

## Коррекционная психолого-педагогическая работа при заикании

По определению, данному в приказе МЗ № 311 от 6 августа 1999 г. « Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» ,заикание является дискоординационным судорожным нарушением речи. Клинические проявления заикания сводятся к расстройствам плавности, слитности речи, темпо-ритмической организации. Они имеют форму специфических запинок, обусловленных судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Кроме того, для заикания важным является нарушение коммуникации, что приводит к психогенному изменению личности больного.

Заикание встречается у 2 - 4% лиц детского возраста, чаще страдают мальчики. Возникает **заикание** чаще в возрасте 2 - 5 лет, в период становления речи. В возникновении заикания играют роль экзогенные, эндогенные и социальные факторы. Определенную роль играет личностная предрасположенность.

Заикание может иметь как острое психогенно-реактивное, так и постепенное начало. Внешним **симптомом заикания** являются тонические, или клонические судороги, возникающие в органах речи больного. В зависимости от локализации судорог различают артикуляторную, голосовую и дыхательную **формы заикания**. При заикании могут иметь место насильственные движения чаще в области мышц лица. Затруднения в речевой моторике могут сопровождаться сопутствующими движениями (постукивание, подергивание головой, корпусом и т.д.). Отмечается общее напряжение, скованность движений, двигательное беспокойство т.п. В дальнейшем у **заикающихся** формируются психические особенности, проявляющиеся в страхе речи, сложностях общения, патологической фиксации на речевом дефекте.

Страх речи, как правило, не зависит от тяжести **заикания**, а является индивидуальной патологической эмоциональной реакцией пациента на **дефект речи**. Фиксированность на дефекте является одним из основных факторов, усиливающим его.

Различают три степени тяжести: легкую, среднюю, тяжелую, или, как вариант, легкую, умеренную и высокую. **Степень тяжести заикания** оценивается не только по степени проявления речевого дефекта, но и в зависимости от степени выраженности страха речи, фиксации на дефекте, приводящих к нарушению коммуникативной **функции речи** и социальной адаптации. По течению заикания выделяют: постепенное, волнообразное, рецидивирующее.

## Условия лечения

Лечение детей с заиканием может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара, в логопедических группах специализированного детского сада или санатория, реже - в условиях стационара.

Перечень необходимых обследований:

- расширенное логопедическое обследование;
- осмотр психиатра;
- психотерапевтическая беседа;
- обследование психолога;
- обследование невролога.

Дополнительно:

- консультация педиатра;
- сурдолога;
- ЭЭГ;
- Эхо-ЭГ;
- аудиограмма.

Лечебные мероприятия зависят от степени тяжести дефекта и наличия логофобии.

## Принципы терапии

Комплексные мероприятия включают совместные **логопедические**, психотерапевтические, музыкально-ритмические занятия, лечебно-медикаментозные мероприятия, работу с родителями.

Показания к индивидуальным **логопедическим занятиям** являются:

- заикание у детей до 4-х лет;
- заикание средней и высокой степени тяжести;
- заикание любой степени, но с выраженной логофобией и фиксацией на дефекте.

Индивидуальный логопедический курс ориентировочно рассчитан на 45 занятий. В последующем возможен поддерживающий курс до 30 индивидуальных занятий или курс групповых логопедических занятий.

Рекомендован курс логоритмических занятий.

Индивидуальные логопедические занятия предполагают обязательное медицинское наблюдение (1 - 5 раз за курс), психотерапевтические занятия с родителями (1 - 5 за курс).

Наряду с индивидуальным эффективным является и групповой метод лечения.

Показаниями к групповым занятиям являются:

- частичная компенсация речевого дефекта на индивидуальных занятиях;
- заикание средней, легкой степени у детей старше 4-х лет, не имеющих противопоказания для занятий в группе.

Число детей в группах:

- 4 - 6 лет - до 6 детей;
- 7 - 10 лет - до 7 - 8 детей;
- 10 - 13 лет - до 10 детей.

Комплексная реабилитация включает:

1. Групповые **логопедические занятия** по специально разработанным программам. Курс - 30 - 45 занятий.
2. Логоритмические занятия, целью которых является развитие ритмической организации речи и движений. Курс - 20 - 30 занятий.
3. Психологические занятия, направленные на развитие социальной адаптации у детей и подростков. Курс - 20 - 30 занятий.
4. Психотерапевтические занятия с родителями и детьми, целью которых является формирование здоровой личности ребенка. Курс - от 5 до 30 занятий.
5. У детей с 10 лет используется метод групповой релаксации. Курс - 10 - 20 занятий.

Лечебные мероприятия включают следующие моменты:

- медикаментозное лечение, которое проводится дифференцированно и включает общеукрепляющую, седативную и посиндромную терапию;
- физиотерапевтические процедуры - электрофорез, электросон и т.п.;
- массаж, ЛФК;
- общегигиенические рекомендации и мероприятия - правильный режим, нормализация дневного и ночного сна и т.п., организация охранительного режима.

Методы групповой психотерапевтической и психокоррекционной работы отличаются значительным разнообразием. Психологическая коррекция направлена на все основные стороны личности **заикающегося** - познавательную, эмоциональную, поведенческую. Важным моментом в лечении заикания является работа психиатра, психотерапевта, психолога, особенно в форме семейной психотерапии. Показания и курс семейной психотерапии определяет специалист.

Длительность лечения

Срок ведения больного варьируется. Целесообразно после основного курса - амбулаторного и стационарного (4 - 8 недель), проведение поддерживающего курса или амбулаторное (катамнестическое) наблюдение 3 раза в год, которое включает в себя осмотр логопеда, психолога, психиатра, чаще при самостоятельном к ним обращении.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение речевого статуса, расширение коммуникативных возможностей, ликвидация признаков девиации личности, расширение адаптационных возможностей.

Напомним, что заикание – это дискоординационное расстройство речи. Внешне оно проявляется в судорожных нарушениях речевого ритма, связанных с

предшествующими и одновременными болезненными неврологическими и психическими изменениями, особенно в эмоционально-волевой сфере.

Условно различают три степени заикания (по К. Кондову и В. Иванову, Болгария):

- легкая степень – **заикание** возникает в возбужденном состоянии и при стремлении к быстрому высказыванию;
- умеренная (средняя) степень – в спокойном состоянии и в привычной обстановке заикание, как правило, проявляется мало, в эмоциональном состоянии – усиливается;
- высокая (тяжелая) степень – заикание отмечается в течение всей речи, постоянно, с сопутствующими движениями.

При клинико-психологическом исследовании В.М. Шкловским установлено, что заикание, ведущее к расстройству коммуникативного процесса, обуславливает нарушение системы отношений личности. Это способствует формированию таких черт в характере заикающегося, как повышенная тревожность, сензитивность, эмоциональная лабильность, чувство ущемленности, ущербности, неуверенность в себе, пониженная самооценка, и др., которые, в свою очередь, приводят к еще большей дезорганизации системы отношений личности. На основании результатов клинико-экспериментального исследования предложена классификация **больных с заиканием**.

Учитывая степень заикания, а также клинико-психологическую характеристику заикающихся, можно выделить три основных группы (В.М. Шкловский, Б.Д. Карвасарский).

Первая группа. Заикающиеся отличаются незначительно выраженным невротическим компонентом независимо от степени, формы заикания и типа судорог. При возникновении страха речи больные в состоянии его преодолеть самостоятельно. В структуре личности таких больных не отмечается стойких патологических отклонений. По характеру они достаточно активны, общительны. Отсутствует невротическая переработка имеющегося **дефекта речи**. Речевой дефект не мешает становлению личности как таковому.

Вторая группа. Для больных второй группы характерны значительные эмоциональные расстройства. У них обнаруживается интенсивный **страх речи**, который они не всегда могут преодолеть, несмотря на стремление к этому. Заикание особо выражено в ситуациях, требующих активного речевого общения (ответы на уроках, экзаменах; выступление на собрании; разговор с незнакомыми людьми, по телефону и т.д.), что свидетельствует об избирательном характере нарушения отношений личности. У заикающихся данной группы проявляются следующие характерологические особенности: повышенная впечатлительность, сензитивность, резкие колебания настроения, неуверенность в себе, а

следовательно, и низкая самооценка. Для этих больных характерны значительные эмоциональные расстройства; у них обнаруживается интенсивный страх речи, который они не всегда и не везде могут преодолеть, несмотря на стремление к этому. Это, свою очередь, неблагоприятно отражается на становлении общественно-личностных отношений. На этом фоне у заикающихся возникают трудности реализации своих способностей, актуализации себя в общественной и личной жизни.

В третьей группе тяжесть заболевания в значительной степени определяется выраженностью эмоциональных нарушений. По данным клинико-психологических исследований, в структуре личности больных отмечаются стойкие патологические отклонения. У больных этой группы оказывается дезорганизованной вся система личностных отношений и поведения, резко выражено чувство собственной неполноценности, непреодолимый страх, неуверенность в своих силах, тревожная мнительность, которая часто неадекватна по отношению к имеющемуся или практически отсутствующему дефекту речи. Возникают значительные трудности при получении образования, существенно нарушается трудовая деятельность и исключается всякая возможность общественной деятельности. Так появляются нарушения в системе межличностных отношений, препятствующие социальной адаптации.

Данная классификация помогает прогнозировать работу специалистов с той или иной подгруппой. Можно предположить, что рецидивы болезни чаще будут возникать у пациентов второй, а еще чаще – у пациентов третьей группы.

Предложенная клинико-патогенетическая классификация больных показала, что чем в большей мере в картине **заикания** отмечается взаимосвязь собственно речевых и личностных нарушений, тем более существенную роль в системе лечения заикания и профилактики рецидивов играет патогенетически обоснованная психотерапия. При отсутствии выраженных личностно-невротических расстройств возрастает роль логопедии и суггестивных методов психотерапии. По мнению многих специалистов (Ф. Штоккерт, Ю.А. Флоренская, Н.П. Тяпугин, Э. Фрешельс, В.М. Шкловский), при **лечении заикания** необходимо комплексное медицинское и психолого-педагогическое воздействие с участием в работе логопеда, психотерапевта и невропатолога. Разработанная и внедренная в практику В.М. Шкловским комплексная система логотерапии при заикании включает в себя логопедические занятия и различные виды психотерапии.