

Дорожукова Полина Романовна

Студент

Научный руководитель

Ларина Елена Анатольевна

канд. пед. наук, доцент

Педагогический институт ФГБОУ ВО «Тихоокеанский

государственный университет»

г. Хабаровск, Хабаровский край

DOI 10.31483/r-99553

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФЕНОМЕНОЛОГИИ ЗАИКАНИЯ

Аннотация: статья посвящена проблеме современных сведений о типологических речевых нарушениях у детей, страдающих заиканием, с психологической, неврологической и логопедической позиций. Автором подробно описываются этиология, формы и типы течения заикания, а также степени «болезненной» фиксации ребенка на дефекте.

Ключевые слова: заикание, невротическое заикание, неврозоподобное заикание, нарушение темпо-ритмической организации речи.

На сегодняшний день наблюдается увеличение количества детей, имеющих различные речевые нарушения. Согласно данным Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2014 год, распространенность речевых нарушений у дошкольников колеблется от 30,7% до 92,6% от общего числа детей. Анализ ситуации за период с 2004 года по 2014 год выявил увеличение частоты случаев отклонения в речевом развитии у детей в среднем на 34–44,3% [3]. Поскольку происходит рост числа детей с речевыми нарушениями, в том числе и с заиканием, в настоящее время данная проблема является актуальной.

Проблемной областью является то, что учителям-логопедам необходимы современные сведения о заикании в силу сложности множественных нарушений, которыми сопровождается данное речевое расстройство. Эти знания позволят

выстраивать эффективный коррекционно-развивающий индивидуальный образовательный маршрут ребенка, имеющего заикание.

Целью данной работы является расширение представлений об этиологии, формах, типах течения, симптоматических проявлениях заикания, а также степенях «болезненной» фиксации на дефекте.

Согласно определению В.И. Селиверстова, заикание является нарушением темпо-ритмической организации речи, обусловленным судорожным состоянием мышц речевого аппарата [5]. Основываясь на проведенных исследованиях, И.П. Павлов определил заикание, как нарушение нормального соотношения процессов возбуждения и торможения. Тем самым, выдающийся физиолог выявил одну из основных причин возникновения заикания в период дошкольного возраста (В.В. Крахалев) [4].

Этиологические факторы, вызывающие заикание, подразделяются на две группы: предрасполагающие (отдаленные) и производящие (ближашие) причины. К первой группе причин относятся те, которые напрямую не вызывают заикание, но предрасполагают к нему:

- 1) отягощенная наследственность (наличие у родителей заикания или других заболеваний, которые могут вызвать ослабленность нервной системы ребенка);
- 2) осложненное протекание беременности и родов, не приводящее к органическому поражению головного мозга ребенка (может вызвать неустойчивость нервной системы ребенка к неблагоприятным ситуациям);
- 3) небольшое отставание ребенка в речевом развитии, которое может привести к осложнению периода овладения фразовой речью;
- 4) перегрузка речевым материалом.

Ко второй группе причин относятся те причины, которые непосредственно вызывают заикание:

- 1) психические травмы (сильные кратковременные и длительно действующие);
- 2) неправильное формирование речи в детстве (речь на вдохе, скороговорение);
- 3) подражание речи заикающихся;

- 4) резкое переучивание ребенка на доминирование с левой руки на правую, поскольку меняется ориентация полушарий головного мозга;
- 5) органические поражения головного мозга;
- 6) задержки речевого развития (Е.Ф. Архипова) [1].

Исходя из вышеизложенной информации, можно сделать вывод, что существует множество причин, приводящих к заиканию. Учителю-логопеду необходимо точно установить вследствие чего возникло данное речевое нарушение с целью грамотного выстраивания коррекционной работы.

Речевые судороги являются основным симптомом, сопровождающим заикание. Они появляются в момент устной речи или при совершении попытки начать речь и выражаются в непроизвольном сокращении мускулатуры речевого аппарата. Речевые судороги делятся на два основных типа:

- 1) тонические речевые судороги характеризуются резким увеличением тонуса нескольких групп мышц речевого аппарата, приводящих к их напряжению. Внешне тоническая судорога выражена в остановке речи заикающегося или в виде напряженной и протяженной вокализации;

- 2) клонические речевые судороги характеризуются многократным ритмичным сокращением мышц речевого аппарата. Ребенок, страдающий заиканием, при данном типе повторяет отдельные звуки или слоги (Е.Ф. Архипова) [1].

Речевые судороги могут локализоваться в артикуляционном, дыхательном и голосовом отделах аппарата речи. Судороги мышц дыхательного аппарата подразделяются на две формы: инспираторную и экспираторную. Инспираторная судорога характеризуется резким вдохом во время речевого акта, приводящим к необоснованной паузе. Экспираторная судорога характеризуется резким выдохом во время речевой деятельности и сопровождается мышечным сокращением брюшного пресса. Во время данного приступа можно наблюдать, как заикающийся резко наклоняется вперед.

Судороги мышц голосового аппарата возникают, чаще всего, при воспроизведении гласных звуков. Выделяют несколько видов судорог данного генеза:

1) смыкательная голосовая судорога возникает по причине резкого смыкания голосовых складок, что препятствует прохождению воздуха. Внешне данная судорога проявляется полным отсутствием звука разной длительности;

2) размыкательная голосовая судорога возникает по причине открытой голосовой щели и сопровождающаяся полным молчанием заикающегося или его шепотной речью;

3) вокальная судорога возникает вследствие повышения тонуса голосовых мышц и проявляется в виде более длительной вокализации гласного звука;

4) дрожащий (толчкообразный) гортанный спазм сопровождается чередованием смыкания и размыкания голосовых связок, что приводит к прерыванию речевого акта, возникновению дрожащего или прерывистого звука, полному отсутствию артикуляционных движений (Ю.О. Филатова) [7].

В артикуляционном отделе речевого аппарата различают лицевые, язычные и судороги мягкого нёба. Чаще и резче всего они проявляются при произнесении таких согласных звуков, как [к, г, б, п, т, д]. На звонких согласных звуках судороги проявляются чаще, чем на глухих, поскольку звонкие звуки являются координационно более сложными.

Судороги могут проявляться в трех степенях:

– легкая степень имеется у ребенка с заиканием тогда, когда судорожные запинки имеют место в спонтанной связной речи;

– средняя степень отмечается при возникновении запинок в монологической и диалогической речи заикающегося ребенка;

– тяжелая же степень сопровождается запинками во всех формах речи. Судорожные запинки зависят от фонетических характеристик звуков, чаще всего, наблюдаются при длинных предложениях, которые являются сложными по своей структуре [7].

Заикание сопровождается расстройством речевого дыхания, которое нарушается даже в процессе речевой деятельности, не связанной с судорогами. Это связано с тем, что заикающиеся делают ограниченный по объему вдох, вследствие чего возникает недостаточность воздуха для произнесения интонационно-

смыслового высказывания в полной мере. Как правило, при данном расстройстве дети говорят в фазе вдоха или в фазе полного выдоха (Ю.О. Филатова) [7].

Речь заикающихся детей сопровождается насильственными сопутствующими движениями: раздувание крыльев носа, зажмуривание глаз, сложные двигательные операции туловища. В некоторых случаях вышеуказанные движения проявляются в проведении двигательных ритуалов.

При заикании, протекающем хроническим путем, используются многократно повторяющиеся, однообразные, лишённые смысловой значимости лексемы типа: да, вот, это самое и другие. При употреблении труднопроизносимых слов нередко случается подмена их на слова, которые обладают более легким произношением.

Вегетативные реакции организма также относят к симптомам заикания. Они характеризуются покраснением или побледнением кожных покровов лица, резким увеличением частоты сердечных сокращений, усиленным потоотделением.

У многих заикающихся, начиная с подросткового возраста, наблюдается логофобия – это патологическая личностная реакция на дефект речи, которая выражается в виде боязни речевого общения и связана с осознанием речевого дефекта. Она включает в себя навязчивые переживания, страх возникновения речевых судорог, в результате чего наблюдается ограничение общения.

Чувство неполноценности является одним из ведущих проявлений, из которых развивается невротическое заикание. Выделяют три степени «болезненной» фиксации на дефекте:

1) нулевая степень болезненной фиксации определяется, когда заикающийся не испытывает неполноценности от осознания дефекта либо вовсе не замечает его;

2) умеренная степень болезненной фиксации отмечается, когда дети, страдающие заиканием, переживают свой дефект, стесняются, скрывают его, используют различные речевые уловки, избегают общения.

3) выраженная степень болезненной фиксации встречается у заикающихся, которые испытывают переживание по поводу наличия дефекта, что приводит к

постоянному ощущению собственной неполноценности, наблюдается страх перед речью и людьми (В.И. Селиверстов) [5].

Фиксированность является одним из ведущих факторов, которые усложняют структуру дефекта и эффективность его преодоления. Также наблюдается прямая зависимость фиксированности на дефекте от возраста детей (или стажа заикания), что объясняется наличием неблагоприятных факторов окружающей среды, совершенствованием и усложнением психической деятельности в связи с формированием личности детей. Осознание дефекта речи, неудачные попытки преодолеть или замаскировать его порождают у детей, страдающих заиканием, такие психологические особенности, как уязвимость, беззащитность, робость, внушаемость и другие, которые препятствуют их коммуникации и социализации (В.В. Крахалев) [4].

Заикание, которое возникает у детей дошкольного возраста, может наблюдаться в течение нескольких часов или нескольких месяцев, а затем исчезать либо спонтанно, либо под воздействием коррекционной работы. В соответствии с этим, выделяются несколько типов течения такого расстройства.

1. Регрессирующий тип – заикание, которое характеризуется постепенным исчезновением всех симптоматических проявлений. Данный тип является благоприятным, поскольку ослабляется тяжесть заикания, уменьшаются сопутствующие движения.

2. Стационарный тип – заикание, протекающее стабильно и монотонно, то есть его выраженность не претерпевает изменений.

3. Рецидивирующий тип – тип течения заикания, при котором наблюдается поочередная смена периода плавной речи и периода собственно заикания.

4. Волнообразный тип – периодические колебания различной длительности в сторону то улучшения, то ухудшения речевой деятельности, которые не приводят к полному отсутствию заикания.

5. Прогрессирующий тип – заикание, характеризующееся постепенным усилением выраженности, усложнением симптомов и ухудшением состояния заикающегося (Е.Ф. Архипова) [1].

С учетом причинной обусловленности М.И. Буянов и Б.З. Драпкин выделяют невротическую, неврозоподобную и смешанную формы заикания [7]. На основании данной классификации нами была разработана таблица со сравнительной характеристикой невротического и неврозоподобного заикания (см. табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика невротического и неврозоподобного заикания

<i>Параметр</i>	<i>Невротическое заикание</i>	<i>Неврозоподобное заикание</i>	<i>Смешанное заикание</i>
<i>Органическое поражение</i>	Отсутствует	Имеется	Имеется
<i>Темп речи</i>	Различный	Тахилалия	Тахилалия
<i>Особенности интеллекта</i>	Сохранен	Может быть снижен	Может быть снижен
<i>Особенности психологического статуса</i>	Повышенная возбудимость, активность, эмоциональная неустойчивость, нарушения сна даже до появления заикания	Повышенная истощаемость, утомляемость при физической и интеллектуальной нагрузке	Непостоянные проявления, носящие волнообразный характер
<i>Особенности моторной сферы</i>	Без выраженных особенностей	Неуклюжесть, нарушения координации движений ног и рук, тонкой моторики, скованность и однообразие движений	Развивается с задержкой
<i>Особенности возникновения заикания</i>	После психотравмирующих ситуаций в любом возрасте, однако зачастую в возрасте 3–7 лет	Развивается постепенно, не зависит от внешних условий. Часто проявляется при произношении первых слов	Развивается в период становления речи. Невротические наслоения появляются в 12–15 лет
<i>Особенности речевого онтогенеза</i>	Темп развития речи ускорен. Первые слова появляются к 10 месяцам, фразовая речь – 1,5 годам	Задержка речевого развития. Первые слова появляются к 1,5 годам, элементарная фразовая речь – к 3 годам	Задержка речевого развития
<i>Особенности формирования сторон речи</i>	Часто отмечается «смазанность» речи. Звуко-произносительная сторона речи норму не опережает.	Нарушения произношения отдельных звуков. Медленное накопление словарного запаса	Более или менее выражена фиксированность на трудно

	Дети недоговаривают окончания слов и предложений, пропускают некоторые слова и предлоги		артикулируемых звуках
<i>Наличие логофобии</i>	Имеется	Отсутствует	Появляется по мере развития невротических наслоений. Чаще, в пубертатном периоде
<i>Течение заикания</i>	Волнообразное. Выраженность зависит от степени психотравмирующих ситуаций	Относительно постоянное. Имеются периоды ухудшения, которые зависят от степени переутомления, речевой нагрузки, соматического состояния	Волнообразное. Зависит от психофизиологического состояния
<i>Мотивация в коррекции</i>	Чаще всего высокая, иногда чрезмерная	Резко снижена	Недостаточна

Таблица свидетельствует о существенных различиях между невротическим и неврозоподобным заиканием. Разделение данного речевого расстройства на формы является неврологической составляющей, однако эти знания необходимы учителю-логопеду для уточнения его клинической формы и понимания сложности структуры дефекта.

Таким образом, заикание является достаточно сложным расстройством с множественными проявлениями симптомов. Исходя из вышеизложенной информации, при заикании первичной структурой дефекта является нарушение темпоритмической организации речи, обусловленной судорожным состоянием мышц артикуляционного аппарата, вторичной – общая психомоторная дисфункция. Третичной же структурой нарушения являются трудности в коммуникации и адаптации к изменяющимся условиям среды, логофобические проявления, а также фиксированность на дефекте. Грамотный подход учителя-логопеда к заиканию с учетом его феноменологии позволит выстроить индивидуальный образовательный маршрут и оказать эффективную коррекционно-развивающую по-

мощь. Ранняя диагностика заикания и профилактическая психолого-медико-педагогическая помощь ребенку может остановить прогрессирование данного нарушения.

Список литературы

1. Архипова Е.Ф. Если ребенок заикается // СДО. – 2016. – №6 (68). – С. 62–67.
2. Буздыган Е.О. Особенности речи у заикающихся детей / Е.О. Буздыган, И.И. Борганова // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2016. – С. 95–103.
3. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации. – М.: Минздрав РФ, 2015.
4. Крахалев В.В. Заикание как расстройство эмоциональной сферы личности // Вестник Московского университета МВД России. – 2018. – №1. – С. 245–250.
5. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Владос, 1997. – 400 с.
6. Прокопьяк Я.А. Речевой онтогенез у детей с заиканием / Я.А. Прокопьяк, З.В. Поливара // Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза: материалы межрегиональной научно-практической конференции студентов, аспирантов, магистрантов и слушателей / Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2011. – С. 196–198.
7. Филатова Ю.О. Речевые и моторные ритмические процессы и модель их развития у детей с нарушениями речи: дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.03 / Филатова Юлия Олеговна; [Место защиты: Моск. пед. гос. ун-т]. – М., 2014. – 310 с.