нашел значительных различий между больными заиканием и нормой, хотя отмечает, что первые более социально интровертированы, депрессивны, склонны к детализации, обстоятельны в подходе к за-

лично и демонстрируют большее желание достижения цели, чем нуждаются в этом, испытывают чувства вины и самообвинения, рассматривают свое окружение как доминирующее и неблагоприятное.

Mitrinowitz (1952), как указывает В.М. Шкловский, отмечает, что у взрослых заикающихся, особенно если заикание не исчезает с возрастом, развиваются психическая депрессия, замкнутость, комплекс неполноценности. Заикающиеся становятся настоящими психопатами, считающими себя хуже всех людей.

Сам автор, используя методику «Незаконченных предложений», методику Розенцвейга, с помощью которой исследовались особенности фрустрационных реакций у больных с заиканием, методику MMPI, делает вывод о том, что полученные данные дополняют имеющиеся психологические исследования заикания и могут быть использованы для патогенетической диагностики, прежде всего с целью характеристики системы жизненных отношений заикающихся. Последнее существенно как для оценки клинической тяжести данного речевого дефекта, так и для определения путей его эффективной терапии и прогноза.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАИКАНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

Исследования заикания за рубежом во второй половине 20 века проводятся с различных научных позиций.

Несмотря на то, что еще в конце 50-х гг. некоторые авторы рассматривали заикающихся как некую однородную по своим особенностям и проявлениям группу больных (R. West, M. Ansberry, A. Carr, 1957), уже в начале 60-х гг. за рубежом появляются работы в которых намечается дифференцированный подход к изучению заикания (W. Johnson 1961, M. Wingate 1962). В этих исследованиях указывается дифференциальная диагностика заикания, дающая возможность отграничить это заболевание от других речевых недостатков, связанных с нарушением темпа и ритма речи. В

качестве критериев, определяющих заикание, авторы указывают выраженную тяжесть и частоту речевых судорог.

Неоднозначно в зарубежной литературе трактуются вопросы наследственного происхождения заикания. Так, в работах 30-40-х гг. указывалось, что конкретные данные о передаче заикания по наследству отсутствуют (M. Nadoleczny, 1934 J. Greene, 1943). В настоящее время определенная роль наследственных признаков в развитии заикания наряду с другими этиологическими факторами отмечается в трудах многих исследователей (J. Sheeha, M. Colley, 1977).

По поводу роли «испуга» (психотравматизации) в возникновении заикания также высказываются противоречивые точки зрения.

Ряд авторов считает, что в большинстве случаев заикание является следствием острой психотравмы, различной и многообразной по своему характеру и психическому воздействию, реализация психотравмирующего агента во многом зависит от эмоциональной сферы больного (R. Lewis, 1949 и др.).

Отдельные исследователи большого значения психотравме в этиологии заикания не придают (E. Douglass, 1951), и многие авторы приходят к выводу, что роль «испуга» в возникновении дефекта речи значительно преувеличена в связи с бытовыми представлениями о заикании широких слоев населения (G. Coulet, R. Dornier 1949).

Наиболее общую точку зрения высказывают многие исследователи по поводу личностных особенностей заикающихся, к которым относят такие черты характера как замкнутость, боязливость, тревожность, мнительность, склонность к невротической депрессии, неуверенность в своих силах и пр. (F. Walnut, 1954, S. Santostefano, 1960, C. Woods, D. Williams, 1976; K. Bakker, 1995; T. Stewen, 1996).

В ряде зарубежных работ мы находим много интересных наблюдений и рекомендаций по поводу терапии заикания. Многие видные исследователи

лователи-клиницисты (А. Mitrinowicz, 1952; М. Seeman, 1962, 1965; М. Sovak, 1968 и др.) приходят к выводу о необходимости комплексного всестороннего лечения этого дефекта речи, которое предусматривает логопедические упражнения, лекарственную терапию, а также целенаправленное психотерапевтическое воздействие на личность больного, помогающие пациенту адаптироваться к условиям социальной среды. Аналогичная точка зрения высказывается в работах А. Craighill (1996), М.А. Lincoln, М. Onslow, V. Reed (1997).

В трудах многих авторов встречаются полезные указания по некоторым частным вопросам устранения заикания. Так, например, требования серьезной самостоятельной работы в домашних условиях, предъявляемые больным, и закрепление достигнутых результатов в реальной жизни путем систематических тренировок полностью совпадают с методическими установками, принятыми в нашей стране (D. Princ, 1976).

Ряд статей, так же как и в отечественной литературе, посвящен относительно новому способу лечения заикания, который предусматривает применение «эхо-аппаратуры», дающее возможность больному прослушивать свою отставленную по времени и возвращенную речь (B. Lee, 1951; E. Nessel, 1958; B. Adamezyr, 1969; F. Silverman, 1971 и др.). Но несмотря на большое количество работ по этому вопросу до сих пор в доступных нам исследованиях, мы не встречали убедительной расшифровки механизмов терапевтического воздействия «отставленной речи» и разработки дифференцированной методики применения указанного приема при устранении заикания у различных групп больных.

В 1978 г. в «New-York times magazine» была опубликована большая научно-популярная статья под названием «Заикание» (M. Pains). В этой статье подробно описывается трехнедельный курс устранения заикания, который носит название «Программа по выработке точности и беглости речи». Ее разработал профессор психологии института связи им. Холлинса

Р. Вебстер (г. Роанок, Штат Вирджиния). Он утверждает, что независимо от причин, вызвавших заикание, этот недостаток речи можно устранить только воздействуя на речевую моторику пациента. Поэтому его «Программа» включает в себя ряд артикуляционных, голосовых и дыхательных упражнений, которые проводятся заикающимися с помощью небольшого индивидуального компьютера-голосового монитора, осуществляющего контроль за темпом речи и силой голоса тренирующегося.

В последнее время в США приобрела большую популярность терапия заикания с применением миниатюрного метронома, который больные носят как слуховой аппарат. Заикающиеся стараются говорить в ритме работы этого прибора.

Представители психологического направления в лечении заикания выступают против подобных приспособлений. Так, например, по мнению профессора психологии Калифорнийского университета Джозефа Дж. Шихана заикание является «конфликтом между самовыражением и торможением речи». Он скептически относится к так называемым «легким решениям». Врач Юджин Уолл, работающий в клинике речи и слуха Католического университета в Вашингтоне, критикует Вебстера и других, уповающих на физические факторы, за то, что они учат людей говорить «нудно и скучно». Несмотря на некоторую иронию и скептицизм, которые сквозят в вышеприведенных строчках, автор все же заканчивает свою статью в оптимистическом и несколько шутовском тоне: «Только лишь каких-нибудь сто лет тому назад заикающемуся пациенту врач подрезал язык ... А полвека тому назад заикающихся детей секли розгами. Сегодня возможности превентивной терапии продолжают неуклонно расти. Улучшается качество научно-исследовательской работы, проводимой в области заикания. В общем и целом, благодаря новым методам терапии сейчас наступили лучшие времена для начинающих или даже вполне закоренелых заик - и это несмотря на то обстоятельство, что, как заявил один больной: «До

корня зла еще никто не добрался».

В заключение следует отметить, что, несмотря на обширную литературу по данному вопросу, изучению психологических особенностей заикающихся и их взаимосвязей с нервно-психической основой этой патологии речи уделялось недостаточное внимание. Также, по сути дела, в литературе можно найти только отдельные указания о социальной реадaptации заикающегося.

ГЛАВА 2

СУЩНОСТЬ ЗАИКАНИЯ И ПРИЧИНЫ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ

О сущности заикания. На протяжении многовековой истории изучения и устранения заикания до сих пор специалисты высказывают самые различные точки зрения по вопросу сущности этого нарушения речи, его этиопатогенетической основы, методов и приемов лечения заикающихся детей и взрослых.

В последние годы решению этих вопросов посвящены работы В.М.Шкловского (1985,1994), А.А.Ланцова, Ю.И.Кузьмина (ред.,1994), Е.Ю.Рай (1994), Л.С.Волковой (ред.,1995), F.Fransella, D. Bannister (1977) и др. Однако, в исследованиях как отечественных, так и зарубежных специалистов до сих пор, на наш взгляд, отсутствует достаточно полное определение заикания, которое отражало бы все многообразие причин возникновения и проявлений этого тяжелого нарушения речи.

Аналогичная точка зрения высказывается В.М.Шкловским(1994). Он отмечает, что любое определение заикания с учетом достигнутого уровня знаний об этом речевом дефекте не будет ни достаточным, ни окончательным. Тем не менее, автор считает, что заикание является дискоординационным судорожным нарушением речи, возникающим в процессе общения

по механизму системного речедвигательного невроза, и клинически представлено первичными, собственно речевыми, и вторичными расстройствами, которые у взрослых часто становятся доминирующими... Во многих случаях заикания отмечается так называемая органическая "почва" в виде церебральной дефицитарности различного генеза.

Принимая точку зрения В.М.Шкловского и также не претендуя на исчерпывающее определение заикания, мы полагаем, что это - состояние речи, обладающее отрицательной, а в некоторых случаях и положительной динамикой, при котором в периферическом речевом аппарате больного наблюдаются судороги различной тяжести, продолжительности и частоты, возникающие в большинстве случаев вследствие невротических, неврозоподобных состояний либо органических заболеваний нервной системы и, в свою очередь, вызывающие у значительной группы больных вторичные реактивные наслоения. Эти наслоения могут обуславливать определенные изменения личности и приводить к нарушениям системы общения больного с окружающими (Л.Я.Миссуловин, 1988). При этом, по данным литературы (Шкловский В.М., 1966, 1975, 1979; Асатиани Н.А., 1978, 1983) и по нашим наблюдениям, нет прямой зависимости между выраженностью вторичных невротических наслоений и степенью тяжести судорожного речевого синдрома. Нарушения общей и речевой моторики, отмеченные у заикающихся многими исследователями, видимо, также можно рассматривать как следствие заболеваний нервной системы или их остаточных явлений.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что заикание - это полиморфное болезненное состояние, при котором судорожное нарушение речи является только внешним симптомом. Поэтому человека, страдающего заиканием, следует рассматривать как больного, и в большинстве случаев нуждающегося в комплексном лечебном воздействии. Ведущая роль в этом комплексе должна принадлежать логопедической работе, заключаю-

щей в себе целенаправленные приемы рациональной психотерапии, которые желательно, на наш взгляд, сосредоточить в руках одного специалиста, а суггестивная терапия, проводимая врачом-психотерапевтом, в свою очередь, полностью учитывать задачи, особенности и этапы терапевтической работы.

Заикание и логоневроз. Исходя из концепции, трактующей заикание как невроз, некоторые авторы (Тяпугин Н.П., 1952; Ляпидевский С.С., 1963 и др.) считают это нарушение речи специфической формой речевого невроза - логоневрозом.

На практике многие врачи, логопеды и медицинские психологи употребляют термины "логоневроз" и "заикание", не дифференцируя эти понятия, что снижает роль этиопатогенетических факторов в отборе лечебно-реабилитационных приемов, которые должны учитывать индивидуальные особенности больных. Однако в настоящее время не всех специалистов может удовлетворить полное отождествление понятий "заикание" - "логоневроз", а поэтому нередко возникают дискуссии о том, в каких взаимоотношениях находятся эти понятия и какое из них является более широким либо более узким.

А.М.Свядош (1982) указывает, что крупнейшие советские психиатры (В.Н.Мясищев, О.В.Кербиков, А.А.Портнов, Б.Д.Карвасарский и др.) предлагают пользоваться термином "невроз" лишь для обозначения заболеваний, вызванных действием психической травмы, и относить их, таким образом, к психогенным заболеваниям, или психогениям.

Следовательно, отождествление заикания с логоневрозом возможно только в тех случаях, когда причиной заикания является психогения или когда уже сформировавшееся речевое нарушение, травмируя психику больного, вызывает у него вторичные невротические реакции. В последнем случае нарушение речи можно рассматривать как заикание, осложненное логоневротическим синдромом, которое по особенностям проявле-

ний и течения во многом совпадает с клиникой неврозов. Поэтому такое заикание также правомерно квалифицировать как логоневроз.

Подобное представление о заикании, видимо, в большинстве случаев можно считать правильным, но полностью ставить знак равенства между понятиями “заикание” и “логоневроз” нельзя, так как в ряде случаев этиопатогенетической основой судорожного речевого заболевания является не психогения, а причиной логоневротических наслоений может служить не только заикание, но и некоторые другие нарушения речи, как дизартрия, дислалия, ринология и др., а также психотравма, вызвавшая заболевание речи, не связанное с речевым судорожным синдромом, например, невротический мутизм (Буянов М.И., 1985) или афония у больных с истероидной акцентуацией личности.

Изучая вопрос о количественном совпадении случаев заикания с логоневрозом, мы из 659 случаев заикания (возраст пациентов - от 2 до 68 лет) выявили 566 (85,9%), в которых заикание можно было квалифицировать как логоневроз, протекающий у ряда больных на фоне остаточных явлений органического поражения ЦНС. Вторую группу (14,1%) составили заикающиеся с выраженной органической симптоматикой, некоторыми формами психопатией, шизофренией и больные неврозами, не знающие, что они заикаются.

Аномалии внутриутробного развития, истощающие инфекционные заболевания раннего детства, особенно нейроинфекции и некоторые эндокринные заболевания, вызывающие органическое поражение центральной нервной системы, черепно-мозговые травмы не только ослабляют ребенка, предрасполагая его к развитию невротических состояний, но могут явиться и причиной задержки психического развития, а в ряде случаев обуславливать умственную отсталость. Одними из характерных проявлений временной задержки психического развития, а тем более необратимых процессов, связанных со снижением интеллекта у ребенка, нередко явля-

ются различного рода речевые нарушения, главным образом нарушения звукопроизношения по типу дизартрии, и заикание, которое в отличие от логоневроза рассматривается как нарушение речи органического генеза. У этих больных и всех пациентов второй группы психической травмы, которая непосредственно относилась бы к их речевому нарушению, на момент обследования не обнаружено, либо она утратила свою актуальность (например, у заикающихся с хроническим алкоголизмом). Специфических жалоб, свойственных больным логоневрозом, они не предъявляли. К нам эти больные в большинстве случаев обращались по настоянию близких родственников.

Больных, не знающих, что у них заикание, мы наблюдали в процессе клинических разборов, проводимых сотрудниками кафедры психотерапии СПб медицинской Академии последиplomного образования, где они лечились по поводу невротических заболеваний.

Анализируя случаи разовых консультаций и истории болезни пациентов с диагнозом "логоневроз" (всего 200 человек), мы выявили 6 случаев нарушений речи (3%), не являющихся заиканием и вызвавших у больных вторичные невротические реакции (дизартрия и дислалия у взрослых), либо представляющих собой нарушение речи без судорожного речевого синдрома, возникшие вследствие психотравматизации (например, афония у больных истерическим неврозом).

Основываясь на клинических наблюдениях, мы видим, что логоневроз в 97% случаев из 200 является заиканием (3% - логоневроз, связанный с другими нарушениями речи), и вместе с тем, почти 86% всех случаев заикания из 659 можно считать логоневрозом. Таким образом, понятие "заикание" полностью нельзя отождествлять с логоневрозом, оно является более емким, включает в себя судорожные нарушения речи различной этиологии, но в подавляющем большинстве случаев, по нашим данным, может быть квалифицировано как логоневроз; значительно реже - это заи-

вание без логоневротического синдрома, и в отдельных случаях логоневроз не является заиканием.

О распространенности заикания. По нашим наблюдениям, распространенность заикания зависит не только от многообразных этиологических факторов, но и от некоторых национальных черт, например, от особенностей темперамента, определяющих, в известной мере, такие просодические характеристики языка, как темп, ритм, расстановка пауз, интонация. М.Е.Хватцев (1959,1966) отмечает, что в Европе число заикающихся уменьшается с запада на восток: у французов - 5,7%, у немцев - 2%, у русских - 1,2%.

По данным, которые мы собирали в течение многих лет в Ленинграде, в среднем этим нарушением речи страдают около 2% детей и до 1,5% взрослых (Миссуловин Л.Я., 1979).

Распространенность заикания среди мужчин и женщин. И.А.Сикорский (1889), приводя данные различных авторов, большинство которых говорят о повышенной возможности психотравмирования мальчиков в связи с их более активным образом жизни, сам склоняется к мысли о том, что заикание у девочек встречается реже, чем у мальчиков, потому, что доминантное речевое полушарие головного мозга у женщин, по его мнению, развито несколько лучше, чем у мужчин. Видимо, это мнение И.А.Сикорского основано и на общеизвестном факте, говорящем о некотором "опережении" девочками мальчиков в развитии речи при отсутствии каких-либо заболеваний.

В.А.Куршев (1973), как и многие другие авторы, считает, что мальчики значительно чаще, чем девочки, подвергаются психическому травмированию, поэтому и заикание у них развивается в 3-4 раза чаще. Наши данные, основанные на анализе 659 историй болезни заикающихся детей и взрослых и 86 историй болезни умственноотсталых детей, страдающих заиканием (наши пациенты и больные, наблюдаемые коллегами), в основ-

ном позволяют с этими выводами согласиться.

По нашим данным, среди интеллектуально полноценных детей, страдающих заиканием, соотношение женщин и мужчин такое же, какое обычно приводится в литературе: 1 к 3. Среди заикающихся детей-олигофренов это соотношение резко меняется "в пользу" девочек (39 девочек и 47 мальчиков, т.е. почти 1:1). Как указывают исследователи олигофрении Г.Е.Сухарева (1965), Б.А.Леденев (1979) и др., мальчики и девочки страдают умственной отсталостью также с одинаковой частотой. Именно у этой категории больных в этиологии заикания значительно преобладают врожденные факторы, определяющие системность и полиморфность их речевого нарушения, обусловленного органическим поражением головного мозга, и практически отсутствуют психогенные причины (Миссуловин Л.Я., 1965, 1966).

Приведенные данные косвенно подтверждают предположение о том, что ведущую роль в значительном преобладании заикания среди мужчин играет психогения как один из основных производящих этиологических факторов. А также в этом вопросе нельзя не учитывать и опережающее в какой-то мере речевое развитие женщин, которое в сочетании с внешними средовыми факторами, видимо, обуславливает их большую защищенность от заикания, сложившуюся в процессе филогенеза.

Заикание – следствие многих причин. Многие исследователи отмечают, что заикание у детей в большинстве случаев возникает в возрасте от 2 до 5 лет (широко известны случаи и более позднего появления этого нарушения речи) и совпадает с периодом активного развития фразовой речи. Этот период характеризуется недостаточной устойчивостью и значительной ранимостью фило- и онтогенетически наиболее поздно развивающейся речевой функции. Поэтому, исходя из теории И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, неврозах и учении об условных рефлексах, торможение, возникающее вследствие действия сверхсильного раздражи-

теля в речевых зонах головного мозга ребенка, может вызывать “срыв” речи – заикание. Возникший недостаток речи при неблагоприятном течении фиксируется по механизму условнорефлекторной связи. Усиливаясь с годами, он особенно начинает проявляться в эмоционально значимых ситуациях в ответ на отрицательные, вошедшие в патологическую рефлекторную цепочку, условные сигналы.

Очевидно, что указанный патофизиологический механизм, объясняя многое в возникновении и развитии логоневроза, все же лежит в основе не всех случаев заикания. О. Bloodstein (1977) отмечает, что до сих пор нет единой научно обоснованной теории, с позиций которой можно было бы обобщить и систематизировать экспериментальные данные и различные гипотезы, высказанные многими авторами по поводу этиологии этого нарушения речи.

В основном, придерживаясь традиционных представлений о predisposing и producing причинах заикания (Сикорский И.А., 1889; Тяпугин Н.П., 1960, и др.), мы попытаемся на материале собственных наблюдений и исследований рассмотреть вопросы его этиологии по следующей схеме: 1) врожденные predisposing причины; 2) внешние predisposing причины (воздействия окружающей среды); 3) непосредственные причины.

Бытует мнение о том, что заикание возникает от испуга, т.е. в результате психотравмы. Но можно ли считать психотравматизацию единственной и ведущей причиной заикания?

Всем известно, что подавляющее большинство детей, особенно в раннем возрасте, часто пугаются, но далеко не все после этого начинают заикаться. Следовательно, у ребенка, начавшего заикаться, имелись определенные предпосылки, predisposing причины, на которые “наслоились” различного рода психотравмы, физические травмы, сопровождавшиеся сильным испугом, и другие непосредственные причины, вы-

званные в сочетании с предрасполагающими этиологическими факторами нарушение речи.

Предрасполагающие причины заикания в связи с их патогенным характером и периодом воздействия на организм ребенка или плод целесообразно подразделять на врожденные и внешние.

Заранее следует сказать, что некоторые патогенные факторы можно рассматривать на разных этапах развития ребенка как врожденные, внешние и даже как непосредственные причины заикания. Например, хронический алкоголизм родителей оказывает отрицательное влияние на внутриутробное развитие плода, ослабляя нервную систему будущего ребенка (врожденный фактор). Условия первых лет жизни и воспитания ребенка в такой семье могут рассматриваться как внешние предрасполагающие причины заикания, а скандал или драка, устроенные родителями, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, могут сыграть роль непосредственного психотравмирующего толчка – “пускового механизма”, которые вызывают нарушения речи.

Врожденные предрасполагающие причины. К ним можно отнести тяжелые нервно-психические и инфекционные заболевания родителей. Такие заболевания, как шизофрения, туберкулез, сифилис и др., вредные химические факторы производства, повышенная радиоактивность во многих случаях поражают раньше всего нервную систему еще неродившегося ребенка. Вредно могут отразиться на состоянии нервной системы потомства и различного рода травмы, переживания, неблагоприятные условия жизни и работы матери в период беременности, родовые травмы. Все это может явиться причиной нервной и соматической ослабленности новорожденного, предрасполагая к различным заболеваниям, в том числе и к заиканию.

Заикание и наследственность. Говоря о врожденных предрасполагающих причинах заикания, нельзя обойти вопрос о передаче этого нарушения речи по наследству. В литературе данная проблема решается неоднозначно. Так, в ряде работ указывается, что конкретные доказательства передачи заикания по наследству отсутствуют (Хватцев М.Е., 1959; Правдина О.В., 1963; Nadolecny M., 1934; Green I., 1943). В.А.Куршев (1973) относит наследственным факторам незначительную роль. I. Sheehan, M. Costley (1977) придают большое значение в этиологии заикания наследственным признакам.

Речь, развитие которой складывалось у человека в процессе филогенеза, сразу по наследству потомству не передается, как передаются многие другие жизненно важные функции. Нормально развивающийся ребенок биологически подготовлен к тому, чтобы в течение первых лет жизни усвоить язык окружающих его людей. Если он после рождения не будет слышать звучащую речь, речевая функция у него не разовьется. Ребенок, воспринимающий русскую речь, начинает говорить по-русски; если с новорожденным говорят по-французски, у него развивается французская речь, т. е. речи ребенок должен обучиться.

Имея от природы биологически подготовленные к развитию речевой функции центральный и периферический речевые аппараты, человек, постепенно воспринимая звучащую речь, начинает говорить по подражанию. Несомненно и то, что ребенок, воспринимая с рождения длительное время только нарушенную, судорожную речь окружающих, также по подражанию начинает заикаться уже при произнесении своих первых слов и фраз.

Но можно ли объяснить механизмом подражания все случаи семейного заикания?

С целью уточнения вопроса о роли заикания родителей в развитии этого речевого нарушения у потомства мы обследовали родителей 100 заикающихся детей (24 девочки, 76 мальчиков, возраст – от 11 до 14 лет);

исследование проводилось на базе психоневрологических диспансеров Василеостровского и Фрунзенского районов Ленинграда с 1980 по 1984 г.

Интересующие нас данные удалось получить у 164 человек – 98 матерей и 66 отцов. При обследовании родителей учитывались следующие показатели: темп речи, внятность, наличие заикания и других недостатков речи. В случаях выявленного заикания оценивались степень нарушения речи, форма, тип судорог, темп речи, наличие сопутствующих, ритуальных движений; проводились также некоторые нейропсихологические исследования – обследовалось состояние орального и динамического праксиса, проверялись пробы на леворукость (по А.Р.Лурии) и изучался темп общих движений¹. Эти исследования проводились у группы родителей с ускоренным темпом речи.

Собранные сведения о родителях сопоставлялись с описанием логопедического статуса их детей – наших пациентов.

В результате проведенного исследования были получены следующие данные: заикание было выявлено у родителей 23 пациентов из 100 (16 мальчиков, 7 девочек); заикание наблюдалось у 15 отцов и 7 матерей; в 2 случаях в этих же семьях заиканием страдали младшие братья детей с нарушением речи.

Степень заикания (тяжелая) совпала у детей и родителей в 5 случаях из 23 (21%), равно как и сопутствующие движения; в 12 случаях (52%) степень заикания у родителей была менее выражена, чем у детей; у 6 человек (26%) к моменту обследования наблюдалось легкое заикание, которое в результате лечения и спонтанно в возрасте 35-40 лет постепенно умень-

¹ Исследование, проводимое с помощью электросчетчика, которое дает возможность определить количество движений пальца, производимых в разные промежутки времени. В норме – 55-60 нажатий на кнопку в 1 мин, при ускоренном темпе движений – до 80-90 нажатий.

шилось.

При оценке других показателей нарушений, выявленных при обследовании темпа речи, внятности, общей моторики, орального и динамического праксиса, проб на леворукость, формы заикания и типа судорог совпадение у детей и родителей наблюдалось в 89%.

У 56 родителей 31 пациента (31%) были обнаружены ускоренный темп речи и общих движений, нарушение орального и динамического праксиса; у 7 человек из этой группы родителей – переученная леворукость, у 13 – скрытая леворукость, у 18 человек – нарушенное звукопроизношение по типу стертой дизартрии. Средние математические данные при сравнительной оценке этих показателей у детей и родителей в целом также дали высокое количество совпадений – около 85%.

У 85 родителей остальных 46 заикающихся (46%) значительного своеобразия по указанным показателям выявлено не было.

Анализируя возможность возникновения заикания по подражанию у наших 23 больных, родители которых страдают этим нарушением речи, мы выяснили следующее: в 18 случаях из 23 родители, имея невыраженное заикание, в домашней обстановке всегда говорили хорошо, детям не приходилось слышать их нарушенную речь. В 3 случаях (заикание тяжелой степени у матерей-одиночек) дети ясельного возраста воспитывались в дошкольных детских учреждениях, затем находились в школах-интернатах, мало общались со своими матерями и начать заикаться, только подражая их речи, видимо, не могли.

В оставшихся 2 случаях (заикание тяжелой степени у отцов) не исключалась возможность прямого подражания, так как детям приходилось постоянно слышать дома речь с заиканием. Но, помимо возможности подражания, в этих случаях было много других веских причин возникновения заикания: в одном случае у мальчика заикание развилось на фоне задержки речевого развития и стертой дизартрии, в другом – заикающийся отец

страдал алкоголизмом, и ребенок постоянно находился в психотрамирующей обстановке, т.е. и в этих 2 случаях, учитывая комплекс этиологических факторов, роль подражания в развитии заикания у детей, видимо, не была ведущей.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы: в случаях семейного заикания возможность возникновения этого нарушения речи у детей только по подражанию родителям представляется мало-реальной; с другой стороны, данные логотерапевтического и нейропсихологического исследования 79 родителей (23 – с заиканием, 56 – с ускоренным темпом речи) и их 54 заикающихся детей (из 100) позволяют думать о том, что в этиологии заикания имеет определенное значение и наследственный фактор, обусловленный генетической передачей некоторых особенностей высшей нервной деятельности – повышенной возбудимости, ускоренного темпа общих движений и речи, специфики ручной и оральной моторики, а также, возможно, и некоторой предрасположенности центральных речевых механизмов к возникновению и развитию этого нарушения речи.

Исходя из того, что заикание в большинстве случаев является лого-неврозом, т.е. специфической, речевой формой невроза, коротко рассмотрим причины, предрасполагающие к развитию невротических состояний.

А.М.Свядош (1982) указывает, что появлению неврозов, возникающих в любом возрасте, способствуют все факторы, астенизирующие нервную систему. В связи с этим предрасполагать к возникновению заболевания могут черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации, различные заболевания внутренних органов, а также длительное переутомление, нарушение питания, различного рода эмоциональное напряжение.

Говоря о наследственной предрасположенности, автор отмечает, что она имеет косвенное значение, поскольку в той или иной мере влияет на характерологические особенности личности: “Родится ли человек с исте-

роидной или шизоидной акцентуацией характера – во многом зависит от наследственности. Отсюда понятно, что иногда в семьях встречаются сходные картины неврозов, которые нельзя объяснить только общностью психотравмирующего воздействия, индуцированием или подражанием. Это в первую очередь относится к фобиям”.

Это высказывание имеет прямое отношение к пониманию роли врожденных predisposing факторов и в возникновении логоневроза, а указания на определенное значение в развитии невротических заболеваний передачи по наследству акцентуаций характера согласуются с приведенными нами данными о роли наследственной predisposition к заиканию, хотя они и были получены при исследовании речевой и общей моторики больных.

Таким образом, в генетическом коде ребенка могут быть заложены не только патологические особенности двигательной сферы, но и определенные особенности личности (акцентуации), которые при неблагоприятных условиях могут привести к развитию невроза, что, в свою очередь, predisposes к возникновению заикания.

Следует сразу оговорить, что признание определенной роли наследственной predisposition в развитии заикания не должно являться поводом к излишне пессимистической оценке прогноза при лечении больных, имеющих заикающихся родителей. Во-первых, известно много случаев отсутствия заикания у детей при наличии этого недостатка речи у одного из родителей. Во-вторых, мы считаем, что вовремя и правильно принятые профилактические меры могут предотвратить возникновение заикания у ребенка, родившегося в семье, где родители страдают заиканием.

Заикание и леворукость. При обсуждении вопросов этиологии заикания многие авторы пытаются проанализировать явление леворукости, нередко наблюдаемое у заикающихся. Мнения исследователей в связи с этим явлением неопределенны и в значительной мере противоречивы. Как

указывает В.А.Куршев (1973), V.Kovarsky (1947) отводит этому фактору решающую роль в развитии заикания у левшей. Сам же А.Куршев, высказывая иную точку зрения, считает, что леворукость может явиться причиной заикания, но только в том случае, если перевоспитание леворукости доведено до истязания. В этом случае леворукость, по мнению автора, является поводом для психического травмирования ребенка, хотя ему подобных случаев наблюдать не приходилось.

М.Е.Хватцев (1959) указывает, что у некоторых заикающихся левшей доминантным является правое полушарие головного мозга. Это обусловлено аномалиями развития или приобретенными дефектами центральной нервной системы. Такое явление приводит к "борьбе" двух полушарий, в связи с чем расстраивается координация в работе управляемых ими речевых механизмов. При этом у больного возникают речевые судороги, которые являются, по-видимому, следствием леворукости. Ссылаясь на данные Е.С.Никитиной, автор указывает, что среди заикающихся выявлено 40% левшей. При переучивании левшей, по мнению М.Е.Хватцева, не только перестраиваются и нарушаются связи и соотношения между полушариями мозга, но и ухудшается состояние правого полушария, в котором расположены у левши ведущие центры речи.

Изучая моторику заикающихся, мы на протяжении 25 лет при логопедическом обследовании проверяем у больных пробы на леворукость по А.Р.Лурия.

Среди 1000 обследованных пациентов мы выявили 44% переученных левшей. Наши наблюдения почти совпадают с данными Е.С.Никитиной, а точка зрения М.Е.Хватцева об определенных органических изменениях головного мозга у левшей, видимо, соответствует действительности и косвенно подтверждается нашими данными, которые свидетельствуют о том, что среди заикающихся детей и подростков, страдающих олигофренией, наблюдается 73% левшей и амбидекстров, т. е.

среди больных с выраженными врожденными или приобретенными в раннем детстве органическими заболеваниями головного мозга значительно увеличивается процент леворуких и, соответственно, увеличивается доля заикающихся.

Приведенные данные литературы и наши собственные наблюдения (Миссуловин Л.Я., 1966), очевидно позволяют отнести явление леворукости к одной из врожденных предрасполагающих причин возникновения заикания.

Если говорить о педагогическом аспекте проблемы леворукости, то так же, как и В.А.Куршев, мы считаем, что чрезмерно настойчивое обучение ребенка более активному владению правой рукой может привести к тяжелой психотравматизации и вызвать у него нарушение речи. Но психотравматизация в подобных случаях, на наш взгляд, являясь следствием грубых антипедагогических приемов только усиливает патогенные процессы, возникающие в доминантной полушарии головного мозга ребенка, обусловленные искусственно вызванным торможением в двигательных центрах ведущей руки и, соответственно, в двигательных центрах речи.

Внешние предрасполагающие причины. Эти причины, которые следует рассматривать в единстве с врожденными этиологическими факторами, порождаются окружающей средой, условиями жизни и воспитания ребенка, а поэтому их легче устранить, чем врожденные.

Уже в грудном возрасте ребенок может испытывать неблагоприятное влияние окружающей среды, предрасполагающее к развитию повышенной возбудимости нервной системы, а в дальнейшем – и различных невротических состояний, при наличии которых в соответствующих условиях может возникнуть заикание. Каковы же эти неблагоприятные влияния?

К ним можно отнести нарушения режима сна и питания по вине взрослых, недостаточную осведомленность окружающих, особенно матери, о том, что малыш должен жить и воспитываться, по возможности, в спокойных условиях.

Сильные звуковые раздражители (телевизор, приемник, магнитофон, громкие окрики взрослых и т.п.), большое скопление людей в комнате ребенка, духота, а зачастую и курение в присутствии малыша, превращение маленького человека в забаву, особенно слишком бурные и шумные игры с ним, "сюсюканье", - все это не только отрицательно сказывается на состоянии нервной системы грудного ребенка, но порой может явиться и причиной различных соматических заболеваний.

Однако нередко в наше время можно наблюдать и иную картину.

Появился желанный первенец у нервных родителей, обладающих тревожно-мнительными чертами характера. Эти особенности личности, отсутствие необходимого опыта мешают таким родителям правильно оценивать состояние малыша. Часто вполне естественный плач ребенка, вызванный теми или иными физиологическими потребностями, воспринимается ими как признак тяжелого заболевания. Они пугаются, приглашают участкового врача, а иногда и неотложную помощь, настаивают на срочном лечении. К разъяснениям специалистов часто относятся недоверчиво, считают ребенка тяжело больным. Начинаются поиски "хорошего доктора", а бывают и случаи самолечения, которые, естественно, могут привести к настоящему заболеванию.

Нервная обстановка в семье понемногу начинает отражаться на нервной системе ребенка, конституционально предрасположенного к невротическим состояниям. В таких случаях могут нарушиться сон и аппетит, малыш становится чрезмерно плаксивым, капризным. Быстро привыкнув все время быть на руках взрослых, он не желает ни на минуту оставаться один в кровати, а в тех случаях, когда ощущает почему-либо недостаток

внимания со стороны переутомленных родителей, неистово кричит, напрыгается, багровеет и в результате добивается желаемого. Его снова берут на руки, баюкают, поют ему песенки, т.е. любыми средствами стараются его успокоить.

Постепенно в такой обстановке ребенок может превратиться в маленького деспота. Он привыкает к тому, что его желания и капризы немедленно удовлетворяются. Чувствуя себя объектом общего поклонения, малыш становится эгоистичным, черствым, в общении с детьми старается “верховодить”, с удовольствием берет чужие игрушки, но своими делиться не желает, а когда у него пытаются что-либо взять, может стать злобным и агрессивным.

Таким образом, очевидно, что дети, имея определенную конституциональную предрасположенность к невротическим состояниям и воспитанные по принципу вседозволенности, рано могут приобрести истероидные черты характера, что, в свою очередь, при наличии психогенного “пускового механизма” нередко приводит к заиканию. При этом заикание, развившееся на фоне акцентуации личности по истероидному типу или на основе истерического невроза, может возникнуть не только у детей, но и у взрослых. В подобных случаях следует учитывать, что характерологические особенности этих больных (эгоцентризм, отсутствие привычки считаться с интересами других людей, экзальтация и манерность, невротическое упорство в достижении личных целей и “уход” в болезнь в случае неудачи, бурные проявления переживаний и т.п.) в известной мере делают некоторые их поступки асоциальными и вызывают соответствующую реакцию окружающих, в связи с чем они часто попадают в психотравмирующие ситуации. Видимо, этим и объясняется у больных истерией относительно большой “набор” различных психогенных двигательных и речевых нарушений, в том числе и заикание. О случаях заикания, возникшего у взрослых на фоне истерического невроза, мы расскажем ниже (гл.6).

Рассмотрим еще один, часто встречающийся в настоящее время вариант отрицательного влияния семейного воспитания на состояние нервной системы ребенка. Имеются в виду семьи, в которых представления об успехе в жизни являются высоко значимыми, доминирующими над другими, не менее важными задачами и проблемами. В лучшем случае в таких семьях заинтересованность в личном успехе сочетается с понятием об общественном долге. И это, в общем, один из самых благоприятных вариантов, если гиперсоциальные установки семьи не мешают гармоническому воспитанию подрастающего поколения. Но даже в этих “здоровых” в социальном отношении семьях нередко допускаются серьезные педагогические просчеты, связанные с резко завышенными требованиями, которые предъявляются детям уже в раннем возрасте. Например, только ребенок овладел фразовой речью, родители очень активно начинают его развивать, разучивая с ним стихи, сказки, песни, часто водят его в музеи, театры, кинотеатры, явно перегружая малыша различного рода информацией, нередко малодоступной детскому пониманию.

Но часто и этим дело не ограничивается. В наше время считается очень престижным, а в дальнейшем несомненно и полезным, когда ребенок занимается иностранными языками, посещает бассейн, музыкальные занятия, изучает в детском кружке историю искусства и т.п. Но и этого родителям зачастую недостаточно, и они постоянно внушают своим детям, что не следует тратить драгоценное время попусту, нельзя бездельничать, а нужно как можно больше заниматься полезными делами, подготавливая себя к “взрослой” жизни, в которой необходимо со временем занять достойное место. И послушные дети с усердием занимаются “делом”, хотя им очень хочется побегать и поиграть со сверстниками или сделать что-нибудь незапланированное, но для этих “пустяков” времени нет. И, несмотря на то, что в подобной системе воспитания родители, казалось бы, предусмотрели все до мелочей, а спортивные занятия в секциях должны

были уравновесить интеллектуальные нагрузки, дети лишаются детства, превращаются в маленьких взрослых, постепенно приобретают гиперсоциальные черты характера, которые требуют полной затраты нервной и физической энергии, т.е. нередко приводят к переутомлению и в итоге - к снижению работоспособности. Вступает в действие механизм "порочного круга". Переутомление и сниженная работоспособность препятствуют качественному выполнению уже, в определенной мере, привычных нагрузок, что заставляет ребенка нервничать, огорчаться (ведь он привык быть первым!) и, соответственно, увеличивать затраты времени и энергии для выполнения аналогичных по сложности заданий. Таким образом, утомление постепенно накапливается, может ухудшиться сон, появляются раздражительность, плаксивость, неуверенность в своих силах, т.е. возникают первые симптомы неврастения, которая так же, как и другие неврозы, представляет собой хорошо "удобренную" почву для возникновения и развития заикания.

Несмотря на то, что подавляющее большинство больных и их близких связывают возникновение заикания с испугом, т.е. с непосредственным психотрамирующим моментом, в этиологии логоневроза в ряде случаев этот непосредственный "пусковой" механизм нарушения речи может отсутствовать.

Длительно воздействующие на человека, даже, казалось бы, не очень заметные психотрамирующие раздражители (неблагоприятная обстановка в семье, в учебном заведении, на работе, творческая неудовлетворенность и т.п.) могут явиться причиной тяжелого невротического состояния, на фоне которого появляется заикание.

Такие факторы окружающей среды, видимо, можно рассматривать как причины, одновременно имеющие predisposing и producing значение.

Определенную роль среди внешних причин заикания играет подражание. При рассмотрении этого вопроса следует учесть 2 основных момента: развитие у ребенка в результате неправильного воспитания и подражания окружающим невротических реакций, а также особенностей личности, предрасполагающих к заиканию, и в отдельных случаях – непосредственное подражание речи заикающихся людей.

“Главное и новое в подражании, - указывает А.Валлон (1967), - это вызывание действия внешней моделью”. Подражая окружающим и раньше всего старшим членам своей семьи, которых постоянно видит ребенок, он обучается речи и ее особенностям, различной манере поведения, усваивает систему привычек, традиций и всего уклада жизни, бытующего в доме; маленький человек на примере старших постепенно учится полезному и вредному, хорошему и плохому, “впитывая” в себя все, что он видит в окружающем его мире. Значительную роль в процессе подражания играют уровень и качество эмоциональной окрашенности отношений малыша с людьми, постоянно находящимися рядом с ним. Чем больше любит ребенок взрослых, тем скорее он им подражает. “Он подражает только лицам, к которым испытывает сильное влечение, или копирует действия, которые его привлекают. В основе его подражания лежат любовь, восхищение, а также соперничество”, – говорит А. Валлон. Обычно такими людьми в семье бывают родители, старшие братья и сестры. Широко известно, что для малыша во многих случаях самым сильным, справедливым и смелым человеком на свете является его отец или старший брат, самая добрая, ласковая и красивая – мама. И все, что в таких случаях делают в семье отец и мать, братья и сестры, – хорошо это или плохо, для ребенка становится примером подражания.

М.И. Иогихес (1929) пишет: “Трагедия нервного ребенка, как метко писал Г. Оппенгейм, не только в том, что он родится от нервных родителей, но и в том, что он обречен на длительное общение с нервным окружением”.

нием. Если каждый из нас спокоен среди спокойных людей и становится нервным среди нервничающих, то ребенок, как правило, в еще большей степени воспринимает весь жизненный темп и реактивность окружающих его лиц".

Приведем случай из практики.

К нам на прием пришла молодая женщина Ф. с 12-летним сыном Игорем. У него заикание появилось во время болезни (пневмонии), видимо, в связи с психотравмирующим действием курса инъекций, которых ребенок очень боялся.

Знакомая с семейным анамнезом больного, мы выяснили: мальчик живет с матерью и бабушкой (мать отца). Отец ребенка, занимаясь альпинизмом, погиб на спортивных сборах, когда мальчику было 6 лет. По специальности отец был инженером, мать – фармацевт. Родители любили друг друга и жили вполне счастливо, не считая того, что мать, тревожась за мужа, так же, как и ее свекровь, уговаривала его бросить опасное увлечение. Муж же – мастер спорта – ни на какие уговоры женщины не поддавался и ежегодно уходил в горы. Его отъезды всегда сопровождалась упреками и слезами близких, а в его отсутствие они болезненно ожидали плохих известий.

В первое время Ф. после благополучного возвращения мужа быстро успокаивалась, но с годами беспокойство за его жизнь и судьбу семьи стало усиливаться и задолго до спортивных сборов у нее портилось настроение. Она постоянно думала о приближающемся отъезде мужа и об опасностях, которые ему угрожают, часто плакала в присутствии мальчика, требуя от отца, чтобы он хотя бы пожалел ребенка. Маленький Игорь, очень любящий мать, глядя на нее, тоже начинал плакать. Отец в состоянии раздражения упрекал Ф. в том, что она его не хочет понять, неправильно воспитывает сына, затевает ссоры.

Перед своей последней поездкой он сказал жене, что если с ним что-либо случится, то в этом будет и ее вина, так как он постоянно уезжает из дома в подавленном настроении и что она в конце концов "накаряет" беду.

Когда пришло трагическое известие, Ф., оглушенная случившимся, все же в первые дни вела себя как человек, заранее предвидевший несчастье и в определенной мере подготовленный к нему. Но часто вспоминая последние слова мужа, она постепенно убедила себя в том, что является косвенной виновницей по-

стигшего их горя. Чувство вины перед семьей и раскаяние в своем поведении, ощущение неоправимости случившегося вызвали у Ф., отличавшейся с детства тревожно-мнительными чертами характера, навязчивые страхи и опасения за здоровье ребенка. Ей начало казаться, что мальчик простудится или "подхватит" какую-нибудь инфекцию, получит травму и погибнет так же, как и его отец. Случаи реальных заболеваний и незначительные травмы, без которых ни один ребенок не вырастает, Ф. воспринимала как новые трагедии, обрушивающиеся на семью.

В воспитании сына на первый план выступили гиперопека, запреты, предупреждения, напоминания о смерти отца. Определенная наследственная predisposition по материнской линии, напряженная, гнетущая атмосфера в семье сделали свое дело: мальчик рос запуганным, боязливым, мнительным. Как и мать, он начал с тревогой относиться ко всему, что его окружало, постоянно ожидая несчастий. Если Ф. приходилось задерживаться на работе, мальчик от беспокойства не находил себе места, когда же она возвращалась, встречал ее упреками и слезами.

В 11 лет у Игоря появились навязчивые ритуальные действия. Уходя из дома, он для предотвращения несчастья на улице, переступал с ноги на ногу и притрагивался рукой к дверному косяку. Приходя в школу и желая защититься от школьных неприятностей, мальчик 3 раза дергал пуговицу на своей одежде. Перед сном, ограждая себя от бед, которые могут произойти ночью, Игорь стучал по спинке кровати, а тапочки ставил крестообразно, одну на другую. Если кто-либо обращал внимание на эти действия, он нервничал, сердился и повторял все заново. Сосредоточенный на своих переживаниях, мальчик в школе был угрюмым, рассеянным, учился посредственно, одноклассников сторонился. В связи с этим часто получал от учителей замечания, а товарищи над ним подшучивали и нередко обижали. Вот в таком положении находился Игорь, когда заболел пневмонией с высокой температурой.

Участковый педиатр назначил инъекции антибиотиков. Мальчик боялся уколов, с волнением ждал прихода медсестры. В момент укола, несмотря на уговоры окружающих, не мог удерживаться от слез. К концу курса инъекций у него появилось заикание.

В данном случае у ребенка с наследственной невротической отягощенностью, в результате неправильного воспитания и длительного психотравмирующего влияния матери, которую он любил и жалел, развился невроз навязчивых состояний. Тяжелое соматическое заболевание ослабило организм, вызвало резкую астенизацию нервной системы, а боязнь уколов сыграла роль пускового "механизма" заикания. В приведенном примере нарушение речи у ребенка развилось в результате комплекса врожденных и внешних причин, но все же, на наш взгляд, наиболее выраженное патогенное значение имела окружающая обстановка, в которой он воспитывался, и особенности личности матери, оказавшие влияние на формирование характера мальчика.

Непосредственные причины. Мы проанализировали 659 историй болезни пациентов, лечившихся и проконсультированных в разное время по поводу заикания в логотерапевтическом Центре психоневрологического диспансера Василеостровского района Санкт-Петербурга. Анализ этиологических факторов, лежащих в основе нарушений речи этой группы больных, показал, что практически у всех пациентов (90%) в анамнезе были выявлены те или иные предрасполагающие к заиканию патогенные факторы, являющиеся своеобразной "почвой" (Ковалев В.В., 1979), на которой в результате действия различных производящих причин возникло заикание. Исследование производящих этиологических факторов показало, что у большинства больных речевое нарушение развилось в результате острой психической травматизации (59%); у 27% пациентов заикание появилось вследствие длительно действующих психотравмирующих ситуаций, и только у 14% лечившихся в анамнезе не было выявлено видимой психогении. В последнюю группу входит небольшое число больных, у которых нарушение речи возникло в результате психического индуцирования (2%), у 9% - в истории болезни нет прямых указаний на психическую травму, а роль производящего фактора сыграла астенизация нервной сис-

темы, вызванная переутомлением, соматическими заболеваниями, нарушениями режима сна, питания и др.; 3% пациентов - это больные с неуточненными причинами заикания.

Психическая травма. Как видно из приведенных выше данных, это одна из наиболее часто встречающихся внешних производящих причин заикания. Определенная роль психического травмирования в этиологии этого нарушения речи отмечается в работах R. Lewis (1949), В.А. Куршева (1973), Н.А. Власовой и К.П. Беккер (1978, 1983), В.М. Шкловского (1979, 1994) и др.

В связи с изучением этиопатогенеза неврозов многообразие психогенных воздействий подробно анализируется В.В. Ковалевым (1979), Б.Д. Карвасарским (1980), А.М. Свядошем (1982). Эти исследования основаны на концепции В.Н. Мясищева (1960) о роли личности в возникновении и развитии неврозов, в частности о различном действии одних и тех же психогравмирующих факторов в каждом отдельном случае, в значительной мере определяющемся особенностями личности человека и конкретными условиями, в которых он находится. Б.Д. Карвасарский (1980) указывает, что важным в концепции В.Н. Мясищева является положение о проявлении патогенности внешних обстоятельств жизни лишь в сочетании с соответствующим значимым отношением к ним личности. Для человека имеет значение не столько объективная трудность проблемы, сколько субъективное отношение к ней. Присущие конфликты переживания становятся источником невроза только в том случае, если они занимают центральное место в системе отношений личности к действительности.

В.Н. Мясищев (1960) относит заикание к группе системных неврозов. Их возникновение обусловлено теми же патофизическими механизмами, которые вызывают общие невротические состояния. В связи с этим, указывает В.В. Ковалев (1979), - системные неврозы всегда сочетаются с резко выраженными и находящимися на втором плане общевевротиче-

скими расстройствами. Развивая взгляды В.Н. Мясищева, он отмечает, что ведущей проблемой патогенеза системных неврозов является проблема “выбора органа”, а одним из механизмов, обуславливающих такую избирательность расстройств, следует считать приобретенную или врожденную слабость той или иной функциональной системы (например, системы речедвигательных механизмов и др.). Ссылаясь на исследования Н.Н. Красногорского (1958), В.В. Ковалев подчеркивает очень быстрое “замыкание” патологических условнорефлекторных связей в детском возрасте, тогда как их угасание происходит замедленно. Поэтому возникшая в момент аффекта (страх, испуг и т.п.) условнорефлекторная связь может легко приобретать фиксированный характер.

Совершенно очевидно, что с позиций концепции В.Н. Мясищева, раскрывающей психофизиологические механизмы возникновения неврозов, следует рассматривать и вопросы этиопатогенеза подавляющего большинства случаев заикания, т.е. те случаи, которые можно квалифицировать как логоневроз. Указанные психофизиологические механизмы не только лежат в основе комплекса предрасполагающих и производящих этиологических факторов логоневроза, но и объясняют, почему психическому травмированию подвергаются многие, а заикание развивается только у определенной части лиц.

У Гены Т. в результате истощающих заболеваний раннего детства (диспепсия в возрасте 9 мес.) речь развивалась с задержкой: фразы мальчик начал говорить на 3-м году жизни. К 5 годам у него наблюдались нарушение звукопроизношения (ротацизм) и ускоренный темп речи. Гена был легко возбудимым, впечатлительным, непоседливым ребенком, боялся темноты, страдал ночным недержанием мочи. У его брата Вовы, который был младше на 2 года, психофизическое и речевое развитие протекало без отклонений от нормы, он был спокойным.

В 5-летнем возрасте Гена вместе с родителями и братом отдыхал летом

на даче. Хозяйка дома, в котором они снимали комнату, держала козу. Родители, зная характер старшего сына, предупредили мальчика, чтобы он близко к козе не подходил, так как она была "бодучей". А хозяйка, видя, что Гена побаивается козы, как-то ему сказала: "Вот не будешь маму слушаться, напущу на тебя Машку, она тебя забодает".

Через несколько дней, когда Гена и Вова вместе с отцом играли во дворе, коза вышла из незапертого сарая и, нагнув голову, побежала к детям. Гена увидел приближающееся животное, побледнел и молча схватил отца за руку. Вова также видел козу, но признака страха не обнаружил, а наблюдая, как отец ее отгоняет ногой, весело засмеялся.

Этот случай на младшего брата никакого впечатления не произвел, а для Гены он явился источником тяжелой психотравмы, в результате которой у ребенка после кратковременной потери речи развилось заикание.

В приведенном примере у старшего мальчика заикание возникло вследствие психической травматизации (производящая причина), имевшей для него выраженную индивидуальную значимость, обусловленную предварительной фиксацией внимания мальчика на объекте возможных для него неприятностей. "Выбор органа" осуществился в результате имевшихся в анамнезе больного предрасполагающих к заиканию факторов - задержки речевого развития, нарушенного звукопроизношения, ускоренного темпа речи и указанных особенностей характера.

Для младшего брата нападение козы не явилось источником психической травматизации, так как в результате своих возрастных особенностей ребенок не мог оценить опасности, связанной с данной ситуацией, а взрослые ранее внимания мальчика на животном специально не фиксировали, т.е. случай, имеющий для старшего ребенка выраженное патогенное значение, для младшего никакой индивидуальной значимости не имел. В анамнезе 3-летнего Вовы мы не находим также благоприятной "почвы", на основе которой могло бы возникнуть заикание.

Острая психотравма. Из 659 историй болезни заикающихся в 59% всех случаев производящей причиной речевого нарушения является острая психотравма. В связи с тем, что по своему конкретному содержанию случаи острого психического травмирования отличаются значительным многообразием, а содержание психотравмы “звучит” в дальнейших переживаниях больного (Ковалев В.В., 1979), мы условно подразделили их на 8 основных групп.

1-я группа (19%) - психотравма была нанесена домашними и дикими животными, птицами, пресмыкающимися и другими представителями животного мира.

В эту группу вошли преимущественно больные, которым в момент психического травмирования было 2-4 года. Подобного рода психической травматизации подвержены дети указанного возраста, очевидно, потому, что возрастные психофизические особенности делают их наиболее беззащитными перед реальной или мнимой опасностью, исходящей от различных животных.

Анамнестические сведения, полученные от заикающихся и их близких, также говорят о том, что подавляющее большинство больных 1-й группы в раннем детстве по тем или иным причинам всячески ограждались старшими от контактов с животными (“Не подходи к собаке - укусит!” “Не надо гладить кошку - заразишься глистами!” “Не будем держать дома птичку - от нее много шума и плохо пахнет!” и т.п.). Такое воспитание постепенно вырабатывало в детях негативное отношение к животным и птицам, фиксировало внимание ребенка только на вреде, который могут они причинить, и тем самым как бы исподволь подводило малыша к эмоциональному срыву, обусловленному встречей с животными.

Наиболее распространенной причиной заикания среди больных данной группы является психотравматизация, нанесенная собакой (“испугался собаки”). Анализ этих случаев показал, что реальной опасности, связанной

с нападением животного, подверглись немногие дети. Большинство же детей, испугавшихся собак, в результате своего настороженного отношения к ним и полного непонимания особенностей их поведения принимало за агрессивность совершенно иные намерения животного - проявление радости, желание поиграть, просто внушительный вид крупной собаки, неожиданно оказавшейся в непосредственной близости от ребенка, и т.п.

Второе место в количественном отношении заняли случаи психотравм, связанных со встречами с сельскими домашними животными и птицами (рогатый скот, петухи, гуси и др.). Обращает на себя внимание то, что такого рода психотравматизации, по нашим наблюдениям, подвергались городские дети, выехавшие летом на дачу. Этот факт, видимо, также указывает на недостаток опыта и навыков общения с животными у детей-горожан. Их знания о животном мире в основном почерпнуты из сказок, телепередач и рассказов старших, в которых зачастую животные наделяются человеческими чертами, а это в известной мере может дезориентировать ребенка в ситуациях реального общения с ними.

Случаи психотравматизации, возникшие вследствие столкновения с дикими животными, по нашим данным, достаточно редки. Мы наблюдали всего 2 таких больных: в первом лось заглянул в окно дачи; во втором - ядовитая змея попыталась ужалить четырехлетнюю девочку и была убита отцом ребенка.

2-я группа (16%) - психотравмы получены в результате пожаров, бомбежек, обстрелов, транспортных катастроф (без физических травм), сильных звуковых раздражителей, пугающих явлений природы (гроза, землетрясение, наводнение и т.п.).

В эту группу вошли заикающиеся, которым в момент психологического травмирования было от 3 до 8 лет. Основная особенность определенной части больных этой группы заключается в том, что воздействие на них психотравмирующего фактора в известной мере является опосредо-

ванным, т.е. они пугались не столько самого психотравмирующего события, сколько реакции окружающих взрослых людей, как бы наглядно показывающих ребенку опасность сложившейся ситуации. Чем младше ребенок указанной возрастной группы, тем сильнее он испытывает отрицательное воздействие поведения и эмоционального состояния близких ему людей в момент случившегося несчастья.

Судя по рассказам больных и их близких, старшие дети, видимо, в равной степени реагируют на происходящее и реакции взрослых, так как спустя много лет эти больные хорошо помнят и то, и другое.

3-я группа (8%) - психотравмы нанесены детям в результате различных зрелищных мероприятий (театр, цирк, кино, зоопарк и пр.), а также в результате чтения и рассказов страшных историй, случаев и т.п. В группу вошли дети, начавшие заикаться в возрасте от 2 до 5 лет.

Этих больных характеризуют раннее психическое и речевое развитие, повышенная впечатлительность, возбудимость, тревожность и мнительность. У части детей этой группы наблюдались нарушения сна.

Из бесед с родителями мы выяснили, что многие из них учитывали характерологические особенности своих детей и именно поэтому, не посоветовавшись с врачом или психологом, пытались "приучать" малышей переносить страшное.

Другие родители, плохо ориентируясь в вопросах детской психологии и особенностях своего ребенка, просто стремились доставить маленькому сыну или дочери удовольствие, посетив с ними театральную постановку, елку либо цирковое представление.

Об одном из таких случаев удивительно точно и образно рассказывал в своих воспоминаниях большой друг и знаток детей - артист и режиссер С.В. Образцов. Он вспоминал, как мать, усыпив бдительность контролера, привела в кукольный театр на спектакль "Кот в сапогах" 3-летнюю дочь. Когда над ширмой появился великан, которого играет человек в мас-

ке, девочка очень испугалась и закричала на весь зал: "Мама, выключи!" и С.В. Образцов делает вывод: "Ничего, кроме вреда, не принес девочке наш спектакль. Что он, плохой, что ли? Да нет. Хороший и добрый. Только не для трехлеток. Эмоциональное воздействие искусства очень сильно, и обращаться с ним надо осторожно".²

4-я группа (6%) - психотравма нанесена людьми, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. По возрастному составу в эту группу вошли дети преимущественно от 2 до 6 лет.

Среди лиц, являющихся источниками психической травмы, в количественном отношении преобладали родители наших больных, страдающие хроническим алкоголизмом, на 2-м месте были родственники и знакомые; на 3-м - посторонние люди, т.е. в подавляющем большинстве случаев психотравматизации подобного рода дети подвергаются в собственной семье. Л.Н. Лежепекова (1980) отмечает, что в таких семьях абсолютно все - и влияние отрицательного поведения родителей, и окружающая бытовая обстановка, при которой дети становятся свидетелями пьянства, разгула, бурных конфликтов - пагубно отражается на их нервно-психическом состоянии.

Отличительной этиопатогенетической особенностью данной категории заикающихся следует считать то, что хронический алкоголизм родителей может обуславливать одновременно и предрасполагающие причины заикания, и длительные психотравмирующие условия жизни ребенка, а также в рассматриваемых случаях является и непосредственной причиной острой психотравмы, вызвавшей нарушение речи.

Когда виновниками развившегося заикания у пациентов обсуждаемой группы становятся не близкие родственники, а находящиеся в нетрезвом виде знакомые и посторонние лица, предрасполагающие причины ре-

² Образцов С.В. По ступенькам памяти. - Новый мир. 1984. № 11, с. 22.

чевого нарушения могут быть самыми различными. В этих случаях одно-моментное травмирующее воздействие (производящая причина) нередко оказывается еще более сильным и глубоким, так как оно обычно бывает неожиданным и направлено на ребенка, который ранее с подобными явлениями мог никогда не соприкоснуться.

5-я группа (3%) - психотравма связана с физической травмой. Эту группу в основном составили заикающиеся, получившие психотравму в возрасте от 3 до 7 лет.

Известно, что далеко не все случаи физического травмирования детей сопровождаются психической травматизацией, а возникновение эмоционального срыва также обусловливается не тяжестью физической травмы. Нередко даже тяжелая травма, полученная неожиданно, в ситуации, когда ребенок не успел испугаться, не имеет выраженного психотравмирующего значения, а болевые ощущения могут сыграть роль отвлекающего раздражителя. В этих случаях эмоциональное состояние ребенка во многом зависит и от поведения взрослых: отсутствие паники и бестолковой суеты, уверенное и своевременное оказание первой помощи пострадавшему, успокаивающие слова - все это может подбодрить малыша и избавить его от страха и тяжелых переживаний.

С другой стороны, как показывают наблюдения, не очень опасные физические повреждения, но сопровождающиеся, например, кровотечением, иногда становятся источником сильного испуга, который провоцирует нарушение речи, так как многие дети, а нередко и взрослые, боятся вида крови. Но не эти больные составляют основную часть 5-й группы. Большинство - это дети, успевшие в какой-то определенный момент осознать и пережить неотвратимо надвигающуюся опасность, и чем больше проходит времени в ожидании несчастья, тем выраженнее психотравмирующее значение полученной физической травмы.

В тех случаях, когда психическая травматизация сопровождается травмой черепа без потери сознания (сотрясение или ушиб головного мозга), начальным звеном в этиопатогенической основе заикания мы все же считаем психотравму, но состояние нервной системы и речи больного осложняется органическим поражением головного мозга.

К 5-й группе мы относим и пациентов, заикание у которых возникло в результате нервного потрясения, связанного с тем, что они в детстве тонули и остались в живых только благодаря помощи окружающих. Клинические проявления нарушения речи у этих больных (дыхательная форма заикания) тесно связаны с причиной его возникновения.

6-я группа (3%) – заикание у этих больных развилось вследствие ятрогении. Подавляющее большинство детей, вошедших в эту группу, в момент психотравматизации находилось в возрасте от 2 до 7 лет.

Б.Д. Карвасарский (1980) указывает, что М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев в происхождении ятрогении усматривают 2 неразрывные стороны: поведения врача и особенностей личности больного (мнительность, тревожность, ипохондричность, повышенная эмоциональность и др.).

Названные особенности личности полностью соответствуют характерологическим особенностям заикающихся, у которых в развитии речевого нарушения роль пускового механизма сыграли ятрогении. Из историй болезней этой группы пациентов видно, что для детей 2-3-летнего возраста ятрогенными являлись инъекции, прививки, осмотры, хирургические операции, производимые под местной анестезией и др. В этих случаях, как правило, быстро возникала отрицательная условнорефлекторная связь и ребенок начинал негативно реагировать на приход в лечебное учреждение или даже на один вид человека в белом халате. Для детей 4-7 лет более выраженную психотравмирующую роль играет не осмотрительно сказанные медработниками слова: кому-либо в присутствии ребенка (отрицательное косвенное внушение) или непосредственно маленькому

пациенту (отрицательное прямое внушение).

Лена Х., 6 лет, часто страдала вздутием кишечника. Ее мать, медсестра по специальности, легко помогала девочке в домашних условиях. Но однажды у ребенка живот разболелся не на шутку. Обычные приемы не помогли, и обеспокоенная мать вызвала неотложную помощь. К приходу врача боли у девочки прекратились. Но молодой доктор, недослушав объяснения матери и едва осмотрев ребенка, определил диагноз "острый живот" и потребовал госпитализировать Лену. Когда же мать от госпитализации отказалась, ссылаясь на то, что такие состояния у ребенка бывают часто, врач заявил ей в присутствии уже плачущей Лены: "Вы, мамаша, всего лишь медсестра и в этих вопросах не разбираетесь. Девочке нужна срочная операция. Если вы ее немедленно не отправите в больницу, дело уже к утру закончится очень плохо". Услышав эти слова, Лена закричала: "Мамочка, поедem быстрее, я не хочу умирать!"

По дороге в машине она плакала, дрожала и все время спрашивала: "Мамочка, я не умру? Я, правда, не умру?"

В приемном покое хирургического отделения диагноз "острый живот" не подтвердился. Ребенок вернулся домой, но уже на следующий день в результате сильного нервного потрясения у девочки появилось тяжелое заикание.

Приводя этот пример, мы отнюдь не выступаем за то, чтобы врач шел у пациентов на поводу. Но, отстаивая свою точку зрения, он обязан учитывать требования деонтологии и особенности психики лиц, с которыми он имеет дело. На практике до настоящего времени, как указывает В.Е. Рожнов (1979), некоторые врачи в процессе лечения своих больных забывают об их личности, перестают замечать, что перед ними страдающий, волнующийся, переживающий человек.

7-я группа (3%) – заикание возникло в результате дидактогении.

Учитывая, что заикание у большинства детей возникает в дошкольном возрасте, в связи с дидактогенным развитием этого нарушения речи мы остановимся на обсуждении случаев педагогических ошибок, допу-

щенных воспитателями дошкольных детских учреждений. Среди учащихся начальной и средней школы в результате подобного рода психогенного воздействия в основном встречаются случаи не возникновения, а усиления уже имеющегося дефекта речи. Этот вопрос будет освещен в следующей главе.

По своим возрастным и характерологическим особенностям заикающиеся данной группы полностью соответствуют детям, предрасположенным к ятрогенным воздействиям. В ряде работ (Парамонова Л.Г., 1959; Миссуловин Л.Я., Первова В.В., 1975; Буянов М.И., 1985, и др.) указывается, что с целью предупреждения у детей нервно-психических расстройств, в частности заикания, педагоги при выборе методов и приемов педагогического воздействия должны учитывать особенности личности своих воспитанников. Отсутствие дифференцированного подхода к детям впечатлительным, легко ранимым, боязливым нередко приводит к самым тяжелым последствиям, которые могут наложить отпечаток на всю дальнейшую жизнь человека.

Приведем примеры.

Александр З., 14 лет. Заикание появилось в 4 года после того, как воспитательница в детском саду сказала ему во время еды: "Ешь одну ложечку за здоровье мамы, другую – за здоровье папы. А если ты не доешь до конца обед, папа и мама у тебя умрут, и ты будешь жить один".

После этих слов мальчик окончательно потерял аппетит и обеда не доел, а поэтому все оставшееся время до прихода матери считал, что родителей больше не увидит, и сильно плакал. У этого ребенка не только развилось заикание, его несколько лет подряд преследовала боязнь за жизнь и здоровье родителей.

У Люси Г., 5 лет, заикание появилось летом на даче, куда она поехала отдыхать вместе со своим детским садом. За какую-то провинность молодая воспитательница наказала девочку, заперев ее в темную кладовую, где храни-

лись старые матрацы, ломаная мебель и прочее. Так как кладовая находилась в отдельном флигеле, ни плача девочки, ни ее ударов кулаками в дверь никто не слышал. О Люси забыли на несколько часов и вспомнили только тогда, когда детей уложили спать (постель девочки осталась свободной).

Выйдя из кладовой, девочка по свидетельству врача детского сада уже даже не могла плакать, издавала какие-то хриплые звуки, дергала головой, дрожала, не могла отвечать на вопросы. Врач дал ей выпить на ночь успокаивающих капель, но это не помогло. Нервное потрясение оказалось настолько сильным, что Люся в течение трех дней не разговаривала совсем, затем речь возвратилась, но ребенок начал тяжело заикаться.

8-я группа (1%) – заикание возникло в результате неожиданной смерти близких людей на глазах у ребенка.

Для детей этой немногочисленной группы характерны самые различные предрасполагающие причины заикания либо невозможность их выявления вследствие гибели родных. Наблюдения показывают, что дети 3-4 лет в силу своих возрастных особенностей переносили указанные психотравмы легче, чем дети более старшего возраста. Исключительную эмоциональную значимость для детей старше 5 лет приобретала внезапность создавшейся трагической ситуации, осознание своей незащитности, а также страх перед будущим, когда, например, ребенок в результате гибели родителей оставался без близких.

В литературе по этому вопросу исследователями в основном высказывается общая точка зрения и приводятся дополняющие друг друга данные.

В настоящее время, как указывает Б.Д. Карвасарский (1980), большинство авторов исходят из признания определяющей роли психотравмирующих ситуаций в генезе неврозов, полагая, что в одних случаях они могут выступать в качестве ведущих этиологических факторов, в других – как этиологические условия. Чаще всего патогенную роль приобретают их

сочетания.

Анализируя этиологические основы психогенных заболеваний у детей, В.В.Ковалев (1979) подразделяет психотравмирующие ситуации на ситуации, действующие относительно кратковременно и хронически.

Освещая проблему психогений, способствующих возникновению у детей заикания, Н.А.Власова, К.П. Беккер (1978, 1983) наряду с острой психической травматизацией придают большое значение и хроническим конфликтным ситуациям, которые, по мнению авторов, непосредственно связаны с высокой эмоциональной возбудимостью детей дошкольного возраста и с их еще не совершенным интеллектуальным восприятием окружающего мира.

Как часто встречающуюся в современных семьях затяжную конфликтную ситуацию, в результате которой у ребенка в период формирования произвольной речи возникает заикание, Р.Е. Левина (1981) отмечает несоответствие психофизических особенностей малыша жестким, директивным требованиям, предъявляемым ему родителями.

Из 659 заикающихся мы выявили 178 человек (27%), начавших заикаться в дошкольном возрасте в результате длительной психотравмирующей ситуации.

Различный характер источников психогенных воздействий, направленных на ребенка, позволил нам условно подразделить больных на 2 группы.

1-я группа (22%) – заикание является результатом конфликтных ситуаций в семье: разводы родителей, частые конфликты между ними, противоречивые методы воспитания, физические наказания, гипер- и гипопека, затяжные тяжелые болезни родителей и близких и др.

2-я группа (5%) - заикание возникло в результате конфликтных ситуаций в дошкольных детских учреждениях.

Принципиальных различий в механизмах возникновения заикания у детей 1-й и 2-й групп мы не обнаружили. Конфликтные ситуации как в одном, так и в другом случае вызывали психогенные сдвиги в состоянии нервной системы ребенка, наслаивались на предрасполагающие к заиканию этиологические факторы и, в конечном счете, являлись производящей причиной речевого нарушения.

Приведем пример.

Больной К., 22 лет, программист. Клинический диагноз: заикание (логоневроз) в средней степени у больного с патологическим развитием личности, артикуляторно-голосовая форма, тоноклонический тип речевых судорог.

Живет с родителями. В семье был единственным ребенком. Отец по специальности шофер, мать работает кассиром железнодорожных касс.

До рождения ребенка отец злоупотреблял алкоголем, но, когда родился сын, под влиянием жены – женицины, обладающей твердым характером, он стал выпивать только по праздникам. Пьяным больной его никогда не видел.

Отец – человек добрый, уступчивый, во всем подчинялся жене. Дома всегда был образцовый порядок.

К. родился от первой беременности, которая протекала с поздним токсикозом. Роды срочные, нормальные. Масса тела при рождении 2900 г, рост – 50 см. Ребенок родился ослабленным. Несмотря на грудное вскармливание, первый месяц недоедал, т.к. во время кормления быстро уставал и засыпал. Масса тела сразу после рождения увеличивалась медленно, но уже к году соответствовала норме. Сидеть, ходить, произносить первые слова и фразы начал вовремя. В 2 года 2 мес. перенес пневмонию, в 3 года – ветряную оспу, частые ОРЗ. Страдал ночным недержанием мочи.

Воспитывался дома. До года с ним находилась мать, потом ребенок оставался с бабушкой (мать матери).

По характеру был тихим, пугливым, обидчивым. К близким мальчик был очень привязан, посторонних людей побаивался. Гуляя во дворе под присмотром

бабушки, предпочитал играть с одним – двумя товарищами, шумных игр избегал.

Интеллектуальное развитие соответствовало возрасту. По поводу энуреза находился под наблюдением участкового невропатолога. В семье аккуратно выполнялись все назначения и рекомендации врача. К 4 годам частота случаев ночного недержания мочи резко снизилась.

Когда мальчику было 5 лет, ночью скоропостижно умерла бабушка. От ребенка это удалось скрыть, но, чувствуя настроение окружающих, мальчик все время беспокоился, нервничал. В день похорон его уговорили остаться у соседей.

Через несколько дней после этих событий, простудившись на кладбище и тяжело заболев, легла в больницу мать. Отец, работая в разные смены, вынужден был срочно устроить ребенка в круглосуточную группу детского сада.

Мальчик привыкнуть к детскому учреждению не мог. Он очень скучал по дому, детей сторонился, часто плакал, аппетит у него резко ухудшился, участились случаи ночного недержания мочи. Когда в детском саду выяснилось, что ребенок мочится в постель, няня сказала в присутствии детей: "Ну, еще один рыбак на мою голову!". Дети с восторгом подхватили это прозвище и с тех пор стали дразнить мальчика, а почувствовав, что К. не может за себя постоять и только плачет, начали дружно его обижать. После выходного дня, проведенного дома, К. возвращался в детский сад со слезами. Родители наделись, что мальчик к детскому саду привыкнет, т.к. понимали, что со смертью бабушки ему все равно до школы нужно будет посещать дневную группу. Но надежды родителей не оправдались. Когда мать выписали из больницы, ребенка пришлось из детского сада забрать – к этому времени у него развилось заикание.

Пережитая ребенком психотравмирующая ситуация и вызванное ею нарушение речи наложились на конституциональные особенности больного. В дальнейшем еще более углубились и зафиксировались такие черты его характера, как замкнутость, неумение сходить с людьми, чувство собственной неполноценности, боязнь речи в официальной обстановке. И только посещая ло-

готерапевтический кабинет, избегал состояния нервно-психической и речевой декомпенсации.

Наши наблюдения показывают, что у значительной части больных, подвергавшихся в дошкольном возрасте длительной психотравматизации, не только развивалось заикание, но возникали и определенные изменения личности, обусловленные как нарушениями речи, так и психической травмой, которую пришлось пережить.

Патогенное влияние психотравмирующих ситуаций раннего детства на дальнейшее формирование личности отмечают многие авторы. В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин (1980) пишут, что Г.Е. Сухарева в качестве одной из причин неправильного развития личности указывала на психические травмы детского возраста, особенно медленно действующие.

Индукцированное заикание. Прямое подражание речи заикающихся людей можно рассматривать как одну из непосредственных, хотя довольно редко встречающихся причин заикания. Из 659 историй болезни наших пациентов мы выявили 13 случаев возникновения заикания у детей в связи с явным подражанием речи заикающихся (2%).

С целью исключения возможности наследственной предрасположенности к заиканию учитывали только случаи контактов с людьми, не являющимися родственниками. В.В. Ковалев (1979) рассматривает подобные состояния как реакцию имитации, М.Е. Хватцев (1959) относит их к явлениям психического индуцирования.

М.И. Иогихес (1929) отмечает, что индуцированным явлением в клинике нервных болезней следует понимать произвольное бессознательное воспроизведение различных психических актов или болезненных состояний, наблюдаемых у других лиц: госпитальные психические эпидемии, заразительный смех, зевота, индуцированные судороги и пр.

К индуцированным психическим актам предрасполагают невысокий

уровень критики, сила фантазии, яркость представления о виденном, впечатлительность и внушаемость. Эти качества психики человека особенно проявляются в детском возрасте и в значительной мере свойственны детям, которые склонны к невротическим реакциям. Как и при подражании, в процессе психического индуцирования большую роль играет эмоциональная окраска отношений между ребенком и заикающимся человеком, особенности которого – манера поведения, внешность, авторитетность, какие-либо яркие способности и таланты – очень импонируют ребенку, производят на него большое впечатление. В подобных случаях даже такие качества, как заикание, могут бессознательно быть восприняты, как нечто положительное, свойственное понравившемуся человеку.

Неуточненные причины. К этой группе пациентов (3%) относятся заикающиеся, которые не могут указать какой-либо видимой причины нарушения их речи. Но это не означает, что заикание у них возникло без причин. Изучение анамнеза жизни и болезни этих больных указывает на отсутствие психогенных факторов и острого начала в развитии недостатка речи. Именно поэтому больные и их близкие, пытаясь раньше всего отыскать испуг как традиционную причину, затрудняются связать возникновение заикания с каким-то определенным фактом.

Анализ истории болезни этой группы показал, что в нее частично входят больные с неврозоподобным заиканием, больные с неврозом навязчивых состояний и неврастений, не знающие, что у них имеется слабо выраженное нарушение речи, а также единичные случаи психопатий и шизофрений.

Для этой разнородной в этиопатогенетическом отношении группы заикающихся характерно то, что доминирующим в их состоянии являются нервно-психические заболевания, а заикание в большинстве случаев “отходит” на второй план; для отдельных больных (некоторые формы

психопатий, шизофрении) речевое нарушение полностью утрачивает какую-либо эмоциональную значимость, а больные неврозами, входящие в эту группу, видимо, в силу фиксации внимания на переживаниях, связанных с основным заболеванием, а также в результате некоторых врожденных особенностей речи (ускоренный темп, нечеткая артикуляция), просто не замечают своего легкого заикания.

Обобщая материал, изложенный в этой главе, следует сделать вывод о том, что изучение и уточнение этиопатогенетических основ заикания во всем их многообразии представляет не только значительный научный интерес, но, прежде всего, является необходимым при дифференцированном подходе к клиническим проявлениям этого нарушения речи, и психоневротических заболеваний, на фоне которых оно, как правило, протекает. Только такой подход, не всегда используемый и в настоящее время, может обеспечить дальнейшее плодотворное исследование заикания и даст возможность проводить патогенетическую обоснованную комплексную терапию больных, страдающих этим дефектом речи.

ГЛАВА 3

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАИКАНИЯ

Многие авторы к факторам, оказывающим положительное либо отрицательное влияние на течение заикания, относят возрастные особенности, организацию режима, закаливание организма, спортивные занятия, различные заболевания, физические и психические травмы, употребление алкоголя и др.

Возрастной фактор. В.В. Ковалев (1979) указывает, что возрастной фактор в виде изменений общей и нервной реактивности в «критические»

периоды онтогенетического развития может иметь определенное этиологическое значение как способствующий возникновению тех или иных психических заболеваний. Но возрастной фактор, играя важную роль в этиологии и патогенезе нервно-психических заболеваний, оказывает влияние и на течение этих заболеваний, в том числе и заикания. Такие периоды, которые характеризуются повышенной степенью риска заболеть тем или иным заболеванием либо тенденцией к усилению уже имеющейся нервно-психической патологии Г.Е. Сухарева (1955) называет «периодами повышенной восприимчивости к различным вредностям».

Анализируя жалобы заикающихся, мы также выделили 3 основных периода, наиболее часто упоминаемых больными в связи с ухудшением речи:

I период - начало обучения в школе (7 ... 8 лет);

II период - препубертатный и пубертатный возраст, возраст ранней юности (12 ... 17 лет);

III период - начало самостоятельной жизни (20 ... 23 года).

Указанные периоды отличаются как активными биологическими процессами, связанными с развитием и формированием различных структур организма, в частности нервной системы человека, так и качественными изменениями внешних условий его жизни, совпадающими с этим возрастом.

7-летний ребенок начинает учиться в 1-м классе. Заметные изменения режима дня, новый коллектив, расширение круга обязанностей, усилия, которые необходимо затрачивать на усвоение программы и приготовление уроков, случаи нетактичного поведения детей по отношению к своему заикающемуся товарищу, порой отсутствие и у учителя необходимых знаний об особенностях работы с детьми, страдающих заиканием, - все это, как правило, отрицательно сказывается на нервной системе ребенка и его нарушенной речи.

С еще более выраженными трудностями сталкиваются больные, их родители и специалисты, когда заикающиеся дети вступают в препубертатный и пубертатный возраст. Е.С. Иванов (1980), говоря о глубокой физиологической перестройке организма подростков, отмечает у них и значительные изменения, наступающие в эмоциональной и психологической сферах. Автор указывает, что подросткам свойственны повышенная самонадеянность и одновременно застенчивость, неуверенность в себе. В этом возрасте происходят оценка и переоценка социальных ценностей. Перед подростком встают проблемы выбора жизненного пути, профессии. Стремление к самоутверждению, требующее дополнительной затраты физической и нервной энергии, часто приводит к переутомлению и снижению трудоспособности. Нередко не только в силу названных причин, но и других факторов подростки находятся в сложной внутренней конфликтной психологической ситуации. В этот же период у подростков усиливается интерес к противоположному полу, возникают сексуальные влечения, появляются порой мучительные раздумья о своей внешности, достоинствах и недостатках. В настоящее время особенно мучительно для определенной части подростков осознание своего материального неблагополучия: плохая одежда, порой недоедание, поиски заработков, нередко приводящие к асоциальным поступкам, зависть по отношению к богатым детям - все это зачастую приводит к проявлению неврозов и психопатий.

Многие подростки, страдающие заиканием, впервые в этом возрасте начинают фиксировать внимание на нарушение речи, в связи с чем у них нередко возникают чувство неполноценности, раздражительность, мнительность, неуверенность в своем будущем, т.е. постепенно развиваются вторичные невротические наслоения, и в соответствии с принципом «порочного круга» (Давиденков С.Н., 1963) значительно ухудшается и их речь.

Начало самостоятельной жизни, которое у многих молодых людей происходит в 20...23 года (значительное расширение круга общения в официальной обстановке, создание собственной семьи, проблемы, связанные с поиском работы, либо работа не по специальности, у ряда больных - материальные трудности) также неблагоприятно отражается на состоянии речи многих наших пациентов.

Наблюдения показывают, что после 40 лет у небольшой части заикающихся на фоне сглаживания невротической симптоматики состояние речи несколько улучшается. Это, видимо, происходит в связи с определенной социальной адаптацией данной группы больных, которой способствуют прочное положение на работе, благополучие в семье, здоровый образ жизни.

Заболевания и травмы. Многие исследователи (Тяпугин Н.П., 1946, 1960; Куршев В.А., 1973; Власова Н.А., Беккер К.П., 1978, 1983, и др.) в качестве наиболее изученных этиологических факторов, обуславливающих возникновение заикания, называют неврологические, инфекционные, соматические заболевания, а также травматизм, особенно травмы головного мозга. Эти же факторы следует указать в числе причин, способствующих усилению уже имеющегося нарушения речи.

Механизмы патогенного воздействия заболеваний и травм на речь заикающихся перечисленных выше групп различны. Если неврологические заболевания (энцефалиты, менингиты и др.), травмы мозга, являясь причиной органического поражения центральной нервной системы, не только ослабляют организм больного, но и могут оказать непосредственное болезненное влияние на его высшие психические функции и речь (ухудшение памяти, снижение умственных способностей, нарушение грамматического строя речи, явления дизартрии и пр.), то тяжело протекающие инфекционные и соматические заболевания в основном обуславливают астенизацию нервной системы, а в ряде случаев могут отразиться

на функции дыхательных и голосовых органов заикающегося (коклюш, ложный круп, бронхиальная астма, пневмония, хронические насморки и ларингиты).

Заболевания психосоматической природы (высыпания на коже, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.), нередко наблюдаемые у заикающихся, тяжелые телесные травмы причиняют больным неприятные, болезненные ощущения, к которым зачастую присоединяются и моральные переживания, связанные, например, с временной потерей трудоспособности и невозможностью себя обслуживать, изменением внешнего вида и размышлениями о своей невезучести, - все это также отрицательно сказывается на состоянии нервной системы больных и, как правило, ухудшает их речь.

К ухудшению речи заикающихся, особенно в детском и подростковом возрасте, обычно приводят не только заболевания и травмы, но и некоторые диагностические или терапевтические мероприятия, связанные с их лечением. Мы имеем в виду прежде всего неприятные исследования, хирургические вмешательства, инъекции, болезненные перевязки и другие процедуры. В этих случаях травмирующее воздействие на нервную систему оказывают не только болевые ощущения, но и вызывают эмоциональное напряжение, страх, связанные с ожиданием процедуры, которая сопровождается этими неприятными ощущениями.

Психотравматизация. Острые психотравмы и длительные психотравмирующие ситуации в подавляющем большинстве случаев отрицательно влияют на речь больных, страдающих заиканием, значительно утяжеляя нарушение их речи.

Нам приходилось наблюдать случай, когда нападение крупной собаки на 6-летнего заикающегося ребенка, у которого заикание возникло в 4 года после воздействия аналогичного по содержанию психотравмирующего раздражителя,

вызвало ухудшение речи до такой степени, что больной в течение месяца практически не мог разговаривать.

Повторно действующие на заикающихся детей и подростков психотравмирующий раздражитель, по нашим наблюдениям, обычно является причиной «чрезмерной стрессовой реакции» (Эверли Д., Розенфельд Р., 1985) и может вызывать у них не только усиление заикания, но и развитие тяжелого невротического заболевания, так как «звучание» в жизни больного (Ковалев В.В., 1979) первоначальной психотравмы подготавливает выраженную индивидуальную значимость аналогичного, вторичного воздействующего психотравмирующего агента. Но ухудшение речи может спровоцировать не только аналогичный или близкий по содержанию психотравмирующий раздражитель. Любая психотравма обычно резко ухудшает речь заикающихся.

При длительно воздействующей психотравмирующей ситуации мы наблюдали как у детей, так и у взрослых постепенное ухудшение состояния нервной системы и речи. Диапазон психотравмирующих эмоционально значимых раздражителей и, соответственно, стрессовых реакций, действующих на взрослых, шире, чем действующих на детей. Известно, что стрессовая реакция может приводить к таким запредельным формам возбуждения, которые вызывают замедление, торможение или прекращение деятельности систем, подверженных стрессору (Engel, 1971; Gellhorn, 1968, 1969; Selye, 1956, 1976, - цит. по Д. Эверли, Р. Розенфельд, 1985).

Опрашивая заикающихся взрослых, мы выделили 3 варианта речевых реакций больных на острые психотравмирующие раздражители: ухудшение речи, потеря речи, исчезновение заикания.

Анализ историй болезни этих пациентов дает возможность предположить, что причины различного речевого реагирования зависят прежде всего от уровня эмоциональной значимости психогенного агента в каждом

конкретном случае, а также от личностных и нервно-психических особенностей, на фоне которых протекает заикание. Если ухудшение речи можно расценивать как речевую реакцию на психотравмирующий раздражитель среднего уровня эмоциональной значимости, то полная потеря речи и внезапное исчезновение тяжелого заикания, видимо, могут свидетельствовать о высокой индивидуальной значимости перенесенной психотравмы.

1-й вариант речевого реагирования, по нашим наблюдениям, в значительной мере свойствен заикающимся с астеноневротической и психастенической акцентуацией личности. Потерю речи нам приходилось наблюдать у больных с истероидными чертами характера. О немногочисленных случаях полного, но кратковременного исчезновения заикания в результате воздействия острого психотравмирующего раздражителя нам сообщали больные, у которых нарушение речи протекало на фоне преимущественно гиперстенической формы неврастения. Для этих больных наибольшую эмоциональную значимость имели психотравмы, связанные с оскорблением их человеческого достоинства, происшествия, угрожающие здоровью или жизни близких людей, стихийные бедствия и другие раздражители, вызывающие, по-видимому, возникновение новой доминанты, в результате чего на короткое время затормаживались патологические условно-рефлекторные связи, и наши пациенты, находясь в состоянии крайнего возбуждения, на протяжении действия указанного раздражителя говорили громко, быстро, без всякого заикания. Когда действие раздражителя оканчивалось и возбуждение спадало, заикание вновь возвращалось, и речевые затруднения обычно становились еще более выраженными.

Говоря об отрицательном влиянии на речь заикающихся различных психотравмирующих факторов, следует упомянуть и о негативном психологическом воздействии одного больного на другого. Такой вид психотравматизации применительно к лицам, страдающим неврозами, С.С. Либих (1974) назвал эгрогонией. Среди взрослых заикающихся нам неод-

нократно приходилось наблюдать последствия эротогении. Больные, акцентуированные по психоастеническому типу, с недоверием относящиеся к проводимому лечению, наиболее подвержены подобного рода психотравматизации и, в свою очередь, могут оказывать отрицательные расхолаживающее влияние на других заикающихся, с которыми лечатся в одной группе. Этот фактор необходимо учитывать при организации лечебной работы с данным контингентом больных.

Спортивные занятия. Широко известно, что спортивные занятия укрепляют организм и эмоционально-волевую сферу, вырабатывают стойкость и мужество, дисциплинированность, умение преодолевать трудности и добиваться намеченной цели. Но нам на протяжении многих лет приходилось наблюдать и отрицательное влияние некоторых видов спорта на состояние нервной системы и речи больных, страдающих заиканием. К ним, в первую очередь, следует отнести различные виды восточных единоборств, бокс, борьбу, футбол, хоккей, тяжелую атлетику, т.е. такие виды спорта и спортивные игры, которые связаны с высоким эмоциональными физическими нагрузками, резкими движениями, учащенным ритмом дыхания.

В процессе курса лечения мы не рекомендуем нашим пациентам также принимать участие в различных соревнованиях, эстафетах, кроссах, т.к. чувство спортивного азарта, возбуждающее больного, физическое и эмоциональное напряжение, высокий темп, обусловленные необходимостью показать нужное время, как правило, ухудшают речь заикающихся.

Спортивные занятия, не требующие реализации высоких мышечных нагрузок в определенное время и связанные с небыстрым темпом и плавностью движений, четким ритмом дыхания (велосипед, медленный бег, плавание, катание на коньках под музыку и т.д.), не только укрепляют организм и нервную систему наших пациентов, но и непосредственно способствуют автоматизации нужных двигательных стереотипов, улучшают

дыхание больного, оказывая положительное влияние на речь заикающихся.

Употребление алкогольных напитков и табакокурение. В этом разделе мы остановимся на влиянии алкоголя на речь заикающихся, не злоупотребляющих спиртными напитками, а выпивающих «как все» или для снятия эмоционального напряжения. Что же касается курения табака, то здесь мы сосредоточим внимание на больных - заядлых курильщиках.

В литературе по наркологии (Рожнов В.Е., 1979; Лежепскова Л.Н., 1980; Бабаян Э.А., Ганопольский М.Х., 1981, и др.) указывается, что при легкой степени опьянения после приема алкоголя развивается эйфория, появляются возбуждение и ощущение эмоционального подъема. Многие в этом состоянии перестают испытывать чувство тревоги, страха, боязни общения с окружающими людьми в определенных ситуациях, т.е. алкоголь в небольших дозах на нервную систему человека оказывает, как правило, транквилизирующее действие.

Беседуя со взрослыми и подростками, страдающими логоневрозом, мы неоднократно слышали, что некоторые из них «для храбрости» (для снятия напряжения, чувства неловкости, неуверенности в себе) выпивают небольшое количество алкоголя, после чего чувствуют себя в общении с посторонними людьми более свободно. Настроение у них улучшается, они становятся общительными, у большинства заикающихся значительно улучшается и речь. Эти пациенты из молчунов вдруг превращаются в веселых, словоохотливых, компанейских людей.

Но когда проходит это состояние, фон настроения резко снижается, речь становится еще более затрудненной. У ряда больных, особенно у тех, у кого заикание протекает на фоне рассеянной органической микросимптоматики, вегетососудистых нарушений, астеноневротического синдрома, даже небольшие дозы спиртного вызывают состояние разбитости, слабости, головные боли, усиливается раздражительность, а ухудшившаяся

речь остается значительно затрудненной в течение продолжительного времени.

Известны случаи, когда у больных снижается фон настроения и резко ухудшается речь уже через несколько минут после употребления спиртных напитков. Это происходит с той категорией больных, у которых в состоянии даже легкого алкогольного опьянения в связи с ослаблением активного тормозного процесса в определенной мере утрачивается способность к самоконтролю и как бы обнажаются скрытые, подавляемые в трезвом виде, такие черты характера, как обидчивость, подозрительность, конфликтность и пр. Захмелев, они перестают адекватно реагировать на происходящие события, начинают мелочно придирается к окружающим, нередко провоцируют ссоры, объясняя случившееся вымышленными насмешками над их речью.

Вследствие указанного действия алкоголя, а также в результате разъяснительных бесед подавляющее большинство наших пациентов избегают употребления алкогольных напитков. Но в нашей практике встречались случаи злоупотребления спиртным заикающимися подростками, у которых нарушение речи протекало на фоне психопатических черт характера. В подобных случаях заикание становилось удобным предлогом для алкоголизации, а систематические выпивки приводили таких больных к хроническому алкоголизму.

О вреде курения табака написано много: о вредном воздействии никотина на организм человека в целом и, в частности, на его нервную систему и дыхательные органы. Нередко, как отмечает Л.Н. Лежепекова (1980), курить начинают уже в 12-13 лет, активно подражая взрослым. Обычно для подростка начало курения связано с желанием казаться самостоятельным, независимым человеком.

Как показывают наши наблюдения, для многих заикающихся курение - это не только своеобразная форма самоутверждения, поза, свойст-

венная всем начинающим курить, но и еще в ряде случаев определенная двигательная уловка, к которой на первых порах совершенно сознательно, а потом уже в силу привычки, прибегают больные в некоторых трудных для них речевых ситуациях. В условиях, позволяющих закурить, заикающийся, чувствуя невозможность сказать то или иное слово, прерывает речь как бы для того, чтобы взять в рот сигарету. Тем самым маскирует свое смущение, меняет режим функционирования артикуляционного аппарата и иногда добивается реального улучшения речи. Зафиксировав на этом внимание, он все чаще и чаще начинает прибегать к сигарете как к спасительной уловке. С другой стороны, - постепенно вырабатывается привычка к введению в организм определенных доз никотина, которые оказывают кажущееся кратковременное успокаивающее действие, и тем самым сильнее у заикающегося эта привычка, чем больше она связана с условиями речевого общения.

Но мнимое облегчение, обусловленное употреблением табака, очень скоро, особенно у заикающихся подростков и молодых людей, оборачивается ухудшением состояния и без того ослабленной у многих из них нервной системы. В результате интенсивного и систематического курения могут появиться головные боли, ослабление процесса внимания и памяти, усилиться раздражительность и другие явления астенизации, что неизбежно влечет за собой значительное ухудшение речи.

Нередко возникающая у курильщика тахикардия (Лежепекова Л.Н., 1980) приводит к учащению и ритма дыхания, что, в свою очередь, укорачивает у больного речевой выдох и тем самым способствует развитию и закреплению дыхательной формы заикания. Этому же способствует и заболевания дыхательных органов - пневмонии, бронхиты, трахеиты и другие болезни, часто возникающие у курильщиков. Поэтому в курсе комплексного устранения заикания, проводя с больными психотерапевтические беседы, мы особое внимание уделяем проблеме преодоления вредных

для здоровья пациентов привычек, мешающих достижению положительных результатов лечения.

В связи с приведенными выше наблюдениями считаем совершенно недопустимой широкую рекламу алкогольных напитков и сигарет, развернутую в настоящее время средствами массовой информации.

Социально-экономический фактор. Этот фактор приобрел особое значение в период с 1990 по 1995 гг. Расслоение населения России на богатых и бедных обусловило возникновение ряда принципиально новых особенностей течения заикания.

Наблюдения показывают, что многие из так называемых «новых русских», считающие, что платное лечение всегда более эффективно, чем бесплатное, очень охотно пользуются услугами рекламирующих себя психотерапевтов, экстрасенсов, «колдунов», «прорицателей» и т.п., т.е. людей, которые имеют смутное представление о заикании, но гарантируют полное его устранение за несколько сеансов. В лучшем случае они помогают отдельным заикающимся на короткое время (больные с истероидными чертами характера). Чаще всего, «лечение» остается безрезультатным. В обоих случаях больные перестают верить в возможность выздоровления и больше за помощью не обращаются, их речь становится еще более затрудненной. Но обычно взрослые люди, представители нового класса, комплексами неполноценности не страдают. Материальные блага придают им уверенность в своих силах и завтрашнем дне. Больше страдают заикающиеся дети, которым родители хотели «купить» здоровую речь. Условия семейного воспитания (с одной стороны, жесткость, с другой - вседозволенность и полная свобода действий, иногда - гиперопека), нередко приводят таких детей к психопатизации.

В последнее время наблюдаются случаи, когда не имеют возможности получать систематическую логотерапевтическую помощь работники бюджетной сферы, студенты дневных отделений ВУЗов и техникумов. В

связи с низкими зарплатой и стипендиями многие из них вынуждены искать заработки в вечерние, а иногда и в ночные часы. Плохое питание, переутомление, неуверенность в будущем приводят к невротизации и значительному усилению заикания.

В период с 1993 по 1998 гг. значительно сократилось количество женщин, посещающих логотерапевтические кабинеты психоневрологической сети Санкт-Петербурга (из 57 пациентов Городского логопедического Центра в 1998 г. лечилось только 7 женщин). Это объясняется тем, что некоторые из них боятся посещать Центр в вечернее время в связи со сложной криминогенной обстановкой в городе (занятия и коллективные психотерапевтические процедуры проводятся по вечерам с учетом возможностей работающих и обучающихся в утренние часы).

Основной контингент Центра в последние годы - это призывники, которых направляют на лечение райвоенкоматы Санкт-Петербурга (около 60% от числа лечившихся в 1998 г.).

Этих больных можно условно подразделить на 3 группы.

Первая группа - без каких-либо особенностей.

Вторая группа (большая часть заикающихся призывников). Специфика заключается в следующем: аггравация заикания в связи с нежеланием служить в армии (со случаями прямой симуляции нам сталкиваться не приходилось). Эти пациенты не очень стремятся избавиться от заикания и требуют особого подхода.

К третьей группе относятся подростки и юноши с тенденцией диссимулировать состояние своей речи в связи с желанием поступить в военное училище, либо пойти на военную службу по контракту. Эта группа наиболее перспективна в прогностическом отношении. Больные прилагают максимальные усилия для достижения хороших результатов.

ГЛАВА 4

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ, ЭТАПЫ И ПРИЕМЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАИКАНИЯ

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ

Заикающиеся дети дошкольного возраста в настоящее время получают специализированную помощь как в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях, так и в речевых детских садах системы просвещения.

В большинстве случаев лечение осуществляется комплексным методом, т.е. усилия врачей (педиатров, невропатологов, психиатров, физиотерапевтов) и логопедов направлены на оздоровление нервной системы ребенка и воспитание у него навыков здоровой речи. Основная особенность устранения заикания у дошкольников заключается в том, что, как правило, ребенок не фиксирует внимания на нарушенной речи, нередко просто не замечает своего заикания и относиться сознательно к логопедической работе не может. Заставлять же насильно малыша выполнять логопедические упражнения нельзя, так как такие занятия могут вызвать у него негативную реакцию и не принесут никакой пользы. Поэтому вся логопедическая работа носит характер не занятий, а интересной игры, проводимой только на положительных эмоциях.

Вопросу устранения заикания у дошкольников в процессе игровой деятельности посвящены работы (Волкова Г.А., 1983; Выгодская И.Г. и др., 1984, и др.), в которых с позиций психологии детского возраста авторы предлагают систему различных игр – упражнений, направленных на воспитание у заикающихся детей устойчивого внимания, навыков нор-

маленькой общей, ручной и речевой моторики, рекомендуемые игры предусматривают развитие у маленьких пациентов запаса знаний и представлений, активного словаря, умение грамматически правильно оформлять свою мысль. Другими словами, в процессе игры у ребенка вырабатываются качества и навыки, необходимые для преодоления заикания.

В учреждениях здравоохранения и в речевых детских садах принципы и методические приемы лечебно-коррекционной работы с заикающимися дошкольниками в основном одни и те же. Но детский сад, в отличие от поликлиники, ребенок посещает каждый день и проводит там 8-10 ч. Режим детского сада, все виды логопедической работы, в том числе и музыкальные занятия, подчинены одной цели – восстановлению речи заикающихся детей.

Дети младшего и среднего школьного возраста, страдающие заиканием, так же могут, как и дошкольники, посещать логопедические кабинеты детских поликлиник. Помимо этого, они получают помощь в школьных логопедических пунктах, а в летнее время – в специализированных лагерях и санаториях.

В школьном возрасте у детей появляется большая заинтересованность в лечении заикания, в связи с этим и более сознательное отношение к логопедическим занятиям. Поэтому становится возможным проведение различных упражнений по коррекции дыхания, артикуляции, темпа и ритма речи.

Логопедические занятия обычно проводятся на материале школьных уроков и тем самым подготавливают ответы учащихся в школе в речевом отношении, т.е. у детей вырабатывается навык здоровой речи в наиболее сложной для них ситуации.

В работе с детьми школьного возраста возможно более широкое применение лекарств и физиотерапии; также начинают вводиться отдельные приемы психотерапевтического воздействия: разъяснительные бесе-

ды, упражнения по мышечной релаксации с элементами самовнушения, а в тех случаях, когда у ребенка появляются вторичные логоневротические наслоения, мы с успехом применяем внушение в бодрствующем и гипнотическом состоянии.

Значительная роль в процессе лечения заикающегося отводится его семье (Власова Н.А., Кочергина В.С., 1965; Чевелева Н.А., 1978; Филимошкина Н.М., Тимченко В.А., 1982, Волкова Л.С., ред., 1995, и др.). Спокойные условия жизни, организация необходимого для больного режима, выполнения рекомендаций и назначений специалистов, систематические речевые занятия в домашней обстановке – все это не только способствует оздоровлению нервной системы и речи ребенка, но и дает возможность закрепить достигнутые положительные результаты лечения.

ЭТАПЫ КУРСА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

В настоящее время в нашей стране и за рубежом публикуется много работ, посвященных проблеме лечения взрослых заикающихся.

В наиболее прогрессивных исследованиях (Шкловский В.М., 1975, 1979, 1985, 1994; Асатиани Н.А., 1983; Власова Н.А., Беккер К.П., 1983; Андропова Л.З., Лохов М.И., 1983; Калягин В.А., 1983; Seeman M., 1965; Prins D., 1976; Demuth W., 1981, и др.) учитываются нервно-психические и личностные особенности данного контингента больных, которые обуславливают выбор тех или иных приемов комплексной терапии заикания, т.е. лечебно-корректирующего влияния на личность, нервную систему и речь больного.

В 1963 г. в Ленинграде была организована сеть межрайонных лого-терапевтических кабинетов для лечения взрослых и подростков, страдающих заиканием. Эти кабинеты функционируют на базе 3 районных психо-

неврологических диспансеров. Лечение заикания в указанных учреждениях также проводится комплексным методом, включающим в себя логопедию, применение лекарственных препаратов, физио – и психотерапию.

Весь курс лечения рассчитан на 3¹/₂-4 мес. При организации лечения мы учитываем основные положения методического письма Министерства здравоохранения РСФСР "Комплексная система логопедических занятий и психотерапии при логоневрозах" (составитель – В.М. Шкловский, 1966), которые в процессе многолетней работы с заикающимися были дополнены материалом наших собственных наблюдений и исследований (Миссуловин Л.Я., Первова В.В., 1975; Миссуловин Л.Я., 1979, 1985, 1988), позволивших нам применить ряд новых лечебно-корректирующих приемов.

Курс лечения проводится амбулаторно (2-3 коллективных занятия в неделю сочетаются с индивидуальными занятиями и беседами) и условно делится на этапы.

Подготовительный или диагностический этап длится около 1 мес. Больные обследуются логопедом, психотерапевтом и физиотерапевтом. На основании данных обследования назначаются лекарственное лечение, физиотерапия, намечается план коррекции речи и некоторых личностных особенностей заикающихся. (прилож. 1)

На логопедических занятиях этого этапа курса лечения проводится работа по нормализации дыхания, голоса, артикуляции, темпа и ритма речи. Все качества здоровой, бессудорожной речи больные отрабатывают на специальных речевых эталонах на ряде звуков, цифр, а также на различных сочетаниях автоматизированных слов (дни недели, месяцы года и др.) и при произнесении простых фраз, состоящих не более, чем из 5-6 слов.

Параллельно психотерапевт Центра проводит коллективные сеансы аутогенной тренировки. Завершается подготовительный этап курса лечения групповым сеансом внушения в бодрствующем состоянии или психо-

терапевтической беседой, проводимой в торжественной обстановке с последующей тренировкой речи.

Охранительный режим (режим молчания) вводится непосредственно после сеанса внушения в бодрствующем состоянии. Продолжительность указанного режима варьируется в зависимости от состояния больного от 2 до 5 суток. Цель: после созданных в процессе подготовительного этапа и сеанса внушения предпосылок для перехода к улучшенной речи дать больному возможность в течение нескольких дней перестать разговаривать с окружающими и не закреплять речь с заиканием.

В последнее время во многих случаях (больные с тревожно-мнительными чертами характера, страдающие выраженной логофобией; случаи возникновения заикания у взрослых) длительный охранительный режим мы делим на два периода: 2 сут. – полное молчание; 3 сут. – молчание, прерываемое несколько раз в день самостоятельной работой над голосо-дыхательными упражнениями, речевыми образцами и тренировочными фразами.

Этап автоматизации навыков улучшенной речи в условиях Центра длится 1½ – 2 мес. В процессе индивидуальных и групповых занятий осуществляется работа над различными видами речи. Проводятся психотерапия, физиотерапевтические процедуры, лекарственное лечение.

Закрепление достигнутых результатов в реальной жизни. Этот этап длится 3-4 нед. Проводятся интенсивные тренировки речи в различных эмоционально значимых условиях общения с окружающими. На занятиях в кабинете осуществляется анализ проводимой работы, а также моделируются трудные для многих пациентов речевые ситуации (выступления в большой аудитории с развернутыми докладами, речь по телефону и т.п.). Психотерапевтическое воздействие (беседы, аутотренинг, гипноз) способствует логотерапевтической работе, проводимой на этом этапе.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Многообразные методы психотерапевтического воздействия при лечении неврозов в нашей стране подробно разработаны в трудах К.И. Платонова (1962), С.С. Либиха (1974), Д.В. Панкова (1979), А.М. Свядоша (1982), Б.Д. Карвасарского (1980, 1985) и др. Их основой является патогенетическая психотерапия (Мясищев В.Н., 1960), которая предусматривает изменение системы отношений больного и коррекцию его поведения в результате всестороннего изучения особенностей личности и этиопатогенетических механизмов, вызвавших невротическое состояние.

В настоящее время специально вопросу применения различных методов групповой психотерапии при лечении взрослых заикающихся (дискуссия, невербальная коммуникация, проективное рисование, социометрия и др.) посвящена работа В.М. Шкловского, Л.М. Кроля, Е.Л. Михайловой (1985), монография В.М. Шкловского "Заикание" (1994).

Сочетание различных форм и приемов психотерапевтического воздействия органично входит в систему логопедических занятий в процессе курса комплексного лечения больных, страдающих заиканием, который начинается с установочной беседы с большой группой пациентов (до 30 человек). Во время беседы специалисты Центра рассказывают больным об основных особенностях течения заикания и эмоционально значимых ситуациях речевого общения, как бы заранее предвидя жалобы многих присутствующих пациентов. Этот прием "угадывания" дает возможность показать больным, что нарушение их речи и связанные с ним переживания хорошо известны специалистам, и лечебные воздействия будут направлены на уже изученные состояния.

Далее излагается содержание этапов курса лечения, разъясняются требования, которые будут предъявлены больным (организация правильного режима, упорная самостоятельная работа над речью, принцип парт-

нерства и др.), и проводится демонстрация бывших пациентов, добившихся в процессе лечения и занятий хороших результатов.

Таким образом, уже при первой беседе, реализуя приемы рациональной, разъяснительной, активизирующей психотерапии, а также метод лечебной перспективы (Либих С.С., 1974), мы стремимся установить с больными необходимый психологический контакт, вооружаем их нужными знаниями и, преодолевая представление некоторых пациентов о неизлечимости заикания, укрепляем в них веру в положительные результаты предстоящего курса лечения.

На первых логопедических занятиях подготовительного этапа, когда больные в значительной мере уже овладели правильным произношением речевых эталонов, т.е. эталоны произносят четко, не быстро, плавно и слитно, проводится психотерапевтическая работа, направленная на адаптацию заикающегося к условиям общения в аудитории.

В силу сложившегося неудачного опыта речевого общения в присутствии большого количества людей заикающиеся, особенно больные с тревожно-мнительными чертами характера, несмотря на отсутствие речевых затруднений при произнесении ряда звуков, различных вариантов счета, дней недели, месяцев года, продолжают испытывать чувство страха, с трудом заставляют себя встать с места и начать говорить.

В таких случаях мы разъясняем больным, что боятся они напрасно, так как речевые эталоны в любом случае произнесут без заикания (здесь мы не имеем в виду отдельных заикающихся, у которых возможны затруднения и на этом этапе работы), а привычная боязнь аудитории в данной ситуации не имеет под собой почвы в связи с тем, что окружающие испытывают аналогичные ощущения, имеют те же цели и задачи.

Обычно после такой беседы большинство наших пациентов чувствуют себя спокойно и уверенно, а это дает возможность сосредоточить внимание на дальнейшей «отшлифовке» речевых образцов.

В этих случаях специалист несколько усиливает психологическую нагрузку. Большинство приглашают выйти перед аудиторией (если занятия проходят в зале - то на сцену) и дают ему инструкцию: произнести эталоны с различной интонацией и силой голоса - от шепота до очень громкой речи. Только с помощью образца, без употребления слов, произнести восклицательную фразу, похвалить кого-либо из присутствующих, поблагодарить или сделать выговор и т.п. Эта работа сопровождается беседой о роли силы голоса и четкой артикуляции в приобретении и тренировке таких качеств характера, как смелость, решительность, уверенность в своих силах.

Отработанные на эталонах спокойный темп и четкий ритм, хорошая артикуляция, не напряженный и достаточный силы голос, слитность и плавность, умение сделать в момент паузы диафрагмальный вдох - все эти качества здоровой речи больные продолжают закреплять в специальных тренировочных диалогах и во фразах-образцах.

С этой целью им предлагают придумать и написать ряд простых вопросов и фраз, которыми больные должны пользоваться как образцами здоровой речи на протяжении всего курса лечения. При подготовке группы к работе над тренировочным диалогом руководитель рекомендует больным вопросы составлять таким образом, чтобы они по своему содержанию не затрагивали бы неприятных для партнеров тем. Непосредственно перед началом работы специалист в индивидуальном порядке просматривает вопросники и в случаях необходимости вносит в них изменения. В дальнейшем, перейдя к тренировке свободного диалога, не ограниченного рамками какой-либо узкой темы, больные в большинстве случаев уже подготовлены к корректному ведению беседы, а руководитель, не прибегая к директивным приемам, незаметно направляет беседу в нужное русло.

Мы считаем, что на первых занятиях в процессе вопросно-ответственной беседы очень важно дать возможность каждому пациенту

раскрыть себя с лучшей стороны, т.е. коллектив должен помочь ему говорить о том, что он лучше всего знает и любит. Например, для успевающих учеников и студентов - это вопросы, связанные с наиболее любимыми учебными предметами; для производственника - производственные темы; семейной, заботливой женщине, которая гордится своим мужем и удачными детьми, можно задавать вопросы, связанные с воспитанием детей, бытом, ведением хозяйства, и т.д.

Такой подход к лечебно-коррекционной работе на первом этапе курса лечения дает возможность создать в группе атмосферу доверия, взаимоподдержки, психологического комфорта, помогает больным постепенно избавиться от эмоциональной напряженности, скованности, привычного для многих страха общения.

В речевом отношении больным предъявляются следующие требования: вопросы и ответы пациенты должны произносить четко, ритмично, медленно, достаточно громко, точно так, как они произносят эталоны здоровой речи. При этом собеседник, отвечающий на вопрос, обязательно должен между вопросом и ответом выдерживать 2-секундную паузу, обеспечивая тем самым спокойный темп и четкий ритм всей вопросно-ответной беседы. Партнер, который задает вопросы, предупреждается о том, что от качества его речи, т.е. от того, насколько ему удастся говорить медленно, четко, ритмично и громко, во многом зависит речь его собеседника, так как на правильно заданный вопрос по подражанию ответить без речевых затруднений легче, чем на вопрос, сформулированный нечетко и произнесенный с заиканием. Такое предупреждение как бы обязывает ведущих диалог еще более сознательно и ответственно относиться к проводимой тренировке, вырабатывает у членов группы дух товарищества, умение думать не только о своем успехе, но и о других больных. Отвлечение от собственных ощущений и переживаний, забота о речи партнера особенно важны в психологическом и логотерапевтическом плане для заи-

кающихся, у которых речевое нарушение протекает на фоне психастенической и истероидной акцентуаций характера.

В процессе тренировки речи большое внимание уделяется и манере поведения больных. Специалисты рекомендуют им сохранять во время беседы непринужденную позу, не совершать лишних движений, смотреть в лицо друг другу. Для успешной реализации этих задач пациенты, тщательно контролируя технику своей речи, не должны забывать и о смысловой стороне диалога. Руководитель разъясняет членам группы, что стремление к единству формы и содержания речи даст им возможность говорить с нужной интонацией, пользоваться только смысловыми жестами, приблизит занятие к условиям естественного общения.

Фразы-образцы так же, как и набор тренировочных вопросов, не должны иметь эмоционально значимой окраски. Больным рекомендуется использовать простые фразы разного содержания, не объединенные одной сюжетной линией. Например: «Сегодня на улице хорошая погода» и «На столе стоит лампа с зеленым абажуром». Такой подбор дидактического материала даст возможность пациентам, у которых в подавляющем случае заикание протекает на фоне ускоренного темпа и нарушенного ритма, произносить фразы-образцы более плавно и слитно, с завершенной повествовательной интонацией, а «автономное» содержание фраз при моделировании заикающимися монологического высказывания позволяет им достаточно легко ощутить между фразами необходимую 2-секундную паузу. Специалист разъясняет больным, что правильная расстановка пауз в развернутом монологе нужна для создания четкой ритмической структуры речевого потока и особенно представляется важной для пациентов с ускоренным темпом речи и нарушенным ритмом дыхания, так как именно во время паузы должен быть сделан глубокий диафрагмальный вздох. Редуцированная пауза и, соответственно, ускоренный вдох приводят к недостаточному речевому выдоху, что может спровоцировать судорожную речь на

вдохе.

В процессе индивидуальных бесед на подготовительном этапе работы специалисты уточняют данные, полученные в результате анализа биографии больного, а также рассматривают вопросы, которые следует решать с каждым больным отдельно в зависимости от его состояния и личностных особенностей (изменения в состоянии больного в связи с проводимым медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, организация самостоятельных занятий в домашних условиях, отношение к курсу лечения и оценка пациентом перспективы лечения, изменения условий жизни, работы и др.). Во многих случаях оказывается, что только коллективных форм лечебно-педагогического воздействия недостаточно. Неправильные установки больного на лечение, недооценка роли самостоятельных занятий, недоверие к тем или иным терапевтическим приемам, возникшее вследствие неудачного лечения в прошлом, психотравмирующие ситуации в семье, на работе или в учебном заведении - все это требует индивидуальной психотерапевтической коррекции.

Нередко приходится сталкиваться и с такими явлениями, когда больной в силу своих нервно-психических и характерологических особенностей начинает активно мешать членам лечебного коллектива и специалисту, работающему с группой (преимущественно больные с истерическим неврозом или с истероидной психопатией). В этих случаях с пациентами организуется индивидуальная работа, но подготовить их к возвращению в группу не всегда удается.

Наблюдаются и другие случаи, когда больные в связи с крайне тяжелой степенью или выраженным страхом речи (3-группа по В.М. Шкловскому, 1967) уже в начальном периоде курса лечения нуждаются в индивидуальных логопедических занятиях. Цель таких занятий - в результате проведения логопедических упражнений и психотерапевтических бесед подготовить больного к работе в группе.

В процессе логопедических занятий подготовительного периода больным все время рекомендуют использовать в речевой работе и в жизни навыки мышечной релаксации, которые они приобретают на сеансах аутогенной тренировки, также постоянно осуществляется психотерапевтическая подготовка к предстоящему сеансу внушения в состоянии бодрствования. С этим сеансом в сознании больного связывают преодоление страха речи и эмоциональной напряженности, активизация всех его сил для достижения положительных результатов лечения, а по представлениям настоящего времени - «кодирование».

После сеанса внушения в состоянии бодрствования (о методике проведения сеанса мы подробно расскажем в разделе «Суггестивная психотерапия») и снятия охранительного режима, в период автоматизации навыков улучшенной речи в условиях кабинета (3-й этап курса лечения), мы, продолжая работу над эталонами, диалогом и фразами-образцами, начинаем активную речевую тренировку на материале художественной литературы. Больным рекомендуется подбирать маленькие рассказы либо небольшие отрывки из прозаических произведений. Основные требования, которые необходимо учитывать при отборе тренировочных текстов, - это несложный в грамматическом отношении язык писателя и динамичность сюжета (А.П. Чехова, И. Ильф и Е. Петров и др.). Такой материал больному легче запомнить и пересказать в группе, а это очень важно в связи с тем, что в момент пересказа ему необходимо тщательно следить за темпом своей речи, слитностью слов во фразе, паузами между фразами или их смысловыми частями, манерой поведения и пр.

На этом этапе курса лечения занятие в небольшой группе (8-10 человек) обычно начинается с произнесения больным речевых эталонов, ответов на тренировочные вопросы, проговаривания фраз-образцов и пересказа подготовленного дома текста. Стремясь к максимальному раскрытию смысла проводимой тренировки и обучению пациентов навыкам и мето-

дике активной логопедической работы, в последнее время мы широко применяем прием самостоятельной подготовки к пересказу. Больному дается следующая инструкция: «Произнесите ряд фраз-образцов. Когда Вы почувствуете, что ввели себя в русло хорошей речи, самостоятельно, не предупреждая группу о том, что Вы уже подготовились, перейдите к рассказу, сохраняя в речи программу слитности, нормального темпа, четкого ритма, правильной расстановки пауз, заложенной во фразах-образцах». С помощью этого приема удастся активизировать самостоятельную работу больного, научить его приводить себя в нужную «речевую форму», правильно использовать в логопедической работе ориентацию на автоматизированные образцы.

В середине 3-го этапа курса лечения объем лечебно-коррекционной работы возрастает, формы ее становятся более многообразными.

На логопедических занятиях, наряду с указанными выше упражнениями, больные выступают с сообщениями на заданную тему, предлагают выступившему вопросы, связанные с содержанием подготавливаемого материала, обсуждают специально прочитанные книги и просмотренные фильмы. С целью подготовки к этапу закрепления достигнутых результатов в реальной жизни много времени уделяется логопедической работе на учебном материале - для учащихся и производственном - для работающих.

Выступление каждого больного в группе обсуждается членами коллектива: отмечаются его успехи и неудачи, даются советы, направленные на устранение выявленных недостатков. Руководитель, не снижая активности пациентов, придает обсуждению, а нередко и возникающей дискуссии, нужное направление.

На этом этапе работы в качестве примеров для подражания широко используются магнитофонные записи четкой, медленной, лишенной загромождений речи и устраиваются коллективные просмотры отрывков телефильмов, в которых принимают участие драматические актеры, чтецы, ди-

ректоры радио и телевидения. Их манера поведения, особенности речи, умение пользоваться смысловыми жестами, отсутствие какой-либо суетливости при строго нормированном времени - все это служит материалом для подробного анализа, обсуждений и активизирующей психотерапии.

Суггестивная психотерапия. Суггестивная психотерапия широко применяется в лечебной практике с давних времен. Феномен внушения, как указывает Б.Д. Карвасарский (1985), присутствует в той или иной степени в каждой беседе врача с больным и является неотъемлемым элементом психотерапии, сочетаясь обычно с убеждением и разъяснением.

В курсе комплексного лечения заикания, возникшего в детстве, мы используем следующие виды суггестивного психотерапевтического воздействия: 1) внушение в бодрствующем состоянии; 2) внушение в состоянии гипнотического сна; 3) аутогенную тренировку; 4) косвенное внушение; 5) плацебо-терапию.

Внушение в бодрствующем состоянии. Сеанс внушения в бодрствующем состоянии при лечении заикания в нашей стране применяют психотерапевты и психологи П.И. Буль (1974), В.М. Шкловский (1966, 1967, 1979, 1994), Ю.Б. Некрасова (1980) и др. Эта психотерапевтическая процедура, известная под названием сеанса снятия заикания, впервые была предложена К.М. Дубровским и широко рекламировалась в открытой печати как одномоментный метод лечения заикающихся подростков и взрослых.

Целесообразность применения указанного психотерапевтического приема сомнений не вызывает, но говорить об одномоментности лечебного воздействия при устранении такой сложной в этиопатогенетическом и симптоматическом отношении патологии речи, как заикание, не правомерно. Установка на одномоментность лечения ориентирует больного и дает ему право надеяться на «чудесное исцеление», которое полностью зависит от мастерства врача. Этому же способствовали и некоторые слишком кате-

горичные, на наш взгляд, формулировки внушения, примененные в свое время К.М. Дубровским. Например: «Раз и навсегда я сниму с Вас заикание, как старый изношенный сюртук.»

При таком симптоматическом воздействии не только не учитываются нервно-психические и личностные особенности больных, длительный стаж речевого нарушения, наложивший во многих случаях болезненный отпечаток на систему отношений заикающихся, но и возможные последствия рецидива речевого нарушения, которые для многих больных в подобных случаях являются значительной психотравмой ятрогенного характера.

В.М. Шкловским сеанс внушения в бодрствующем состоянии был введен в курс комплексного лечения заикания как мощный психотерапевтический прием, направленный на устранение у больных страха речи в эмоционально значимых ситуациях. Им же подробно описана методика проведения сеансов, предусматривающая длительное закрепление достигнутых на сеансе результатов.

В общих чертах эта психотерапевтическая процедура сводится к следующему. В актовом зале либо в большой аудитории в присутствии медработников, родственников больных, а также пациентов, ожидающих в ближайшие дни назначения на аналогичный сеанс, группа в 8-10 человек приглашается на сцену. После установочной психотерапевтической беседы, в которой коротко раскрываются причины возникновения заикания и вторичных логоневротических наслоений, проводится проверка речи заикающихся.

Речевые затруднения (начинать опрос нужно с наиболее тяжелого заикающегося) используются для создания эмоционального напряжения и психотерапевтической зависимости больного от специалиста, проводящего сеанс. Это делает пациента более восприимчивым к лечебному внушению.

Далее специалист рассказывает группе о *психотерапевтическом значении слова*, о том, что слово может заключать в себе огромную силу, им можно обрадовать и огорчить, ранить, загипнотизировать, излечить.

После этого можно приступить к проведению демонстративных приемов: одервенение рук, падение вперед и назад, невозможность разогнуть руку и т.п. Успешное проведение этих тестов оказывает большое психологическое воздействие на участников сеанса, убеждает их в силе слова и тем самым подготавливает к предстоящему лечебному внушению.

Затем следует перейти к короткому коллективному и более развернутым внушениям каждому больному в отдельности. Сразу же после внушения начинается активная тренировка речи.

Начинать работу следует с больным, от которого можно ожидать хорошей отраженной и диалогической речи. Первые фразы, а затем и более развернутые высказывания, произнесенные таким больным без заикания, окрыляют не только его, но и оказывают активизирующее воздействие на лечебную группу и всю аудиторию в целом, рожают в пациентах чувство уверенности в своих силах и в успехе лечения. Все, что говорится в процессе сеанса, - лечебные внушения специалиста и речь больного - все это должно быть окрашено положительными, радостными эмоциями - это раздражает состояние психологической напряженности, предшествовавшее моменту внушения.

В последнее время, руководствуясь многолетним опытом проведения указанной процедуры, мы формулу внушения, адресованную всей группе, произносим громким, напряженным голосом, а индивидуальное внушение произносим шепотом, глядя прямо в глаза собеседнику на близком расстоянии. Такой переход от сильного голоса к шепотной речи помогает длительное время концентрировать внимание лечебной группы и зала на проводимой работе, ни на минуту не позволяет кому-либо отвлечься от того, что делает и говорит специалист.

Индивидуальную формулу внушения, которая направлена на устранение у больного страха речи в различных эмоционально значимых ситуациях речевого общения, мы завершаем следующими словами: «Отныне везде и всюду Вы будете говорить легко и свободно, четко и не быстро, точно так, как Вы произносите речевые образцы. Никакого страха речи, никакой боязни Вы больше не испытываете. Но Вы точно будете выполнять все рекомендации специалистов, будете в диспансере и дома много и упорно работать над своей речью, закрепляя достигнутые положительные результаты».

Такая концовка индивидуального внушения нацеливает больного на дальнейшую самостоятельную работу, не позволяет ему рассчитывать только на «чудодейственную» помощь специалистов, а в случае рецидива заикания не лишает пациента веры в возможность улучшения своего состояния.

Успешное достижение психотерапевтической цели сеанса внушения зависит от ряда факторов, которые необходимо предусмотреть в процессе подготовки к этой процедуре.

Прежде всего следует учитывать внушаемость больного. Но на сеанс отбираются лица не только с очень хорошей внушаемостью.

Это свойство человека обычно значительно усиливается на самом сеансе.

Большую роль играют нервно-психические заболевания и личностные особенности больных, обуславливающие у них характер течения нарушения речи. Не следует вводить в группу, назначенную на сеанс, больных с декомпенсированными психопатиями, судорожными припадками и обмороками различной этиологии, а также заикающихся с выраженной психастенической акцентуацией характера. Лица, относящиеся к последней из перечисленных категорий пациентов, склонные к повышенному самоанализу, скептически относящиеся ко всему происходящему, неуверен-

ные в себе и в возможностях окружающих, как правило, на сеансе не дают хороших результатов. Для них проводится вместо сеанса психотерапевтическая беседа с последующей тренировкой речи без применения демонстративных приемов. Значение имеет и возраст больных.

Опыт показывает, что наиболее высокая эффективность указанного психотерапевтического воздействия достигается у подростков и молодых людей, не слишком отягощенных большим жизненным опытом, в частности, опытом неудачного лечения в прошлом.

Большое активизирующее влияние на больных оказывает демонстрация перед сеансом бывших пациентов, излечившихся от заикания. Человек, в прошлом заикавшийся, а в настоящий момент хорошо владеющий собой и своей речью, воодушевляет больных личным примером, вселяет в них уверенность в успехе лечения. Так же необходимо подчеркнуть психотерапевтическую роль аудитории. В зале не должно быть равнодушных людей, просто зрителей. Собравшиеся на сеанс люди эмоциональным настроем поддерживают больных, помогают им обрести уверенность в своих силах, уверенность в возможности избавления от страха речи и чувства неполноценности.

Гипнотерапия. Нередко к нам обращаются больные с просьбой вылечить их от заикания гипнозом. Это, видимо, связано с распространенными среди некоторых слоев населения бытующими представлениями о гипнозе как о таинственной, могущественной силе, способной победить различные недуги, особенно те, которые были вызваны испугом. В таких случаях мы объясняем, что заикание одним лишь гипнозом не лечат. Этот метод суггестивного психотерапевтического воздействия с успехом применяется в общем комплексе лечебных мероприятий и направлен в основном на укрепление нервной системы заикающихся. Он помогает им преодолеть боязнь, страх речи, чувство неуверенности при общении с окружающими.

Курс гипнотерапии (10-12 сеансов) проводится на этапах автоматизации навыков улучшенной речи и закрепления достигнутых результатов в реальной жизни. В установочной беседе перед началом курса мы разъясняем больным, что гипноз, по определению И.П. Павлова (1951), представляет собой частичный сон, т.е. состояние, промежуточное между бодрствованием и обычным физиологическим сном. При этом состояние, и на фоне заторможенных с различной степенью интенсивности участков головного мозга, присутствует в коре больших полушарий бодрствующий, сторожевой пункт. Этот пункт обеспечивает так называемый рапорт между больным и гипнологом, т.е. связь, по каналам которой осуществляется лечебное внушение.

В.Е. Рожнов (1979) указывает, что у отдельных пациентов перед началом курса гипнотерапии наблюдается некоторая эмоциональная напряженность, даже боязнь в связи с неправильными представлениями о гипнозе. Поэтому мы им объясняем, что этот вид лечения совершенно безвреден, не ослабляет волю человека, как об этом иногда говорят непосвященные люди, а, наоборот, укрепляет ее, оздоравливает нервную систему. Свойство быть загипнотизированным (т.е. гипнабельность) у людей различно. Одни более гипнабельны, другие - менее; гипнабельность от сеанса к сеансу обычно усиливается.

На групповом сеансе гипноза, в котором обычно участвуют 7-10 человек, помимо внушений общего характера, адресованных всей группе («Ваша нервная система приходит в состояние стойкого равновесия, вы чувствуете себя легко и уверенно, везде и всюду говорите громко, четко, плавно и слитно, точно так, как вы произносите речевые образцы; так вы разговариваете в любой обстановке и с самыми различными людьми» и т.п.), мы проводим и индивидуальные внушения, учитывающие особенности личности и речи конкретного больного. Эти внушения произносятся тихим голосом, в непосредственной близости от пациента.

Общую и индивидуальную формулы внушения варьируют в зависимости от этапов логотерапевтической работы и задач, стоящих в данное время перед больными.

В тех случаях, когда возникает необходимость направить лечебное внушение на интимные стороны жизни заикающегося, пациенту проводится индивидуальный сеанс гипнотерапии.

После сеансов лечебного гипноза психотерапевт коротко опрашивает больных об их самочувствии и рекомендует им в течение 15-20 мин. не разговаривать или значительно снизить речевую активность. Через указанный промежуток времени больные входят в обычный ритм жизни и продолжают активно контролировать свою речь. Сразу же после сеанса, по нашим наблюдениям, уровень самоконтроля несколько снижается, и частота запинок может возрасти. Именно поэтому сеансы гипнотерапии с данным контингентом больных целесообразнее проводить после логопедического занятия.

Противопоказания при назначении пациента на курс лечебного гипноза те же, что и для проведения сеанса внушения в бодрствующем состоянии.

На протяжении нашей многолетней работы с заикающимися мы неоднократно делали попытки тренировать речь больных с высокой степенью гипнабельности, страдающих невротическим заиканием, в процессе сеанса глубокого гипноза. С этой целью отбирались пациенты, у которых заикание возникло не ранее 5-6 летнего возраста, т.е. в тот период, когда у них была уже сформирована развернутая фразовая речь. Погрузив такого больного в глубокий гипнотический сон, мы внушали ему представления о детских годах и здоровой речи преморбидного периода. Больной, отвечая на наши вопросы, как правило, говорил без заикания. Его речь записывалась на магнитофон. Затем, после окончания сеанса лечебного гипноза, запись демонстрировалась больному и служила в психотерапевтической бе-

седе доказательством того, что его речевые нарушения являются функциональными, т.е. носят обратимый характер. Другими словами, указанный прием приносит определенную пользу и иногда может применяться в лечебной практике. Но установить связь между здоровой речью больного, находящегося в состоянии глубокого гипнотического сна, и реальной обстановкой, в которой он оказывался после сеанса, нам не удавалось, так как пациенты не помнят ощущений хорошей речи, вызванной в состоянии гипноза.

Аутогенная тренировка. Вопрос применения аутотренинга при лечении заикания разрабатывался В.М. Шкловским (1966, 1979, 1994), Ю.Б. Некрасовой, С.Ф. Орловской (1966), С.М. Любинской (1970), Л.Я. Миссуловиным, В.В. Первой (1973), Л.Я. Миссуловиным (1988). Л.С. Волковой, ред. (1955), и др. Общим в работах указанных авторов является то, что аутогенную тренировку (АТ) рекомендуется использовать в общем комплексе лечебно-коррекционных мероприятий наряду с другими методами психотерапевтического воздействия, логотерапией, физиотерапией и медикаментозным лечением.

АТ, которая проводится у нас на протяжении всего курса комплексного лечения (2-3 сеанса в неделю), начинается с коллективной установочной беседы. Этой беседе придается очень большое значение. От того, насколько больной поймет смысл и принцип лечебного воздействия указанного метода, в значительной мере зависят эффективность всей лечебно-коррекционной работы и дальнейшее закрепление достигнутых результатов.

В процессе установочной беседы специалист объясняет пациентам, что они на собственном опыте знают о связи заикания с возникновением волнения, эмоциональной напряженности. В таком состоянии подавляющее большинство заикающихся испытывает сердцебиение, напряжение мышц тела; у некоторых больных появляются покраснение или побеление

лица, нарушается ритм дыхания, усиливается потливость.

Контролировать свою эмоционально-волевую сферу и, соответственно, речь может помочь заикающемуся АТ, т.е. комплекс упражнений, связанных с мышечной релаксацией и психической саморегуляцией. Руководитель разъясняет больным, что активно влияя на свою мышечную систему, вызывая в руках, ногах, во всем теле ощущения тяжести и теплоты, человек, овладевший аутотренингом, по своему желанию, в короткий промежуток времени может добиться приятных физических ощущений, которые испытывают люди в состоянии покоя, душевного равновесия. Эти ощущения физического и душевного покоя, расслабленности мышц тела, рук и ног, тяжести и теплоты в конечностях пациент внушает себе, опираясь на свой жизненный опыт, на наиболее часто встречавшиеся ситуации, в которых он испытывал такие же ощущения. Если сосредоточенно представлять себе испытанное и пережитое ранее, то по механизму условно-рефлекторной связи в определенной мере можно как бы восстановить пережитое в прошлом, перенести его в настоящий момент.

Руководитель группы, аргументируя сказанное, приводит ряд убедительных примеров: воспоминания о радостном событии могут вызвать улыбку, о горе - слезы и т.п. Тут же на занятии можно проделать простой, но очень наглядный опыт, вызвав обильное слюноотделение у некоторых больных посредством яркого словесного изображения ощущений, связанных с прожевыванием ломтика сочного, кислого лимона.

Ориентируясь на указанные механизмы саморегуляции, уже на первом сеансе АТ больные, полулежа в креслах с закрытыми глазами, сосредоточивают внимание на «картине покоя», стараясь ярко представить себе хорошо знакомую ситуацию, связанную для каждого из них с ощущением приятного отдыха, душевного равновесия и психологического комфорта. Мысленное изображение «картины покоя» строго индивидуально и основывается на личном опыте каждого пациента. Но формула первого упраж-

нения, соответствующая указанным представлениям («я совершенно спокоен»), для всех одна и та же.

Последующие упражнения («мои руки совершенно расслаблены; мои ноги совершенно расслаблены; мышцы брюшного пресса, грудной клетки, плечевого пояса, шеи совершенно расслаблены и т.д.») также опираются на мысленное воспроизведение хорошо знакомых физических ощущений тяжести и теплоты в конечностях и во всем теле: ощущение тяжести - поднятие гирь, тяжелого чемодана, хозяйственной сумки; ощущение теплоты - горячая вода, глоток теплого чая или супа (по С.С. Либиху). Упражнения, основанные на тех же механизмах и направленные на снятие мышечного напряжения в области артикуляционного аппарата («жевательная мускулатура расслаблена, язык совершенно расслаблен и спокойно лежит на дне полости рта»; обобщающая формула - «мышцы всего речевого аппарата полностью расслабились»), имеют уже самое непосредственное отношение к логотерапевтической работе.

Рекомендации, которые мы даем больным по поводу дыхания во время АТ, несколько отличаются от развернутой системы дыхательных упражнений Г.С. Беляева (1973) и соответствуют логопедическим задачам подготовительного этапа курса лечения (свободное диафрагмальное дыхание; некоторое, постепенное удлинение выхода через полость рта, а для контроля уровня аутогенного погружения - глубокий носовой вдох).

Мышечная релаксация повышает внушаемость человека (Любинская С.М., 1970) и способствует реализации формулы самовнушения, направленной на преодоление страха речи в различных ситуациях общения и закрепление необходимых речевых навыков. Формула самовнушения группового сеанса АТ отражает этапы курса лечения и наиболее общие задачи, стоящие перед больными. При проведении самостоятельных аутогенных тренировок в домашних условиях (2-3 сеанса в день) больным рекомендуют содержание самовнушения индивидуализировать в соответствии с их

речевыми особенностями и конкурентными жизненными обстоятельствами.

На 4-м этапе курса лечения в процессе сеансов АТ на фоне мышечной релаксации больные мысленно моделируют различные ситуации речевого общения, представляя себя активными участниками такой ситуации. Мы рекомендуем эти сюжетные представления (по Г.С. Беляеву) располагать по степени усиления эмоциональной значимости, не сразу включая в сеанс модели максимально сложных для больного ситуаций. Сначала пациентам предлагается индифферентные (по С.С. Либиху) представления - подготовка к логопедическому занятию наедине с собой; беседа с хорошо знакомым человеком в спокойных условиях. Затем, по мере накопления опыта улучшенной речи и проведения речевых тренировок в реальных условиях, эмоциональная значимость сюжетных моделей усиливается: речь в магазине, в учебной аудитории, на собрании, выступление с трибуны и др. Сеансы АТ с сюжетным представлением мы проводим перед логопедическими занятиями вне кабинета, тем самым подготавливая пациентов к успешной реализации намеченных задач. Поэтому и модель предстоящей ситуации должна быть конкретной, ярко отражающей детали именно тех условий, в которых предстоит больному провести речевую тренировку либо разговаривать в жизни.

На завершающих этапах курса лечения, наряду с развернутыми сеансами АТ, проводятся и короткие сеансы (4-5 мин.): Успешно проводить короткие сеансы могут только хорошо тренированные пациенты. Цель такого сеанса, проводимого иногда с открытыми глазами (взгляд фиксируется на каком-либо предмете, но этот предмет человек как бы не замечает, сосредоточив внимание на собственных ощущениях), - обучить больного в короткий промежуток времени освобождаться от физического и эмоционального напряжения, применяя навыки АТ в жизни. Реализации этой задачи способствует и «поза кучера» (по J. Schultz). В такой позе больной

может провести короткий сеанс АТ, не привлекая к себе внимания окружающих.

Короткие сеансы АТ с успехом могут быть использованы в сочетании с сеансами гипнотерапии перед началом лечебного гипноза. Они проводятся в обычной для амбулаторного больного позе (человек сидит в кресле с закрытыми глазами, положив голову на подголовник). После такого сеанса больные не выводят себя из состояния аутогенного погружения, которое в процессе сеанса гипноза постепенно переходит в фазовое гипнотическое состояние.

В работе с заикающимися детьми до 12-13 - летнего возраста обычно аутогенная тренировка в полном объеме не проводится, хотя возраст 10-13 лет, на наш взгляд, не является противопоказанием для назначения детям курса АТ. В данном случае определяющее значение имеют уровень интеллектуального развития ребенка, его целеустремленность, желание избавиться от заикания. В работе с младшими школьниками мы с успехом используем элементы АТ, которые называем упражнениями на расслабление.

Противопоказанием для назначения курса АТ, помимо тех, которые мы перечислили в связи с применением других методов суггестивной психотерапии, является пониженное артериальное давление.

Элементы косвенного внушения. Б.Д. Карвасарский (1985) указывает на то, что уровень больного в лечебном эффекте является активным фактором, который постоянно играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом надежды больного на эффективность лечебной процедуры способны усилить ее действие.

Сказанное полностью относится и к логотерапии, проводимой с заикающимися. Пациенты, обладающие тревожно-мнительными чертами характера, особенно те, которые неудачно лечились в прошлом, нередко с недоверием относятся не только ко многим приемам лечения и специали-

речевыми особенностями и конкурентными жизненными обстоятельствами.

На 4-м этапе курса лечения в процессе сеансов АТ на фоне мышечной релаксации больные мысленно моделируют различные ситуации речевого общения, представляя себя активными участниками такой ситуации. Мы рекомендуем эти сюжетные представления (по Г.С. Беляеву) располагать по степени усиления эмоциональной значимости, не сразу включая в сеанс модели максимально сложных для больного ситуаций. Сначала пациентам предлагается индифферентные (по С.С. Либиху) представления - подготовка к логопедическому занятию наедине с собой; беседа с хорошо знакомым человеком в спокойных условиях. Затем, по мере накопления опыта улучшенной речи и проведения речевых тренировок в реальных условиях, эмоциональная значимость сюжетных моделей усиливается: речь в магазине, в учебной аудитории, на собрании, выступление с трибуны и др. Сеансы АТ с сюжетным представлением мы проводим перед логопедическими занятиями вне кабинета, тем самым подготавливая пациентов к успешной реализации намеченных задач. Поэтому и модель предстоящей ситуации должна быть конкретной, ярко отражающей детали именно тех условий, в которых предстоит больному провести речевую тренировку либо разговаривать в жизни.

На завершающих этапах курса лечения, наряду с развернутыми сеансами АТ, проводятся и короткие сеансы (4-5 мин.): Успешно проводить короткие сеансы могут только хорошо тренированные пациенты. Цель такого сеанса, проводимого иногда с открытыми глазами (взгляд фиксируется на каком-либо предмете, но этот предмет человек как бы не замечает, сосредоточив внимание на собственных ощущениях), - обучить больного в короткий промежуток времени освободиться от физического и эмоционального напряжения, применяя навыки АТ в жизни. Реализации этой задачи способствует и «поза кучера» (по J. Schultz). В такой позе больной

может провести короткий сеанс АТ, не привлекая к себе внимания окружающих.

Короткие сеансы АТ с успехом могут быть использованы в сочетании с сеансами гипнотерапии перед началом лечебного гипноза. Они проводятся в обычной для амбулаторного больного позе (человек сидит в кресле с закрытыми глазами, положив голову на подголовник). После такого сеанса больные не выводят себя из состояния аутогенного погружения, которое в процессе сеанса гипноза постепенно переходит в фазовое гипнотическое состояние.

В работе с заикающимися детьми до 12-13 - летнего возраста обычно аутогенная тренировка в полном объеме не проводится, хотя возраст 10-13 лет, на наш взгляд, не является противопоказанием для назначения детям курса АТ. В данном случае определяющее значение имеют уровень интеллектуального развития ребенка, его целеустремленность, желание избавиться от заикания. В работе с младшими школьниками мы с успехом используем элементы АТ, которые называем упражнениями на расслабление.

Противопоказанием для назначения курса АТ, помимо тех, которые мы перечислили в связи с применением других методов суггестивной психотерапии, является пониженное артериальное давление.

Элементы косвенного внушения. Б.Д. Карвасарский (1985) указывает на то, что уровень больного в лечебном эффекте является активным фактором, который постоянно играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом надежды больного на эффективность лечебной процедуры способны усилить ее действие.

Сказанное полностью относится и к логотерапии, проводимой с заикающимися. Пациенты, обладающие тревожно-мнительными чертами характера, особенно те, которые неудачно лечились в прошлом, нередко с недоверием относятся не только ко многим приемам лечения и специали-

стам, но и часто недооценивают положительные сдвиги, наступившие в их нервно-психическом и речевом состоянии. В этих случаях слова убеждения и разъяснения, сказанные логопедом, или психотерапевтом непосредственно больному, могут иметь меньший терапевтический эффект, чем фраза, содержащая оценку состояния пациента и как бы не предназначенная для него. Это могут быть отдельные реплики и замечания, которыми обмениваются в полголоса сотрудники кабинета в присутствии больного, делая вид, что они его не замечают, либо материал для записи в истории болезни, продиктованный специалистом медицинской сестре во время группового занятия и проч.

Приведем пример.

Больной X., 21 год. студент технического ВУЗа.

Диагноз логопеда: заикание в средней степени на фоне ускоренного темпа речи, артикуляторно-голосовая форма, тонико-клонический тип речевых судорог.

Клинический диагноз: логоневроз у больного, акцентуированного по психастеническому типу.

В результате логотерапевтической работы больной начал в кабинете во время групповых занятий разговаривать без заикания. Но свою речь считал слишком медленной и неестественной, пользовался ею только во время тренировок, вводить в жизнь не хотел. Никакие доводы и убеждения не помогали. Фон настроения у больного был снижен. Тогда мы решили прибегнуть к приему косвенного внушения. К началу одного из групповых занятий был приглашен врач-психиатр — сотрудник нашего учреждения, человек уже немалодой, обладающий очень внушительной, вызывающей доверие внешностью. X. в этот день по нашему указанию начал тренировку первым. Заранее подготовленный врач вошел в кабинет, когда больной уже приступил к пересказу тренировочного текста. Увидев группу и сделав вид, что не желает мешать работе, доктор повернулся и хотел выйти. Но мы его остановили и попросили немного обождать, чтобы дать возможность X. окончить тренировку. Врач сел и начал внима-

тельно слушать больного. Когда Х. закончил выступление, доктор, обращаясь к нам, удивленно сказал: "Это что, у Вас все так говорят? Ну, прямо как диктор телевидения. Вы бы хоть моего внука к себе взяли, а то он вечно торопится куда-то, даже говорить толком некогда, слова проглатывает. Да, ведь я по делу зашел. Не могли бы Вы мне дать несколько чистых вкладышей для историй болезни?"

После ухода врача настроение у больного заметно улучшилось, а мы, комментируя случившееся, занялись другими пациентами.

Когда занятие было окончено и больные разошлись, Х. задержался и спросил, не пошутил ли доктор по поводу его речи. Мы ответили, что доктор говорил совершенно серьезно, тем более, что он о своем внуке вспомнил, сравнив хорошую речь Х. с неряшливой речью внука. Больной, подумав, согласился.

Примененный прием косвенного внушения сыграл роль переломного момента в ходе лечения Х. Он стал доверчивее относиться к рекомендациям специалистов и мнению товарищей по группе. Настроение у него улучшилось, работать над собой начал активнее. Вскоре сообщил, что пытается вводить небьюструю, ритмизированную речь в жизнь.

Мы считаем, что специалисты, работающие с больными логоневрозом, должны более широко применять в своей практике приемы косвенного внушения, сочетая их с другими методами лечебно-коррекционного воздействия. Так же необходимо помнить о том, что любое суждение врача о больном, высказанное в его присутствии либо переданное ему другими пациентами, никогда не является индифферентным, а поэтому несет в себе положительный или отрицательный эмоциональный заряд.

При проведении косвенной психотерапии мы нередко используем плацебо. Обычно это порошки сахарной пудры, которые больному выдаются в кабинете медицинской сестрой. Предварительно специалист проводит с заикающимися индивидуальную психотерапевтическую беседу. В процессе беседы больному сообщают, что ему назначается новый сильно-

действующий препарат, имеющийся в настоящее время только в лечебных учреждениях. Это лекарство, оказывая выраженное противосудорожное действие, быстро начнет помогать больному, но он обязательно должен соблюдать одно условие – тщательно следить за темпом своей речи или артикуляцией, силой голоса, дыханием и пр. Соблюдая эти условия, пациент добивается снижения выраженности заикания, что, в свою очередь, укрепляет его веру в назначенное лекарственное лечение, способствует более тщательному самоконтролю и, в конечном счете, еще более улучшает речь больного.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ТРЕНИРОВКИ

Функциональные тренировки, описанные в работах А.И. Захарова (1977), Н.М. Асатиани (1979), А.С. Слуцкого (1979), являются составной частью поведенческой психотерапии (Свядош А.М., 1982; Карвасарский Б.Д., 1985, и др.), основная цель которой – практическая адаптация больного к ситуации, вызывающей опасения.

В работе с заикающимися функциональные тренировки мы начинаем проводить на 3-м этапе курса лечения и проводим их преимущественно в условиях кабинета. На 4-м (завершающем) этапе этот прием лого – и психотерапевтической коррекции проводится как в кабинете, так и в реальных жизненных условиях.

Применяя методику функциональных тренировок, мы придерживаемся принципа постепенного усиления эмоциональной значимости ситуации речевого общения или "ступенчатого приближения к объекту страха" (по Н.М. Асатиани).

Уже в начальном периоде 3-го этапа курса лечения, когда больные приступают к тренировке подготовленных дома коротких сообщений, в процессе группового логопедического занятия реализуются некоторые приемы имажотерапии (Вольперт И.Е., 1979, 1981).

Имаготерапия – метод психотерапевтической коррекции, основанной на создании больным в условиях функциональной тренировки образа человека, качествами и чертами характера которого хотел бы обладать пациент. Многократное воспроизведение в игровых ситуациях недостающих больному качеств постепенно дает ему возможность в определенной мере приблизиться к своему идеалу, стать на него похожим.

На первых логопедических занятиях 3-го этапа курса лечения, пересказывая подготовленный материал и стремясь говорить, по возможности, без заикания, пациент тщательно контролирует свою речь, следит за слитностью слов, паузами, темпом и применяет приемы ритмизации. Поэтому выступление больного, даже лишенное видимых затруднений, на первых порах напоминает ответ ученика в школе, а весь облик заикающегося, мимика и жесты соответствуют его ролевому поведению.

После того, как большинство членов группы начинают говорить на занятиях без выраженного заикания, перед пациентами ставятся следующие задачи: 1) в процессе короткого сеанса АТ нужно ярко представить себе любимого преподавателя, у которого когда-либо учился больной (условие – речь и движения этого человека небыстрые, плавные, уверенные, манера поведения очень авторитетная; весь его облик не допускает мысли о том, что он может быть неточным или несправедливым, каждое его слово воспринимается с чувством доверия, знает он намного больше окружающих); 2) во время выступления постараться быть похожим на этого человека не только какими-то внешними особенностями поведения, но и "увидеть" окружающих его глазами, стараться так же, как и он, передать аудитории свои знания и опыт, т.е., пересказывая текст, из ученика превратиться в преподавателя, не отвечать урок, а учить; 3) для этого необходимо не только следить за формой речи, но и сосредоточиваться на содержании, смотреть на аудиторию, заставить ее себя слушать.

Не всем больным в равной мере удастся реализовать поставленные задачи. Лучше получается у заикающихся "художественного типа". Пациенты с психастенической акцентуацией характера, с неврозоподобным и органическим заиканием обычно с таким заданием справляются хуже. Но стремление к выполнению указанных упражнений, размышления по поводу поставленных задач – это уже само по себе заставляет больного активнее работать над собой и своей речью, отказаться от механического выполнения заданий. В зависимости от нервно-психических и личностных особенностей больного сложность задания может меняться, а в случаях неудач руководитель с помощью положительных лидеров из числа членов группы всячески подбадривает заикающегося, поддерживает в нем уверенность в том, что систематическая тренировка поможет ему успешно справляться с поставленными задачами.

Следующим по сложности этапом в системе функциональных тренировок является моделирование различных ситуаций речевого общения. Этот прием по своей сути напоминает психодраму, которая впервые была предложена в 30-х годах нашего столетия австрийским психологом и психотерапевтом Ж. Морено как диагностический и корригирующий метод групповой психотерапии. При моделировании тех или иных ситуаций наши пациенты также полнее себя раскрывают в личностном плане и получают от специалиста рекомендации, направленные на преодоление нежелательных характерологических и речевых особенностей и автоматизацию нужных для больного навыков речи и поведения.

На занятиях разыгрываются сцены на темы: "покупатель – кассир – продавец; начальник – подчиненный; собрание; экзамены; конфликт с соседями др." План разыгрываемой ситуации и конкретные задачи, поставленные перед тем или иным пациентом (с учетом его особенностей), намечаются руководителем.

Применение приема моделирования так же, как и другие виды лого – и психотерапевтической работы, основаны на принципе постепенного усиления эмоциональной насыщенности упражнений, которые варьируются в диапазоне: приятная ситуация – эмоционально индифферентная ситуация – конфликтная ситуация. К разыгрыванию наиболее сложных в эмоциональном плане сцен допускаются больные, справившиеся с предыдущим заданием.

Непосредственно перед занятием руководитель проводит с участниками в присутствии всей группы установочную психотерапевтическую беседу. Больным напоминают о необходимости использовать те или иные логопедические приемы (моноритмизация, расстановка пауз и пр.), и в зависимости от нервно-психического фона, на котором протекает нарушение речи, даются рекомендации по поводу общей линии поведения в процессе "игры". Например, при разыгрывании конфликтной ситуации "начальник – подчиненный" (задание: подача заявления о предоставлении внеочередного отпуска) больным с гиперстенической формой неврастения рекомендуется не повышать голоса, тщательно следить за темпом речи, все время выдерживать тон воспитанного уравновешенного человека, путем логических доводов убеждать "начальника" в необходимости срочного предоставления отпуска.

Больным с истероидной акцентуацией характера в сцене "отчет о своей производственной работе" мы предлагаем не давать речевых "отказов", так как такой "отказ" может дезориентировать "собрание" и поставить под сомнение "работу" больного, что может значительно осложнить всю его дальнейшую "деятельность". В этих случаях, учитывая определенные эгоцентрические тенденции указанной категории больных, мы советуем пациенту сосредоточить внимание "собрания" на общественной значимости проведенной им "работы".

Подготавливая к "игре" заикающихся с неврозом навязчивых состояний или акцентуированных по психастеническому типу и страдающих выраженной логофобией в ситуациях "покупатель – кассир", мы стараемся отвлечь больного от неприятных переживаний с помощью следующего приема: ожидая своей очереди, больной громко читает стихотворение, стараясь максимально сосредоточить внимание на его содержании (в реальной ситуации такой прием можно использовать, читая стихотворение про себя). Громкое, ритмичное, по возможности эмоциональное, чтение стихов отвлекает больного от предстоящего обращения к "кассиру", немного его успокаивает и является как бы "трамплином" для начала речевого акта. В более сложных ситуациях чтение стихотворений можно заменить произнесением речевых эталонов.

После занятий организуется обсуждение проведенной работы. Члены группы анализируют "игру" своих товарищей, отмечают успехи и неудачи. Руководитель подводит итог и дает рекомендации по внедрению достигнутых результатов в жизнь.

Еще одной ступенькой вверх по лестнице усложнения заданий в системе функциональных тренировок является участие в концертах художественной самодеятельности, которые организуются силами членов лечебного коллектива. В качестве зрителей приглашаются родственники и друзья больных, медицинский персонал диспансера, пациенты, лечившиеся ранее, в некоторых случаях – заикающиеся, ожидающие начала лечения в очередной группе.

Программа концерта составляется с учетом нервно-психических и речевых особенностей исполнителей. Так, например, легковозбудимому больному с ускоренным темпом речи поручается выступить с чтением художественного произведения, содержание и форма которого помогают ему говорить плавно, небыстро, слитно. В этом случае подходит отрывок из повести Н.В. Гоголя "Страшная месть", "Чуден Днепр при тихой пого-

де...".

Пациенту, плохо чувствующему ритм, предлагается подготовить к концерту чтение стихов А.С. Пушкина, М.Ю. Лермонтова, Н.А. Некрасова. С больными, акцентуированными по астеноневротическому типу, отличающимися неуверенным слабым голосом, стеснительностью, эмоциональной скованностью, проводится работа над жизнеутверждающими произведениями, насыщенными яркими образами и эмоциями.

В тех случаях, когда у заикающихся наблюдается выраженная боязнь аудитории, можно с небольшой группой больных подготовить к концерту литературный монтаж с хоровым чтением стихов. В него вводится самостоятельное чтение каждым больным 2-3 стихотворных строчек.

Больные, умеющие петь или играть на музыкальных инструментах, выступают с музыкальными номерами. При этом они обязательно предваряют свое выступление развернутыми пояснениями.

Заранее подготовленная и доброжелательно настроенная аудитория, как правило, тепло принимает самодеятельных артистов, помогая им обрести чувство уверенности в своих силах и без излишнего волнения реализовать стоящие перед ними задачи. После концерта по нашей просьбе несколько зрителей высказывают свое мнение о речи выступавших. Непрофессиональная оценка выступлений, которая обычно сводится только к похвалам больных, в такие минуты также оказывает большое активизирующее влияние на лечебную группу, создает эмоциональный стимул для дальнейшей работы над речью. Детальный разбор речи пациентов, основанный на приобретенных ими знаниях методики самостоятельной логопедической работы, проводится в условиях так называемых лечебно-тренировочных конференций.

Конференции также проводят в актовом зале в торжественной обстановке, максимально приближенной к условиям проведения подобного рода мероприятий. В процессе подготовки к такому занятию заблаговре-

Подготавливая к "игре" заикающихся с неврозом навязчивых состояний или акцентуированных по психастеническому типу и страдающих выраженной логофобией в ситуациях "покупатель – кассир", мы стараемся отвлечь больного от неприятных переживаний с помощью следующего приема: ожидая своей очереди, больной громко читает стихотворение, стараясь максимально сосредоточить внимание на его содержании (в реальной ситуации такой прием можно использовать, читая стихотворение про себя). Громкое, ритмичное, по возможности эмоциональное, чтение стихов отвлекает больного от предстоящего обращения к "кассиру", немного его успокаивает и является как бы "трамплином" для начала речевого акта. В более сложных ситуациях чтение стихотворений можно заменить произнесением речевых эталонов.

После занятий организуется обсуждение проведенной работы. Члены группы анализируют "игру" своих товарищей, отмечают успехи и неудачи. Руководитель подводит итог и дает рекомендации по внедрению достигнутых результатов в жизнь.

Еще одной ступенькой вверх по лестнице усложнения заданий в системе функциональных тренировок является участие в концертах художественной самодеятельности, которые организуются силами членов лечебного коллектива. В качестве зрителей приглашаются родственники и друзья больных, медицинский персонал диспансера, пациенты, лечившиеся ранее, в некоторых случаях – заикающиеся, ожидающие начала лечения в очередной группе.

Программа концерта составляется с учетом нервно-психических и речевых особенностей исполнителей. Так, например, легковозбудимому больному с ускоренным темпом речи поручается выступить с чтением художественного произведения, содержание и форма которого помогают ему говорить плавно, небыстро, слитно. В этом случае подходит отрывок из повести Н.В. Гоголя "Страшная месть", "Чуден Днепр при тихой пого-

де...".

Пациенту, плохо чувствующему ритм, предлагается подготовить к концерту чтение стихов А.С. Пушкина, М.Ю. Лермонтова, Н.А. Некрасова. С больными, акцентуированными по астеноневротическому типу, отличающимися неуверенным слабым голосом, стеснительностью, эмоциональной скованностью, проводится работа над жизнеутверждающими произведениями, насыщенными яркими образами и эмоциями.

В тех случаях, когда у заикающихся наблюдается выраженная боязнь аудитории, можно с небольшой группой больных подготовить к концерту литературный монтаж с хоровым чтением стихов. В него вводится самостоятельное чтение каждым больным 2-3 стихотворных строчек.

Больные, умеющие петь или играть на музыкальных инструментах, выступают с музыкальными номерами. При этом они обязательно предваряют свое выступление развернутыми пояснениями.

Заранее подготовленная и доброжелательно настроенная аудитория, как правило, тепло принимает самодеятельных артистов, помогая им обрести чувство уверенности в своих силах и без излишнего волнения реализовать стоящие перед ними задачи. После концерта по нашей просьбе несколько зрителей высказывают свое мнение о речи выступавших. Непрофессиональная оценка выступлений, которая обычно сводится только к похвалам больных, в такие минуты также оказывает большое активизирующее влияние на лечебную группу, создает эмоциональный стимул для дальнейшей работы над речью. Детальный разбор речи пациентов, основанный на приобретенных ими знаниях методики самостоятельной логопедической работы, проводится в условиях так называемых лечебно-тренировочных конференций.

Конференции также проводят в актовом зале в торжественной обстановке, максимально приближенной к условиям проведения подобного рода мероприятий. В процессе подготовки к такому занятию заблаговре-

менно 3-4 больным поручают подготовить доклады, рассчитанные на 15-20 мин. Темы докладов выбираются пациентами по своему усмотрению и утверждаются руководителем. Доклад должен быть подготовлен таким образом, чтобы он был понятен и интересен аудитории (больные всего потока – 3 группы). Только в этом случае слушатели получают возможность во время доклада подготовить ряд вопросов по содержанию выступления. Вопросы докладчикам задаются в устной форме. При этом используются навыки, полученные на групповых занятиях в процессе тренировки диалогической речи.

Каждому докладчику из числа больных заранее назначается рецензент, который должен проанализировать речь выступавшего товарища. Помимо рецензентов, в обсуждении принимают участие все желающие члены лечебного коллектива. Задача руководителя – направлять обсуждение в нужное психотерапевтическое русло. Хорошая речь докладчика, спокойная манера поведения на трибуне, умение четко ответить на поставленный вопрос (задаются вопросы различной степени сложности с учетом образования больного) – все это дает возможность выступающему хорошо подготовиться в речевом и психологическом отношении к участию в подобных мероприятиях в реальной обстановке и является положительным примером для остальных пациентов. Затруднения, иногда возникающие во время доклада, подробно анализируются больными и руководителем. В процессе обсуждения вскрываются причины затруднений и намечаются меры по их преодолению.

Еще одним видом функциональной тренировки являются занятия, посвященные автоматизации навыков улучшенной речи в условиях телефонного разговора. В таких занятиях нуждаются больные, отличающиеся тревожно-мнительными чертами характера, у которых обычно выражен страх речи перед началом разговора по телефону, когда им нужно кому-либо позвонить.

Примерно за неделю до начала активных тренировок в кабинете отобранной группой пациентов проводится установочная психотерапевтическая беседа. В процессе беседы специалист разъясняет больным, что в основе боязни телефона лежат механизмы патологической условно-рефлекторной связи, закрепляемые каждой неудачной попыткой речи в данной ситуации. Для угашения патологического условного рефлекса и воспитания качественно новых эмоциональных и речевых реакций можно прибегнуть к следующему приему: создать модель телефонного разговора, в котором будет отсутствовать основной отрицательный условно-рефлекторный раздражитель – голос живого собеседника. С этой целью мы рекомендуем больному звонить в службу точного времени (номер телефона в Санкт-Петербурге – 060), где на вызов отвечает автомат. Таким образом, несмотря на совершение ряда движений, ранее всегда совпадающих по времени с возникновением эмоционального напряжения (снятие трубки, прослушивание гудка, вращение диска), больной понимает, что будет говорить наедине с собой, т.е., как правило, без заикания. Пока в телефонной трубке слышатся гудки, он четко, ритмично, без привычного волнения, задает вопрос: "Скажите, пожалуйста, сколько сейчас времени?". Услышав ответ, спокойно благодарит. При многократном повторении этого упражнения у больных на фоне чувства эмоционального покоя вырабатывается навык четких, свободных движений, связанных с осуществлением телефонного разговора. Теперь эти движения, регулярно подкрепляемые хорошей речью, начинают постепенно входить в положительную двигательную условно-рефлекторную цепочку и являются отправной точкой для спокойного начала разговора с реальным собеседником.

Располагая ситуации общения по телефону по степени усиления эмоциональной значимости, пациент последовательно разговаривает со справочными службами (мысль, успокаивающая больного: "Меня там никто не знает"), с родственниками, друзьями, в ситуации официальных те-

лефонных разговоров.

Перед занятием в кабинете больным еще раз напоминают о необходимости в телефонном диалоге соблюдать слитность слов во фразе, спокойный темп, паузы между вопросами и ответами.

Больных делят на 2 подгруппы. По желанию каждый выбирает себе партнера для предстоящей тренировки речи. Больные намечают примерный круг вопросов, который будут обсуждать во время беседы. Затем подгруппы во главе со специалистами расходятся по разным кабинетам, оснащенным телефонами. Партнеры во время занятия беседуют друг с другом 2 раза. Это необходимо для того, чтобы каждый из них мог вызвать другого к телефону (наиболее сложная для многих ситуация) и ответить на вызов.

Больные, находящиеся в разных кабинетах, звонят друг другу по очереди. На первых занятиях очередность разговоров заранее не намечается, ее устанавливает руководитель. Это помогает несколько снизить уровень эмоций ожидания начала беседы по телефону. В дальнейшем, когда больные к предстоящей работе начинают относиться достаточно спокойно, очередность бесед намечается заранее. Ожидая очереди, больной по своему желанию может провести короткий сеанс АТ, подготавливая себя к предстоящему разговору, либо отвлекает свое внимание от телефона, читая книгу или просматривая журнал.

В процессе тренировок специалисты, находящиеся рядом с собеседниками, контролируют их речь, не дают им торопиться, в случаях необходимости берут их за руку и отбивают пальцами четкий ритм.

В подавляющем большинстве случаев при условии активного участия больных в занятиях и организации самостоятельной работы описанный выше вид функциональной тренировки приводит к успеху. Для многих проблема общения по телефону постепенно утрачивает актуальность.

Ближе к окончанию курса лечения мы проводим ряд занятий по закреплению достигнутых результатов в реальной обстановке – на улице, в магазинах, в транспорте. К этому виду работы привлекаются больные, у которых речь в общественных местах вызывала значительные затруднения.

Специфика такого рода функциональных тренировок заключается в том, что занятия организуются в небольших группах (2-3 человека), иначе пациенты начинают привлекать к себе внимание окружающих. Первые занятия проводятся под руководством специалиста. По его указанию, больные обращаются к окружающим людям с теми или иными вопросами, соответствующими ситуациям. Присутствие сотрудника кабинета должно восприниматься пациентами не как проверка их работы, а как определенная моральная "сила", которая может оказать реальную помощь в нужный момент. При наличии хорошего психотерапевтического контакта с руководителем некоторые больные отмечают, что им легче начать общение с посторонними, когда руководитель находится рядом (держит их под руку, стоит за спиной, прикасается к руке, незаметно отбивая речевой ритм). В случае неудачи руководитель активно вступает в беседу, отвлекает внимание постороннего человека от больного. Все это становится известно пациентам заранее из установочной беседы, проводимой перед занятием. Поэтому во многих случаях они чувствуют себя во время тренировки достаточно уверенно и справляются с поставленными перед ними задачами. Таким образом, специалист помогает больному разорвать патологические условно-рефлекторные связи, возникшие на эмоционально значимые раздражители, и заложить основу в создании системы положительных речевых условных рефлексов.

При успешном проведении первых занятий в реальной обстановке руководитель начинает постепенно уходить как бы на второй план, пре-

доставляя больше самостоятельности больному, затем руководителя может заменить медицинская сестра или положительный лидер из числа членов группы. Далее пациентам рекомендуется по указанной методике продолжать эти тренировки самостоятельно.

На этом этапе курса лечения и после его завершения исключительно важное значение мы придаем введению навыков улучшенной речи в жизнь, особенно в тех ситуациях, в которых больным ранее было трудно разговаривать.

Учащимся и студентам необходимо перешагнуть психологический барьер и начать пользоваться хорошей речью в наиболее сложных для многих условиях – во время уроков и групповых занятий, т.е. из больного, страдающего заиканием, в том же самом учебном коллективе "превратиться" в человека с хорошей речью. Сразу начать говорить без заикания, отвечая преподавателю на оценку пройденный материал, трудно. Тут пришлось бы сразу следить за многими вещами: правильно излагать учебный материал, отвечать на вопросы, применять приемы, улучшающие речь. Практически это редко кому удается.

Поэтому мы рекомендуем учащимся заранее попросить преподавателя, объяснив ему суть просьбы, дать возможность выступить в классе или аудитории с маленьким хорошо подготовленным, почти выученным наизусть материалом. Преподаватель должен стать союзником нашего пациента и позаботиться о том, чтобы его выступление естественно вошло бы в канву занятия, не вызывая ни у кого из присутствующих каких-либо подозрений. В такой ситуации нередко нашим больным удается говорить так, как они говорят на логопедических занятиях в кабинете, т.е. значительно лучше, чем до начала курса лечения. А преподаватель, правильно понявший отведенную ему роль, может закрепить успех своего ученика, сказав как бы вскользь, что больной не только хорошо знает материал, но,

на его взгляд, не напрасно тратил время на лечение и теперь говорит хорошо. Улучшенная речь в аудитории, ненарочитая моральная поддержка педагога, дружеская заинтересованность товарищей создают условия для дальнейшей автоматизации навыка улучшенной речи в учебном заведении.

Работающим пациентам мы рекомендуем в качестве перекидных мостиков" использовать выступления, к которым они могут тщательно подготовиться дома (доклад на собрании, лекция, и пр.). Желаящие закрепить достигнутые результаты в жизни должны не только не отказываться от такого рода поручений, но и использовать любой повод для тренировки речи в ситуациях, бывших ранее трудными.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ФИЗИО- И ИГЛОТЕРАПИЯ

В курсе комплексного лечения заикания немаловажную роль играют медикаментозные назначения, физиотерапевтические процедуры и, в отдельных случаях, иглорефлексотерапия.

При лекарственном лечении учитываются не только состояние нервной системы больного, но и особенности личности заикающегося. В последние годы медикаментозные назначения становятся все более специфичными и целенаправленными.

Из применяемых лекарств назначаются транквилизаторы типа нозепама (тазепам), сигнопама, а также реланиума (диазепама), седативные и общеукрепляющие средства, проводится витаминотерапия. Широко применяются препараты кальция с учетом их общеукрепляющего и противосудорожного действия. В случаях тяжелого заикания, протекающего с преобладанием тонических речевых и сопутствующих судорог, назначаются противосудорожные средства: финлепсин, конвулекс. Из ноотропов предпочтительно применение пикамилона (проф. Л.И. Круглова).

При назначении такого препарата, как фенибут, помимо его транквилизирующего и успокаивающего действия, используется и прием кос-

венного внушения, связанный с тем, что в листовке, прилагаемой к лекарству, в разделе "показания к применению" в перечне заболеваний на первом месте стоит заикание.

На протяжении курса лечения физиотерапевтами кабинета проводятся такие физиотерапевтические процедуры, как электрофорез по общей и воротниковой методике кальция хлорида, бромидов и новокаина; спиртно-новокаиновая "маска" на область жевательных мышц рта; общее ультрафиолетовое облучение; гидротерапия; введение путем электрофореза платифиллина, алоэ.

В городском логотерапевтическом Центре имеется опыт использования иглорефлексотерапии. Этот метод, на наш взгляд, помогает не всем заикающимся и применяется выборочно. Накопленный опыт пока еще не позволяет четко сформулировать показания к применению иглотерапии. Но уже можно сказать, что этот метод показан в тех случаях, когда заикание протекает на фоне выраженных вегетоневротических проявлений, а также при наличии у наших больных кожных заболеваний психосоматического характера. Имеются случаи успешного применения иглотерапии при лечении заикающихся подростков, страдающих энурезом. Для отдельных пациентов, отличающихся повышенной внушаемостью, иглоукалывание с успехом может быть использовано и в качестве одного из приемов косвенной суггестии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Вопрос эффективности комплексного лечения заикания освещался в работах В.М. Шкловского (1967, 1994); Л.Я. Миссуловина (1969, 1988); Б.К. Осокина (1971), В.А. Ковшикова (1972), В.А. Куршева (1973), В.Г. Казакова (1973), В.И. Селиверстова (1979), Н.А. Власовой, К.П. Беккер (1978, 1983) и в некоторых других работах.

Обсуждение в литературе результатов лечения осложняется раз-

личным подходом многих авторов к определению оценок и критериев эффективности преодоления этого нарушения речи.

Так, например, В.А. Ковшиков (1972), не касаясь вопроса критериев эффективности лечения, оценивает результаты лечебно-коррекционного воздействия следующим образом: полное устранение заикания, значительное улучшение, незначительное улучшение, без улучшения.

Неопределенностью и субъективностью, на наш взгляд, отличаются формулировки оценок, приведенные в работе В.А. Куршева (1973): значительное улучшение, заметное улучшение, небольшое улучшение, отсутствие изменений в состоянии речи.

В монографии "Заикание" (под ред. Власовой Н.А., Беккер К.П., 1983) состояние речи заикающихся школьников, окончивших курс лечения, оценивается по показателям (Becker, Stange), которые основываются на следующих критериях: нормальная речь – обследуемые не обнаруживают никаких симптомов заикания; скрытое заикание – обследуемые владеют свободной речью, из симптомов заикания обнаруживается лишь эмболофразия; заикание, не снижающее общения, – симптомы заикания проявляются лишь в сложных ситуациях. Это не мешает школьникам в учебе и не нарушает их социальной адаптации. Стойких эффективных реакций на нарушения речи не наблюдается; заикание, влияющее на общение, – наблюдаются типичные симптомы заикания. Социальная активность ограничена, в условиях нормальной школы не исключено отставание в учебе; неспособность к речевому общению – заикание накладывает отпечаток на всю личность ребенка.

Основываясь на многолетнем опыте работы и учитывая невозможность получения точной и объективной информации о состоянии речи заикающегося, окончившего лечебный курс, в различных ситуациях общения, мы отказались от первой оценки, используемой многими авторами – "полное устранение", или "нормальная речь", заменив ее оценкой

"практически здоровая речь", которая, как нам кажется, более соответствует реальному положению дел. Другие оценки эффективности лечения, применяемые сегодня в межрайонных логотерапевтических кабинетах, в той или иной мере совпадают с оценками, приведенными во многих работах по заиканию.

Результаты лечения взрослых и подростков нами оцениваются по 4-балльной шкале:

1. Практически здоровая речь (у лечившегося может быть несколько невыраженных речевых судорог в день, такие судороги легко им преодолеваются и не мешают человеку общаться с окружающими людьми в любой обстановке).
2. Значительное улучшение (у заикающегося резко сокращаются количество и тяжесть речевых судорог; в спокойной обстановке больной говорит без заикания; при эмоциональном напряжении речь, как правило, ухудшается, но больной достаточно легко преодолевает эти речевые затруднения).
3. Улучшение (количество и тяжесть речевых судорог несколько уменьшаются; обычно больной испытывает речевые затруднения в ранее трудных для него условиях; эти затруднения не всегда успешно преодолеваются больным).
4. Без улучшения состояния речи (к этой группе относятся больные, полностью прошедшие курс лечения без видимых результатов).

Помимо оценки состояния речи, мы исследуем на завершающих этапах курса лечения и изменения, происшедшие в нервно-психическом состоянии больного, а также его субъективное отношение к результатам лечебно-коррекционных воздействий, которое складывается из осознания новых речевых возможностей и изменения системы отношений пациента с окружающей средой.

С этой целью проводится комплексное обследование, включающее в себя следующие основные моменты: оценка состояния речи в различных ситуациях, позволяющих осуществить за больным наблюдение (кабинет, конференция в зале, речь на улице, в магазине, в транспорте и др.); субъективная оценка больным своей речи и эмоциональных реакций в ранее сложных для него ситуациях (по данным письменных отчетов); оценка состояния речи и эмоциональной сферы со слов родственников; оценка состояния речи и эмоциональной сферы преподавателями и, при наличии возможности, сотрудниками, а также непосредственным руководителем (со слов больного и его родственников); устный отчет больных о самостоятельной работе в процессе курса лечения и достигнутых результатах, с которым они выступают на заключительном занятии.

Мы располагаем сведениями о результатах лечения 2414 больных, лечившихся от заикания в 4 межрайонных логотерапевтических кабинетах с 1977 по 1983 г.

В силу общих организационно-методических установок, одинаковых условий работы и равноценной квалификации специалистов, кабинеты на протяжении ряда лет дают по поводу эффективности лечения заикающихся примерно одни и те же цифровые данные, которые говорят о некотором улучшении результатов лечебно-коррекционного воздействия в последние годы в связи с введением в логотерапевтическую практику достижений науки (новые лекарственные препараты, применение иглотерапии, дифференцированное применение психотерапевтических методов и др.). Одинаковые, в основном, методы и результаты логотерапии заикания свидетельствуют об определенной объективности полученных данных, позволяют их обобщить и вывести средние показатели эффективности лечения за 7 лет.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАИКАНИЯ В МЕЖРАЙОННЫХ ЛОГО-
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
ДИСПАНСЕРОВ ЛЕНИНГРАДА (1977- 1983 гг.)**

Практически здоровая речь	431 (17,8%)
Значительное улучшение речи	835 (34,6%)
Улучшение речи	930 (38,5%)
Без улучшения речи	218 (9,1%)
Всего	2414 (100%)

Сведения, полученные в результате логопедических и врачебных наблюдений, психотерапевтических бесед, письменные отчеты больных, а также беседы с родственниками лиц, прошедших курс лечения, дают возможность сделать вывод о том, что в подавляющем большинстве случаев к моменту завершения лечебного курса прослеживается взаимосвязь между состоянием речи и нервно-психическим состоянием больного. Пациенты, оканчивающие лечение с положительной оценкой, как правило, чувствуют себя значительно лучше, спокойнее, более активно и уверенно вступают в общение с окружающими людьми; для многих утрачивается актуальность "речевой проблемы" в ситуациях, ранее вызывавших сильное эмоциональное напряжение. Но в отдельных случаях динамика нервно-психического состояния заикающегося к моменту окончания лечения не всегда полностью соответствует оценке состояния его речи. Так, нам приходилось наблюдать больных с тяжелой степенью заикания, осложненного дизартрией и протекающего на фоне органического поражения головного мозга, у которых практически улучшения речи не наступало. Тем не менее, в результате комплексного лечебного воздействия, а также в силу повышенной внушаемости этих больных, они становились более спокойными и упоря-

доченными, субъективно отмечали улучшение общего состояния и состояния речи.

За больными, окончившими курс лечения, в течение 5 лет осуществляется диспансерное наблюдение. Контрольные проверки речи проводятся в следующие сроки: 1-я проверка – через 1 мес. после окончания лечения; 2-я – через 3 мес.; 3-я – через 6 мес.; 4-я – через год; в последующие 4 года бывшие пациенты вызываются для контроля 1 раз в год. В случае ухудшения речи они могут не ждать назначенного срока.

Вследствие указанной организации диспансерного наблюдения мы располагаем сведениями об отдаленных результатах лечения около 90% больных.

Средние катамнестические данные, собранные в 1985 г. в межрайонных логотерапевтических кабинетах Ленинграда (срок наблюдений – от 1 мес. до 5 лет), говорят о том, что стойкие результаты лечения наблюдаются у 78,5 % лечившихся, а у 21,5 % больных возникает полный либо частичный рецидив заикания.

Больные с ухудшением состояния речи направляются в группу поддерживающей терапии (в зависимости от состояния больного и причины рецидива делается акцент на те или иные приемы лечебно-коррекционного воздействия) или не ранее, чем через год заикающемуся предлагается повторный курс лечения.

Перечисленные ниже факторы влияют на непосредственные и отдаленные результаты лечения;

– нервно-психическое состояние и характерологические особенности больного (успешное лечение у больных неврозов и вторичных невротических наслоений способствует устранению заикания; наиболее же благоприятен прогноз при астеноневротическом синдроме, неврастении, а также при истерии, если у больного устраняется условная желательность

речевого судорожного синдрома; менее благоприятные результаты лечения наблюдаются у заикающихся с неврозом навязчивых состояний, органическим поражением центральной нервной системы, у больных психопатиями и психическими заболеваниями);

- степень выраженности заикания и наличие у больного других нарушений речи (крайне тяжелая степень заикания с выраженными сопутствующими движениями и заикание, осложненное дизартрией, ринолалией, тахилалией, обычно малоперспективны в прогностическом отношении);

- состояние организма в целом (благоприятствует лечению и автоматизации хороших результатов соматическое здоровье человека, а также мероприятия по укреплению и закаливанию организма, правильное питание и выполнение рекомендованного режима; различные заболевания и травмы мало способствуют успеху лечения и могут явиться причиной рецидива заикания);

- вредные привычки (табакокурение, употребление алкоголя, злоупотребление лекарственными препаратами с целью самолечения и с другими целями мешают достижению хороших, стойких результатов лечения);

- условия жизни, работы и учебы больного (лечению и закреплению хороших результатов способствуют: спокойная обстановка в семье, в учебном заведении и на работе, правильное отношение окружающих людей к больному, помощь близких и педагогов учебных заведений в организации самостоятельной работы над речью; затяжные конфликтные ситуации, психотравмы, непонимание окружающими, особенно близкими людьми, необходимости лечения заикания, переутомление - могут мешать в процессе курса лечения и, нередко, являются причиной ухудшения достигнутых положительных результатов).

Но, пожалуй, одним из наиболее существенных моментов, влияю-

щих на эффективность лечения и длительность ремиссии, являются характерологические особенности больного. Человек настойчивый, целеустремленный, дисциплинированный, активно борющийся с недостатками своей речи, при благоприятных условиях, как правило, добивается хороших и стойких результатов.

Приведем данные о результатах лечения 191 больного, прошедших полный курс лого- и психотерапии в 1995 г в трех лечебных учреждениях Санкт-Петербурга (Городской логотерапевтический Центр, ПНД Василеостровского района, ПНД Фрунзенского и Кировско-Красносельского районов):

Практически здоровая речь	34 (17,8%)
Значительное улучшение речи	52 (27,2%)
Улучшение речи	84 (44%)
Без улучшения речи	21 (11%)
Всего	191 (100%)

Приведенный цифровой материал свидетельствует об определенном ухудшении результатов комплексной терапии заикания в последнее время. Причинами указанного факта являются: утяжеление психоневрологической диагностики, резкое снижение количества лечившихся женщин, которые обычно лечатся с более высокой результативностью, чем мужчины, усложнившиеся для многих пациентов социально-экономические условия, большое количество юношей призывного возраста и пр. (более подробно приведенные причины были проанализированы выше); то есть мы можем говорить о клиническом и терапевтическом патоморфозе заикания отчетливо проявившемся в последние десять лет.³

³ Патоморфоз - изменение картины болезни.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ ЗАИКАЮЩИХСЯ

В функциональные обязанности врачей и логопедов – сотрудников специализированных логотерапевтических центров, отделений и кабинетов, в которых получают логотерапевтическую помощь подростки и взрослые, страдающие заиканием, не входят такие необходимые виды работы, как посещение семьи пациента, его места учебы либо производства, оказание больному любой другой помощи вне лечебного учреждения, имеющей социальное значение.

Социальный работник с высшим образованием, хорошо ознакомленный со спецификой деятельности логотерапевтического центра (отделения) и социальной средой, имеющей к пациенту непосредственное отношение, с успехом может выполнять указанные выше функции.

Лечение заикающегося может быть успешным только в том случае, если он ставит в известность о том, что проходит в настоящее время курс лечения свою семью – мужа, жену, в редких случаях родителей.

Хорошо разговаривая, как правило, в домашних условиях (имеются в виду семьи со здоровым психологическим климатом), заикающийся – “интроверт” зачастую скрывает свои переживания, связанные с нарушенной речью, стесняется обсуждать их со своими близкими. В результате родители и личные семьи пациентов могут не представлять значительных трудностей (речевых и психологических), с которыми больной сталкивается во многих эмоционально-значимых ситуациях речевого общения, особенно в официальной обстановке.

Такой пациент, приступив к курсу лечения, основанном на ежедневной самостоятельной работе в домашних условиях, пытается скрыть от близких, что в настоящее время решает свои речевые проблемы. Дома занимается мало и делает это в отсутствии близких. Такая ситуация должна быть изменена.

После тщательной психотерапевтической работы с пациентом специалист, получивший его согласие, направляет к нему на дом социального работника, который знакомится с близкими пациента, условиями его жизни, взаимоотношениями в семье, объясняет родным, чем и как они могут помочь заикающемуся в процессе курса лечения.

На заключительных этапах курса лечения перед пациентом ставится задача ввести улучшенную речь в ситуации общения, в которых ранее заикающемуся говорить было трудно. Для учащихся (школьников, студентов) такими ситуациями обычно бывают выступления в аудитории. В наиболее тяжелых случаях больные отказываются от устных ответов, привыкают и постоянно приучают преподавателей к письменной форме опросов, либо отвечают после уроков.

В такой ситуации начать разговаривать без заикания, используя полученные от специалистов рекомендации, практически невозможно.

В городском логотерапевтическом центре разработана методика “перекидного мостика”. Эта методика предусматривает поэтапное введение в ситуацию учебного процесса навыков устной речи пациента. Это становится возможным только в том случае, когда удастся сделать педагога союзником специалистов, предельно ясно объяснив ему, что и как он должен делать. Когда необходимая информация исходит от заикающегося или его родителей, она не всегда должным образом воспринимается учителем.

Имеющийся небольшой опыт говорит о принципиально новых возможностях, которые могут в данном вопросе осуществляться социальным работником. Он более успешно дает учителю необходимые рекомендации, снабжает педагога специальной литературой, показывает ему прием, которым он должен воспользоваться в учебном заведении, стараясь облегчить введение улучшенной речи заикающегося учащегося в условия группового занятия.

Учитывая нарушенную коммуникабельность пациентов, социальный работник может оказать помощь заикающимся при решении различных социально-значимых вопросов в официальных инстанциях, в которые приходится обращаться больному. Это могут быть различного рода лечебные учреждения, выполняющие дополнительные обследования, юридические инстанции, нотариальные конторы, различные агентства, в частности, решающие жилищные проблемы, биржа труда и т.д. и т.п.

Особое значение в настоящее время имеет проблема призыва заикающегося на действительную службу в армию. В условиях систематического невыполнения плана призыва медицинские комиссии военных комиссариатов иногда допускают ошибки, призывая на действительную службу лиц, имеющих право на отсрочку или полное освобождение от военной службы по состоянию здоровья. На эти ошибки в последние годы неоднократно указывали средства массовой информации.

Спорные вопросы, иногда возникающие при призыве в армию заикающихся, также могут быть решены социальным работником, располагающим необходимыми профессиональными, юридическими знаниями, знанием необходимых документов и инструкций. В таких случаях, учитывая речевые затруднения больного, социальный работник может помочь ему обратиться и в соответствующие инстанции, например в Комитет солдатских матерей (г. Санкт-Петербург).

Специально подготовленный социальный работник с высшим образованием может оказывать и непосредственную помощь сотрудникам логотерапевтических учреждений. Он имеет возможность принимать самое активное участие в организации функциональных тренировок речи: лечебно-тренировочных конференциях, организации вечеров отдыха для пациентов, осуществлять руководство тренировкой речи в реальных ситуациях общения с окружающими – в магазинах, по телефону, на улицах города, в транспорте и пр.

Приказ МЗ РФ №285 от 28 июля 1997 года о введении большого количества ставок социальных работников с высшим образованием в психиатрические больницы и диспансеры, на базе которых функционируют логотерапевтические отделения и кабинеты, дает возможность в настоящее время практически реализовать приведенные выше рекомендации.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАИКАНИЯ

Широко известно, что многие заболевания, в частности заикание, легче предупредить, чем лечить.

В связи с этим сосредоточим внимание на вопросе профилактических мероприятий, предупреждающих развитие этого нарушения речи.

Основой хорошей речи являются физическое здоровье и нормальное состояние нервной системы человека. Поэтому о здоровье будущего ребенка родители, особенно мать, должны думать уже задолго до его появления на свет, точно выполняя все советы и назначения врача женской консультации. В семье необходимо предусмотреть все, чтобы женщина в период беременности находилась в спокойной обстановке, не подвергалась бы вредным воздействиям окружающей среды, правильно сочетала физические нагрузки и отдых. С первых дней своего существования малыш должен находиться в таких условиях, которые смогли бы обеспечить его нормальное психофизическое и речевое развитие. В случае каких-либо заболеваний или отклонений в развитии он должен своевременно получить квалифицированную помощь специалистов.

В связи с профилактикой заикания особенно следует внимательно относиться к первым проявлениям детской нервнойности – нарушению сна, повышенной возбудимости, капризности, ночному недержанию мочи и другим симптомам. Общеукрепляющее и успокаивающее лечение, назначенное специалистами, поможет успешно бороться с этими состояниями. Но главная роль в борьбе за здоровую нервную систему ребенка принадлежит

семье. Спокойные условия жизни, правильный режим сна и питания, ежедневные прогулки, закрепление рекомендованного врачом необходимого для ребенка двигательного стереотипа, постепенное приучение малыша к правильному общению со взрослыми и сверстниками – все это не только даст ему возможность полноценно развиваться в физическом и интеллектуальном отношении, но и укрепляет нервную систему, закладывает основу в воспитании нужных черт характера и, в конечном счете, помогает предупредить заикание.

Разговаривая с ребенком, ни в коем случае нельзя “сюсюкать”, т.е. искажать язык, подделываясь под детскую речь. Малыш должен слышать здоровую и неторопливую речь окружающих его людей.

Не следует маленьких детей перегружать большим количеством стихотворений, рассказов, сказок (тем более страшных), позволять им смотреть не предназначенные для них телепередачи, водить на различные зрелищные мероприятия, которые могут травмировать неокрепшую детскую психику.

Психическое развитие маленького человека должно осуществляться постепенно, и искусственно форсировать его не нужно. В случаях задержки психического и речевого развития, выраженного нарушения звукопроизношения, ускоренного темпа речи, нарушения речевого дыхания и пр. следует своевременно обратиться к врачам-специалистам и детскому логопеду.

Для того, чтобы нервная система ребенка развивалась нормально, отношение к нему взрослых должно быть спокойным и ровным, он должен расти и воспитываться в морально-здоровом психологическом микроклимате семьи. Совершенно не допустимы запугивания детей, различные психотравмирующие наказания, пугающие шутки, и т.д. И в этой связи исключительно важное значение приобретают проводимые в нашей стране мероприятия по борьбе с пьянством и алкоголизмом (наркологическая помощь), так как нередко источником психотравматизации ребенка в семье и

вне ее, повлекшей за собой заикание, являются люди, находящиеся в не-
трезвом состоянии.

Очень важно, чтобы маленькому человеку с раннего детства приви-
вала любовь к природе и животному миру. Своевременные и доступные
пониманию ребенка объяснения некоторых "пугающих" явлений природы,
особенностей поведения домашних животных могут снизить уровень эмо-
ционального воздействия удара грома, воя ветра, блеска молнии, лая соба-
ки и пр.

В связи с обсуждаемой проблемой медицинские работники различ-
ных специальностей и педагоги, работающие с детьми, должны обладать
необходимыми знаниями по профилактике психогенных расстройств в
детском возрасте. Маленькие пациенты, воспитанники дошкольных учре-
ждений и школьники должны в любых случаях чувствовать исходящую от
медработника и педагога моральную поддержку, человеческую доброту,
принципиальность, необходимую разумную твердость и справедливость.
Это та моральная основа, "фундамент", опираясь на который ребенок мо-
жет сохранить или вновь обрести утраченное душевное равновесие. Низ-
кий профессиональный уровень, безразличие и бездушие, высокомерие и
крикливость, а порой неприкрытые злобность и издевательский тон, - вот
"почва" ятро - и дидактогенных нервных заболеваний, в том числе и от-
дельных случаев заикания.

Вышесказанное, разумеется, относится не только к семье, медработ-
никам и педагогам, но имеет прямое отношение и ко всем окружающим -
взрослым и детям.

В случаях только что начавшегося у ребенка заикания грубая на-
смешка, передразнивание, обидные прозвища, раздражение, вызванное
мямлением заикающегося или его затрудненной речью, могут зафиксиро-
вать внимание больного на этом нарушении и положить начало развитию
вторичных невротических наслоений, боязни речевого общения и т.п. По-
этому проведение среди населения санитарно-просветительной работы по

вопросу предупреждения и лечения заикания (популярные брошюры, лекции, беседы, телепередачи и пр.) представляется исключительно важным делом, которым необходимо заниматься специалистам систематически.

Случаи возникновения заикания у взрослых наблюдаются редко. Тем не менее, с целью предотвращения этих случаев, а также рецидивов заикания у подростков и взрослых, лечившихся ранее, необходимо принимать все меры для укрепления здоровья и нервно-психического состояния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом осуществляется социальная рееадаптация подростков и взрослых, страдающих заиканием, которая дает им возможность более свободно общаться с окружающими в ситуациях учебного и производственного процессов, в быту с незнакомыми и малознакомыми людьми, в магазинах, по телефону и пр. Рекомендации специалистов продолжать после пройденного курса лечения самостоятельную работу над речью (при условии выполнения этих рекомендаций) дает возможность закрепить навыки улучшенной речи и почувствовать себя в окружающей социальной среде более спокойно и уверенно. Это особенно важно в условиях современной социальной перестройки нашего общества. Учитывая введение в штатное расписание психиатрических диспансеров, на базе которых функционируют логотерапевтические отделения и кабинеты, ставок социальных работников с высшим образованием, эту категорию специалистов можно с успехом использовать в комплексной медико-социальной работе, проводимой с заикающимися. Рекомендации по социальной рееадаптации данного контингента больных можно принять за основу для разработки функциональных обязанностей социального работника в специализированном логотерапевтическом отделении (кабинете), осуществляющем комплексную терапию заикания.

СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЗАИККАНИЕМ

I. Паспортные данные

1. Фамилия, имя и отчество.
2. Дата и год рождения.
3. Место рождения.
4. Национальность, родной язык; язык, на котором общаются в семье; возможное двуязычие.
5. Домашний адрес, номер телефона.
6. Место учебы (класс, курс), место работы (занимаемая должность; профессия, специальность, полученные в учебном заведении), отсутствие работы.
7. Фамилия, имя и отчество лиц, с которыми проживает больной.
8. Материальное положение семьи.

II. Жалобы

Задать больному вопрос: "На что в связи с речью Вы жалуетесь?"

Выслушать все, что расскажет пациент, обращая внимание на особенности его речи и поведение во время беседы.

III. Анализ жизни

(Желательна беседа с матерью больного, либо следует проанализировать ее ответы на вопросы, заданные в письменной форме и заранее переданные специалисту пациентом).

1. Возраст родителей в момент рождения ребенка.
- ✓ 2. Какая у матери беременность по счету? (Если беременность не первая, чем оканчивались предыдущие беременности: роды; аборт; выкидыши и их причины).

3. Течение беременности (условия работы и жизни матери, возможные вредности: заболевания, травмы, психотравмы, химические и лучевые воздействия, токсикоз, угроза выкидыша, госпитализация на дородовые отделения, отношения с мужем – отцом ребенка и родственниками при совместном проживании, вредные привычки отца ребенка, особенности течения беременности вне брака)

4. Роды (срочные, досрочные, с запаздыванием, нормальные, стремительные, затяжные, сухие, со стимуляцией и родовспомогательными средствами).

5. Состояние ребенка в момент родов (нормальное – по заключению врача; травмы, асфиксия - синяя, белая; когда закричал, проводились ли реанимационные мероприятия; врожденные пороки; масса тела и длина).

6. Грудное вскармливание (на какие сутки принесли кормить; наличие и количество молока; как взял грудь; искусственное вскармливание; длительность грудного вскармливания; в каком возрасте начали ребенка прикармливать).

7. Физическое развитие (время появления первых зубов, когда сел, встал в кроватке, начал ходить, как прибавлял в весе, координированность движений).

8. Психическое развитие после рождения и состояние нервной системы по мнению матери (был спокойным, беспокойным, много плакал, капризничал; ночной сон: мало, много спал; спокойно мог лежать в постели; был приучен к рукам; тянул руки к игрушкам, фиксировал на них взгляд; узнавал близких, улыбался им; как реагировал на различные звуки и речь; как реагировал на посторонних людей; какая рука, по мнению родителей, была активнее: правая или левая, в каком возрасте начал проситься на горшок).

9. Речевое развитие (время появления гуления, лепетной речи, первых слов, фраз; своеобразие детской речи: аграмматизмы, нарушение зву-

копроизношения; объем понимания обращенной речи; возраст исчезновения особенностей детской речи; была ли необходимость в логопедической помощи при устранении недостатков детской речи).

10. Данные о наследственности, перенесенных заболеваниях и травмах (по заключению врача или материалам истории болезни).

IV. Анамнез болезни

1. Возраст возникновения заикания.
2. Причины возникновения заикания (по мнению родителей).
3. Речевая наследственность (заикание в семье, в роду; ускоренный темп речи родителей; другая речевая патология).
4. Возможность возникновения индуцированного заикания (по подражанию).
5. Лечение заикания в прошлом (лечебные учреждения, консультативная помощь, проведение лечебно-коррекционных курсов, их продолжительность).
6. Результаты проведенного в прошлом лечения (сроки ремиссий).
7. Эмоционально-значимые ситуации речевого общения к моменту обследования (распределение ситуаций по степени сложности).
8. Отношение больного к своему речевому нарушению (относится спокойно, стесняется, боится говорить в определенных ситуациях, очень боится говорить везде и всюду).

V. Ведущие характерологические особенности больного (со слов родителей или близких родственников)

По характеру общительный, имеет много друзей; замкнутый, не общительный, друзей мало или не имеет; спокойный, уверенный в себе; тревожный, мнительный, стеснительный, слезливый; в коллективе является лидером; легко подпадает под влияние окружающих; организованный,

дисциплинированный, ответственно относится к порученному делу; не организованный, безответственный, не целеустремленный; работоспособный, легко утомляется; добрый, внимательный, отзывчивый; эгоистичный, злобный, завистливый; отношение к близким; отношением к учебе, к работе; круг интересов, занятия в свободное время. Вредные привычки (табакокурение, алкоголизация, наркомания).

VI. Описание логотерапевтического статуса

1. Самостоятельная речь (выраженность, частота и длительность речевых судорог; локализация судорог: артикуляционная, голосовая, дыхательная, смешанная; тип судорог: клонический, тонический, смешанный; наличие сопутствующих и ритуальных движений; темп речи, артикуляция, сила голоса, сопутствующие нарушения речи, эмболофразии).

2. Чтение (проводится сравнение с самостоятельной речью по указанным характеристикам).

3. Сопряженная речь.

4. Отраженная речь.

5. Шепотная речь.

6. Диалогическая речь.

7. Автоматизированная речь (чтение стихотворения или произнесение различных вариантов счета, дней недели, месяцев года).

8. Ритмизированная речь (выделение ударением каждого гласного звука с понижением интонации к концу фразы).

9. Заключение: степень заикания (легкая, средняя, тяжелая), форма заикания (смешанная, с преобладанием той или иной формы), тип речевых судорог (преобладание тонуса или клонуса), наличие сопутствующих и ритуальных движений, объективизация уровня логофобии с помощью предложенной нами психологической методики "Речевой опросник" (приложение № 2).

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЛОГОФОБИИ В РАЗЛИЧНЫХ СИТУАЦИЯХ

РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ ПРИ ЗАИКАНИИ

(РЕЧЕВОЙ ОПРОСНИК)

I группа: РЕЧЬ НАЕДИНЕ С СОБОЙ

1. Если я вслух пересказываю учебный материал . . .
2. Если я вслух наизусть читаю стихотворение . . .
3. Если я вслух читаю художественную прозу . . .
4. Если я с увлечением играю в компьютерные игры, комментирую спортивные телепередачи, разбираю шахматные партии . . .

II группа: ОБЩЕНИЕ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

5. Если я разговариваю с родителями в спокойной обстановке . . .
6. Если я разговариваю с родителями в ситуации конфликта . . .
7. Если я разговариваю с женой, мужем, детьми, братьями, сестрами, бабушкой, дедушкой в спокойной обстановке (нужные слова или все слова подчеркнуть) . . .
8. Если я разговариваю с женой, мужем, детьми, братьями, сестрами, бабушкой, дедушкой в ситуации конфликта (нужные слова или все слова подчеркнуть) . . .

III группа: ОБЩЕНИЕ НА УЛИЦЕ

9. Если я обращаюсь к незнакомому человеку одного со мной возраста, младше, старше (нужное слово подчеркнуть) . . .
10. Если ко мне обращается незнакомый человек одного со мной возраста, младше, старше (нужное слово подчеркнуть) . . .
11. Если мне пришлось говорить с незнакомым человеком в конфликтной ситуации . . .

12. Если со мной заговорил человек примерно одного со мной возраста противоположного пола . . .

**IV группа: РЕЧЬ В СРЕДНИХ И ВЫСШИХ
УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ**

13. Если меня вызывают к доске (при хорошем знании материала)...
14. Если я отвечаю на экзамене (при хорошем знании материала)...
15. Если преподаватель обращается с вопросом ко всей аудитории, и я знаю ответ ...
16. Если я разговариваю с друзьями на перемене ...

V группа: ОБЩЕНИЕ НА РАБОТЕ

17. Если я разговариваю со строгим и придирчивым начальником ...
18. Если я разговариваю с подчиненным (или с младшим практикантом) ...
19. Если я разговариваю с коллегой, с товарищем по практике ...
20. Если мне необходимо выступить на собрании в конфликтной ситуации ...

**VI группа: ОБЩЕНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
СФЕРЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ**

21. Если к продавцу, к кассиру, в регистратуру и пр. очереди нет ...
22. Если к продавцу, к кассиру, в регистратуру и пр. стоит очередь ...
23. Если кто-нибудь из очереди меня начинает торопить ...
24. Если меня начинает торопить продавец, кассир, регистратор и пр. ...

VII группа: ОБЩЕНИЕ В ТРАНСПОРТЕ

25. Если мне нужно обратиться к впереди стоящему пассажиру городского транспорта с вопросом, выходит ли он на следующей остановке ...
26. Если мне нужно что-либо спросить или ответить на вопрос в присутствии нескольких пассажиров в поезде дальнего следования ...
27. Если я разговариваю с ближайшим соседом при шуме двигателя ...
28. Если в транспорте возникает конфликтная ситуация ...

VIII группа: РЕЧЬ ПО ТЕЛЕФОНУ

29. Если мне звонят по телефону близкие люди ...
30. Если мне звонят по телефону из каких-либо официальных инстанций ...
31. Если мне нужно позвонить близким людям ...
32. Если мне нужно позвонить в какие-либо официальные инстанции ...

IX группа: ОБЩЕНИЕ В УСЛОВИЯХ, КОГДА ОКРУЖАЮЩИЕ ОБРАЩАЮТ ВНИМАНИЕ НА ЗАИКАНИЕ

33. Если наедине обратили внимание на мою речь, дали совет, как нужно разговаривать или где можно полечиться ...
34. Если в официальной обстановке в присутствии посторонних людей меня поторопили, сделали резкое замечание ...
35. Если в присутствии посторонних людей в связи с заиканием меня «пожалели» ...
36. Если в связи с заиканием меня оскорбили (назвали «заикой») ...

**Х группа: РЕЧЬ В СИТУАЦИЯХ, СВЯЗАННЫХ С ПРИЗЫВОМ
В АРМИЮ НА ДЕЙСТВИТЕЛЬНУЮ СЛУЖБУ**

(1-й вариант для призывников)

- 37. Когда я обсуждаю с родителями вызов в РВК повесткой ...
- 38. Если в РВК при призыве в армию, я разговариваю с врачами или с военнослужащими в спокойной обстановке ...
- 39. Если в РВК при призыве в армию, я разговариваю с врачами или с военнослужащими в конфликтной ситуации ...
- 40. Когда мою речь проверяет специалист - эксперт по заиканию, дающий заключение в РВК ...

**XI группа: РЕЧЬ В СИТУАЦИЯХ, СВЯЗАННЫХ С ПОСТУПЛЕНИЕМ
В ВОЕННЫЕ УЧИЛИЩА ИЛИ НА СЛУЖБУ В АРМИЮ ПО
КОНТРАКТУ ПО СОБСТВЕННОЙ ИНИЦИАТИВЕ (II-Й ВАРИАНТ)**

- 41. Когда я обсуждаю проблему поступления в училище (или на службу) с родителями, женой ...
- 42. Когда я разговариваю в РВК или в училище о моем желании поступить в училище (или в армию) ...
- 43. Когда мою речь проверяет специалист - эксперт по заиканию, дающий заключение в РВК или в военное училище ...
- 44. Когда я сдаю экзамены в военное училище, или прохожу проверку в различных комиссиях РВК для отбора на военную службу по контракту ...

В предложениях 15, 20, 25, 32 в четвертом варианте завершения указанных номеров также предусмотрен «отказ» от речи: « ..., я говорить отказываюсь».

Окончания предложений стандартизированы и предусматривают 4 варианта, завершающих предложения:

- 1. Я говорю спокойно и без затруднений;

2. Я говорю с незначительными запинками;

3. Мне говорить трудно;

4. Мне говорить очень трудно.

Первый вариант ответа оценивается баллом 0, т.к. предусматривает отсутствие логофобии.

Второй вариант - баллом 1;

Третий - баллом 2;

Четвертый - 3.

Набранные баллы суммируются по каждому блоку. Наибольшая сумма баллов определяет тот или иной уровень логофобии.

ШКАЛА ОЦЕНОК

Ситуация рече- вого общения	1	2 3 4	5 6 7	8 9 10
Группы	1 (РЗ) без логофобии	2 I уровень логофобии	3 II уровень логофобии	4 III уровень логофобии
Суммы баллов				

«Речевой опросник» может быть применен не только для заикающихся, связанных с проблемами армии. В этом случае врачу логопеду или психологу следует заменить неоконченные предложения X группы на другие 4 неоконченных предложения, отражающие по содержанию наиболее актуальные в момент обследования эмоционально-значимые ситуации при речевом общении пациента. Материал для этих предложений специалист получает из анализа жалоб больного. Приведем примеры возможных вариантов (их может быть достаточно много и они формулируются специалистом самостоятельно, но при условии сохранения принципа подбора неоконченных предложений в данной методике):

1. Когда я выясняю отношения с любимым человеком ...

2. Когда я выясняю отношения с любимым человеком, предполагая, что у него появилась другая женщина, другой мужчина ...

3. Когда я выясняю отношения с любимым человеком, твердо зная, что он мне изменяет ...

4. Когда я выясняю отношения с любимым человеком в ситуации разрыва ...

1. Когда я обсуждаю с товарищами по работе вопросы, связанные с задержкой зарплаты, возможностью сокращения штатов или закрытия предприятия, учреждения и т.п. ...

2. Когда я обсуждаю с товарищами аналогичные проблемы, после того, как нас об этом предупредило руководство на собрании ...

3. Когда меня официально предупредил руководитель о предстоящем сокращении моей должности, об упразднении отдела, закрытии цеха, предприятия, рекомендовал мне уйти в неоплаченный отпуск и подыскивать новую работу ...

4. Когда мне сообщил руководитель о моем увольнении ...
и т.п.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асатиани И.М., Белякова Л.И., Колачева И.О., Мозговая Е.Л. Данные клинико-физиологических исследований детей дошкольного возраста, страдающих заиканием. // Дефектология, 1978, № 1, с. 25-30.
2. Булатов С.М., Оганян К.М. Диагностика индивидуально-психологических качеств личности в процессе общения. СПб, Изд-во ГАСБУ, 1995, 223 с.
3. Вольперт И.Е. Психотерапия. - Л.: Медицина, 1972. - 232 с.
4. Ереско Д.Б., Исурина Г.Л., и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах (методическое пособие). - СПб, 1994. - 17 с.

5. Заикание / Под ред. И.А. Власовой, К.П. Беккер. - М.: Медицина, 1983. - 256 с.
6. Калягин В.А. Результаты психологического тестирования взрослых больных заиканием. // Вопросы патологии голоса и речи. - М., 1983, с. 23-31.
7. Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1980. - 448 с.
8. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. - М.: Медицина, 1985. - 303 с.
9. Ковшиков В.А. Специфика заикания при различных невropsихических расстройствах. // Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей., 1976, с. 4-25.
10. Кочергина В.С. Роль органического поражения центральной нервной системы в патогенезе заикания у взрослых. // Журн. невропатол. и психиатр., 1971, вып. 12, с. 1790-1795.
11. Куршев В.А. Заикание. - М.: Медицина, 1973. - 160 с.
12. Левина Р.Е. Об эмоциогенных факторах заикания, возникающих в процессе формирования произвольной речи. // Дефектология, 1981, № 1, с. 7-13.
13. Либих С.С. Коллективная и групповая психотерапия. // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1979, с. 205-232.
14. Миссуловин Л.Я. - К вопросу о лечении взрослых с остро развившимся заиканием на фоне истерического невроза // Патология речи органического и функционального генеза (клинико-психологический аспект и терапия): Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1985, с. 93-99.
15. Миссуловин Л.Я. Лечение заикания. - Л.: Медицина, 1988, - 184 с.
16. Миссуловин Л.Я. Заикание и его устранение - ООО «СЛП» СПб, 1997. - 144 с.