

Шевцова Е.Е. Преодоление рецидивов заикания. - М.: В.Секачев, 2005 - 128 с.

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ

Часть I. Представление о заикании

Часть II. Методы преодоления рецидивов заикания

Часть III. Коррекционная психолого- педагогическая работа при заикании

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРЕДИСЛОВИЕ

...А душа, — уж это точно,
Ежели обожжена:
Справедливей, милосерднее и
Праведней она...

Б. Окуджава

Заикание... Это, пожалуй, самый загадочный и мучительный недуг, известный человечеству. Речь заикающихся — это трудный, мучительный монолог, лишенный интонационной и мелодической выразительности. «Говорю — как будто глыбы ворочаю», — говорил один пациент.

Заиканием страдали Демосфен, Аристотель, Эзоп, пророк Моисей, Вергилий. Практически все врачи, которые исследовали проблему заикания в XIX веке, сами заикались — Кленке и Коэн, Вуазен и Беккерель, Меркель и Шуль-тесс, Эрве-де-Шегуан и Сикорский.

Известный журналист, страдающий заиканием, отмечал в своем дневнике, что, по-видимому, ни один физический недостаток не приводит к развитию такого комплекса неполноценности, как заикание. По его мнению, заикающийся испытывает отвращение к себе с утра до вечера. Венец творения человеческой природы — речевая функция. Именно через речь осуществляется *взаимодействие людей*. Только человек обладает счастливой возможностью рассказать о своих чувствах, поделиться мыслями, передать интересную информацию, прочитать стихотворение... В результате такого взаимодействия, когда возникает *обратная связь* и ощущение комфорта от общения, мы испытываем чувство сопричастности, сопереживания, взаимного понимания, наконец.

Заикающимся незнакомо чувство счастливого взаимодействия в процессе речевого общения. К специалистам обращаются уставшие, измученные люди, которые не смогли реализовать свои творческие возможности и способности, у которых не сложилась личная и профессиональная жизнь. Многие жалуются на отсутствие круга общения, на чувство одиночества, несбывшиеся надежды, неосуществленные желания, хотя это не всегда объективно обосновано. Характерна некоторая драматизация жизненных ситуаций.

В наше сложное и противоречивое время больше стало бестактных, озлобленных людей, которых раздражают члены общества, не вписывающиеся в обывательскую схему представлений о человеке. Нетерпимость к человеческой беде передается и детям. Постоянные насмешки и презрение вызывают любые физические недостатки: не только заикание, но и излишняя полнота, косоглазие, сутулость, «заячья губа» и т.д., в которых человек неповинен. В результате в большинстве случаев формируются комплексы ущербности, ущемленности. Травмирующее

влияние имеет постоянное недовольство собой, чувство стыда, формируется пониженная самооценка. Вот почему так важно своевременно оказать грамотную помощь и поддержку заикающемуся ребенку или подростку, который только начинает свой самостоятельный жизненный путь, и когда фиксация на речевом дефекте еще не носит патологического характера.

Конечно, в основе заикания — судорожное расстройство речи. Преодоление нарушений темпо-ритмической организации речи во многом поможет заикающемуся обрести уверенность в себе, повысит самооценку, вернет счастье общения. Но личностные невротические нарушения, особенно у подростков и взрослых, уже имеют глубокие корни, поэтому заикание рецидивирует, возвращается. Лишь умелое использование психотерапевтических и психологических знаний, воспитание правильной мотивационной установки поможет логопеду вырвать заикающегося из «порочной спирали» недуга. В течение долгих лет я переписываюсь, встречаюсь, разговариваю по телефону со многими бывшими пациентами. Общение с ними представляет большой психологический, познавательный, профессиональный интерес. Правильно выбранная интонация, отзывчивость, слово поддержки — вот что нужно каждому, особенно в минуты душевных и физических страданий, промахов, неудач, невезения. Голландский врач Ван Рипер считал, что заикающимся поддерживающая терапия нужна в течение всей жизни.

За десять лет работы в отделении логоневрозов среди обратившихся за помощью были люди разного возраста и рода занятий: школьники, студенты, военнослужащие, рабочие, крестьяне, врачи, юристы, журналисты, актеры, архитекторы, художники, инженеры, домашние хозяйки, священники, ученые... Сотни характеров, бесконечное число специальностей, хитросплетение человеческих судеб — и одна общая проблема: ЗАИКАНИЕ, а значит, ранимость, уязвимость, истонченное, болезненное восприятие многих жизненных ситуаций, психологическая незащищенность.

Логопед, который помогает заикающимся детям, подросткам, взрослым преодолевать речевые трудности, должен быть одновременно и *психотерапевтом*. Способность к сопереживающему пониманию, гибкость, пластичность эмоций, чуткость, отзывчивость, чувство такта, разумная требовательность, широкая эрудиция, доброта, человеческая глубина, увлеченность, «захваченность» творческим процессом преодоления, — вот та личностная палитра, которая необходима любому специалисту, приближающемуся к проблеме заикания.

Часть I. Представление о заикании

«Заикание — болезнь личности, неспособной подчинить своей воле собственную, судорожно расстроенную функцию речи и... лишенной правильной ориентировки в понимании как своего недуга, так и условий

своего существования в окружающей социальной среде. На этом основании задача... лечения и будет состоять в том, чтобы вполне перевоспитать личность пациента и восстановить в ней утраченное спокойствие, смелость, уверенность, устранить угнетающие эмоции страха...»

Н. Г. Неткачев

Трудности решения проблемы заикания в значительной степени связаны с многочисленными причинами, обуславливающими его возникновение. Эти трудности объясняются сочетанием при заикании как собственно речевых нарушений различной степени выраженности, так и участием в генезисе заболевания и в клинической картине психологических факторов, во многом определяющих его течение, компенсацию и декомпенсацию.

Лица, страдающие заиканием, лишены возможности нормального речевого общения с окружающими, заикание является серьезным препятствием для выполнения производственных обязанностей, получения образования, устройства личной жизни. Постоянные затруднения в речи травмируют больных, вызывают невротические реакции. Кроме того, оно является причиной освобождения от службы в рядах армии большой группы физически здоровых молодых людей. Заикание обычно возникает в раннем детстве в периоде формирования и развития фразовой речи. Его причинами часто могут быть испуг, перенапряжение речевой функции, как правило, чаще у детей (психотравма с органическим поражением центральной нервной системы). Недостаточность ЦНС может развиваться в результате неблагоприятно протекавшей беременности, тяжелых родов, частых болезней, травм головного мозга в раннем детстве. Следует учитывать также роль наследственной предрасположенности.

На протяжении многих лет заикание рассматривалось как изолированный вид патологии, выражающийся в дефекте экспрессивной речи. Тем не менее уже в начале XIX века в работах Р. Шультесса (1830) было показано, какое большое место в клинике заикания занимают невротические реакции. Именно тогда впервые было подчеркнуто, что одним из существенных проявлений заикания является страх речи.

Впервые значимость психологической стороны в клинике речевой патологии было изучено Липманном (1903) и подробно развито Г. Д. Неткачевым (1909), который сформулировал новую систему лечения заикания и назвал ее «новым психологическим методом лечения заикания».

Фрешельс (1924) наиболее широко развил и разработал психологическое направление в изучении заикания. Прежде всего, это направление определялось тем, что подчеркивалась неразрывная связь самого дефекта речи (заикания) и личности заикающегося. Связь эта характеризовалась ведущим влиянием заикания на характер развития личности заикающегося, деформацией общения и, как следствие этого — дисгармоническим развитием личности. Заикание, его течение в периоды обострения начинает зависеть от личностных особенностей заикающегося.

Индивидуально-психологический метод лечения заикания с большим акцентом на психологический механизм речи принадлежит Г. Д. Неткачеву (1909). Выступая против дидактического метода, он использовал «метод психологического лечения заикания». Он считал, что «речь представляет синтез всех элементов и выражается всегда цельным психологическим процессом — думать и говорить». Поэтому требуется лечить самого заикающегося, а не его речь.

Развитие науки в начале XX века в области психологии, физиологии, медицины во многом повлияло на изменение направлений исследования заикания и характер его лечения. Если до этого периода любой физический недостаток рассматривался как биологическая проблема, то теперь это стало проблемой социальной.

Л. С. Выготский (1924) писал, что «всякий телесный недостаток,, не только изменяет отношение человека к миру, но прежде всего сказывается на отношениях с людьми». Дефект «реализуется как социальная ненормальность поведения», изменяет «социальную установку в среде». Поэтому изменился и характер терапии заикания: индивидуальная работа стала дополняться коллективными занятиями (И. И. Тартаковский, 1934; Н. Н. Тяпугин, 1949).

Пропагандируя коллективно-психологический метод, основанный на «принципах самолечения» с решающим влиянием коллективной психотерапии, И. И. Тартаковский подчеркивал, что осанка, походка, мимика и жесты (то есть невербальные средства общения) существенно влияют на речь. Особая ценность этого метода заключалась в повышении активности заикающихся, в выработке у них коллективной целеустремленности к преодолению речевых трудностей, дисциплины в работе над речью, коррекции своего поведения в целом.

В. А. Гиляровский (1932) придавал большое значение влиянию коллектива, его благоприятному воздействию, «взаимной индукции в специально подобранном и хорошо организованном коллективе».

Понимание заикания как функционального расстройства в свете учения И. П. Павлова о неврозах более остро поставило проблему профилактики.

Несмотря на то, что в то время уже были работы, рассматривающие заикание, как речевое нарушение, свойственное детскому возрасту, традиционный взгляд оставался прежним: заикание у детей — это временный физиологический момент, который может пройти самостоятельно, когда речевая функция будет полностью сформирована. В. А. Гиляровский первый предложил лечить заикание через перевоспитание личности заикающегося ребенка. Конкретным примером служил комплексный метод, разработанный совместно с Н. А. Власовой (1932). Были разработаны логопедические приемы работы с заикающимися детьми, включающие занятия по многостороннему развитию личности ребенка, его мышления, памяти, внимания, общего речевого развития и моторики.

Начиная с середины 60-х годов XX века в логопедии утвердился взгляд на заикание, как на нарушение коммуникативной функции речи (Р. Е. Левина, Н. А. Чевелева, А. В. Ястребова, С. А. Смирнова, И. Ю. Абелева и др.). Исследования заикающихся детей (Р. Е. Левина, 1963, 1968; Н. А. Чевелева, 1978) показали, что заикание у младших дошкольников проявляется в большей степени в моменты развития интенсивного непосредственного речевого общения с окружающими. Это позволяет сделать вывод о том, что «заикание возникает при переходе ребенка к развернутой, самостоятельной речи, отражает затруднения в формировании коммуникативной ее функции» (Р. Е. Левина, 1963).

Исследование детей в возрасте четырех-семи лет (Волкова, 1982, 1983) выявляет несформированность у них навыков коллективного общения, определенное недоразвитие поведения. Особенно выделяется снижение игровой активности. Уже в этом возрасте у заикающихся детей фиксируется потребность выполнять второстепенные роли. Подражательность, характерная для дошкольников, у заикающихся детей развита недостаточно. Обращает на себя внимание неполное повторение, искажение, излишняя детализация, изменение порядка действий. Подобные характеристики без коррекционного воздействия на заикающихся детей могут сохраниться и даже усугубиться в школьном возрасте.

Так, основным моментом в характеристике личности заикающихся детей Г. Г. Рождественская (1960) выделяет «синдром школьной дезадаптации», который начинает формироваться в пятых-девятых классах. Так как в подростковом возрасте появляется более ясное осознание своего речевого дефекта, нарушение коммуникативного поведения у подростка становится более заметным. Трудности в общении заикающегося подростка отрицательно влияют на процесс формирования его личности.

Таким образом, исследования заикающихся детей и подростков дают возможность выделить три основных фактора, влияющих на неправильное формирование личности заикающегося: характер переживания речевого дефекта; состояние познавательных процессов, обусловленное невротической или органической симптоматикой; внешние социальные условия развития ребенка, сформировавшие уровень его собственной активности.

В исследованиях интеллектуальных возможностей взрослых заикающихся представлены довольно противоречивые данные. Некоторые авторы считают, что заикающиеся по интеллекту мало чем отличаются от средней статистической нормы, а в ряде случаев их показатели даже выше (В. М. Шкловский, 1973). Вместе с тем, специальные исследования зарубежных авторов, направленные на отдельные познавательные процессы, такие как память, внимание, восприятие и др., в ряде случаев выявляют определенные нарушения. Взрослым заикающимся присуще нарушение восприятия информации при чтении (Martin, Starr, 1963), наличие слуховой и зрительной невосприимчивости (Froeschels, Rieber, 1963). Заикающиеся значительно

медленнее реагируют на звуковые команды (Martin, Adams, Haydeni, 1976) и испытывают трудности при решении слуховых задач (Manning, Rienchl, 1976). Интересен тот факт, что при нормализации речи у заикающихся эффекта невосприимчивости не отмечалось. Сторонники перцептивного дефекта (Mysak, 1960, Yates, 1963, Timmons, Boudeau, 1972) выявили у заикающихся нарушения обратной слуховой связи, причиной которой многие авторы считали наличие у заикающихся психического напряжения. Особо выделялись нарушения внимания как функции контроля и организации речевой деятельности (Hoeptner, Martin, Starr, 1963). Эти нарушения прежде всего проявлялись в «синтаксической дезорганизации» и в неспособности организовать беседу (Starr, 1963, Dugas, Soulas, 1970). Трудности восприятия любой информации у заикающихся зарубежные авторы рассматривают с точки зрения психологии и объясняют (Rieber, 1965, Silverman, 1980) недостаточностью свободы выражения и скованностью, которые являются проявлением более глубоких стремлений, в частности — бегством от свободы и легкости общения с окружающими. Избегание личной ответственности, понимаемой как характеристика определенной свободы и контроля за собой, своим поведением, приводит к вере в «магическое слово» и определяет в конечном счете пассивность заикающихся. Е. Lenon (1962) отмечал повышенную возбудимость заикающихся, их нетерпимость к критике. Вследствие неправильных оценок у них формируется чувство собственной неполноценности, которое особенно ярко проявляется в подростковом возрасте. Исследуя волевые процессы у заикающихся, Г. И. Ангушев (1971) старался дать им более глубокую характеристику. Так, он отмечал, что особенности воли заикающихся проявляются в непостоянстве, отсутствии законченности действий, недостаточной плавности и быстроте координации по сравнению с незаикающимися. В то же время двигательная импульсивность, устойчивость к преодолению препятствий и интерес к подробностям более свойственны заикающимся, чем незаикающимся.

В работах психолога В. А. Калягина (1983) еще раз подтверждается, что у взрослых заикающихся имеются определенные нарушения познавательных процессов. Выявляются замедление темпа сенсомоторных реакций, снижение объема внимания и процесса запоминания на фоне органических поражений

ЦНС. У большинства заикающихся выявляется невротическая симптоматика: повышение невротизма, психастении, тревожности, но при этом эмоциональное состояние не отличается от нормы. Особенности личности заикающихся часто исследуют с помощью различных опросников (Б. К. Осокин, 1973; И. В. Блейхер, 1976; И. Ю. Лавкай, А. Ф. Чернопольская, 1976), и как основная характеристика выступает повышение показателя невротизма. Но при этом имеются работы, указывающие на необходимость качественной оценки тревожности каждого отдельного пациента (В. А. Калягин, 1983).

В работах В. М. Шкловского и А. Б. Хавина (1973, 1980) основной акцент делается на том, что для заикающихся характерно снижение стрессовой

толерантности к речевому дефекту. В. М. Шкловский проводит прямую зависимость между общей тревожностью и страхом речи.

Затруднения речевого контакта приводят к поискам форм компенсации (Б. К. Осокин, 1971), которые не всегда бывают адекватными. Чаще они ведут к снижению речевой самостоятельности, нарастанию пассивности; потребности в помощи окружающих. Согласно исследованиям Б. К. Осокина, высокий уровень зависимости коррелирует с тяжестью заикания.

Особенности личности исследовались многими зарубежными авторами, которые отмечали у них эмоциональную неустойчивость, снижение социальной адаптации (Wilson, 1951, Sergeant., 1962, Santostefano, 1980). Каждый искал причины выявленным фактам в тех теоретических посылах, которые являлись исходными для его исследования. Так, Barry (1976), Silverman (1980) выделяли значение установки, Н. Н. Станишевская (1984) выдвинула гипотезу о существовании особой формы дезорганизации личности у взрослых заикающихся, в основе которой лежат нарушения мотивационной сферы.

А. Н. Леонтьев (1969), рассматривая различные проблемы теории речевой деятельности, отмечал, что «в экспрессивной функции эквивалентом языка являются различные паралингвистические построения, то есть выразительные движения — мимика, жестикуляция». Он подчеркивал, что обычно эти паралингвистические стороны речевого поведения усваиваются главным образом в процессе речевой практики. Говоря о заикающихся, можно отметить, что в силу речевых затруднений они значительно сужают свою речевую практику, поэтому естественно, что уровень развития их паралингвистических возможностей невысок. Это находит подтверждение и в ряде исследований. Так, например, В. А. Ковшиков (1972), исследуя общую моторику и пантомимику взрослых заикающихся, получил данные, характеризующие невыразительность поз и мимики, а также отсутствие направленности и устойчивости взгляда более чем у 80% обследованных больных.

Таким образом, выявленные нарушения личности взрослых заикающихся, приводящие к изменению характера общения, придающие ему иной смысл и содержание, усугубляются своеобразными нарушениями познавательных процессов: памяти, внимания, мыслительных процессов, работоспособности. Слуховая и зрительная невосприимчивость заикающихся, трудности слуховой обратной связи, а также более медленное реагирование на слуховые задачи деформируют воспринимаемую информацию, что приводит к неверному планированию поведения и в значительной мере затрудняют полноценное общение. Немаловажным фактом является и уровень паралингвистических возможностей, недоразвитие которых во многом способствует трудностям восприятия речевого поведения заикающихся окружающими, его неправильной оценке.

Теоретический анализ проблемы заикания

Среди множества зарубежных концепций заикания выделяются представления, связанные с динамической психологией и бихевиоризмом.

С позиции неопрейдизма феномен нарушения речи типа заикания является внешним проявлением глубинных нарушений личности. Заикающиеся говорят так, «потому что у них есть потребность, которая лучше удовлетворяется через заикание, чем через нормальную речь» (I. Eisenson, 1975).

Широко распространены взгляды на заикание с точки зрения теории научения (H. Hill, 1944). В этом случае заикание понимается как форма поведения, обусловленная специфическим страхом и тревогой.

В отечественной литературе также отсутствует четкость в определении заикания. Часть авторов, начиная с И. А. Сикорского (1889), акцентирует внимание на семиологии заикания, подчеркивая характерные для него нарушения плавности и слитности речи. Другие авторы рассматривают заикание как симптом, переносят акцент на те болезни, при которых оно встречается. Отсюда, в частности, определение заикания как логоневроза.

Р. Е. Левина, рассматривая заикание как речевое недоразвитие, видит сущность его в преимущественном нарушении коммуникативной функции речи. По ее мнению, речевые затруднения зависят от многих условий: с одной стороны, от типа нервной системы, с другой — от разговорной среды, от общего и речевого режимов. Первые проявления заикания характеризуются напряженностью, сопровождающей еще непосильную умственную операцию поиска слов, грамматической формы, оборота речи.

У детей раннего возраста, по мнению некоторых авторов, механизм заикания целесообразно объяснять с позиций реактивного невроза и невроза развития. Заикание развития возникает в раннем возрасте на фоне задержанного «физиологического косноязычия» при переходе к сложным формам речи, к фразовой речи. Иногда оно является результатом речевого недоразвития разного генеза (Р. М. Боскис, Е. Пишон и Б. Мезони). Р. М. Боскис называет заикание заболеванием, «в основе которого лежат речевые затруднения, связанные с оформлением более или менее сложных высказываний, требующих для своего выражения фразы». Речевые затруднения могут вызываться задержками развития речи, переходом на другой язык, случаями патологического развития личности с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, необходимостью выразить сложную мысль.

Н. И. Жинкин с физиологических позиций анализа работы глотки находит, что феномен заикания может быть определен как нарушение непрерывности в отборе звуковых элементов при составлении разнометрического алгоритма слов, как нарушение авторегулировки в управлении речедвижениями на уровне слога.

В. М. Шкловский (1994) подчеркивает, что заикание является дискоординационным судорожным расстройством речи, возникающим в процессе общения по механизму системного речедвигательного невроза, и

клинически представлено первичными, собственно речевыми, то есть нейромоторными расстройствами, и вторичными, невротическими, нарушениями, которые у взрослых часто становятся доминирующими. Во многих случаях заикание возникает на органическом фоне в виде церебральной дефицитарности различного генеза. Внешние проявления заикания сводятся к нарушениям речевого ритма, темпа, расстройствам плавности, слитности.

Механизмы заикания

Проблема заикания занимает умы не одного поколения людей, отражением этого являются многочисленные теории, претендующие на выяснение механизмов заикания.

Большинство отечественных ученых относит заикание к неврозам. При этом одни исследователи склонны рассматривать заикание как симптом невроза (Ю. А. Флоренская, Ю. А. Поворинский), другие — как особую форму будущего невроза (В. А. Гиляровский, М. Е. Хватцев, С. С. Ляпидевский Н. И. Жинкин и др.).

Патогенез заикания, условно обозначаемого как органическое, близок к механизму подкорковых дизартрии. Он состоит в нарушении координации процессов дыхания, голосообразования и артикуляции. Такое заикание можно обозначить как дизритмическую дизартрию.

По мнению Н. И. Жинкина, М. Зеймана, В. М. Шкловского механизм заикания представляет собой случай специфической патологической формы срыва индукционных отношений между корой головного мозга и подкорковыми структурами.

В силу создавшихся условий, при которых нарушается нормальная регуляция коры, имеют место отрицательные сдвиги в деятельности стриопаллидарной системы.

Стриопаллидарная система находится в подкорковой области, в толще белого вещества больших полушарий головного мозга. Она представляет собой скопление серого вещества, образующее базальные ядра. С развитием головного мозга стриопаллидарная система перешла в подчинение к коре головного мозга. Она обеспечивает фон «предуготовленности» к совершению движения; на этом фоне осуществляются контролируемые корой головного мозга быстрые, точные, строго дифференцируемые движения.

Для совершения движения необходимо, чтобы одни мышцы сокращались, а другие расслаблялись. Иными словами, необходимо точное и согласованное перераспределение мышечного тонуса. Такое перераспределение тонуса мышц как раз и осуществляется стриопаллидарной системой. Совершенствование движений в процессе обучения приводит к их автоматизации, к формированию двигательных стереотипов.

Заикание является следствием динамических нарушений стриопаллидарного регулятора речи, вызванных сильными, резкими эмоциями или анатомо-патологическими повреждениями мозга. Если этот

регулятор блокируется, то в результате нарушается равновесие мышечного тонуса артикуляционных, голосовых и дыхательных мышц, что выражается в форме клонических повторений по типу тика или тонического спазма. При нарушениях стриопаллидарной системы возникает расстройство речевого автоматизма и повышается тонус мускулатуры речевого аппарата. Постепенно патологический рефлекс закрепляется в качестве условного рефлекса.

По мнению Т. Г. Визель, в некоторых случаях причина заикания заключается в ненормативном характере взаимодействий полушарий мозга, возникает межполушарный конфликт. В борьбу за приоритет вступают правополушарный способ говорения — ритмизированная речь — и левополушарный способ — неритмизированная, аperiodическая речь. У заикающихся каждое полушарие в отдельности функционирует нормально. Со стороны левого полушария не отмечается дефектов речевого развития. Правое полушарие также способно к ритмическим видам деятельности: к музыке, рисованию и т.д. Речь детей в просодическом отношении ритмически правильно организована и нюансирована. Функциональная состоятельность каждого полушария и приводит к конфликту в «борьбе за лидерство». Правое полушарие должно подчиниться смысловой программе левого, т.е. смысл должен стать доминантным, а ритм субдоминантным. «Соппротивление» правого полушария переходу на субдоминантное положение и является основным механизмом развивающегося в этих случаях заикания. Таким образом, причиной заикания является нарушение нормативных закономерностей полушарной материализации ритмического компонента просодии.

В настоящее время можно выделить две группы причин заикания — предрасполагающие и производящие или провоцирующие. При этом некоторые этиологические факторы могут как способствовать возникновению заикания, так и непосредственно вызывать его.

К *предрасполагающим причинам* относятся невропатическая отягощенность родителей; невропатические особенности самого заикающегося; наследственная отягощенность; физические заболевания с энцефалопатическими последствиями и внутриутробные и родовые травмы; повреждение подкорковых механизмов, регулирующих движения; истощение или переутомление нервной системы в результате инфекционных заболеваний.

Эти причины вызывают различные патологические сдвиги в соматической и психической сферах, приводят к задержке речевого развития, к речевым расстройствам и способствуют развитию заикания.

К *неблагоприятным условиям* относятся: физическая ослабленность детей; возрастные особенности деятельности мозга; ускоренное развитие речи; скрытая психическая ущемленность ребенка; повышенная реактивность на почве ненормальных отношений с окружающими;

недостаточность положительных эмоциональных контактов; недостаточность развития моторики, чувства ритма.

Достаточно какого-либо раздражителя из вышеперечисленных, чтобы вызвать нервный срыв и заикание.

В группе *провоцирующих (производящих) причин* выделяют:

- одномоментную психическую травму (испуг, страх);
- многоязычие или двуязычие в семье;
- ускоренный темп речи (тахилалия);
- нарушение произносительной стороны речи;
- подражание.

Существует несколько пиков проявления заикания, связанных с изменением социально значимой ситуации (поступление в школу, пубертатный период, принятие самостоятельных решений в юношеском возрасте). Таким образом, на возникновение заикания влияет не одна причина, а сложный комплекс условий.

Клиническая картина заикания

В последнее время заикание рассматривается не просто как нарушение речи, а выступает как своеобразный клинический синдром, встречающийся при широком спектре патологии — от чисто психогенных форм до грубых органических заболеваний головного мозга.

Б. Д. Карваеарский указывает, что у больных с неврозами астенические жалобы появляются гораздо чаще, чем у здоровых людей. Для астенического синдрома при заикании, как и при неврозах, типична следующая триада болезненных нарушений: собственно астения, вегетативные проявления и расстройство сна.

В клинической картине заикания нередко обращают на себя внимание нарушения, сопровождающиеся тягостными аффективными состояниями, чувством бессилия перед своими расстройствами.

Этой проблеме посвящены исследования ряда авторов, особое место среди которых занимают работы Г. Д. Неткачева по изучению внутренней картины болезни при заикании.

Навязчивые движения или действия могут встречаться самостоятельно, но часто входят в сложную структуру фобического синдрома и выступают в качестве ритуалов.

Нарушения темпа и ритма речи

Когда у некоторых людей от вялости или небрежности слова слипаются в одну бесформенную массу, я вспоминаю мух, попавших в мед, мне представляется осенняя слякоть и распутица, когда все сливается в тумане.

К. С. Станиславский

Среди различных речевых расстройств заикание можно рассматривать в ряду нарушений темпа и ритма речи.

Темп речи — это скорость протекания речи во времени, ее ускорение или замедление, обуславливающие степень артикуляционной напряженности и слуховой отчетливости. Темп относится к просодической стороне речи. Он может быть *быстрым*, скороговоркой, где слова выступают в редуцированной форме; *медленным*, когда наблюдается тягучая, монотонная, полная форма речи; *прерывистым*, когда речь разделяется на короткие, рубленые или не обоснованные по смыслу отрезки. Темп речи оказывает влияние на метрическую организацию речи, т.е. ритм. Ритм речи — это ее упорядоченность, закономерное расчленение временной последовательности на группы акцентов. Благоприятная скорость для субъективного ритмизирования, по наблюдениям Н. И. Жинкина, составляет от 100 до 200 ударов метронома в минуту (1 слог — 200 мл/сек или 0,2 сек.).

Брадилалия — патологически замедленная, но правильно координированная речь. Синоним — брадифразия. По мнению некоторых авторов, в патогенезе брадилалии большое значение имеет патологическое усиление тормозного процесса, который доминирует над процессом возбуждения.

Тахилалия — патологическое убыстрение темпа речи. Синоним — тахифразия. Тахилалия является стойким нарушением речи, имеющим тенденцию к рецидивам. Внешние проявления: расстройство речевого внимания; запинки; повторение, проглатывание и перестановки слогов или слов; аграмматизмы.

Батгпаризм или кляттеринг — патологически обусловленное убыстрение речи, при котором слова произносятся нечетко, не договариваются. Речевое дыхание нарушено. Все это делает речь неразборчивой. А. Куссмауль отмечал, что в этом случае у человека нет времени ясно разделить слова и звуки, он глотает слоги и даже целые слова в конце фразы, сами фразы заменяются бормотанием.

М. Е. Хватцев писал, что при этом расстройстве «слова... перепутываются и перемешиваются, проглатываются и не договариваются. Целый каскад звуков и слов произносится без передышки до полного истощения воздуха».

Полтерн — то же, что тахилалия, при резком возбуждении лиц, страдающих ею, то есть патологически убыстренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера.

М. Зеeman (1965) уравнивает термины «полтерн» и «тахилалия». Основным симптомом «тахилалии — полтерна» он считает внутрисловесное повторение, т.е. персеверации; вторичными и сопутствующими симптомами этого расстройства являются проглатывание и повторение слогов, нарушение общей и речевой моторики, психологические изменения.

Запинки, спотыкание, необоснованные паузы в словах и фразах, характеризующие прерывистый темп речи, по форме проявления могут выражаться:

- в повторении отдельных звуков или звукосочетаний;
- в прерывании речи необоснованным молчанием (паузы, остановки);

в трудном, с усилием произнесении одного или нескольких звуков. Прерывистый темп речи может быть обусловлен запинками судорожного и несудорожного характера. К запинкам судорожного характера можно отнести логоневроз и заикание, несудорожного — полтерн и физиологические итерации.

Итерации — запинки несудорожного характера.

М. Зеeman отмечает, что повторение часто наблюдается в детской речи. Если нет осложнения, это повторение проходит, как только речевые условные рефлексы ребенка укрепляются и он может с достаточной уверенностью выражать свои мысли посредством речи.

У детей с задержкой речевого развития нередко наблюдаются и запинки. Неумение сразу найти нужное слово, грамматически правильно построить фразу, ясно произнести тот или иной звук — все это может быть причиной необоснованных пауз, спотыкания, повторений.

Нейромоторные расстройства речи

Судорожные нейромоторные расстройства речи (речевые судороги) является типичным и обязательным симптомом заикания. Они различаются по форме, месту образования и частоте.

По форме речевые судороги могут быть клоническими (навязчивое повторение стереотипных речевых движений: «та-та-та-та-релка»), тоническими (сильное, длительное сковывание движений: «п..пила») и смешанными, когда одновременно встречаются тонические и клонические судороги («п...пет-ту-тух»).

Речевые судороги, их локализация

До настоящего времени общепризнано, что классическое описание речевых судорог при заикании представлено в монографии И. А. Сикорского «О заикании». Им выделено 16 форм различных речевых судорог в зависимости от их локализации.

1. Судороги дыхательного аппарата

Инспираторная судорога характеризуется внезапным резким вдохом, возникающим на разных этапах речевого высказывания, что приводит к необоснованной паузе.

Экспираторная судорога характеризуется внезапным резким выдохом в процессе речевого высказывания.

2. Судороги голосового аппарата

Судороги голосового аппарата возникают, как правило, при попытке произнесения гласного звука. Различают три основных вида судорог голосового аппарата.

Смыкательная голосовая судорога является тонической по типу, возникает внезапно, прекращая голосоподачу. Основным признаком этого вида судорог

является полное отсутствие звука. В легких случаях гласные произносятся «жестко», с твердой голосоподачей, как будто «выдавливаются».

Вокальная судорога возникает вследствие повышения тонуса голосовых мышц. По мнению Сикорского, наиболее часто эта форма встречается в инициальной стадии заикания у детей и может быть первым признаком начинающегося заикания, а также является предвестником будущих дыхательных и артикуляционных судорог.

Дрожащий или толчкообразный гортанный спазм. Речь прерывается, возникает дрожащий или прерывистый звук, напоминающий бление козы или полоскание горла, что сопровождается полным отсутствием артикуляции.

3. Судороги артикуляционного аппарата

Артикуляционные судороги разделяют на лицевые (губные, нижнечелюстные), язычные и судороги мягкого неба.

4. Лицевые судороги.

Смыкательная судорога губ проявляется в виде спазма круговой мышцы рта. При этой судороге нарушается произнесение губных звуков («п», «б», «м», «в», «ф»). В тяжелых случаях судорога нарушает и произнесение звуков, которые по локализации относятся к язычным («т», «д», «к»).

Верхнегубная судорога проявляется спазмом мышц, поднимающих верхнюю губу, а иногда и крылья носа.

Нижнегубная судорога аналогична верхнегубной. Поражает одну или две мышцы, опускающие угол рта.

Угловая судорога рта характеризуется резким оттягиванием угла рта справа или слева вместе с приподнятием его.

Судорожное раскрытие ротовой полости может протекать в двух вариантах: а) рот раскрывается широко с одновременным опусканием нижней челюсти; б) при сомкнутых челюстях резко обнажаются зубы.

Сложная судорога лица. По мнению Сикорского, не имеет самостоятельного значения, а представляет собой одно из проявлений выраженных в тяжелой степени различных лицевых судорог, включающих судороги лобных и ушных мышц.

5. Язычные судороги

Язычные судороги составляют еще одну группу судорог артикуляционного аппарата и наблюдаются, как правило, при произнесении звуков, в артикуляции которых принимает участие язык. Различают несколько видов судорог языка.

Судорога кончика языка является наиболее часто встречаемой среди артикуляторных судорог. Кончик языка упирается с напряжением в твердое небо, в результате чего артикуляция приостанавливается, выдох (а значит, и фонация) в этот момент прекращается, возникает необоснованная пауза.

Судорожный подъем корня языка выражается в насильственном подъеме корня языка вверх и оттягивании его назад. Эта судорога возникает при произнесении заднеязычных звуков («г», «к», «х»).

Изгоняющая судорога языка характеризуется выталкиванием языка наружу в пространство между зубами. Она может быть тонической и клонической.

Подъязычная судорога характеризуется опусканием нижней челюсти и открытием полости рта.

6. Судорога мягкого неба.

Данная судорога изолированно встречается крайне редко. Во время судороги мягкое небо то поднимается, то опускается, в результате чего вход в ротовую полость то открывается, то закрывается, что придает звукам назализованный оттенок. Внешне судорога выражается внезапной остановкой и повторением звуков, похожих на «пм-пм» или «тн-тн», «кн-кн» и т.п. в зависимости от положения языка и губ. Субъективные ощущения заикающихся выражаются в чувстве неприятного напряжения, саднения и сухости в носу.

Фазы развития заикания

Ребенок рождается с уготованным природой анатомо-физиологическим аппаратом, предназначенным для формирования речевых навыков. Если развитие речи и других высших психических функций не происходит в срок, то человек, как правило, остается неполноценным. В развитии наступают необратимые изменения, которые не удастся компенсировать.

Первые проявления речи младенца носят рефлекторный характер, они выражают его психическое состояние: ощущение голода, боли, дискомфорта — ребенок начинает кричать. При выражении положительных эмоций у ребенка возникает гуканье, гуление и лепет, которые сопровождаются соответствующей мимикой и жестикуляцией. Большое значение имеет развитие общей моторики.

С первых дней жизни ребенок готовит свой артикуляционный и голосовой аппарат к речи. Сначала звуки произносятся рефлекторно. Далее устанавливаются ассоциации, ребенок вслушивается в свою речь и в речь окружающих. Позже начинает развиваться имитационная речь, подражание окружающим, особенно речи кормящей матери.

К концу первого года у ребенка в запасе примерно 8-10 слов. На втором году происходит увеличение их числа. Ребенок учится оперировать ими, усложняет, пробует различные сочетания, накапливая словарный запас, овладевает фразой.

Где-то с двух лет расширяются социально-психологические связи ребенка, словарный запас возрастает. Речь становится более осознанной, целенаправленной, проявляются первые желания и потребности. Возрастает роль психологических факторов, но вербализовать свои желания в полной мере ребенок еще не может, так как словарный запас ограничен, а

стремление высказаться, объяснить, потребовать невероятно велико, особенно когда ребенок находится в возбужденном состоянии. Эмоции часто захлестывают его, он торопится, мысли (часто тени слов) бегут, они еще не оформлены в слова, слов не хватает, тогда ребенок начинает «захлебываться», волнуется, потому что его не понимают или резко одергивают, прерывают.

В этот начальный период формирования речи. Закладываются ее основы как функциональной системы. Спонтанные артикуляционные и языковые упражнения способствуют формированию и «автоматизации» центральных механизмов. Нарушение этого процесса вследствие различных причин (задержки речевого развития, стрессовые ситуации и т.д.) может привести к расстройству речи в виде нарушения темпа, ритма, плавности и слитности. Большое значение имеют личностные особенности ребенка, способ реагирования родителей и социально-психологические условия жизни.

Именно в период начального заикания специальная коррекционная работа является самой важной.

Если проанализировать становление процесса речи, то можно подойти к проблеме «первичного» и «вторичного» заикания, а также к фазам его развития.

Гуканье, гуление, лепетная речь, произнесение первых слов — это начальные этапы развития речи и языка. В процессе опробования различных вариантов артикуляции возникают различные сочетания звуков и слогов. Этот тренинг необходим для становления физиологических механизмов речи. Возможные срывы на этом пути определяются как первичное физиологическое заикание.

Вторичное заикание — формирование и хронизация речевого дефекта в виде истинного заикания, которое также имеет свою динамику.

Под влиянием эмоций, сопровождающих речь, нарушается дыхание. Постепенно появляются слова-уловки, «эмболы», синонимы, уклонения от ответа. Это специфические вторичные симптомы. Возникающая необходимость подбора и замены слов, ощущение неизбежности запинок, появление судорог приводят к смятению, которое влечет за собой нарушение мыслительного процесса, организуя внутренний порочный круг, усиливающий заикание. Более детально этот процесс рассматривается при описании фаз заикания (О. Bloodstein, 1965).

Первая фаза развития заикания

1. Заикание возникает эпизодически; периоды плавной речи сокращаются и наступают все реже, сама выраженность заикания флюктуирует по тяжести. В поздних периодах первой фазы заикание становится более постоянным и выраженным

2. запинки чаще возникают на начальных словах предложения. В начале первой фазы большинство заикающихся испытывают затруднения исключительно при произнесении первого слова в предложении;

3. запинки возникают в основном при произнесении кратких частей речи, особенно предлогов, союзов и т.д.;

4. заикание усиливается под воздействием так называемого «коммуникативного давления», то есть самые большие затруднения ребенок испытывает, когда он возбужден, торопится и пытается о чем-либо рассказать;

5. ребенок обычно не реагирует на свое заикание и говорит во всех ситуациях свободно, без смущения. Заикание может спровоцировать кратковременная эмоциональная реакция. Но беспокойства, тревожности, страха речи нет. Нет переживания своего дефекта речи и неудач в общении.

Вторая фаза развития заикания

Для этой фазы характерны следующие особенности:

1. нарушение речи становится хроническими, иногда тяжесть заикания меняется, судорожность речи может на короткое время исчезать;

2. заикание проявляется при быстрой речи или в состоянии эмоционального возбуждения, чаще всего происходит на многосложных словах, значительно реже запинки встречаются на местоимениях и односложных словах. Они иногда остаются на первых словах предложения, но это уже не обязательные, а вероятные места запинок.

3. речевой дефект осознается, дети считают себя заикающимися, но еще говорят свободно в любых ситуациях.

Могут наблюдаться затруднения в контактах, сопутствующие движения. Расширяется объем сложных для общения ситуаций. Заикающиеся отмечают, что они заикаются примерно одинаково и дома, и в общественных местах, и с друзьями. Речь не зависит от ситуации. Некоторые считают, что в особенно важных для них ситуациях могут «контролировать» свою речь, замедлять темп речи и тем самым уменьшить количество запинок. И, наоборот, речь ухудшается в момент расслабления, при общении с друзьями.

Третья фаза развития заикания

Эта фаза характеризуется следующими особенностями:

1. определенные ситуации становятся трудными для общения, и это четко осознается заикающимися;

2. возникают постоянные трудности, связанные с произнесением определенных слов и звуков;

3. возникают замены одних слов другими.

В этой фазе, несмотря на уже сформировавшиеся симптомы более сложных расстройств речи, крайне редко встречаются пациенты с выраженным переживанием страха речи или какой-то неловкости, чаще всего отсутствует тенденция избегания речи.

Третья фаза развития заикания — это практически полное становление судорожного синдрома, однако без избегания ситуаций и без страха речи.

О. Bloodstein отмечает весьма характерную особенность заикающихся в третьей фазе. Это парадоксальная установка на спокойствие, несмотря на сформировавшееся выраженное заикание. Заикающийся использует практически любую возможность для общения. Предложение начать лечение не вызывает энтузиазма и поддержки. Это характерно для детского и подросткового возраста, когда еще отсутствует мотивация для лечения, требующая волевых усилий и напряжения для систематического посещения занятий, а также зависящая от личностных особенностей.

Четвертая фаза развития заикания

На этой стадии заикание вырастает в большую личностную проблему. Можно указать следующие характерные его черты:

1. возникает яркая антиципация (ожидание) заикания;
2. становятся стандартными трудности при произнесении определенных слов, звуков в определенных ситуациях и при определенных слушателях;
3. появляются уклончивые ответы; отмечаются другие затруднения и проявления страха речи;
4. отмечается избегание определенных речевых ситуаций.

Отличительная черта четвертой фазы — наличие выраженных эмоциональных реакций на заикание, важнейшим проявлением чего становится избегание речевой ситуации. В этой фазе заикающийся предпочитает проехать несколько лишних остановок, чем спросить впереди стоящих людей, выходят ли они на следующей остановке. Пациент испытывает выраженный страх перед кассиром в магазине, при разговоре по телефону. Особенно большое напряжение и страх он испытывает в школе, ожидая на уроке возможного вызова для ответа. Даже в компании друзей старается говорить меньше, чтобы избежать заикания. «Трудные» звуки и слова в этой фазе сопровождаются страхом, и если раньше заикающийся заменял слова от случая к случаю, то теперь он это делает систематически, чтобы избежать заикания. В этой фазе заикающиеся больше внимания начинают обращать на то, как окружающие реагируют на их речь, как они сами выглядят в глазах окружающих и собеседников.

Четвертая фаза развития заикания характерна для подростков и взрослых, однако ряд особенностей и черт этой фазы наблюдаются и у детей в возрасте 10-11 лет. Встречаются и совсем маленькие пациенты в возрасте пяти-семи лет, которые отказываются от общения и контактов с окружающими.

Часть II. Методы преодоления рецидивов заикания

Проблема лечения заикания и достижения стойких результатов издавна привлекала к себе внимание исследователей.

В середине прошлого века французский врач Блюме писал, что «всякий заикающийся, даже если он вполне вылечен, до конца жизни не застрахован от опасности вновь заболеть, если он не придерживается приемов, которые избавили его от болезни».

До настоящих дней одним из наиболее полных и фундаментальных исследований является монография И. А.Сикорского «О заикании» (1889).

Сикорский определял заикание как хронический невроз, функциональное расстройство в области речи. Одним из существенных признаков он считал судорогу в пределах одного или многих речевых механизмов. Особенности характера и темперамента заикающихся Сикорский относил к признакам, характеризующим предрасположение к болезни, и в первую очередь выделял робость и смущение, в некоторых случаях неуважение и даже презрение к самому себе, чрезмерную впечатлительность и неустойчивое настроение. Патологический характер, по мнению Сикорского, не вытекает из заикания, а, наоборот, предшествует болезни и усугубляет ее. Как считал Сикорский, от наличия таких патологических черт характера во многом зависит возможность излечения от заикания.

Сикорский указывал, что вопрос об излечимости заикания имеет важное научное и практическое значение. Многие исследователи пытались определить точный срок лечения. Немецкие врачи (Кленке, Отто, Коэн) назначали срок лечения от пяти до шести месяцев, Шервен — двадцатидневный срок, но затем рекомендовал самостоятельные занятия в течение четырех месяцев. Такое разнообразие сроков, как три недели и двадцать пять недель, очень красноречиво, Сикорский утверждал, что не может быть ничего ошибочнее назначения точных сроков лечения. Скорее всего, для надежного излечения необходимо не менее полугода.

Второй важный вопрос, который пытался выяснить Сикорский, — это вопрос излечимости заикания.

Сикорский считал, что ему не всегда удавалось вылечить заикание у детей или у людей необразованных. Первым, по его мнению, недоставало настойчивости и воли, вторым — желаний. Далее Сикорский сопоставил статистические данные нескольких исследователей (Блюме, Коломбо, Коэна) и получал следующие результаты:

1. излечение — примерно три пятых больных;
2. улучшение — чуть меньше одной пятой;
3. неизлечимость — чуть больше одной пятой больных.

На основании этих данных Сикорский сделал вывод, что лечение заикания можно признать задачей благодарной. И далее он высказал следующую мысль: «Принимая во внимание, что до настоящего времени лечение было довольно односторонним, и самый невроз не был изучен, можно выразить полную научную уверенность, что при надлежащей постановке дела в наше время можно достигнуть более благоприятных результатов».

В 1830 году Коломбо (Colombaut) опубликовал работу «О заикании и других дефектах речи». Он считал, что заикание — приобретенный дефект: «Речь является результатом воспитания, а не врожденной способностью, даром природы». Коломбо разработал метод лечения заикания, который способствовал усвоению навыка изменения темпа и ритма речи, которому он придавал большое значение. Основой его метода явились ритмическое дыхание и ритмическая речь. Коломбо отметил, что заикание усиливается в результате усталости или болезни, но иногда во время появления какого-либо нового заболевания исчезает совсем.

В 1838 году в Петербурге вышла монография Х. Лагузена «Способ лечения заикания». Он выделил заикание как самостоятельное расстройство речи. Отмечая, что заикание не зависит от анатомических дефектов артикуляционного аппарата, он считал основной его причиной аффекты — испуг, гнев, стыд, страх и др. Автор рассматривал подражание в качестве основных моментов, определяющих возникновение заикания в семьях, в которых родители страдают этим дефектом, и отрицал ведущую роль наследственности в его возникновении. Автор рекомендовал не начинать лечения до тех пор, пока у больного не созреет желание лечиться и полная уверенность в том, что он в состоянии выполнить все предъявляемые ему требования. Он советовал заикающимся читать по слогам, монотонно, без повышения и понижения голоса, подкладывая под язык свиток плотно скатанного холста толщиной в мизинец, длиной не шире рта; при чтении рекомендовалось отбивать ритм. Х. Лагузен настаивал на сопряженном чтении, пока заикающийся не овладеет необходимыми навыками. Когда заикающийся на собственном опыте убедится, что он может читать и говорить, у него исчезает «боязнь и представление» и появляется уверенность в собственных силах. При положительном эффекте он предостерегал от быстрого прекращения занятий, так как «сила привычки заикаться может быть подавлена совершенно только привычкой правильного выговора». После излечения автор рекомендовал избегать аффектов и торопливой небрежной речи. Он не определял сроки, необходимые для лечения; по его мнению, это зависело не столько от вида заикания, сколько от характера больного.

В 1862 году была опубликована книга Кленке (Klenke), в которой он излагал систему так называемого психического и дыхательного метода лечения заикания. Кленке выделил пять форм заикания: нервную, дыхательную, конституционную, заикание, возникающее из-за особого темперамента, и заикание вследствие привычки. Он одним из первых настаивал на предварительном общеукрепляющем лечении, в особенности нервной системы. Кленке считал, что заикание — это симптом общего или психологического заболевания.

В 1886 году в Вене была опубликована книга Р. Коэна (Cohen) «Паргология и терапия речевых аномалий», в которой автор предполагал ритмизировать

речь заикающихся с помощью метронома, а темпо-ритмические упражнения предлагал проводить в группе.

В конце XIX века вопросы клиники, патогенеза и лечения заикания, а также вопросы профилактики рецидивов обсуждались в работе И. Д. Хмелевского «Заикание: его сущность, предупреждение и лечение» (1897). Он считал заикание судорожным неврозом и относил его к категории функциональных болезней, к «болезням центра речи», подчеркивая, что при этом нет органических нарушений в коре головного мозга.

Хмелевский впервые четко сформулировал необходимость применения комплексной системы лечения заикания. Он предостерегал от увлечения универсальными методами и требовал индивидуального подхода к больному.

По мнению Хмелевского, продолжительность лечения заикания весьма различна и зависит от формы заикания, психических особенностей, воли и настойчивости больного, а также от осложнений другими болезнями. «Продолжительность лечения в каждом случае может быть определена лишь приблизительно, так как только по истечении известного срока, когда врач ближе ознакомится с больным и его недугом, он в состоянии подвести его под ту или иную категорию в смысле излечения». Больные, находящиеся в стационаре, излечиваются в более короткий срок, чем амбулаторные больные. Хмелевский считал, что в легких случаях бывает достаточно шести недель; случаи средние, осложненные физическими болезнями, требуют трех месяцев, более тяжелые формы заикания — шести месяцев и даже более.

Хмелевский указывал, что для закрепления приобретенных результатов нужны время и подходящие условия: нужно образовать новые устойчивые связи, привычки, поэтому необходимо наблюдение над собой, соблюдение режима, повторные упражнения. По окончании курса лечения пациент должен продолжать упражнения дома ежедневно и приходить к врачу раз в неделю для контроля и получения нужных инструкций. Таким образом, связь заикающегося с врачом не прекращается и дает возможность своевременно принимать меры в случае возникновения рецидивов. Данная система работы, с заикающимися была заимствована Хмелевским у немецкого врача Гутцмана (1888).

Хмелевский считал, что чрезвычайно редко лечение заикания не дает никакого результата. Гораздо чаще имеют место случаи неполного излечения.

Иногда бывает нелегко убедить больного выполнять все предписания: удерживаться от разговоров, вести правильный образ жизни, посвящать упражнениям достаточное время и т. д.

Кроме того, по мнению Хмелевского, значительная часть больных оставляет лечение немедленно по достижении более или менее резкого улучшения, а обещания продолжать занятия дома и следовать наставлениям врача так и остаются обещаниями. Хмелевский считал, что особенные

трудности представляет лечение детей, успех которого во многом зависит от их воспитания, а также от уровня их психического развития.

Хмелевский отмечал, что опасаться рецидивов заикания следует, если пациент имеет невропатический темперамент, страдает органическими болезнями, особенно «если условия жизни требуют большого напряжения физических и душевных сил». Рецидивы, впрочем, менее жестоки, чем первоначальная болезнь, и, главное, легче поддаются лечению. «Во всяком случае, каждый, подвергавшийся лечению заикания, имеет достаточный запас сведений и приемов, чтобы помочь себе в трудные моменты и не допустить значительного проявления судорог».

Другой русский психиатр, Г. Каменка (1900, 1902), полагал, что заикание мало отличается от «психозов, известных под именем навязчивых идей или насильственных представлений». Фактическую неспособность к речи вызывает одно представление о неспособности к речи. Автор считает заикание недугом «особенно мучительным и опасным, который может отражаться рядом серьезных патологических влияний на всем развитии больного». Г. Каменка впервые высказал мнение о необходимости проведения коллективных занятий и требовал активного участия больных в лечебном процессе.

В начале XX века появились работы Жане, Дюбуа, Дежерина о роли «психологических закономерностей» в происхождении и сущности неврозов. С этого времени начинает развиваться психологическое направление в исследовании заикания.

В 1909-1913 годах появились работы Г. Д. Неткачев. Он предлагает «новый психологический способ лечения заикания», отвергая все предыдущие дидактические методы не только как бесполезные, но и приносящие вред больному.

Неткачев считал, что заикание с психологической точки зрения представляет болезнь личности, неспособной подчинить своей воле собственную судорожно расстроенную функцию речи и лишенной в то же время правильной ориентировки в понимании как своего недуга, так и условий своего существования в окружающей социальной среде. На этом основании Неткачев делает вывод, что задача психического лечения и будет состоять в том, чтобы вполне перевоспитать личность пациента и восстановить в ней утраченное спокойствие, смелость, уверенность, устранить угнетающие эмоции страха, робости, воздействие окружающей среды.

Неткачев предлагал лечить больного человека, а не одну только речь. Ежедневная тренировка, практика в разговорной речи дома и в обществе, речи, освобожденной от навязчивых мыслей, уловок, навязчивого страха, а также практики смелого поведения — залог успеха. Заикающийся должен вести дневник для записи своих достижений и неудач. Неткачев предложил обширную программу лечения больных заиканием, которая представляет

детальную разработку психотерапевтического воздействия на больного в состоянии бодрости. Он сочетал методы индивидуальной и коллективной психотерапии.

Рассматривая вышеизложенные работы, нельзя не отметить распространенности взглядов на заикание как на расстройство чисто невротической природы. Это стремление вместить все многообразие психопатологии в узкие рамки одной нозологической группы невроза нередко встречается до настоящего времени. Однако несмотря на указанную тенденцию, большая часть приведенных исследований описывала сложную, многообразную и полиморфную психопатологию заикающихся больных. Вместе с тем, в ряде работ из общей клинической картины искусственно вычленились наиболее яркие, бросающиеся в глаза симптомы — нейромоторные расстройства, логофобия, — и этим расстройствам придавалось решающее этиопатогенетическое значение, что встретило обоснованную критику (Ю. А. Флоренская, 1935, 1936; М. Е. Хватцев, 1951; Ю. А. Поворинский, 1952, 1959 и др.).

Появление психоаналитической концепции Фрейда и его последователей также отразилось на учении о заикании. Заикание рассматривалось как выражение внутренних конфликтов — в основном сексуального порядка — через нарушение речи. А. Адлер (1920) считал заикание «психическим инфантилизмом», полагая, что при столкновении с трудностями человек всегда стремится к возвращению в счастливое и беззаботное детство, и чем сильнее подобное стремление, тем легче появляются снова те речевые нарушения, которые человек уже однажды (в детстве) преодолел. Таким образом, для заикающихся характерно стремление в прошлое и сохранение определенных детских черт. Близок к психоаналитическим трактовкам и К. Шнайдер. Больной, по его мнению, не может беспрепятственно произносить отдельные слова, касающиеся «табу». Бессознательная и сознательная воля идут в противоположных направлениях. Этот конфликт между речью и молчанием несознателен, ибо он вытеснен.

О. Лауби (1914) указывал на нарушения плавности речи в детском возрасте, но не считал это заиканием. «О действительном заикании мы можем говорить только тогда», — писал он, — «когда вследствие особого внимания пациента к процессу произношения, который должен протекать автоматически, в мышцах речевого аппарата появляются судороги, устранение которых не зависит от воли пациента». Определяя сущность заикания, он также придерживался психоаналитических позиций.

Л. Франк (1927) оценивает заикание как плоды состояний страха, вытесненных в бессознательное, откуда они стремятся снова проникнуть в сознание опять в виде страха. Психоневротическое предрасположение, склонность к возникновению одной и той же формы невроза, как, например, заикание, чрезвычайно легко передается по наследству. «Мы постоянно наблюдаем», — писал он, — «семьи, все члены которых охвачены приблизительно одной и той же фобией».

Кориент (1943) рассматривал заикание как психоневроз, возникающий вследствие задержки тенденции получать удовлетворение во время раннего (дополового) вскармливания. Заикающийся не преодолел дополовые тенденции во время развития взрослого организма. В речи больных поддерживается иллюзия кормления и продолжения ротового удовлетворения при помощи иллюзорной замены материнской груди заиканием. Таким образом, заключает Кориент, заикающийся сохраняет себе мать во взрослой жизни. В центральной точке клинической картины болезни всегда стоит страх перед психическим предательством (страх выдать себя).

Штекель признавал, что сексуальные комплексы не только обуславливают заикание, но они играют и «главную роль». Он пришел к выводу, что только психоанализ воздействует на основу страдания, и в будущем терапия заикания будет только психоаналитической. Однако Э. Фрешельс (1959), ссылаясь на мнение З. Фрейда, считал заикание одной из неблагоприятных форм невроза в смысле его лечения психоанализом. Бергман и Трайн (1940) считали заикание этапом нормального речевого развития.

В. А. Гиляровский (1931, 1932), проанализировав 100 случаев заикания у детей, говорил об особой форме невроза, рассматривая заикание как частичное проявление общей слабости моторики. Отмечая влияние речевого недоразвития на формирование личности, он указывал на формирование психастенического склада личности. Этим он объяснял неустойчивость результатов лечения взрослых заикающихся, призывал к лечению в детском возрасте и, самое главное, к оздоровлению окружающей среды, к проведению работы с родителями.

Что касается лечебно-коррекционной работы с заикающимися, то она осуществлялась как педагогами-логопедами, так и врачами. В 1930 году В. А. Гиляровским и Н. А. Власовой был введен комплексный метод воздействия на заикающихся детей. Коррекция речевого дефекта подразумевала также развитие мышления, движений, воли, характера.

Н. А. Чевелева (1962) предложила эффективную систему исправления речи у заикающихся детей дошкольного возраста в процессе ручной деятельности, направленной, на последовательный, постепенный переход от наглядных, ситуационных форм речевого общения к речи контекстной. Онтогенетически все высшие психические функции (в том числе и речь) рождаются из практической деятельности детей (в наглядно-действенном плане). Хорошо известно, что действие и речь на ранних этапах развития ребенка неразделимы, слиты в единый комплекс. Эта закономерность использовалась Чевелевой в занятиях с заикающимися детьми дошкольного возраста.

Постепенно речь «отрывалась» от непосредственного действия. Далее речь закреплялась уже по представлению о том, что выполняли перед этим. Таким образом, «сопровождающая» форма речи превращалась в «завершающую», а затем в «предваряющую». Чевелева подчеркивала высокую эффективность занятий, опирающихся на закономерности речевого онтогенеза.

А. В. Крапухин (1975) в работе с заикающимися подростками выделяет пантомиму, которая может быть использована как активная форма тренировки координации движений. В. И. Добридень и Ю. С. Шевченко (1979) в работе с подростками указывали на то, что «в комплексном лечении определенное место занимает игровая терапия», позволяющая «преодолевать волевою незрелость, недостаточность мотивации деятельности, повышенную утомляемость и пресыщаемость подростков, придавая логопедическому тренажу эмоционально-привлекательную форму».

При выборе конкретных приемов коррекции личностных особенностей и невербальных форм общения особый интерес представляет вопрос об использовании двигательных методик психотерапии. Г. Юнова (1975), останавливаясь на проблеме невербального поведения (общения) и его применения в терапии, отмечала, что психотерапевты преднаучного периода, опираясь на интуицию, отметили связи между двигательной экспрессией и психическим состоянием и использовали это в своих целях. Автор подчеркивала, что «с невербальной коммуникацией непосредственно связана незначительная часть движения — 7%, это прежде всего движения головы и рук, употребляемых для подчеркивания акцентируемых слов». Невербальная техника стала в последнее время нераздельной частью различных психотерапевтических школ и направлений: арттерапии, музыкотерапии и логоритмики. Юнова отмечала, что, во-первых, двигательные невербальные техники не являются самостоятельными видами психотерапии, во-вторых, большая их часть предназначена для работы с целой группой; в-третьих, невербальная техника делает возможным сильное переживание, освобождая глубокие и богатые эмоции. Юнова приводит классификацию отдельных техник, использующих упражнения на снятие напряжения дыхания, осознание собственного тела во всех ситуациях и при всяких движениях, контактах с предметом, а также использующих силу тяжести. Говоря о практическом применении невербальных техник, Юнова отмечала, что максимальный психотерапевтический эффект можно получить благодаря соединению невербальных методов с вербальным обсуждением вызванных переживаний, чувств, воспоминаний.

Важной задачей психотерапии как звена системы лечебно-восстановительного воздействия при неврозах является выявление и коррекция зафиксированных психологических защитных механизмов, осознание большими стоящих за ними неправильных отношений и мотивов, а также выработка адекватных установок (Б. Д. Карвасарский, В. А. Ташлыков, Г. Л. Исурина, 1983). Групповая психотерапия, помимо задач изменения личности, решает задачи по расширению возможностей паралингвистической стороны речевого поведения и формирования внутренней коммуникации как сознательной регуляции внешней формы поведения.

В работе с группой взрослых заикающихся можно отметить основные психологические подходы В. М. Шкловского, Е. Л. Михайловой, И. И.

Фридман, Л. М. Кроля, О. Г. Ревзиной (1979), а также Ю. Б. Некрасовой (1983), Е. Ю. Рау (1983), Е. В. Харитоновой (1983). Авторы, этих работ выделяют отдельные аспекты изменения личности заикающихся, поэтому их реабилитационная работа направлена в основном на коррекцию какой-нибудь одной из ее характеристик.

В работах Шкловского с сотрудниками (1979-2003) обращается внимание на специфику групповых занятий со взрослыми заикающимися. Авторы подчеркивают, что теоретико-методические принципы и практика групповой психотерапии при неврозах, разработанные Б. Д. Карвасарским (1979), А. В. Петровским (1979), С. Кратохвилем (1972), С. Ледером (1979), К. Хеком (1979) и др., легли в основу их работы со взрослыми лицами, страдающими заиканием. Е. Л. Михайлова и И. К. Фридман (1979) выделили ряд специфических моментов, которые необходимо учитывать в проведении групповой психотерапии с заикающимися: 1) реальные речевые трудности; 2) фиксация на дефекте, ее защитный характер; 3) нарушение социальной перцепции и экспрессивного поведения; 4) однородность группы, как фактор, способствующий большей фиксации на дефекте. В работе с заикающимися авторы используют значительный арсенал невербальных техник, раскрывающих коммуникативные возможности пациентов. Л. М. Кроль и

О. Г. Ревзина используют семиотический подход в разработке методики групповой психотерапии, направленной на восстановление или формирование способностей понимания определенной «символики» невербального поведения. Соединение семиотики с психотерапией является одной из модификаций методов групповой психотерапии при заикании.

Изучению психических состояний и их динамики в процессе социореабилитации заикающихся посвящены работы Ю. Б. Некрасовой (1983). Основным направлением в работе автора является создание у заикающихся особой «установки на выздоровление» или «лечебной перспективы», воли к выздоровлению по Сикорскому. Использование игровой психотерапии в работе с заикающимися разработано Е. В. Харитоновым. Избавление от логофобии — реальная цель игровой психотерапии.

В 60-70-е годы большое значение стало придаваться изучению заикания при различных нервно-психических заболеваниях. Из клиники В. А. Гиляровского вышли работы В. С. Кочергиной (1960), а также М. С. Лебединского, Ф. П. Янович, Г. П. Платоновой (1960), в которых предлагалось различать среди заикающихся невротиков, психопатов и больных с органическими нарушениями.

С 70-х годов в отечественной литературе в клинических исследованиях стало доминировать представление о необходимости разделения эволюционного заикания на невротическую и неврозоподобную формы (В. В. Ковалев, 1971, 1974; Н. М. Асатиани с сотр., 1973-1984).

Клинико-физиологическое исследование патогенетических механизмов заикания, проведенное Л. И. Беляковой (1973-1978) показало, что при

заикании на невротическом фоне имеется патологическая активность эмоциогенных структур мозга. При заикании на органическом фоне основным патогенетическим механизмом является нарушение состояния моторных структур мозга органо-функционального характера и связанное с этим нарушение речевого развития.

Исследования, проведенные в 80-е годы (Е. В. Оганесян, 1983, 1984; Н. А. Рычкова, 1983, 1984; Т. А. Болдырева, 1983, 1984, 1985), подтверждают необходимость применения дифференцированных приемов работы как со взрослыми заикающимися, так и с заикающимися детьми с учетом их возможностей, что в свою очередь способствует повышению эффективности терапии заикания.

Многочисленные литературные данные показывают, что заикающимися свойственны определенные нарушения личности и познавательных процессов, влияющие на полноценность процесса общения, а также расстройства вербальных и невербальных средств коммуникации. Что касается коррекционной работы, то здесь за основу часто берутся теории зарубежных авторов, основанные на принципах необихевиоризма.

Комплексный подход к преодолению рецидивов заикания в логопедии связан с именами Н. П. Тяпугина, И. И. Тартаковского, Ю. А. Флоренской, М. Е. Хватцева.

Н. П. Тяпугин опубликовал ряд работ по заиканию с 1928 по 1952 гг. В вопросах этиологии и патогенеза заикания он был последователем Г. Д. Неткачева, И. П. Павлова, объясняя заикание и возникающие при этом уловки, сопутствующие движения с позиций физиологии И.П. Павлова — образованием патологических условных рефлексов.

Тяпугин впервые подробно разработал и изложил в литературе коллективно-психологический метод лечения заикания, а также предложил методы работы по преодолению рецидивов. Больные с заиканием объединялись в группы «Оздоровление речи» и работали под руководством инструктора, бывшего пациента, лечившегося в этом же коллективе. Девиз группы: «Через оздоровление психики — к здоровой речи».

Тяпугин считал, что пребывание и занятия больного в коллективе имеют колоссальное значение по следующим причинам:

- больной попадает в социальную среду, отрыв от которой вследствие своей болезни он чувствует особенно сильно;
- больной оказывается среди равных себе — товарищей по несчастью, что дает ему сознание уверенности в себе, необходимые для лечения силы;
- больной, привыкший к постоянному самоанализу, к постоянному болезненному переживанию своих поступков и своего поведения, здесь, в коллективе, отвлекается от своей болезни, больше думая о других;

- в коллективе больные взаимно поддерживают друг друга в трудных ситуациях, радуются и заряжаются бодростью от успехов; ошибки одного предупреждают ошибки других, опыт одного учит остальных;
- работу больных направляет руководитель, который сам в прошлом страдал заиканием;
- лечебное воздействие, которое обусловлено внушением и без которого не обходится ни одна психотерапия, в условиях коллектива проявляется наиболее сильно.

Врач в таком коллективе обследует и наблюдает больных, направляет работу учреждения и групповые занятия, проводит индивидуальную работу с больными. Индивидуальные обследования осуществляются в условиях коллективного обсуждения, где каждый получает урок для себя.

Коллективно-психологический метод, предложенный Тяпугиным, включал следующие виды работ: объяснение больному его заболевания; медленная речь и звуковые упражнения (главное правило: «если хочешь говорить быстро — говори медленно»); работа с имеющимися у больного мыслями о заикании и фобиями речи («картины воображения»: пациент пытается представить себя другим человеком); самовнушение (аутотренинг утром и вечером); «раскрепощение тела»; практика смелого поведения; общественная работа.

Подводя итоги, Тяпугин обратился к вопросу о сроках лечения. Он считал, что двухмесячный срок является достаточным для того, чтобы больной усвоил метод и проделал работу над собой. Но это не значит, что больной полностью вылечился. Тяпугин отмечал, что нужный успех в лечении с трудом достигается, если: имеется особо тяжелая форма болезни; не созданы благоприятные условия среды; заикание является симптомом другой болезни; больной не проявляет активности в работе над собой.

Больного с самого начала предупреждают о том, что занятия в коллективе — это школа, позволяющая ему преодолеть заикание, но при этом требующая прежде всего самостоятельности и активности со стороны самого пациента.

В начале лечения большинство больных дает быстрое и резкое улучшение. Но это улучшение есть только временный эффект, вызванный самим фактом лечения, «праздничным» настроением больного. Поэтому, когда наступают «будни» в работе, то происходит ухудшение, которое очень огорчает больных. Чтобы предотвратить разочарование пациента, необходимо своевременно предупредить его, что лечение заикания требует серьезной работы по перестройке личности, которая и дает желанные и прочные результаты.

По мнению Тяпугина, больные по выходе из групп еще нуждаются в большой работе над собой, чтобы добиться прочных и устойчивых результатов. Все зависит, считает он, от тяжести болезни, от индивидуальных качеств больного, а также от среды, в которой он находится

Тяпугин пишет, что рецидивы возможны тогда, когда у больного в силу каких-либо причин наступает ослабление его нервно-психического состояния, когда больной прекращает самостоятельную работу, не проявляет активности и т.д. Однако во время возвратов болезнь уже не носит прежнего характера, а представляется ослабленной. Если он сам предпринимает соответствующие меры или возвращается в клинику, то тогда обычно в тот или другой срок он справляется с рецидивом. То обстоятельство, что во время работы в коллективе больной не прерывает связь со своей обычной средой, способствует предупреждению рецидива.

Для предупреждения рецидивов больной получает рекомендации от специалистов относительно дальнейшей самостоятельной работы, соблюдения режимных моментов.

Идею коллективной психотерапии с самого начала приветствовали А. Б. Залкинд, Ф. А. Рау, Л. М. Розенцвейг, М. Б. Кроль, Д. В. Фельдберг, Д. И. Азбукин, В. К. Сережников, Л. А. Квинт, Ю. В. Канабих, А. К. Шнейдер.

Коллективно-психологический метод лечения заикания, впервые достаточно подробно описанный и изложенный в советской литературе Н. П. Тяпугиным, получил дальнейшее развитие в работе И. И. Тартаковского «Коллективный метод лечения заикания» (1934).

Тартаковским было создано общество взаимопомощи заикающихся «Здоровая речь». Он считал, что само определение психоневроза как социальной болезни общества с неизбежностью толкает невротика в коллектив. Индивидуальная психотерапия восстанавливает нарушенные функции больного в искусственной среде, за пределами которой, в своей обычной обстановке, больной не застрахован от рецидива.

В основе психотерапии заикания Тартаковский видел совместный труд в коллективе с конкретной целью — исцелиться. Он считал, что невротика можно только постепенно вводить в здоровый социальный коллектив, через ряд промежуточных звеньев, все усложняющихся ситуаций. Таким образом невротик неизбежно придет к коренной ломке старой психологии, к переоценке ценностей, прошлого. По мнению Тартаковского, зияющую пропасть между невротиком и обществом восполняет коллективная психотерапия.

Коллективно-психологический метод лечения заикания Тартаковского построен по принципу самолечения, на инициативности и активности больных. Это не исключает помощи специалиста-консультанта в случае необходимости.

Основные принципы общества «Здоровая речь»:

- строжайшая дисциплина, обязательное выполнение коллективных решений;
- солидарность, дружба;

- специальный коллективный договор, скрепляющий коллектив на добровольных началах;
- наличие в коллективе излечившихся или почти излечившихся от заикания;
- сменяемость руководителей, т. е. поочередное руководство занятиями коллектива всеми его участниками;
- бесплатность занятий.

Тартаковский считал, что при рецидиве болезни, причиной которого могут быть физическая болезнь, психическая травма, плохие бытовые условия, неоконченный курс лечения, больному для восстановления утраченных навыков, правильной речи достаточно вернуться в коллектив.

Идея коллективной психотерапии нашла впоследствии множество горячих сторонников среди авторитетных ученых и специалистов.

Позднее, в 1948-1949 годах, к вопросу лечения заикания коллективно-психологическим методом обратилась Ю.А.Флоренская из Московского государственного института нервно-психиатрической профилактики,

Ю. А. Флоренская определяла коллективно-психологический метод как синтетический, так как в лечении больных должны принимать участие и врачи, и логопеды, и психологи. Участие больных в деле лечения заикания Флоренская склонна считать решающим фактором в преодолении заикания и в профилактике рецидивов заболевания.

По мнению Флоренской, коллективно-психологический метод лечения основан на правильной организации самого коллектива больных: ни педагогические, ни психологические требования не позволяют совмещать детей со взрослыми, социально отсталых примитивов с высококультурными и образованными людьми.

Флоренская считала, что особую группу составляют повторные больные. Обследование пациентов, прошедших курс лечения, выявило, что при огромном терапевтическом воздействии метода больные нуждаются в последующем профилактическом наблюдении специалистов. Особенно благотворно действуют в тяжелых случаях кратковременные повторные курсы лечения: согласно катамнестическим сведениям относительно особенно тяжелых больных, каждый из таких непродолжительных курсов лечения дает определенный и неоспоримый процент стойкого улучшения, который, однако, несколько ниже улучшения, полученного больным при окончании каждого курса лечения.

Флоренская полагала, что повторное лечение не только желательно, но даже необходимо для некоторых пациентов, но присутствие их в общей группе первичных больных вредно отражается на обеих сторонах, а именно: дискредитирует метод в глазах одних и не дает достаточного результата у других. Поэтому необходимо создавать особые группы, так называемые группы повышенного типа. В этих группах производится не повторение

старой программы, а развитие ее обязательно на новом психолого-педагогическом и речевом материале.

По мнению Флоренской, при заикании резко нарушена социальная функция речи, то есть речи как связи между «Я» и обществом.

Устранение одного из этих компонентов, то есть «Я» или «общества» сразу восстанавливает декомпенсированную функцию. В самом деле, актер свободно выступает на сцене постольку, поскольку он говорит за другое лицо, поскольку его «Я» отсутствует. Лишь только вокруг больного появляется среда, он становится самим собой, иными словами, лишь только его «Я» противопоставляется обществу и приходит в речевой контакт с ним, как появляется заикание.

Таким образом, коллективный метод лечения заикания можно рассматривать как совершенно неотъемлемый элемент в борьбе с психопатологическим наслоением на речь — он является тем связующим звеном, через посредство которого происходит восстановление контакта личности с обществом.

Ю. А. Флоренская считала, что лечение не должно затягиваться на слишком большой срок, так как в этом случае больные отходят от жизни, отвыкают от правильной регулярной работы и создают себе установку на хроническое лечение; подобные больные при всякой попытке оторвать их от лечебного учреждения дают рецидивы заболевания, вынуждая тем самым специалистов продолжать их лечение; исходя из этих наблюдений Флоренская предлагала дробные курсы лечения с периодическими перерывами и обязательным вступлением в жизнь.

И в наши дни многие специалисты обращаются к анализу причин различной эффективности терапии при заикании.

И. Ю. Лавкай (1973) отмечает, что для успеха лечения имеет значение и правильный подбор групп, и анализ особенностей характера, личностных притязаний. Успех терапии, по мнению автора, определяется совокупностью нескольких факторов, своевременный учет которых может сделать терапию более эффективной. Рецидивы болезни выявляются у больных, у которых была определена высокая степень невротизации и выраженная логофобия. Лавкай делает вывод, что существует большая зависимость успеха лечения от заинтересованности самого больного, что во многом определяется личностными особенностями.

Ю. И. Кузьмин (1992) с целью повышения эффективности лечения и профилактики рецидивов заикания предлагает усилить акцент в работе по снятию сенсibilизации к меняющимся речевым ситуациям. Поэтому целью заключительного этапа работы он видит выработку навыков правильной речи в стрессовых ситуациях: речевые тренировки и психологические игры в условиях стационара, публичные выступления, функциональные тренировки вне стационара. Степень сложности заданий постепенно увеличивается.

В. А. Ковшиков в ряде работ обращается к проблеме профилактической работы с заикающимися после окончания обязательного комплексного курса лечения.

Длительность течения, тяжесть и полиморфность симптоматики заикания обуславливают его стойкость. Поэтому, по мнению Ковшикова, в течение продолжительного времени необходима постоянная профилактическая работа, которая имеет разнообразные формы:

- при полном устранении заикания поддерживающая терапия ограничивается консультациями;
- при значительном улучшении к консультациям присоединяются специальные речевые упражнения, развернутая комплексная психотерапия и в нужных случаях — медикаментозное и физиотерапевтическое лечение;
- с пациентами, достигшими незначительных успехов, проводятся индивидуальные и коллективные занятия.

После окончания курса их включают в группы, которые продолжают курс лечения. Программа индивидуальной работы с этой категорией заикающихся более расширенная и углубленная. Отрабатываются все необходимые для свободной речи компоненты: мягкое голосовое начало со свободным выдохом, слитность речевого потока, разнообразная интонация, умение управлять моторикой во время речи и т.д. Кроме речевых упражнений применяется рациональная психотерапия, аутотренинг, систематическое неврологическое лечение.

Большое внимание уделяется занятиям вне кабинета: на улице, в общественных местах, в учебных заведениях, на работе. Подбираются ситуации, в которых пациент чувствует себя неуверенно. Заикающиеся, тренируясь в управлении своей речью и поведением, задают незнакомым людям разнообразные вопросы, завязывают с ними короткие беседы.

К проблеме рецидивов заикания и их профилактики неоднократно обращается в своих работах Л. З. Арутюнян (Андропова). Заикание, по мнению автора, — это целостная система, стремящаяся к самовосстановлению и самоподдержанию. Она считает, что самый ответственный этап лечения только начинается с того момента, когда, окончив основной курс, пациент возвращается к обычной жизни, так как продолжается мощный отрыв от заикания. Только в условиях реальной жизни формируемый навык проверяется на прочность. Арутюнян (Андропова) предлагает ввести поддерживающие микрокурсы лечения. Основной курс амбулаторного лечения занимает 24 дня

Затем в течение года проводится пять поддерживающих микрокурсов (по пять дней). Цель основного этапа Арутюнян (Андропова) видит в выработке у пациентов нового речедвигательного навыка, чувства спокойствия, правильного интонирования, мимики, жеста, уверенной осанки и т.д., а также в укреплении нового речевого стереотипа в функциональных тренировках различной сложности. Тем самым осуществляется решающий отрыв от

заикания. На поддерживающих микрокурсах происходит закрепление достигнутого, обсуждаются результаты адаптации нового стереотипа к условиям реальной жизни, успехи» и неудачи каждого члена группы. Значительное место отводится активизирующим беседам, созданию у группы правильной установки на дальнейшую работу.

В последующих микрокурсах увеличивается объем самостоятельной работы, закрепляются интонационные и импровизационные навыки на уровне монологического и диалогического текста. Практикуется чтение и обсуждение литературы психологического содержания. Таким образом, у членов группы развивается навык критического анализа собственных поступков, понимание роли другого в коммуникации. Арутюнян (Андропова) главную задачу заключительного этапа видит в автоматизации нового речедвигательного навыка, закреплении его в разнообразных условиях общения. На протяжении года, в который укладывается основной курс и поддерживающие микрокурсы лечения, новые речевые навыки многократно проверяются в самых разнообразных ситуациях. Постепенно речь нормализуется.

К проблеме социореабилитации заикающихся постоянно обращалась в своих научных исследованиях Ю. Б. Некрасова. Она считала, что внимание исследователей чаще концентрировалось на психических состояниях, связанных с патологией, психологических проблемах и разного рода трудностях, между тем как исследование и поиск средств закрепления и развития психических состояний представляет особый интерес. Поэтому главной целью своей работы Некрасова видела изучение положительных, продуктивных состояний, развивающихся на фоне повышения эмоционального тонуса и уровня психической активности.

Разработанная Некрасовой методика Системы логопсихотерапии позволяла вызывать, пролонгировать и закреплять положительные психические состояния и таким образом переводить личность на более высокий уровень развития. Главная задача: переход от прежнего устойчивого состояния болезни в устойчивое состояние здоровья. Финалом работы Некрасова считала возникновение устойчивого саногенного состояния, носящего следующие характеристики:

- доступность для осознания пациентом своих психических состояний, умение использовать их в дальнейшем в непосредственной деятельности и общении, то есть самоуправление психическим состоянием;
- включенность уже имеющегося у пациента внутреннего потенциала здоровья и направленность его на дальнейшее развитие, то есть эволюция внутренней картины здоровья;
- ориентация бывших заикающихся на сохранение и развитие полученных в ходе занятий навыков речи, знаний и умений, на наращивание психологической и речевой вооруженности. Такая ориентация неизбежно

сочетается с ощущением необходимости постоянного движения, личностного роста, творчества;

- направленность состояний на разделенность их с другими людьми, на совместность переживания. Такая установка сочетается со стремлением к глубокому пониманию и принятию других людей.

По мнению Некрасовой система социореабилитации способствует формированию психических состояний особой эмоциональной включенности, вовлеченности на всех этапах работы, когда пациенты сами выходят на уровень творчества, начинают проявлять в нем потребность и реализовывать его в связанных с извлечением формах. Творческое развитие личности есть не побочный эффект лечения, а магистральный путь личностных изменений.

Проблема рецидивов заикания и возможности их преодоления привлекают внимание многих зарубежных исследователей. С 1928 по 1979 годы Bloodstein обследовал 117 заикающихся. Он обнаружил, что только в 46 случаях (это примерно две пятых больных) наступило стойкое улучшение состояния после лечения. Bloodstein использовал неопределенный термин «перестройка заикающегося», который мало что может прояснить в оценке состояния заикающегося после лечения или в определении, насколько устойчивыми были результаты лечения. Он с сожалением говорит, что оценка результатов терапевтического лечения свидетельствует, что процесс лечения заикания полон ошибок и заблуждений.

Из одиннадцати тестов, которые Bloodstein провел со своими пациентами, только пять указали на незначительный положительный результат после проведенного курса лечения.

Bloodstein считал, что курс лечения заикания должен быть не менее 18 месяцев, только в этом случае могут быть достигнуты стабильные результаты. Он также подчеркивал (как и Ingham, 1975), что состояние речи бывшего пациента должны обследовать вне клиники для того, чтобы составить объективное мнение о результатах работы, так как известно, что в условиях клиники пациенты говорят намного лучше. К сожалению, этот факт игнорируется многими клиницистами при оценке результатов лечения.

Costello (1980) подчеркивал, что «если заикание возвращается», то страдают и врач, и пациент: пациент страдает от того, что снова заикается после длительной и тяжелой работы по устранению заикания, лишается надежды на излечение, а специалист страдает от отсутствия надежных путей и средств для продолжения лечения. Shine (1980) настаивал на создании программы по реабилитации бывших пациентов клиники. Программа реабилитации рассчитана по меньшей мере на год после окончания курса лечения. В течение этого года пациент посещает специалистов еженедельно в первые полгода и один раз в две недели во второй половине года.

Andreus и Graig (1982) обследовали 56 пациентов в течение 18 месяцев после интенсивного лечения в госпитале в Сиднее. Они использовали несколько оценочных методов:

1. Открытый клинический метод.

Сотрудник клиники беседует с бывшим пациентом по телефону, и весь разговор записывается на магнитофон. Затем проводит анализ темпа, ритма, плавности речи, слоговой скорости в минуту. Пациент знает, что его записывают на пленку.

2. Скрытый клинический метод.

Специалист поручает пациенту, результат лечения у которого очевиден, позвонить пациенту, который еще испытывает значительные трудности, и предлагает ему побеседовать с целью тренировки. Второй пациент не знает, что его записывают на магнитофон.

3. Неклинический скрытый метод.

Незнакомый человек по просьбе специалиста звонит бывшим членам группы и завязывает беседу. Разговор записывается на пленку и затем подвергается тщательному анализу сотрудниками клиники, которые на основании выводов планируют дальнейшую работу с этой группой пациентов.

Некоторые специалисты используют эти методы обследования сразу после интенсивного терапевтического лечения. До поступления на лечение пациентов также обследуют и открытыми, и скрытыми методами. Психолог берет интервью у пациента, незаметно записывая его на магнитофон. Затем проводит анализ монологической и диалогической речи пациента и делает соответствующие выводы. Интересно, что каждый третий из пятнадцати обследуемых пациентов заикается намного больше при закрытом обследовании, чем при открытом.

R.Ingham (1975) в своих исследованиях показал, что в течение трех месяцев после курса интенсивного лечения у тех пациентов, которых обследовали скрытыми методами, скорость речи ниже и заикание сильнее выражено, чем у тех пациентов, которые подвергались открытым методам тестирования.

Однако по истечении шести месяцев исследования Ingham не подтвердил большой статистической разницы между двумя этими группами. Таким образом, можно сделать вывод, что скрытые методы обследования могут помочь достичь хороших результатов в преодолении рецидивов заикания.

Многие специалисты высказывают разные мнения по поводу возможного исхода болезни и процесса ремиссии заикания. Так, Sheehan приводит некоторые требования для определения критериев исхода болезни:

- процесс обследования (лечения) должен находиться под постоянным контролем специалиста, от этого зависит степень успеха;

- исследователь должен постоянно сравнивать результаты экспериментов с результатами, полученными другими специалистами, и координировать с ними последующую работу;
- чем многограннее проводится обследование, тем выше результат лечения.

Специалисты разных стран постоянно задаются вопросом: существует ли перспектива стопроцентной реабилитации страдающих заиканием пациентов? При этом все специалисты единодушны в одном: после курса интенсивной терапии рецидивам в той или иной степени подвержены все пациенты. Главное — не дать углубиться процессу. Акцент в работе с пациентами в посттерапевтическом периоде необходимо делать на личностную мотивацию заикающихся.

Ingham (1980) предлагает два варианта контроля за сохранением положительного результата лечения. В своей работе он пользовался двумя списками пациентов, прошедших курс интенсивного лечения и находящихся в состоянии ремиссии. Пациенты, внесенные в первый список, обязаны посещать специалиста каждую неделю. Если положительный результат оказывается устойчивым, то разрыв между посещениями врача постепенно увеличивается и доходит до 32 недель. В каждое посещение пациенту предлагается ряд занятий, он проходит специальное тестирование; если с какими-то заданиями он не справляется, то его возвращают к началу цикла реабилитационного обучения.

Пациенты, занесенные во второй список, продолжают реабилитационный курс независимо от результатов тестирования. Положительным результатом лечения является отсутствие заикания при скорости речи 170-200 слогов в минуту. Контроль осуществляется при помощи специальной электронной аппаратуры. Оценка дается в трех направлениях:

1. внутриклиническая оценка;
2. внеклиническая оценка (пациенты сами оценивают свою речь в различных ситуациях: диалог по телефону, с родственниками, знакомыми, коллегами, малознакомыми людьми);
3. контроль за речью пациентов скрытыми методами при беседе с ними по телефону и с записью этого диалога на магнитофон.

Электронный контроль показал, что пациенты, проходившие по первому списку (с возвратным посещением), показали более высокие результаты. Для более устойчивого закрепления положительных результатов Ingham (1980) предлагает комбинировать методы контроля и самоконтроля. На первой ступени взрослый пациент должен считать и фиксировать свои промахи и ошибки в течение одного дня. Одновременно специалист также считает его ошибки, если их подсчеты совпадают, то пациент переводится на вторую ступень. На этой ступени даются задания на два дня. По истечении двух дней, если пациент решает, что не справился с заданием второй ступени, он вновь отправляется на первую ступень. Но если он оценил свои успехи

положительно, а это не совпадает с контрольными данными, то пациент все равно переводится на предыдущую ступень. Открытые и скрытые методы контроля, а также самоконтроль пациента способствуют закреплению положительных результатов примерно за шесть месяцев.

Martin и Haroldsen (1982) исследовали эффект самостимуляции в преодолении заикания. Эксперимент заключался в следующем: срывы и ошибки одной группы заикающихся считают пациенты параллельной группы. Другая же группа сама фиксирует свои ошибки. В этом случае удалось получить более устойчивые и стабильные результаты лечения. Эти данные подтверждают важность самоконтроля, самооценки и активной позиции пациентов при лечении заикания.

В 1979 году Perkins и ряд других авторов выдвинули предположение о причинах рецидивов заикания после успешного лечения.

Существует патофизиологическая база заикания, в связи с чем лечение заикания, профилактика рецидивов может быть очень длительным процессом, возможно, «длинной в целую жизнь». Perkins (1982) говорит об очевидной зависимости заикания от высших нейрофизиологических функций левого и правого полушария головного мозга. Moor и Haynes (1980) утверждают, что дисфункциональное вербальное поведение является результатом рассогласованности в работе полушарий головного мозга. В связи с этим Perkins говорит о том, что заикающиеся физиологически ограничены в средствах достижения плавности речи, поэтому больше других они должны опираться в работе по преодолению дефекта на компенсаторные умения и навыки, такие как скоростной контроль, ритм, темп, дыхание, голос.

В 1981 году Nowie имел возможность сравнить две группы пациентов: первая группа прошла краткосрочный курс лечения (от трех до девяти недель), вторая группа — долгосрочный курс (от двенадцати до восемнадцати месяцев). Результат исследования показал, что пациенты, прошедшие долгосрочный курс, намного лучше овладели навыками плавной речи, скорость речи приближена к нормальной (естественной), подавляющее большинство пациентов обнаруживают значительное улучшение речи и автоматизацию полученных навыков только по истечении 12-16 месяцев после курса интенсивной терапии в процессе дополнительных занятий в группах поддерживающей терапии. Что касается сроков лечения заикания, то все специалисты единодушно приходят к выводу, что для лечения заикания необходимо не менее 100 часов

George Shames (1990) дает следующее определение рецидива: «Рецидив — разрушение процесса торможения отрицательных стереотипов, возвращение к старому, прогресс регресса». Термин «рецидив» употребляется в теории и практике лечения заикания. Здесь термин «рецидив» означает возврат симптомов. По мнению Cooper (1987), рецидив всегда внутренне присутствует в поведении человека и имеет место после лечения. В большинстве случаев причина кроется в поведении человека.

Mowur (1981) указывает, что клиническая поддержка заикающихся должна быть долгой и исчезать медленно. Длительному улучшению плавности речи должно предшествовать базисное изменение поведения и личности пациента.

Prins (1980) указывает, что программы интенсивной логогерапии помогают справиться с заиканием. Изменения происходят настолько быстро, что пациент еще не в состоянии оценить их, не в состоянии автоматизировать полученные навыки самостоятельно. В результате заикающийся не может справиться с посттерапевтическими трудностями, происходит рецидив заикания.

Prins предлагает постепенное ослабление интенсивности лечения, с постепенным повышением самостоятельности пациента, ответственности за результат лечения. После окончания курса реабилитации бывшие пациенты должны постоянно контролировать свою речь. Некоторым это очень трудно, и заикание рецидивирует. Главная задача — довести самоконтроль до автоматического уровня.

Ruan и Van Kirk (1979) выдвигают несколько пунктов программы компенсации рецидивов:

- ежедневный мониторинг заикания;
- систематическое выполнение домашних заданий с постепенным усложнением видов работы;
- постоянный контакт с лечебным учреждением для контроля и статистических исследований;
- постоянная коррекция программы и уточнение сроков лечения.

Webster указывает, что если поведенческая мотивация достаточна, то после интенсивной терапии строгий контроль не обязателен, а только в рамках коррекции и помощи, так как приобретенные навыки быстро автоматизируются под контролем специалистов.

Ingham и Perkins предлагают разные виды поддержки после курса интенсивной терапии:

- группы взаимопомощи заикающихся;
- посещение клиники для контроля за совершенствованием речевых навыков;
- интенсивные речевые тренировки по автоматизации речевых навыков;
- консультации и обследование у лечащего врача;
- индивидуальная логотерапия.

Boberg (1980-1982) проанализировал все имеющиеся методики и программы. Одни из них помогают предотвратить рецидивы, другие — преодолеть их. На основании проделанного анализа Boberg приходит к выводу, что для профилактики рецидивов заикания необходимы постоянные контакты пациента со специалистами клиники, повышение мотивации и ответственности пациента за исход лечения, дальнейшая разработка новых

программ поддерживающей терапии. По мнению Boberg, специалисты не должны допускать крупных рецидивов-провалов, для этого необходимо научиться распознавать рецидивы на начальной стадии их возникновения и сразу принимать экстренные меры по их преодолению.

Вызывает интерес мысль Boberg, что посттерапевтический мониторинг или практика закрепления полученных речевых навыков превращается для бывшего пациента в наказание, а не в награду за труды во время курса интенсивной терапии. Boberg предлагает так психологически настроить пациента, так ориентировать его, чтобы внутренняя мотивация совершенствования речевых навыков, полученных в ходе интенсивного лечения, стала для пациента жизненно необходимой потребностью. Если у пациента будет правильный психологический и поведенческий настрой, тогда сам пациент сможет преодолевать рецидивы, к чему его должен подготовить специалист и теоретически, и психологически.

Эту мысль, продолжают Paykel и Tanner (1976). Они утверждают, что и радостные, и печальные события жизни влияют на ход посттерапевтического восстановительного периода. В зависимости от жизненной стойкости период обострения происходит у всех по-разному. Для успешного преодоления рецидивов необходим соответствующий психологический и поведенческий настрой, который в пациенте должны воспитывать специалисты. Большое значение имеет и правильное отношение членов семьи к пациенту.

Van Riper (1979) вообще отказывался пользоваться термином «рецидив». По его мнению, поддерживающая терапия необходима каждому пациенту. Специалист должен учить пациента, какие меры необходимо предпринимать в случае ухудшения состояния в течение всей жизни. Он предупреждает каждого пациента о возможных «срывах» как о нормальном явлении.

Предупреждение рецидивов заикания: организация поддерживающей терапии

Традиционные методики решают данную задачу разными способами. Вот некоторые из них.

1. Методика Н. А. Власовой — *постепенное поэтапное усложнение речи.*
2. Методика М. И. Лохова — *синхронизация речи с некоторыми внешними факторами.* Основа методики — разрушение патологического стереотипа путем подачи фотовспышек и звуковых ритмических сигналов в соответствии с индивидуальным паттерном электрической активности головного мозга пациента.
3. Методика Л. З. Арутюнян (Андроновой) — *синхронизация речи с движением пальцев кисти ведущей руки.*
4. Методики, основанные на применении технических средств.

В настоящее время известны четыре типа изменения акустических характеристик речи с помощью аппаратов:

- *звукозаглушение* — подача в наушники шумового фона, заглушающего собственную речь заикающегося;
- *звукоусиление* — методика усиления громкости речи. Заикающийся слышит свою шепотную речь, усиленную прибором;
- *ритмизация* — методика синхронизации речи со звуком метронома;
- «ЭХО» — методика задержанной (отставленной) речи. Заикающийся слышит свою шепотную речь с определенной временной задержкой.

Рассмотрим поподробнее методики, основанные на использовании технических средств.

Звукозаглушение собственной речи как прием в работе известен еще со времен Демосфена. В XX веке над этим приемом работали А. А. Маланичева (1954), П. Воскресенский (1962), А. В. Крапухин (1981) и др. В качестве заглушающего фона используется «белый шум», акустически напоминающий шум прибора.

А. В. Крапухин механизм влияния «белого шума» трактует следующим образом:

- повышение громкости речи наблюдается при всех видах заглушения (эффект Ламбарди);
- возникает разрыв привычной слухоречевой связи, который имеет в основном психический характер, так как заикающийся, когда не слышит своей речи, меньше волнуется, и запинки не вызывают нового приступа судорожности;
- звукозаглушение отвлекает говорящего от самого акта речи. Главный положительный результат при звукозаглушении достигается при помощи эффекта повышения громкости.

На эффекте звукозаглушения построен аппарат Деражне. Разной силы шум (в корректофоне он регулируется с помощью специального винта) подается через резиновые трубочки, оканчивающиеся оливами, прямо в слуховой проход и заглушает собственную речь больного. Для заикающихся, у которых имеется фиксированность на дефекте, отключение слухового контроля облегчает проведение речевых упражнений. Уменьшая силу заглушения, заикающиеся успешно учатся говорить и без корректофона.

Но метод звукозаглушения может быть применим далеко не во всех случаях. Некоторые заикающиеся плохо переносят шум, который вызывает у них головные боли, раздражительность. Постоянный шум может мешать выполнению сложных речевых упражнений. Отсутствие слухового контроля снижает возможность активного речевого общения заикающегося с окружающими.

Звукоусиление как метод коррекции заикания было предложено В. А. Раздольским в 1965 году.

Эффект наступает благодаря изменению привычной громкости собственной речи. Говоря о физиологическом механизме этого явления, В. А. Раздольский

пишет: «При заикании в кору головного мозга идут одновременно по афферентным путям кинестетические импульсы с судорожно работающего периферического аппарата речи и слуховые импульсы от воспринимаемой слухом дефектной речи. Вырабатываемые в этих условиях акустикомоторные связи поддерживаются и усиливают патологические рефлекс заикания. Собственная речь, воспринимаемая заикающимися через звукоусиливающую аппаратуру, представляет измененную форму речи. В ответ на слуховое восприятие такой речи еще не успевают вырабатываться акустикомоторные патологические рефлекс. Этот момент облегчает речь заикающихся».

Аппарат В. А. Раздольского построен по принципу звукоусиления речи заикающихся через громкоговорители или воздушные телефоны к слуховому аппарату «Кристалл».

Интересен механизм воздействия метода звукоусиления: если при звукозаглушении эффект возникает за счет разрыва привычной слухоречевой связи, то при звукоусилении все дефекты речи звучат более отчетливо. Значит, только изменение привычной громкости собственной речи или изменение моторных условий ее построения оказывает положительное влияние на речь говорящего.

Звукоусиление — наиболее «мягкое» техническое средство, так как, воспринимая свою речь усиленной, заикающийся старается говорить тише, чтобы слышать себя в правильном по громкости диапазоне, меньше напрягает речевую мускулатуру, чаще начинает пользоваться мягкой атакой звуков, что положительно отражается на его речи. При использовании звукоусиления заикающийся слышит свою правильную речь, это ускоряет выработку положительных рефлекс свободной, ненапряженной речи.

Метроном, или метод ритмизации (ритмической стимуляции) речи. Этот метод известен столь же давно, как и метод заглушения.

В 1828 году французский врач Коломбо организовал в Париже первый в мире отофонетический институт для лечения различных дефектов речи. Он разработал следующий метод лечения заикания. На первом этапе заикающимся предлагалось говорить нараспев, затем читать и пересказывать прочитанный текст под ритмичные удары сконструированного им специального прибора, частота ритмических ударов в котором менялась с помощью специального устройства — метронома. Коломбо придавал большое значение усвоению навыка изменения темпа и ритма речи. Основой его метода служили ритмическое дыхание и ритмическая речь. Исследования Коломбо получили всеобщее признание.

В 1959 году в статье «Механизм заикания» Н. И. Жинкин писал, что как только речь переходит на скандирование, метрическое произнесение, заикание проходит, так как все слова выравниваются по слоговой динамике. Заикание возобновляется при быстрой речи, так как появляется

разномеричность и разнодлительность слов. Каждая новая мера метра должна быть упреждена. Еще К. С. Станиславский подметил, что речь следует за жестом и мимикой. Поэтому впереди надо пустить силу, которая как на «буксире» потянет за собой переменное упреждение. В дальнейшем «буксир» можно ослабить либо совсем убрать. Именно таким «буксиром» может стать метроном.

«ЭХО», или эффект отставленной речи. Этот эффект был открыт Б. Ли в 1952 году. Эффект отставленной речи связывают с нарушением обратной слуховой связи. Суть эффекта состоит в том, что сигнал, подаваемый в микрофон, говорящий слышит с запаздыванием, как в лесу или в горах.

Существует много способов задержки сигнала, но самым распространенным до недавнего времени являлся магнитофонный.

Метод лечения, основанный на принципе «регуляции обратной связи» с помощью «ЭХО-аппарата», предложил польский врач Б. Адамчик в 1959 году. При применении этого метода пациент говорит в микрофон, который соединен со звукозаписывающей головкой магнитофона. Записанный текст поступает на звуко снимающую головку, усиливается, а затем передается в наушники, через которые пациент слышит свою собственную речь с запаздыванием.

В 1981 году А. В. Крапухин в установке «Логос» наряду с звукозаглушением и звукоусилением использовал эффект «ЭХО». Здесь, в отличие от ранее применяемых аппаратов, задержка обратного речевого сигнала основана на электронном принципе, что позволяет получить значительное улучшение качества звучания и снизить время задержки без снижения эффективности воздействия.

В 1998, году на смену первому поколению «ЭХО-магнитофонов» пришли портативные, индивидуальные и более удобные для использования в различных ситуациях аппараты «АИР» (Л. Я. Миссуловин). Заикающийся, применяя аппарат «АИР», слышит в наушнике свою собственную речь с некоторым запаздыванием, в результате чего корректируется темп и ритм его речи, что, в свою очередь, приводит в большинстве случаев к значительному снижению речевой судорожности.

При применении аппарата темп произнесения речевых образцов несколько замедляется, вырабатывается более сильный голос, улучшается артикуляция звуков речи. Но модуляции голоса могут стать менее гибкими, может возникнуть некоторая монотонность. Поэтому следует внимательно следить за атакой голоса больного, добиваясь мягкого произнесения звуков и по возможности большей интонационной выразительности.

Механизм воздействия эффекта «ЭХО» можно объяснить тем, что у заикающихся нарушена обратная слуховая связь в сторону ускорения, поэтому замедление ее приводит к улучшению речи. Однако эффект «ЭХО» не всегда приводит к улучшению, поэтому правильнее считать, что при воздействии отставленной речи положительный эффект снижения

судорожности достигается за счет изменения темпа речи в сторону замедления и повышения громкости, а также психотерапевтического отвлекающего воздействия.

Заикание представляет собой сложное патологическое состояние с полиморфной клинической картиной, в которой преобладают две группы основных нарушений:

1. собственно речевые — судороги речевых мышц (артикуляционные, голосовые и дыхательные), прерывающие плавность речи, ее слитность и нарушения просодики (темпа, ритма, мелодичности);
2. расстройства в психоэмоциональной сфере, обусловленные различными общеневротическими и логоневротическими нарушениями, которые возникают у заикающегося в результате затруднения речевого общения.

Для заикающихся также характерны выраженные кардиоваскулярные и дыхательные изменения.

Лечебно-коррекционные мероприятия при заикании определяются основными положениями комплексного медико-педагогического метода (Н. А. Власова, К. П. Беккер, 1983; Н. М. Асатиани, 1980). Разработано множество методик, направленных на то, чтобы восстановить нарушенный стереотип речи при заикании, как в отдельных компонентах, так и в механизмах их взаимосвязи (методики М. И. Лохова, Л. З. Арутюнян (Андроновой) и др.). Однако ни одна система реабилитационных мероприятий заикания не является абсолютно надежной и эффективной. Как правило, заикание полностью не устраняется, а лишь снижаются его проявления.

Актуальность проблемы и недостаточная эффективность существующих на данный момент методик является значимым фактором для поиска новых и нестандартных путей решения проблемы заикания.

В 50-х годах XX века возникла идея о возможности обучения управлению внутренними процессами. Появлению этой идеи способствовали: новое осмысление результатов классических исследований великих русских физиологов, прежде всего И. М. Сеченова и И. П. Павлова, в области условно-рефлекторной деятельности; представления К. М. Быкова о кортико-висцеральных связях; нейроанатомические данные, полученные в лаборатории В. Н. Черниговского и доказавшие наличие висцерального представительства в отдельных локальных зонах коры больших полушарий. Теоретические обоснования метода биологической обратной связи (БОС) опираются, кроме того, на основные положения теории функциональных систем П. К. Анохина и теорию устойчивых патологических состояний, разработанную Н. П. Бехтеревой и ее сотрудниками. Большую роль в разработке проблемы биологической обратной связи сыграли также работы ряда американских ученых, которые пытались модифицировать реакции внутренних органов, опосредуемые, через вегетативную нервную систему, с

помощью методик инструментального обучения (выработки оперантных рефлексов):

В ЗАО «Биосвязь» в Петербурге разработана методика формирования совершенствования и коррекции речи методом биологической обратной связи (А. А. Сметанкин и др., 1998).

Сущность метода БОС при коррекции заикания — научить пациента контролировать и целенаправленно изменять течение нарушенной физиологической функции, участвующей и влияющей на процесс рчеобразования (дыхание, мышечный и вегето-сосудистый тонус, психоэмоциональное состояние). Для этого с помощью приборов БОС регистрируют физиологические параметры пациента, связанные с нарушенной функцией, и предъявляют их обучаемому в виде визуального и слухового сигнала обратной связи. Получая объективную информацию о нарушенной функции, пациент находит и учится воспроизводить такое состояние, которое нормализует эту функцию. Информация для специалиста представлена в виде статистики, которая содержит различные показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) и дыхательных циклов. В программе существует два способа представления результатов: графики и таблицы.

Преимущества БОС:

- индивидуальная объективная диагностика;
- постоянный контроль за корректируемой функцией и ее физиологическими показателями;
- активизация собственных резервных возможностей организма и наиболее экономичное использование его энергозатрат;
- наглядность выполнения упражнений;
- обеспечение дополнительной мотивации;
- сокращение сроков реабилитации;
- устойчивость формируемых навыков.

Цели:

- отказ от присущего заикающемуся патологического стереотипа речи;
- формирование нового стереотипа речи, который должен соответствовать индивидуальной норме.

Методика предполагает несколько этапов работы:

1. Первичное клиническое обследование (проводится до процедур БОС).
2. Выработка правильного диафрагмально-релаксационного дыхания.

Для формирования дыхания по методу БОС пациент сидит в удобном кресле перед прибором «Кардиосигнализатор» и экраном компьютера. Одно из условий — чувство комфортности и отсутствие при выполнении упражнений излишних усилий. Лицо, плечи, шея, руки — не напряжены. Датчики от прибора фиксированы на передней поверхности грудной клетки на уровне 2-8-го межреберья.

У заикающегося регистрируются текущие значения ЧСС, которые подаются ему в виде звуковых и зрительных игровых, цифровых и графических сигналов обратной связи. При правильном дыхании пациент «закрашивает» вертикальные или горизонтальные полосы.

3. Выработка правильной артикуляции. Речевая тренировка с применением диафрагмально-релаксационного типа дыхания.

4. Тренировка чтения песен, стихов, прозы с экрана компьютера под контролем БОС на выдохе.

Проводится работа над просодической стороной речи, ее эмоциональной окраской. Особое внимание уделяется чувству слитности, плавности, легкости речи на выдохе.

5. Этап закрепления полученных навыков. Осуществляется переход к свободной спонтанной речи.

6. Контрольное обследование.

Результаты проведенного исследования по методике БОС показали положительную динамику в лечении заикания.

Необходимо отметить, что первые опыты по произвольному регулированию висцеральных реакций проводились в России. Исследованиями в данном направлении занимался профессор Военно-медицинской академии И. Р. Тарханов. Первая публикация (1955), которую можно по праву отнести к БОС, принадлежит М. И. Лисиной, аспирантке Института психологии АПН РСФСР. Данная работа посвящена исследованию и применению конкретной методики по управлению вазомоторными реакциями. Введение термина «биологическая обратная связь» принадлежит психофизиологам США. Впервые в широкой литературе он появился в 1963 году в работе Дж. Басмаджана, посвященной обучению управлению электрической активностью, снимаемой с отдельного мышечного волокна. После этой работы исследователи все чаще стали употреблять введенный термин вместо понятий «оперантное обусловливание» или «инструментальное обучение».

В 1969 году в США в городе Санта-Моника (Калифорния) группой энтузиастов-исследователей было основано Исследовательское общество биологической обратной связи (The Biofeedback Research Society), целью которого являлось объединение профессионалов, работающих в области БОС. С этого момента практическое применение методики БОС получило большое распространение в лечении артериального давления, эпилепсии, тревожных состояний, сердечных аритмий, головных болей напряжения, астмы, паркинсонизма, детской гиперактивности. Учитывая возросший интерес медиков к проблеме БОС, учредители общества в 1976 году решили переименовать его в Американское общество биологической обратной связи (The Biofeedback Society of America).

В Европе БОС развивалась примерно по такой же схеме, что и в США, но не нашла такого широкого применения. Ассоциации БОС существуют во Франции — с середины 70-х годов, в Италии — с начала 80-х годов. В 90-х

годах образовались общества БОС в Германии и Австрии. В 1996 году была организована Европейская Ассоциация БОС.

В 1989 году американскими исследователями (корпорацией IBM) была разработана программа «Видимой речи». Это интерактивная компьютерная технология, по которой воспринимаемые звуковые сигналы преобразуются в соответствующие зрительные образы. В настоящее время широкое распространение получают разнообразные компьютерные программы, использующие эффект «Видимой речи».

В целях выработки длительного речевого выдоха, коррекции интонационно-мелодической стороны речи и нормализации процесса паузирования используется ряд модулей программы «Видимая речь»,

При работе с модулем «Длительный речевой выдох» у больных вырабатывается умение регулировать длительность и силу выдоха. Модуль включает в себя серию игр, в процессе которых необходимо умение экономно распределять выдыхаемый воздух с определенной силой и длительностью. Выполнение задания контролируется визуально, помогает выработке новых навыков.

Работа с модулем «Изменение высоты голоса» заключается в тренировке умения произвольно повышать и понижать высоту голоса. Игры: необходимо за определенный промежуток времени несколько раз плавно изменить высоту звучания голоса, обходя «препятствия», которые изображены на экране.

Цель работы с модулем «Интонация» заключается в выработке правильных интоном. В процессе тренинга заикающийся получает информацию в виде количественного показателя частоты основного тона при произнесении фраз с различной интонацией и корректирует данный показатель в соответствии с эталоном.

Цель работы с модулем «Громкость и высота» заключается в нормализации процесса паузирования, темпа и слитности речи. Использование данного модуля позволяет заикающимся увидеть на экране компьютера графическую запись собственной речи (по горизонтали фиксируется длительность звучания голоса и длительность пауз, а по вертикали — интенсивность звучания голоса). Можно сравнить эталонный образец речи, предложенный логопедом, с собственной речью. Данный модуль предусматривает параллельную запись речи на магнитофон, что дает возможность тренирующемуся осуществить визуальный и аудитивный контроль за речью. При работе над процессом паузирования на данном модуле тренинг заикающихся заключается в удержании пауз заданной длительности в соответствии с их синтагматической обусловленностью. Отрабатывается адекватная длительность пауз при произнесении смычных согласных, которые для заикающихся являются наиболее трудными.

Технические средства коррекции заикания продолжают совершенствоваться.

В настоящее время существуют разработки специфической аппаратуры на основе персональных компьютеров. В них используются: «отставленная речь», которую можно легко моделировать в большом диапазоне; «маскирующий шум», силу которого можно также регулировать; ритмическая подача шумового сигнала, который можно изменять по интенсивности и ритму.

С целью коррекции речи и комплексной реабилитации детей и взрослых, страдающих заиканием, создан аппарат АКР-1 «МОНОЛОГ». Предлагаемый аппарат объединяет функции звукозаглушения, звукоусиления, ритмической стимуляций («МЕТРОНОМ»), воспроизведения речи с определенной задержкой («ЭХО»). Используя четыре основных технических средства, аппарат позволяет получать разнообразные комбинации.

В процессе логопедических занятий с заикающимися в психотерапевтических целях можно использовать звукозаписывающую аппаратуру. При магнитофонном занятии у заикающегося повышается настроение, появляется желание добиваться успехов в речевых занятиях, вырабатывается уверенность в положительном исходе занятий, растет доверие к логопеду. На первых магнитофонных занятиях материал для выступления заикающегося отбирается и тщательно репетируется.

Выработке навыков правильной речи способствуют обучающие магнитофонные занятия. Цель этих занятий заключается в том, чтобы обратить внимание заикающегося на темп и плавность его речи, звучность, выразительность, грамматическую правильность фразы. После предварительных бесед о качестве правильной речи, прослушивания соответствующих образцов речи, после неоднократных репетиций заикающийся выступает перед микрофоном со своим текстом. Задача — следить и управлять своим поведением, темпом, плавностью, звучностью голоса, правильным лексико-грамматическим оформлением фразы (В. И. Селиверстов, 1995). Руководитель фиксирует в своей тетради состояние речи и поведение заикающегося в момент выступления перед микрофоном. Закончив выступление, заикающийся сам оценивает свою речь (говорил тихо — громко, быстро — медленно, выразительно — монотонно и т.д.). Затем, прослушав запись на магнитофонной пленке, заикающийся вновь оценивает ее. После этого логопед анализирует речь заикающегося, его умение дать ей правильную оценку, выделяет положительное в его выступлении, в поведении на занятии и подводит общий итог.

Вариантом обучающих магнитофонных занятий является подражание выступлениям артистов, мастеров художественного слова. Выучивается текст, отрабатывается воспроизведение, записывается на магнитофонную пленку, а затем сравнивается с оригиналом, констатируются сходства и различия.

Полезны магнитофонные занятия, на которых заикающемуся предоставляется возможность сопоставить свою настоящую речь с той, что была у него раньше. В начале логопедических занятий курса при включенном микрофоне ему задаются вопросы на бытовые темы, предлагаются сюжетные картинки для описания их содержания и составления рассказа и пр. Магнитофонная пленка фиксирует случаи судороге речи: их место во фразе, частоту, длительность. В последующем эта первая запись речи заикающегося служит мерилем успешности проводимых речевых занятий: с нею сравнивается состояние речи в последующем.

По окончании курса логопед строит заключительную беседу на материале последнего сравнительного магнитофонного занятия, советуя заикающимся систематически наблюдать за своей речью, ежедневно закреплять приобретенные на занятиях умения и навыки.

Магнитофонные занятия рекомендуется проводить в тех случаях, когда у заикающегося имеется фиксированность на своем дефекте и осознание своей неправильной речи.

Проблема социальной адаптации и реабилитации заикающихся

Современный этап развития взглядов на проблему заикания обычно включает в себя рассмотрение психологических компонентов этого заболевания. В комплексную медико-педагогическую систему лечения обязательно включаются психотерапевтические методы, среди которых важное место отводится групповой психотерапии. Актуальным продолжением и развитием вопросов психокоррекции заикания является поиск путей повышения эффективности групповой психотерапии, разработка и применение реабилитационных методов воздействия.

Заикание является одним из терапевтически резистентных, т.е. устойчивых, видов речевой патологии. Опыт работы многих специалистов говорит о неустойчивости результатов лечения, так как наряду с речевыми нарушениями имеется определенная степень дезорганизации отношений личности. Предложенная В. М. Шкловским клинико-патогенетическая классификация больных с заиканием показывает, что чем в большей мере в картине заикания отмечается взаимосвязь речевых и личностных нарушений, тем более существенную роль в системе лечения и профилактики рецидивов болезни играет патогенетически обоснованная психотерапия. Заикание у большинства взрослых является системным речедвигательным неврозом и включает: нейромоторное расстройство речи — заикание; логофобию, невротические нарушения, то есть субдепрессивное настроение, тревожность, связанные с сознанием собственной речевой неполноценности; астенические формы реагирования, то есть повышенную чувствительность, ранимость, чувство неполноценности, ущемленности, заниженную самооценку и т.д.

Опираясь на данное определение, специалисты могут прогнозировать результаты лечения, планировать лечение, делать определенные акценты в

работе, осуществлять индивидуальный подход, формировать группы, добиваться большей эффективности в деле социальной адаптации и реабилитации больных с заиканием.

Заикающиеся подростки и взрослые в течение полутора месяцев проходят интенсивный курс лечения в дневном стационаре, затем в течение двух месяцев посещают в вечерние часы группу поддерживающей терапии в целях закрепления результатов лечения в дневном стационаре.

Почти девять десятых пациентов составляют больные, имеющие тяжелую декомпенсацию за счет выраженности невротического компонента. Это пациенты, переоценивающие тяжесть заикания, имеющие высокий уровень тревожности, наиболее глубоко и остро переживающие свою болезнь, склонные только заиканием объяснять все свои жизненные проблемы. Они чрезвычайно зависимы от специалистов.

У пациентов, переоценивающих тяжесть своего заболевания, обычно низкий уровень психологической защиты. В отношении заикания выявляется яркая фиксация на нем, сопровождаемая выраженными невротическими нарушениями, коррекция которых и должна доминировать, с параллельно действующей коррекцией защитных механизмов. Следовательно, патогенетическая и групповая психотерапия должна быть направлена на достижение осознания личностного компонента этой системы и интеграцию этой системы на сознательном уровне.

Литературные данные показывают, что у заикающихся нарушена деятельность общения. При заикании наблюдается изменение смысловой системы связей личности. Общение теряет функцию взаимодействия, не устанавливается обратная связь. Заикание может усиливаться в зависимости от эмоционального состояния, особенностей восприятия ситуации и объекта общения, оценки себя в глазах собеседника и т.д. При наличии положительных эмоций выраженность заикания может значительно снижаться, при появлении отрицательного эмоционального фона — усугубляться. Наличием речевого дефекта определяется собственная позиция заикающегося, оценка себя, своих возможностей. При заикании вся коммуникативная система связана с дефектом речи.

Интерактивная и перцептивная стороны общения развиваются неполноценно, страдают от личностных особенностей. Сужается опыт общения. Заикающийся сознательно выбирает позицию, компенсирующую дефект речи. Отсутствует точное понимание партнера, ухудшается психологическая согласованность действий сторон, возникает взаимная неудовлетворенность отношениями. Обмен информацией носит суженный характер.

В беседе заикающийся больше занят передачей собственных мыслей, чем восприятием сообщения собеседника, а настоящее общение возникает только тогда, когда слушают с пониманием. Для этого надо смотреть на высказываемые идеи и отношения с точки зрения другого человека,

чувствовать, что это значит для него, вставать на его позицию относительно того, о чем он говорит. К. Роджерс называет процесс полноценного общения сопереживающим пониманием. При заикании сопереживающее понимание практически не устанавливается. Это приводит к изменению коммуникативных процессов, нарушает формирование образа другого человека, то есть страдает социальная перцепция. Эмоциональное состояние также влияет на восприятие партнера.

Из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что коррекционные занятия в группе поддерживающей терапии прежде всего должны быть направлены на изменение мотивационной стороны общения, повышение активности, адекватности эмоциональной оценки себя и других, изменение позиций личности в процессе общения, расширение невербальных форм коммуникации, коммуникативной и перцептивной сторон общения, изменение смысловой системы связей с окружающим миром.

Общая задача психотерапии состоит в преодолении нарушений общения. К. Роджерс писал, что хорошее, свободное внутриличностное и межличностное общение всегда имеет психотерапевтический эффект.

Далее предлагаются различные варианты групповых коррекционных занятий со взрослыми заикающимися в целях их скорейшей адаптации и реабилитации после курса интенсивной терапии в лечебном учреждении. Подробному описанию коррекционной психолого-педагогической работы в группе поддерживающей терапии посвящена часть III книги.

Часть III. Коррекционная психолого-педагогическая работа при заикании

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):

1. легкая степень — заикание возникает в возбужденном состоянии и при стремлении к быстрому высказыванию;
2. умеренная (средняя) степень — в спокойном состоянии и в привычной обстановке заикание, как правило, проявляется мало, в эмоциональном состоянии — усиливается;
3. 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 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 профилактике 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.

Комплексная психолого-педагогическая работа в группе поддерживающей терапии

Актуальным продолжением и развитием вопросов психокоррекции заикания является поиск путей повышения эффективности групповой психотерапии, разработка и применение реабилитационных методов воздействия при этом заболевании.

Заикание является рецидивирующим видом речевой патологии. Опыт работы многих специалистов свидетельствует о неустойчивости результатов лечения, так как наряду с речевыми расстройствами имеется определенная степень дезорганизации отношений личности. Предложенная В. М. Шкловским клинико-патогенетическая классификация больных с заиканием показывает, что чем в большей мере в картине заикания отмечается взаимосвязь речевых и личностных нарушений, тем более существенную роль в системе лечения и профилактики рецидивов заикания играет патогенетически обоснованная психотерапия.

Многофакторная обусловленность заболевания, наличие в его клинической картине дезорганизации системы отношений личности, изменения в коммуникативной сфере определяют сложность этой проблемы и требуют комплексного психолого-педагогического подхода к ее анализу и решению. Клинические проявления заикания не исчерпываются «нарушениями плавности и слитности речи». Существенную роль в их формировании играет возникающий у пациента страх речи — логофобия, а также невротическая переработка дефекта, ведущая к возникновению «порочной спирали», когда эмоциональная реакция на речевые затруднения ведет к их усилению.

Процесс общения у заикающихся изменен в ряде звеньев: эмоциональном (логофобия), когнитивном (понимание и оценка коммуникативной ситуации, представление о себе как о субъекте общения), поведенческом (избегание ряда ситуаций, сужение круга контактов). Одним из явлений, искажающих коммуникативные процессы, становится не только субъективная оценка их тяжести, но и тенденция избирательно и неадекватно переживать и интерпретировать любое событие, связанное с речевым общением. Для коррекции психологических нарушений необходимо участие пациента в групповой и индивидуальной психотерапии.

Групповая психотерапия предполагает, что группа становится не только условием терапевтического процесса, но и непосредственным лечебным фактором. Психологическая коррекция, осуществляемая через интенсивное взаимодействие в группе, позволяет оказывать влияние на основные компоненты отношений личности: познавательные, эмоциональные и поведенческие.

Коррекции познавательной сферы способствует психотерапевтический процесс, направленный на осознание ситуаций, вызывающих напряжение, тревогу, конфликты; анализ собственных мотивов, потребностей, стремлений, установок и эмоционального реагирования, определение степени их адекватности и реалистичности.

Групповая психотерапия оказывает помощь в коррекции эмоциональных расстройств: пациент чувствует эмоциональную поддержку со стороны группы, собственную ценность, становится более свободным в выражении позитивных и негативных эмоций, учится точнее вербализовать свои эмоциональные состояния.

Психотерапевтическая группа помогает пациенту приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения с окружающими, способствует преодолению неадекватных форм поведения, связанных с субъективно; сложными ситуациями, формирует навыки поведения, связанные с поддержкой, взаимопомощью, взаимопониманием, сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью.

Группа пациентов, страдающих заиканием, обладает рядом специфических черт: относительная гомогенность состава в сочетании с фиксацией на дефекте речи создает почву для повышенной псевдосплоченности на основе похожих жалоб и проблем, а значит, тормозится развитие моделирующей и коррекционной функций группы. Ожидания заикающихся в отношении лечения, зачастую подкрепленные опытом предыдущих обращений за помощью, обычно предполагают логопедическую коррекцию, суггестивную психотерапию, но никак не конфронтацию со своими личностными проблемами и конфликтами. Заикающиеся не только испытывают речевые и эмоциональные затруднения, но и отличаются тенденцией к монологическому высказыванию, своеобразным «коммуникативным эгоцентризмом».

Основными методами групповой психокоррекционной работы являются тематически ориентированные дискуссии, обсуждения, беседы, проективное рисование, невербальный тренинг, ролевой тренинг.

Можно выделить следующие этапы групповой поддерживающей психотерапии в процессе реабилитационной работы с заикающимися:

I этап — эмоциональная стимуляция, активация общения, налаживание коммуникаций и установление между больными эмоционально насыщенных связей, невербальный тренинг.

II этап — восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, выработка адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях, тренировка общения, преодоление зависимости и повышение социальной уверенности.

III этап — укрепление и изменение социальных позиций, достижение адекватного представления о болезни и нарушениях своего поведения, коррекция дезадаптивных установок и отношений, оптимизация поведения.

IV этап — раскрытие содержательной стороны внутренних процессов психологических конфликтов, имеющих для больного большую субъективную значимость, перестройка нарушенной системы отношений и выработка адекватных форм психологической компенсации.

Психолого-педагогическая коррекция способствует улучшению техники речи, снижению фиксации на речевом дефекте, расширению коммуникативных и адаптационных возможностей.

Можно выделить следующие задачи:

1. закрепление навыков темпо-ритмической организации речи;
2. расширение коммуникативных и адаптационных возможностей;
3. ликвидация признаков девиации личности;
4. снижение фиксации на речевом дефекте.

Задачи и методы логопедической работы в группе поддерживающей терапии

Рецидивы заикания связаны с тем, что наряду с речевыми нарушениями у пациентов имеется определенная дезорганизация отношений личности. Дифференцированная диагностика больных, страдающих заиканием, отмечает взаимосвязь речевых и личностных нарушений. Основными целями комплексной групповой терапии заикания являются: 1) избавление от невротических нарушений и фиксации на дефекте речи и 2) восстановление социальной активности. Для достижения этих целей используется комплексный психолого-педагогический подход, то есть «речевые проблемы» решаются в контексте с коррекцией внутриличностной структуры заикающегося.

Таким образом, логопедические занятия группы поддерживающей терапии направлены на отработку речевых навыков в личностно и социально значимых ситуациях.

Логопедическое занятие в группе поддерживающей терапии начинается с логопедической разминки, которая включает в себя:

- Артикуляционно-мимическую гимнастику;
- Голосовую гимнастику;
- Постановку нижнереберного диафрагмального дыхания;
- Логоритмику;
- Отработку речевых навыков в личностно и социально значимых ситуациях.

Артикуляционно-мимическая гимнастика

Эти упражнения помогают: создать нервно-мышечный фон для выработки точных и координированных движений, необходимых для звучания полноценного голоса, ясной и четкой дикции; предотвратить патологическое развитие движений артикуляции, а также снять излишнюю напряженность артикуляционной и мимической мускулатуры; выработать необходимые мышечные движения для свободного владения и управления частями артикуляционного аппарата. Идет тренировка мышц нижней челюсти, губ, языка, мышц глотки и мягкого неба, мимических мышц. Для этого используются статические и динамические упражнения.

Рекомендации при выполнении упражнений:

- выполнять упражнения только перед зеркалом;
- избегать сопутствующих движений (работает только группа мышц);
- выполнять упражнение в спокойном темпе, без усилий, стремясь к плавному и ритмическому выполнению движений.

Комплекс упражнений артикуляционно-мимической гимнастики

Упражнения для мышц лба:

- нахмурить брови, с угрозой произнести: «А-а!»;
- удивленно-радостно вскинуть брови, произнести с восхищением: «А-а!»

Упражнения для мышц глаз:

- зажмуриться — «распахнуть» глаза;
- поочередно закрывать и открывать то правый, то левый глаз;
- озорно, со значением подмигивать;
- спокойно закрывать и открывать глаза, максимально расслабляя мышцы век;

Упражнения для щёк:

- надувать щёки;
- втягивать щёки;
- перекатывать воображаемый шарик во рту (поочередно надувать щёки);
- «полоскать рот» воображаемой водой;

Упражнения для губ:

- улыбнуться («и-и-и»);
- сложить губы в трубочку («у-у-у»);
- двигать губами от правой щеки к левой;
- двигать губами по кругу;
- «развесить губы»;

Упражнения для языка:

- расслабить язык на нижней губе, «пошлепать» его губами («пя-пя-пя»);
- пощелкать языком, присасывая строго по средней линии;
- вяло, лениво «пожевать манную кашу» («мня, мня, мня»);
- облизывать губы;

Изобразить:

- грозного владыку;
- лазутчика;
- кокетливую барышню;
- деревенского дурачка.

Голосовая гимнастика

Целью голосовой гимнастики является развитие силы, высоты, тембра голоса, голосовых модуляций, интонационно-мелодической речи.

Рекомендации при выполнении упражнений:

- работая над гласными, необходимо следить за мягкой атакой звука (бархатистое звучание, чуть приглушенное, с теплым выходом);
- не следует допускать горлового и других призвуков;
- при выполнении упражнений с гласными следует соблюдать умеренность темпа, четкость артикуляции, равномерное распределение выдоха.

А. Упражнения, направленные на тренировку силы и высоты голоса

Упражнение 1. Звук произносится шепотом с присоединением голоса, мягко и негромко. Сила голоса должна быть одинаковой от начала до конца звучания.

Упражнение 2. Напевание колыбельной. Полупроизносится гласный звук, изменяя высоту голоса.

а	а	у	у
а а	а	у у	у

«Раскачав» гласные, «бросать» их вверх без напряжения. По аналогии данное упражнение можно использовать при произнесении сочетаний из двух или трех звуков.

Упражнение 3. «Голосовая горка». Произносить гласный звук, изменяя его по высоте, представляя горку, по которой звук «взбирается» и «спускается вниз».

Упражнение 4. «Выколачивание» гласных звуков (отработка мягкой голосоподачи и включение грудного регистра).

Упражнение 5. «Разбойники увидели жертву». На выдохе произносить «ах-ха-ха-ха-ха» (представляя жертву), затем на выдохе произносить «ох-хо-хо-хо-хо» (представляя, что они с ней сделают).

Упражнение 6. Произносить гласные звуки и слоги, повышая/понижая тональность на каждом последующем звуке/слоге. Образуется своеобразная лестница.

Б. Интонационные упражнения

Упражнение 1. При произнесении последовательности гласных звуков воспроизводить удивление, недоумение (восходящая интонация) и ответный возглас (нисходящая интонация).

Упражнение 2. Произносить эталон «АОУИ» (сочетание гласных) с разной интонацией, сопровождая дирижированием:

- Восторженно
- Спокойно и блаженно
- Категорически
- Вопросительно
- Задумчиво
- Скорбно
- Дерзко
- Эротически
- С сожалением

По аналогии в этом упражнении можно использовать фразу.

Дыхательная гимнастика (автоматизация навыков нижнереберного дыхания)

Дыхание — главная функция человеческого организма, основа речи. Чтобы произнести фразу, нужен достаточный объем воздуха, который, проходя

постепенно, струей через связки, как смычок по струнам, заставляет звучать «голосовой инструмент». Дыхание должно быть активным, целенаправленным.

Дыхание бывает трех типов: ключичное, грудное, грудобрюшное (диафрагмальное нижнереберное).

Ключичное дыхание — поверхностное. При этом типе дыхания поднимаются плечи, так как воздух входит только в верхушки легких, не раздвигая грудную клетку.

При *грудном типе дыхания* реберная часть раздвигается на треть.

При *нижнереберном диафрагмальном типе дыхания* грудная клетка раскрывается полностью. Наполняются воздухом нижние отделы легких, в свою очередь они оказывают давление на диафрагму, которая опускается, при этом «выпячивается» живот. Плечи остаются спокойными, спина — прямой.

Дыхание, голосообразование и артикуляция — взаимообусловленные процессы, поэтому тренировку дыхания, улучшение голоса и уточнение артикуляции проводят одновременно. Задания усложняются постепенно: тренировка речевого выдоха сначала проводится на отдельных звуках, потом — на словах, затем — на короткой фразе, при чтении стихов и прозы. Контролировать правильное речевое дыхание можно с помощью ладони, если положить ее на область диафрагмы.

Задачи дыхательной гимнастики: освоить технику нижнереберного диафрагмального дыхания с активизацией мышц брюшного пресса; сознательно регулировать его ритм, а также правильное соотношение вдоха и выдоха, распределение выдоха на определенные речевые отрезки.

Регулярные занятия дыхательной гимнастикой способствуют воспитанию правильного речевого дыхания с удлиненным, постепенным выдохом, что позволяет произносить различные по длине речевые отрезки.

Рекомендации при выполнении упражнений:

- Вдыхать воздух через рот и нос, выдыхать — через рот;
- Вдыхать бесшумно. При вдохе не набирать слишком много воздуха. Не выдыхать весь воздух полностью, а сохранить небольшой запас в легких. Выдох должен быть естественным, экономным, без усилий;
- «Добирать» воздух только между смысловыми отрезками во фразе;
- Следить за тем, чтобы во время упражнений не было напряжения мышц шеи, рук, груди; чтобы плечи не поднимались при вдохе;
- Необходимо дышать свободно, избегая судорожности и толчков в дыхании;
- Выдох должен сочетаться с работой артикуляционного и голосового аппарата.

В дыхательной гимнастике используются упражнения:

А. Упражнения для воспитания навыков правильного полного вдоха

Данные упражнения делают лежа, сидя, стоя. Упражнения направлены на координацию ротового и носового дыхания, на выработку нижнереберного типа дыхания при активном участии диафрагмы.

Упражнение 1. Руку положить на область диафрагмы. Выдохнуть остатки воздуха, плавно и неторопливо вдохнуть носом так, чтобы верхняя передняя стенка живота выпятилась вперед, поднимая вашу руку. Выдох производится через рот плавно и по возможности полнее. При этом живот опускается и в конце выдоха втягивается.

Упражнение 2. Руки положить ладонями на ребра (на бока, пальцами к центру груди) и глубоко (до пупка) вдохнуть. Не поднимать плечи. Ваши руки ощутят, как расходятся ребра под напором входящего в грудь (в легкие) воздуха. Это означает, что вы взяли приличный объем воздуха. Сбросить дыхание, выдохнуть. Руки должны ощутить, как опали ребра.

Б. Упражнения для воспитания навыков правильного полного выдоха

Упражнение 1. Очень глубоко и резко взять дыхание через нос (в нижние ребра). Следить, чтобы при этом не поднимались плечи. Резко, активно выдохнуть через рот. Это упражнение очень активизирует дыхательный аппарат, осуществляя хороший массаж связок активной воздушной струей.

Упражнение 2. «Задуть воображаемую свечу». Положить ладони рук на ребра. Вдохнуть и «подуть на свечу». Воздух из легких выходит плавно и постепенно, ребра опадают не мгновенно, а постепенно, по мере выдувания.

Упражнение 3. «Фиксированный выдох». После спокойного вдоха сделать плавный выдох через рот, периодически изменяя величину раствора губ (слегка увеличивая и уменьшая отверстие между губами, регулируя интенсивность выдоха). Следить за правильной осанкой и за расслабленностью мышц плечевого пояса, шеи, лица.

Упражнение 4. Прodelать упражнение «фиксированный выдох» с мысленным счетом. Распределить выдох на 10-12-15 и более секунд.

В. Упражнение для воспитания навыков фиксированного выдоха со звуком и слогом

Данная группа упражнений базируется на упражнениях для воспитания правильного выдоха в сочетании с включением голоса, начиная с произнесения отдельных звуков до произнесения цепочек слогов. Примеры упражнений:

Упражнение 1. Прodelать упражнение «фиксированный выдох», сочетая его с произнесением звуков *с-с-с*, *ш-ш-ш*, *ф-ф-ф*, *м*, *н*, *л* и т.д. Необходимо протянуть звук как можно дольше, контролируя длительность выдоха секундомером. Особое внимание обращается на плавность выдоха.

Упражнение 2. На выдохе протяжно произносятся слоговые цепочки: сначала с глухими звуками, затем со звонкими. Для удлинения выдоха постепенно увеличивать количество слогов на выдохе,

- полунапевно произносить на выдохе: *ммаммоммуммэммииммы
ннанноннуннэнниннунна*

- произносить на выдохе: *мму!ммо!мма!ммэ!мми!ммо!*

- протяжно произносить на выдохе: *маа наа ваа заа*

Упражнение 3. Активно (через рот) взять дыхание, а на выдохе произносить слог «да-да-да». Говорить, ощущая корни передних зубов, щелочку между двумя передними зубами, через которую «идет ниточка воздуха». Язык дробно ударяет по твердому небу около верхних резцов. Нижняя челюсть свободна, но не падает. Следить, чтобы дыхание было плавным, без толчков.

Упражнение 4. Произнести два слога, на втором сделать ударение, гласный второго слога потянуть, послушать: «ма-ма». Между слогами пауз не делать. Дыхание брать, когда оно заканчивается. Следить, чтобы смена слога, смена гласного не меняла окраски звука, его силы и объема.

ма-ма на-на ва-ва за-за

ма-мо на-но ва-во за-зо

ма-му на-ну ва-ву за-зу

ма-ми на-ни ва-ви за-зи

ма-мэ на-нэ ва-вэ за-зэ

Г. Дыхательные упражнения, сочетающиеся с голосом и движениями

Примеры упражнений:

Упражнение 1. Поворачивать голову вправо-влево и одновременно с каждым поворотом делать вдох носом порционно. Медленно и плавно выдохнуть через рот, произнося *пффф*.

Упражнение 2. «Лесорубы». Сделать вдох, выдох делать с наклоном, выдыхая порционно в три раза и произносить *ах-ух-ох*, имитируя удар топора.

Упражнение 3. «Спустить мяч». Сделать вдох. Руки на уровне груди. Сжимаем воображаемый мяч, произнося звук *с-с-с*.

Упражнение 4. «Раздвинем стены». Делается аналогично упражнению «спустить мяч», только используются разные звуки: вперед — звук *ж*, назад — *з*, в стороны — *ш*, вверх — *с*.

Д. Упражнения для удлинения продолжительности речевого выдоха (синхронизация речи с движением при произнесении каждого слога — «встречное дирижирование»)

Рекомендации при выполнении упражнений:

- Обращать внимание на равное распределение выдоха на протяжении всего высказывания.

- Придерживаться умеренного темпа речи с четким договариванием слова в полном его объеме.

· При чтении стихотворений, произнося возрастающее количество строк на одном выдохе, соизмерять расход воздуха с величиной текста.

Упражнение 1. Использование люфт-паузы (воздух добирается после каждой строчки).

Пример: *С радости-веселья I Хмелем кудри вьются, I С горести-печали I Русые секутся. II*

В дальнейшем произносится возрастающее количество слов на одном выдохе.

Упражнение 2. «Трубач». Сделать вдох. К губам прижать воображаемый мундштук горна или трубы. Без звука одним воздухом нужно «выдышать» мелодию на одном выдохе. Пример: *Солнечный круг, Небо вокруг — Это рисунок мальчишки. Нарисовал он на листке И подписал в уголке: «Пусть всегда будет солнце, Пусть всегда будет небо, Пусть всегда будет мама, Пусть всегда буду я!»*

Упражнение 3. Сделать вдох. На выдохе посчитать. Счет прямой, обратный, порядковый, десятками и т.д. По аналогии: перечисление дней недели, названий месяцев. Следить за проговариванием, равномерностью и длительностью выдоха. Упражнение 4. Распределение речевого дыхания: чтение стихотворения «Дом, который построил Джек».

Логоритмические упражнения

Коррекционный курс для заикающихся включает в себя работу над темпом и ритмом речи. Большое значение для этого имеет выполнение специальных упражнений с использованием слухового контроля и ритмических движений (ходьба, хлопки, притопывания, прыжки). В процессе тренировки темпа и ритма речи необходимо выработать следующие умения:

- двигаться в заданном темпе;
- чередовать движения в различном темпе;
- согласовывать движения с ритмической организацией высказываний и проговариванием в нужном темпе.

Рекомендации к упражнениям

Упражнение необходимо выполнять:

- с четкой артикуляцией;
- с равномерным распределением выдоха;
- соблюдая умеренный темп;
- синхронизируя произнесение и движение (на слог).

Большую помощь заикающимся окажут специальные упражнения, направленные на согласование речи с движением рук в стиле «робота», с хлопками в ладоши, ходьба на месте, по кругу, встречное дирижирование и т.д.

Например:

Мо-ем, мо-ем тру-бо-чис-та

Чи-сто, чи-сто, чи-сто, чи-сто.

Бу-дет, бу-дет тру-бо-чист

Чист, чист, чист, чист.

Формирование навыка мягкой голосоподачи, ритмизация речи

Гласный в начале предложения необходимо произносить с придыханием, в сопровождении дирижирования (на слог).

Упражнения:

Алмаз и в мутной воде блестит.

Алчный всегда в нужде.

Уши обманывают, Глаза правдивы.

И волки сыты, И овцы целы.

Ищи ветра в поле. Обогащайся знанием.

Ах ты, Лешка, простота, Купил лошадь без хвоста.

Один говорит — Двое смотрят, Двое слушают.

А счастье было так возможно!..

...От шума вдалеке,

Живу я в городке...

...О князь, наперсник муз,

Люблю твои забавы...

...О вы, в моей пустыне

Любимые творцы!

...И тихо дремлют рощи,

И шорох по лесам...

...Один во тьме ночной над дикою скалою

Сидел Наполеон...

...И муза верная со мной:

Хвала тебе, богиня!

...Итак, я счастлив был, итак, я наслаждался,

Отрадой тихою, восторгом упивался...

...Уж полем всадники спешат,

Дубравы кров покинув зыбкой.

...Унылая пора, очей очарованье...

...О вы, поэзии прелестной

Благословенные мечты!

...Ах! Обмануть меня не трудно!..

Я сам обманываться рад!
...И медлят поминутно спицы
В твоих наморщенных руках...
Уж небо осенью дышало,
Уж реже солнышко блистало...
...А демон мрачный и мятежный
Над адской бездною летал...
.. А хозяйка ждет милого,
Не убитого, живого...
.Исполнен отвагой,
Окутан плащом,
С гитарой и шпагой
Я здесь под окном.
...Ах ты, мерзкое стекло!
Это врешь ты, мне назло.
...А ткачиха с Бабарихой
Да с кривою поварихой
Около царя сидят,
Злыми жабами глядят.
...А сама-то величава,
Выступает, будто пава...
...А как речь-то говорит,
Словно реченька журчит...
...А у князя женка есть,
Что не можно глаз отвести...
...А орешки не простые,
Скорлупы-то золотые...
Ядра — чистый изумруд,
Белку холят, берегут.
...А царевна всё ж милее,
Всё ж румяней и белее...
...И царевна к ним сошла,
Честь хозяям отдала...
...Ой вы, молодцы честные,
Братцы вы мои родные...

А.С.Пушкин

...Есть птичка рая у меня,
 На кипарисе молодом...
 Я верю, обещаю верить,
 Хоть сам того не испытал.

«Устранение заикания сводится к вопросу о восстановлении саморегуровки произвольно не управляемой системы речи»

Н. И. Жинкин.

Ведущий способ преодоления заикания — это ритмизация речи, говорение с жестким или мягким слоговым ритмом, то есть синхронизация речи с движением на слог. «Буксиром», который потянет за собой слог, может быть прием развернутого и свернутого дирижирования, метроном. Высокоэффективна методика Л. З. Арутюнян (Андроновой) — синхронизация речи с движениями пальцев кисти ведущей руки.

Большое значение этому приему придается В. М. Шкловским и сотрудниками московского Центра патологии речи и нейрореабилитации. В начале курса обучения применяется жесткий послоговой ритм, с течением времени он ослабляется (нивелируется), подключается «мягкий» слоговой ритм, а затем и он интериоризируется (убирается внутрь). Таким образом, делается расчет на выработку нового способа плавной, слитной, ритмически организованной речи, которая должна вытеснить старый патологический стереотип речи с запинками.

Значительный период времени отводится тому, чтобы ритмизированной речи придать выразительность, то есть приспособить ее для передачи, эмоционального состояния говорящего. Большую роль в этом играют групповые логопедические и психокоррекционные занятия, где больные общаются в рамках приемов ролевой терапии. Постепенно больные должны «приспособить» речь с нивелированным ритмом к использованию ее в различных жизненных ситуациях и в конце концов перейти на нормативный способ говорения, лишенный ритмических опор, имеющих внешнее выражение. Следовательно, медленная и ритмизированная речь может рассматриваться как этап на пути к нормализации речи. Ее роль в основном состоит в том, чтобы убедить пациента, что он может говорить без запинок.

Заключительный этап коррекции речи при заикании рассчитан на выработку навыка публичной речи. Это особенно актуально для взрослых заикающихся. Для этого также существует ряд специфических функциональных тренировок, требующих длительного грамотного профессионального сопровождения заикающегося.

Упражнения: чтение пословиц, поговорок и чистоговорок (синхронизация речи с движением или работа с метрономом):

Мимозы Мила маме купила.
 Маму я молю упрямо://
 «Молочка налей мне,/ мама,/

Мам,/ мам,/ мам,/ — молока бы нам»./.
 (Вторую и третью строчки надо канючить.)
 Вы малину мыли ли?/
 Мыли,/ но не мылили./.
 Мама Милу мылом мыла,/
 Мила мыла не любила,/
 Но не ныла Мила./.
 Медный ковш упал на дно -/
 И обидно,/ и досадно,/.
 Ну да ладно,/ всё одно./
 Арина грибы мариновала,/.
 Марина малину перебирала./.
 И волки сыты,/.
 и овцы целы./.
 Ищи ветра в поле./.
 Один в поле не воин./.
 Из-за леса,/ из-за гор/
 Едет дедушка Егор./.
 Не красна изба углами,/.
 А красна — пирогами./.
 Яблоко от яблони/
 Недалеко падает./.
 Язык без костей.
 Близок локоток,/ да не укусишь./.
 Терпение и труд/ всё перетрут./.
 Бодливой корове/ Бог рог не дает./.
 Не зная броду,/ не суйся в воду./.
 Всё хорошо,/ что хорошо кончается./.
 Всякому овощу/ свое время./.
 На воре и шапка горит.
 Стеша спешила,/ рубашку шила./.
 Да поспешила/ — рукава не пришила./.
 Век живи — век учись.
 Не всё коту масленица,/.
 Бывает и Великий пост./.
 Готовь сани летом,/ а телегу — зимой./.

Москва не сразу строилась.
 Свет не без добрых людей.
 Чует кошка,/ чье мясо съела.//
 Дорога ложка к обеду.
 Любишь кататься/ — люби и саночки возить.//
 На горе Арарат/
 Растет крупный виноград.//
 Не рой яму другому,/
 Сам в нее попадешь.//
 Что в лоб,/ что по лбу.//
 По бревну бобры бредут./
 Улов у Поликарпа/ —
 Три карася, три карпа.//
 На болоте, на лугу/
 Стоит миска творогу.//
 Прилетели две тетери,/
 Поклевали — улетели.//
 Погода размокропогодилась.//
 Проворонила ворона вороненка.//
 Труба трубит,/ труба поет,/
 Трубач по улице идет.//
 Чтобы не было беды,/
 Наберите в рот воды.//

Чтение текстов:

Михаил Пришвин

ОРЕХОВЫЕ ДЫМКИ

Барометр падает,/ но вместо благодетельного/ теплого дождя/ приходит!
 холодный ветер.// И все-таки/ весна продолжает продвигаться.// За
 сегодняшний день/ позеленели лужайки/ сначала по краям ручьев,/ потом по
 южным склонам берегов,/ возле дороги,/ и к вечеру зеленело везде на земле.//
 Красивы были/ волнистые линии пахоты на полях/ — нарастающее черное с
 поглощаемой зеленью.// Почки на черемухе/ сегодня превратились в зеленые
 копья.// Ореховые сережки/ начали пылить,/ и под каждой порхающей в
 орешнике птичкой/взлетал дымок.//

ЗАПОЗДАЛЫЙ РУЧЕЙ

В лесу тепло.// Зеленее трава:/ такая яркая/ среди серых кустов! Какие
 тропинки!//Какая задумчивость,/тишина!//

Кукушка начала первого мая/ и теперь осмелела.// Бормочет тетерев.// Звезды,/ как вербочки,/ распухают в прозрачных облаках.// В темноте белеют березки.// Растут сморчки.// Осины выбросили червяки свои серые.//

Весенний ручей запоздал,/ не успел совсем сбежать/ и теперь струится по зеленой траве,// и в ручей капает сок/ из поломанной ветки березы.//

ПТИЦЫ

Молодой сарыч,/ огромно-нелепый и вялый,/ вылетел из чащи на поляну/ и неумело сел/ на самый нижний сук дерева.//

Рябчики выпорхнули// и расселись по елкам и березкам,// маленькие — в воробья,/ а уже отлично летают,/ и сторожкие,/ совсем как большие.// Мать близко сидит на березе,/ очень сдержанно/ и глухо дает им знать о себе,/ и когда издает звук,/ хвостик у нее покачивается.//

ОСЕННЯЯ РОСКА

Заосеняло.// Мухи стучат в потолок.// Воробьи табунятся.// Грачи/ — на < убранных полях.// Сороки семьями/ пасутся на дорогах.// Роски холодные,/ серые.// Иная росинка/ в пазухе листа/ весь день просверкает...//

ОСИНКАМ ХОЛОДНО

В солнечный день/ осенью/ на опушке елового леса/ собрались молодые/ разноцветные осинки,// густо/ одна к другой,// как будто им там,/ в еловом лесу,/ стало холодно/ и они/ вышли погреться на опушку,/ как у нас в деревнях/ люди выходят на солнышко/ и сидят на завалинках.//

ИВАН-ДА-МАРЬЯ

Поздней осенью/ бывает иногда совсем/ как ранней весной:/ там белый снег,/ там черная земля.// Только весной/ из проталин пахнет землей,/ а осенью/ — снегом. Так непременно бывает:/ мы привыкаем к снегу зимой,/ и весной нам пахнет земля,/ а летом/ принюхиваемся к земле,/ и поздней осенью/ пахнет нам снегом.//

Редко,/ бывает,/ проглянет солнце/ на какой-нибудь час,/ но зато какая же это радость!!! Тогда/ большое удовольствие доставляет/ нам какой-нибудь десяток/ уже замерзших,/ но уцелевших от бурь листьев/ на иве/ или очень маленький/ голубой цветок под ногой.//

ЛАСТОЧКА

Паводок почти/ как весной,/ все лавы снесены давно,/ и некоторые береговые кусты корзиночной/ ивы стали островами.// На одном таком островке/ ласточка усадила своих питомцев,/ чтобы никто не мешал их кормить.// И люди вокруг стояли/ маленькие и большие.//

Маленькие тужили,/ что никак не достанешь,/ а старшие дивились уму ласточки:/ нашла же место/ — все видят,/ а тронуть не могут.//

ЦВЕТУЩИЕ ТРАВЫ

Как рожь на полях,/ так в лугах тоже зацвели все злаки,/ и когда злачинку покачивало насекомое,/ она окутывалась пылью,/ как золотым облаком.// Все травы цветут/ и даже подорожники,/ — какая трава подорожник,/ а тоже весь в белых бусинках.//

Раковые шейки,/ медуницы,/ всякие колоски,/ пуговицы,/ шишечки на тонких стебельках/ приветствуют нас.//

Каждое занятие необходимо начинать с логопедической разминки, вторая часть занятия — психологический тренинг.

Задачи и методы психолого-педагогической работы в группе поддерживающей терапии

На различных этапах групповой психотерапии используются различные виды коммуникативной психотерапии, способствующие психолого-педагогической коррекции речевых навыков и личностных отношений заикающихся.

Решению задач *первого этапа* в наибольшей степени способствуют психомоторные группы, в которых могут проводиться коллективные занятия ритмикой, пантомимой, групповые формы лечебной физкультуры. Различные виды невербального тренинга создают благоприятные условия для последующего перехода к вербальным методам психологической коррекции.

На *втором этапе* также используется невербальный тренинг, гештальт-терапия. Гештальттерапия — психотерапевтическое направление, ориентированное на личностный рост, изменение структуры потребностей, снятие невротических механизмов взаимодействия со средой.

На *третьем этапе* подключается более сложный вид коммуникативной терапии — имаготерапия. Она представляет собой метод тренировки в воспроизведении комплекса характерных образов, позволяющий нормализовать систему отношений личности.

На *четвертом этапе* работы используются наиболее сложные виды групповой психотерапии — ролевые игры и функциональная тренировка. По терминологии Л. С. Выготского, ролевая игра — «мнимая ситуация». Моделируются и сценически воспроизводятся человеческие взаимоотношения, поэтому можно попробовать себя в разных ситуациях. Функциональная тренировка позволяет пациенту повысить уверенность в себе, адаптироваться к значимым ситуациям речевого общения.

Этапы курса поддерживающей групповой терапии

Первый этап.

Занятия №1 — №10

Важно, не откуда ты идешь, а куда.

Альфред Адлер

Коммуникация — это скорее оркестр, в котором каждый человек «играет всем своим телом», нежели телеграф, служащий для простой передачи вербального сообщения одним человеком другому.

Л. Бейтсон

Задача первого этапа: эмоциональная стимуляция, активация общения, налаживание коммуникаций и установление между больными эмоционально насыщенных связей.

Первый этап (от 1 до 10 дней). На этом этапе ведущим направлением является совершенствование невербальных способов общения. Цель: автоматизация навыков мелодико-интонационной и темпо-ритмической организации речи, эмоциональная стимуляция, активация общения, умение выражать свои чувства невербальным способом.

Значимая проблема для заикающихся — нарушение форм коммуникации. Актуальной становится разработка адекватных методов терапии и коррекции: повышение эффективности групповой психотерапии, разработка и применение реабилитационных методов воздействия при заикании. На фоне проводимых занятий предполагается положительная динамика в виде снижения страха речи в социально и личностно значимых ситуациях, а также повышение коммуникативной активности. Это проявляется:

- в улучшении голосовых модуляций;
- в формировании навыков темпо-ритмической организации речи, а также в интонационно-мелодической выразительности;
- в развитии способностей более адекватно выражать свое эмоциональное состояние;
- в активизации общения внутри группы и установлении между пациентами эмоционально насыщенных связей;
- в выработке адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях;
- в способности легче устанавливать социальные контакты вне группы.

Для этого используется комплексный психотерапевтический подход, то есть «речевые проблемы» решаются в контексте внутриличностной структуры заикающегося и наряду с его личностными проблемами. Одним из эффективных подходов в данном случае является гештальттерапия.

Основной акцент делается на восстановление ориентации в своем теле и окружающем пространстве с целью нахождения в дальнейшем контактов и способов разрешения конфликтов.

Роль логопеда заключается в постоянной речевой поддержке и включает: дыхательную гимнастику; выражение мыслей и чувств на языке двигательной экспрессии; актуализацию навыка мягкой голосоподачи, развитие голоса, коррекцию интонационно-мелодической выразительности речи.

На первом этапе работы происходит:

Осознание того, что речевое общение как часть процесса общения способствует перенесению частной проблемы в расширенный контекст, меняя отношение заикающихся к речи.

В результате невербального периода взаимодействия заикающиеся в течение занятий начинают активно пользоваться неречевыми средствами общения: жестами, мимикой, пантомимой и т.д.

Параллельно воспитывается умение слушать партнера и быть внимательным к нему.

Основная установка этапа — получение удовольствия от выполненного задания. Это создает положительную мотивацию к взаимодействию в группе.

Основная задача — учиться расслабляться, чувствовать себя комфортно в присутствии группы. У участников меняется представление о себе, они внутренне «выпрямляются», становятся способными перейти от монолога к взаимодействию с партнером, а соответственно, происходит и переход от типичного для заикающегося монологического общения к реальному диалогу.

Занятие №1

1. Приветствие с использованием невербальных средств выражения эмоций.

Задание: встать в круг, положить руки друг другу на плечи. Приветливо посмотреть в глаза друг другу, поздороваться за руку.

2. Дыхательная гимнастика.

3. Артикуляционно-мимическая гимнастика.

4. Работа над голосом.

5. Невербальный тренинг. Психогимнастика.

6. Развитие пространственного праксиса, координации движений (тренирует скорость переключения и пластические качества).

а) Упражнение «Движение по залу».

Участники группы в течение 3-5 секунд равномерно распределяются по аудитории.

Задание: двигаться в любых направлениях и с любой скоростью, не сталкиваясь друг с другом.

Первая скорость — 2 шага за 5 секунд.

Вторая скорость — 4 шага за 5 секунд.

Третья скорость — 7 шагов за 5 секунд.

Четвертая скорость — 10-11 шагов за 5 секунд.

Пятая скорость — 15-16 шагов за 5 секунд.

Шестая скорость — 19-20 шагов за 5 секунд.

б) Упражнение «Встать — сесть».

Участники группы сидят на своих местах (лучше на стульях). Задание:

1. логопед предлагает встать за 10 секунд, затем — сесть;
2. логопед предлагает встать мгновенно, затем — сесть. Варианты:
3. встать мгновенно, сесть за 10 секунд;
4. встать за 3 секунды, пауза, сесть за 6 секунд;
5. встать за 10 секунд, сесть мгновенно;
6. встать мгновенно, пауза, сесть мгновенно.

Выполнение упражнения требует решения трех задач:

1. восприятия задания;
2. пристройки (подготовки);
3. выполнения задания.

Логоритмика — каждому слогу соответствует свое движение.

Занятие №2

1. Приветствие с использованием невербальных средств выражения эмоций.

Упражнение «Броуновское движение»: члены группы — атомы, которые произвольно перемещаются по аудитории. При столкновении необходимо жестом, взглядом, улыбкой выразить друг другу доброе, теплое отношение, то есть «приласкать».

2. Дыхательная гимнастика.
3. Артикуляционно-мимическая гимнастика.
4. Невербальный тренинг.
5. Психогимнастика (продолжение).
 - «Движение по залу».
 - «Лечь — встать».

Задание: лечь мгновенно — пауза — встать медленно; лечь медленно — пауза — встать мгновенно; лечь быстро — пауза — встать медленно или с умеренной скоростью.

- Упражнения на смену темпоритма движения:

«В музее»: человек пришел в музей, осматривает экспонаты, записывает названия картин, уходит.

«В лесу»: человек собирает ягоды, грибы или цветы (разработать точный рисунок движения).

«Художник» (разработать точный рисунок движения).

«Фотограф» (разработать точный рисунок движения).

«После работы»: человек пришел домой — положил портфель на стол — снял пиджак, повесил на спинку стула — сел за стол — открыл портфель —

достал книгу — начал читать — достал тетрадь, начал делать записи (медленно — умеренно — быстро).

Данные упражнения-этюды могут выполняться сольно, в паре, группой; скорость (темп) исполнения может быть различной.

Логоритмика.

Занятие №3

1. Приветствие: «Броуновское движение».
2. Дыхательная гимнастика.
3. Артикуляционно-мимическая гимнастика.
4. Работа над голосом.
5. Невербальный тренинг.

1. Тренировка ритмичного движения под музыку, развитие наблюдательности и памяти:

- подростки двигаются произвольно под музыку;
- двигаются и напевают мелодию;
- стоят и мячом или ладонями отстукивают ритм мелодии;
- двигаются и отстукивают ритм мелодии.

2. Развитие координации движений.

Установка: координация — пластически и ритмически точно организованное движение различных мышц при выполнении конкретного действия.

Упражнения:

- подойти к столу, взять фотоальбом, рассматривать фотографии, эмоционально реагировать: грустить, радоваться, удивляться, восхищаться, смеяться;
- медленно сесть на стул, взять лежащую на столе книгу, раскрыть ее, читать, передавать эмоциональную реакцию
- за окном шум — поднять голову, закрыть книгу, подойти к окну, посмотреть, удивиться, напрячься, рассердиться;
- быстро подбежать к двери, схватить с вешалки пальто, надеть его, открыть дверь, выбежать на улицу.

Те же упражнения выполняют вдвоем синхронно (зеркальное отражение).

3. Встречное движение.

Логопед идет навстречу группе, группа сопряженно движется навстречу, повторяя его движения. Логопед меняет темп (быстро, очень быстро, медленно, очень медленно). На расстоянии 1,5-2 метра замирает, поднимает руки.

Аналогично выполняется упражнение на попятное движение.

Занятие №4

1. Приветствие (сделать визитку, указать имя — реальное или вымышленное).

2. Логопедическая (речевая) разминка с элементами логоритмики.

3. Упражнения, направленные на развитие мимики (артикуляционно-мимическая гимнастика), пантомимики, пластики, выразительности движений, координации.

«Передать по кругу»: стакан с горячим чаем; тарелку с супом; таз с мокрым бельем; пушинку.

Изобразить:

- движение в невесомости (прямое и попятное);
- съемку в невесомости;
- движение по песку при палящем солнце в пустыне
- (прямое и попятное);
- перетягивание каната;
- стирку и т.д.

4. Упражнение «Снимаем немое кино».

5. Ритуал прощания: выразить благодарность без слов (жестом, взглядом, рукопожатием).

Занятие №5

1. Приветствие: встать в круг, положить руки друг другу на плечи, приветливо посмотреть друг на друга.

2. Логопедическая разминка.

- дыхательная гимнастика;
- работа над голосом;
- логоритмические упражнения;
- коррекция просодики;
- артикуляционно-мимическая гимнастика:

изобразить: грозного владыку, кокетливую барышню, деревенского дурачка, лазутчика;

изобразить на лице следующие состояния (перед зеркалом):

- нейтральное,
- враждебное,
- саркастическое,
- радостное,
- злое,
- грустное,
- недовольное,
- скорбное,

- возмущенное,
- хмурое,
- простодушное,
- усталое,
- немного сердитое,
- удивленное,
- притворно радостное,
- расстроенное,
- сомневающееся,
- скептическое.

3. «Язык тела».

Упражнение «Выйти и войти другим человеком»:

- как неопытный учитель,
- как старенький профессор,
- как учитель-мастер,
- как артист балета,
- как Гамлет,
- как солдат,
- как кокетливая барышня,
- как инопланетянин.

Упражнение «Анабиоз» — реанимировать замороженного, не прикасаясь к нему.

Упражнение «Зеркало» — изобразить зеркальное отражение в динамике.

Упражнение «Прощание на вокзале» — жестовый диалог через стекло.

«Балет». Изобразить балет на сюжет сказки, пародию на классический балет.

Занятие №6

1. Приветствие.

Участники группы должны поприветствовать друг друга. Предварительно следует поделить группу на пары.

2. Логопедическая разминка.

3. Мимическая гимнастика: пугать друга, корчить рожи; изобразить встречу глухого и слепого.

4. Пародия: «Немое кино — ужастик».

5. Письменное задание:

1. Предлагается список предложений для завершения (анализ эмоций):

- Мне хорошо, когда...

- Мне грустно, когда...
 - Я чувствую себя глупо, когда...
 - Я сержусь, когда...
 - Я чувствую себя неуверенно, когда...
 - Я боюсь, когда...
 - Я чувствую себя смело, когда...
 - Я горжусь собой, когда...
2. Нарисовать выражение лица, когда чувствуешь себя:
- хорошо,
 - глупо,
 - грустно,
 - сердито,
 - неуверенно,
 - испуганно,
 - смело,
 - гордо.

Ритуал прощания; выразить благодарность без слов (жестом, взглядом, рукопожатием).

Занятие №7

1. Приветствие: игра «Встаньте в круг» (развитие координации). Задание: встать кучкой, с закрытыми глазами двигаться по кругу, жужжать, как пчелы. По хлопку остановиться, замереть, а потом попытаться выстроиться в круг.

2. Логопедическая разминка.

3. Мимика, пантомимика.

Пациенты встают в круг, достаточно свободно.

Инструкция:

Медленно перемещаться к центру круга, представляя себе, что вы на пляже, под ногами теплый песок или галька, вы никуда не спешите, испытываете чувство душевного комфорта.

Аналогично:

- двигаться по каменистой тропинке;
- перепрыгнуть широкий горный ручей с холодной водой;
- двигаться по топкому болоту; двигаться по мху;
- пробираться к выходу сквозь толпу в переполненном автобусе;
- пересекать пустыню при сильных порывах ветра;
- пробираться по сугробам;
- пробираться сквозь метель;

- наслаждаться весенним легким ветерком.

4. Эталоны («АОУИ»)

Интонационно выразить:

- радость,
- грусть,
- злость
- печаль,
- скорбь,
- недовольство,
- объясниться в любви,
- сказать комплимент,
- рассердиться,
- объяснять бестолковому
- передать сплетню,
- поздравить с праздником,
- произнести лозунг.

5. Сценки с использованием эталонов:

- учитель — ученик,
- врач — пациент,
- милиционер — правонарушитель,
- знакомство юноши с девушкой.

6. Ритуал прощания: выразить благодарность без слов (жестом, взглядом, рукопожатием).

Занятие №8

1. Приветствие.
2. Логопедическая разминка.
3. Мимика, пантомимика.

Упражнение «Изображение движений животных».

Инструкция:

Представьте себя каким-нибудь животным и воспроизведите его пластику. Двигайтесь так, как вы чувствуете себя в образе. Выберите образ, близкий вам, затем образ животного, противоположного вам. Найдите сильные и слабые стороны в этих образах, запомните их.

Коррекционная психолого-педагогическая работа

Упражнение «Рассматривание воображаемых фотографий» (выражать положительное, отрицательное, безразличное отношение при рассматривании трех чистых листов бумаги).

4. Передача воображаемых:

- эмоций по кругу: радость, удивление, гнев и т.д.
- объектов: ежик, гиря, котенок и т.д.

Инструкция:

Представьте, что вы держите в руках колючего ежа. Изобразите, как это может выглядеть. Обращайтесь с ним так, как это может быть в реальности. Поиграйте с ним, передайте следующему партнеру.

5. Инсценировка сказки на эталонах («АОУИ»):

(«Спокойной ночи, малыши!» — пародия с участием Хрюши и Степаши).

Инструкция:

Мимика, жест, движения, интонация — утрированно-выразительные; все слова в предложениях подменяются сочетанием гласных «АОУИ».

Занятие №9

1. Приветствие.
2. Логоритмика. Логопедическая разминка.
3. Упражнение «Изображение эмоций»:

Выражение эмоционального отношения по кругу. Инструкция:

Изобразить эмоции и состояния; озвучить эталонами («АОУИ»):

- гнев,
- радость,
- раздражение,
- презрение,
- недоумение,
- восторг,
- огорчение,
- удовольствие,
- грусть,
- растерянность,
- отчаяние,
- нежность,
- высокомерие,
- восхищение,
- патриотизм,
- зависть,
- трусость,
- твердость и т.д.
- любовь,
- забота,

- смятение чувств,
- подавленность,
- отверженность,
- отчужденность,
- стыд,
- агрессия,
- апатия,
- смущение,
- скромность,
- кокетство,
- гордость,
- азарт,
- трепет,
- мстительность,
- малодушие,

4. Упражнение «Пение диалогов».

5. Упражнение «Постановка оперы» (сюжеты сказок, пародии на классические оперы).

Занятие №10

1. Приветствие: «Передать эмоциональное ощущение по кругу».

Все выстраиваются в круг в затылок друг другу. Через поглаживание спины впереди стоящего — передать эмоцию.

2. Логопедическая разминка.

3. Упражнение «Выйти и войти, изображая животное».

Каждый персонаж может быть озвучен (птичка, рыбка, бабочка, зайчик, елка, медведь, лиса и т.д.).

4. Упражнение «Изображение эмоций»:

Изображение своего отношения к каждому участнику группы, озвученное эталонами. Члены группы должны определить, какую эмоцию выражает партнер,

Диалог на заданную тему (по два участника в центре круга):

- Сплетня;
- Скандал;
- Спор;
- Радостная новость;
- Поздравление;
- Скорбная весть;

- Ленивый, вялый диалог;
 - «Светский щебет»;
 - Агрессия;
 - Угроза.
5. Инсценировка сказок на эталонах («АОУИ»):
- «Три медведя» — в жанре мелодрамы;
 - «Колобок» — в жанре боевика или детектива;
 - «Теремок» — в жанре фильма ужасов.

Второй этап.

Занятия №11— №13

Нет в мире существа, которого не коснулся хоть самый крошечный луч любви. И также нет человека, в чьей жизни нельзя было бы найти сказку.

А. В. Гнездилов

Главная задача: восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, выработка адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях, тренировка невербального общения.

Целью *второго этапа* является выработка речевых навыков в социально и личностно значимых ситуациях, тренировка общения, повышение социальной уверенности пациентов. Методами работы на этом этапе являются ролевой тренинг и имаготерапия.

Наиболее серьезным последствием для формирования личности при заикании является образование невротического комплекса. Этот комплекс является естественной преградой на пути к адекватному контакту и проявляется в многообразных нарушениях общения. Нарушения общения, наблюдаемые у взрослых, прослеживаются на всех его уровнях: коммуникативном, перцептивном и интерактивном. Так, например, заикающимся свойственно отсутствие зрительного контакта при взаимодействии (отводят взгляд), смысловой жестикуляции, передающей оттенки чувств. Амимичное лицо, скованное тело свидетельствуют о «репрессированных чувствах», о блокаде «языка тела» и связанных с этим, трудностях вербализации и коммуникативного взаимодействия с партнером.

Результатом заикания является тревога, появление «страха общения», фиксация на трудных ситуациях. «Страх общения» проявляется в трудностях тактильного контакта, боязни слышать собственный голос, в нежелании рисковать ради успеха. Эмоциональное взаимодействие вытесняется в этом случае рационализацией, «программированным поведением», учитывающим речевые, особенности, которые постепенно занимают доминирующее положение в поведении. Подобное изменение структуры личности приводит к неадекватности восприятия себя, собственного тела, голоса, способностей, к негативной самооценке и неадекватному восприятию окружающего мира,

отражаясь на познавательной и эмоционально-волевой сферах, к фиксации внимания на речевом дефекте.

Состояние тревожности характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий, а с точки зрения физиологии — активацией вегетативной нервной системы. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичным во времени.

Определенный уровень тревожности — естественная и обязательная характеристика активной деятельности личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности — это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Личности, относящиеся к категории высокотревожных, склонны видеть в широком диапазоне ситуаций угрозу для их самооценки и жизнедеятельности. На такие ситуации они реагируют выраженным состоянием напряженности. На физиологическом уровне реакция тревоги проявляется в: усилении сердцебиения; учащении дыхания; увеличении минутного объема циркуляции крови; возрастании общей возбудимости; снижении порога чувствительности.

На психологическом уровне тревога ощущается как: напряжение; озабоченность; нервозность; чувство неопределенности; чувство грозящей опасности, неудачи; невозможность принять решение и др.

Ф. Б. Березин отметил, что состояние тревоги (тревожности) — это эмоциональные состояния, закономерно сменяющие друг друга по мере возрастания, и выделил 6 уровней состояния тревоги.

Первый уровень — наименьшая интенсивность тревоги. Выражается в переживаниях напряженности, настороженности, дискомфорта. Это ощущение не несет признака угрозы, а служит сигналом скорого наступления более выраженных проявлений тревоги. Данный уровень тревоги имеет наибольшее адаптивное значение.

На втором уровне ощущение внутренней напряженности сменяют гиперстезические реакции, или же они присоединяются к нему. Ранее нейтральные стимулы приобретают значимость, а при усилении — отрицательную эмоциональную окраску.

Третий уровень — собственно тревога. Проявляется в переживании неопределенной угрозы, чувства неясной опасности.

Четвертый уровень — страх. Возникает при нарастании тревоги и проявляется в опредмечивании, конкретизации неопределенной опасности. При этом объект, с которым связывается страх, не обязательно отражает реальную причину тревоги, действительную угрозу.

Пятый уровень — ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы, которое возникает в результате постепенного нарастания тревоги и выражается в чувстве ужаса. При этом данное переживание связано не с содержанием чувства, а лишь с нарастанием тревоги. Подобное переживание может вызвать неопределенная, но очень сильная тревога.

Шестой уровень — тревожно-боязливое возбуждение, которое выражается в потребности двигательной разрядки, паническом поиске помощи. Дезорганизация поведения и деятельности вызывается тревогой, достигая при этом своего максимума.

Тревожность оказывает негативное воздействие на личностное развитие; наличие тревожности указывает на его неблагополучие. Такое же влияние оказывает и нечувствительность к реальному неблагополучию, обусловленная действием защитных механизмов, таких как вытеснение, представляющее собой отсутствие тревоги даже в потенциально опасных ситуациях.

Тревожность входит в качестве одного из основных компонентов в посттравматический синдром, то есть комплекс переживаний, обусловленных психической или физической травмой. С тревожностью связаны также такие психические расстройства, как фобии, ипохондрия, истерия, навязчивые состояния и др. Тревога обычно обусловлена ожиданием неудач в социальном взаимодействии и невозможностью идентифицировать источник опасности. Она может проявляться как: беспомощность; неуверенность в себе; ощущение бессилия перед внешними факторами вследствие преувеличения их могущества и угрожающего характера.

Устойчивая личная тревожность возникает у людей с такими чертами, как ранимость, повышенная впечатлительность, мнительность.

Тревожность часто порождается конфликтностью самооценки, наличием в ней противоречия между высокими притязаниями и достаточно сильной неуверенностью в себе.

Тревожность, закрепившись, становится достаточно устойчивым образованием. Пациенты с повышенной тревожностью оказываются в ситуации «заколдованного психологического круга», когда тревожность ухудшает возможности, результативность их деятельности. А это, в свою очередь, еще больше усиливает эмоциональное неблагополучие.

Речевой дефект при заикании приобретает особое значение, приводит к созданию определенной тактики общения. Желание скрыть дефект вынуждает к избеганию трудных речевых ситуаций, к использованию речевых уловок, к минимальному проявлению себя и своих желаний, то есть к сокращению «объема общения». Уменьшение общения со своими сверстниками приводит к более замкнутому образу жизни, уходу в себя, эгоцентричности, уменьшению доли диалога и формированию монологической речи; нарушается процесс восприятия партнера на всех уровнях.

Постепенно у заикающегося рождается особый вид деятельности, направленный исключительно на организацию речевого процесса. Этот вид деятельности протекает параллельно с формированием содержательной стороны речевого общения, искажая содержание за счет использования «речевых уловок» (предпочтение отдается более легкому произношению в ущерб содержанию).

Вместе с тем, меняется социальная ориентация заикающегося: фиксация на речевом дефекте отражается на выборе друзей, процессе формирования семьи. Подобная тактика ведет к образованию замкнутого невротического круга: неадекватному способу удовлетворения потребностей, способствующему росту внутренней неудовлетворенности собой, снижению самооценки и нарастанию количества «трудных речевых ситуаций». Процесс социальной адаптации неизбежно усложняется. Все это приводит к задержке эмоционального развития, остановке личностного роста, суженному типу переживаний, то есть неадекватному аффективному поведению. Стремление избежать трудностей формирует тенденцию следовать определенным стандартам — правилам поведения, что является ложно-компенсаторным типом поведения. Ограничение форм общения неизбежно приводит к самоизоляции. При этом блокируются важнейшие социальные и психологические потребности, нарушается процесс самоактуализации, творческой продуктивности, снижается самооценка и активность личности в целом.

Психолого-педагогическая работа во многом должна быть направлена на формирование общения, на коррекцию самооценки, преодоление внутренних конфликтов. Однако параллельно с этой работой, направленной на ликвидацию причин, вызвавших тревожность, необходимо развивать у пациента умение справляться с повышенной тревогой

На втором этапе продолжается коррекционная работа по преодолению нарушений невербального взаимодействия. Под невербальной коммуникацией обычно понимаются жесты, мимика и другие двигательные проявления, пространственное расположение партнеров по общению, использование ими общего времени, предъявление тех или иных особенностей своей внешности. К этой же области относится ряд интонационно-мелодических составляющих самой речи — так называемые паравербальные характеристики. Кроме того, к рассматриваемой сфере относятся и те движения, которые не предназначены для партнеров по общению, а являются скорее отражением внутреннего состояния. Применение невербальных психотерапевтических методик основано прежде всего на усилении и развитии новых возможностей самовыражения и восприятия других людей в ситуации общения, из которого исключена речь. Большинство невербальных методик направлено на увеличение точности и тонкости восприятия самых разных выразительных возможностей партнеров по общению (так называемый тренинг сензитивности), отдельные направления составляют вокальные техники (включающие голосовое

самовыражение реагирование), экспрессивные танцы, пантомима и ряд других. Наиболее распространенным способом включения невербальной коммуникации в психотерапевтический процесс является психогимнастика, при которой основным средством общения становится двигательная экспрессия. В различных играх и взаимодействиях, включающих прикосновение, постепенно достигается разнообразие непосредственного физического контакта участников, что способствует уменьшению эмоциональной дистанции.

Концентрация внимания на сфере чувств способствует расширению эмоциональных форм реагирования у заикающегося. Постоянная смена партнеров при выполнении заданий обогащает их эмоциональным опытом.

Постепенно удается решить проблему формирования чувства ответственности за свои действия, появляется возможность попробовать свои силы в активной и пассивной позициях при контактах, а также расширить их. Личностно-ориентированная терапия подготавливает к анализу сложных психологических взаимоотношений.

Занятие №11

1. Приветствие: «Броуновское движение».

Группа свободно двигается в пространстве. Участники касаются друг друга, встречаются взглядом, пытаются сообщить друг другу что-то; анализируют прикосновения: нежность, ласка, агрессия, гнев, упрек...

2. Логопедическая разминка.

Жесткий послоговой ритм (скандирование).

3. Невербальный тренинг: «Встреча». Упражнение выполняется в парах.

Двое идут навстречу друг другу и изображают встречу эмоционально, с голосовым, мимическим и двигательным сопровождением. Инструкция:

Изобразить встречу (с использованием эталонов «АОУИ») различных людей:

- друзей;
- врагов;
- братьев;
- сестер;
- подруг;
- соседок;
- влюбленных;
- детей и родителей;
- одноклассников;
- бывших сотрудников.

4. Упражнение «Скульптор и глина».

Один из участников — скульптор, другой — глина.

Глина расслабленна, послушна, податлива, выполняет все указания скульптора.

5. Ролевой тренинг «Встреча роботов». (Диалог в «стиле робота», скандирование.)

6. Ролевой тренинг для группы «Планета роботов».

Занятие №12

1. Приветствие.

Встать в круг. Положить руки друг другу на плечи. Приветливо посмотреть друг на друга, назвать по имени ласково, выразить восхищение, радость от встречи.

2. Логопедическая разминка:

- жесткое послоговое скандирование «в стиле робота»;
- чтение текстов, пересказ, речевые импровизации «в стиле робота» на произвольную тему с использованием песочных часов.

3. Упражнение «Письмо себе, любимому». Инструкция:

Сейчас вы напишете письмо самому близкому человеку — себе, любимому. Письмо должно служить ответом на вопрос: «Почему я заслуживаю уважения?» Необходимо выразить восхищение своими достоинствами, похвалить себя за достойные поступки, мысли, качества, умения.

4. Анализ писем.

Тренинг «Мой портрет в лучах солнца» — вдоль лучей написать свои достоинства.

Лучей должно быть много.

Занятие №13

1. Приветствие.

Встать в две колонны лицом друг к другу. Здраваться за руку с каждым, никого не пропуская.

2. Логопедическая разминка;

- дыхательная гимнастика;
- артикуляционно-мимическая гимнастика;
- жесткое послоговое скандирование:
- чтение,
- пересказ,
- составление рассказов по картинке (Херлуф Бидstrup),
- речевые импровизации.

3. Упражнение «Поглаживания».

Один из участников группы выходит из аудитории. Все присутствующие по очереди должны сказать что-то хорошее о том, кто вышел. Высказывания

записывают. Когда человек возвращается, ему зачитывают характеристики, данные участниками группы.

4. Проективное рисование.

Все выполняют два рисунка (5 минут на выполнение): «Я такой, какой есть», «Я такой, каким хочу быть».

Все рисунки — в центре комнаты. Руководитель выбирает один, все рассматривают. Каждый рассказывает, каким человек на рисунке видит себя, что хотел бы изменить в себе. Автор рисунка не объявляет себя, принимает участие в обсуждении. Объявляют автора в конце.

5. Мультфильм «Планета роботов».

Вербальный контакт «в стиле робота» (жесткое послоговое скандирование).

Третий этап.

Занятия №14 — №22

Не сравнивай — живущий не сравним.

Осип Мандельштам

Психотренинг — это терапия... преклонением перед теми великими возможностями, которыми от природы одарен каждый.

Альфред Адлер

Главная задача: укрепление и изменение социальной позиции, представления о заикании; коррекция дезадаптивных установок и отношений, оптимизация поведения; преодоление зависимости и повышение социальной уверенности.

Цель третьего этапа в основном та же, что и у второго: выработка речевых навыков в социально и личностно значимых ситуациях, тренировка общения и повышение социальной уверенности пациентов. Методами работы на этом этапе также являются ролевой тренинг и имаготерапия.

Третий этап составляют упражнения по укреплению и изменению социальных позиций, достижение адекватного представления о нарушениях своего поведения, коррекция дезадаптивных установок и отношений, а также по оптимизации поведения.

Психотерапия широко использует способность к воспроизведению образа человека, которая лежит в основе психологического механизма внушения, самовнушения, гипноза, аутотренинга. Эти методы заключаются в воображении человеком тех или иных состояний, ощущений. С одной стороны, ценность этих методов обусловлена их относительной психологической простотой и возможностью широкого использования в лечебной практике, но с другой стороны, эти методы страдают существенным недостатком: их применение оставляет личность пациента относительно пассивной, в связи с чем и получаемые результаты не

отличаются глубиной и устойчивостью. Чтобы достигнуть более прочного результата, надо идти не только от личности к представлениям, но и от представлений к личности. Подобный метод мы находим в воспроизведении больным воображаемого образа, наделенного определенными полезными для пациента качествами.

Наиболее эффективным является метод *имаготерапии* — тренировки пациента в воспроизведении комплекса характерных образов с лечебной целью.

Физиологический механизм воздействия заключается в выработке устойчивой системы доминант, и динамических стереотипов, а также в затормаживании невротического стереотипа.

Психологический механизм имаготерапии заключается в усвоении личностных предпосылок, способствующих нормализации системы отношений. Важное значение имеют и такие частные факторы, как отвлечение, уход пациента от невротической фиксации на своем «Я», обогащение его новым содержательным интересом, общение с творческим коллективом, укрепление и развитие логического мышления, развитие речи, воспитание памяти, чувства уверенности в себе.

Конечная цель — перестройка отношений личности — требует длительной систематической тренировки в воспроизведении образа; улучшение субъективного состояния больного под влиянием этих частных психологических факторов наступает быстро, а иногда и неожиданно быстро. Благоприятным в этом отношении фактором служат определенные типологические особенности личности больного: преобладание свойств художественного типа высшей нервной деятельности, повышенная внушаемость. Такие больные не только активно включаются в занятия, но и вскоре ощущают улучшение самочувствия.

По Станиславскому, суть сценического перевоплощения актера заключается в том, что он ведет себя так, как если бы сам оказался в ситуации, заданной драматургом. Актер на сцене — это его «Я» в предложенных драматургом обстоятельствах. При имаготерапии это положение полностью сохраняет свое значение.

Имаготерапевтическая группа — не театр в обычном смысле и не кружок; самодеятельности. Здесь не актер отбирается в соответствии со своими данными для воспроизведения образа, а, напротив, образ в соответствии с его психологическим содержанием подбирается как лечебный фактор для больного. Если в театре, профессиональном или самодеятельном, спектакль есть основная и конечная цель работы, то при имаготерапии спектакль, который может быть поставлен только на высшей ступени работы, имеет значение не основной и конечной цели, а лишь вспомогательного средства углубления и усиления имаготерапевтического эффекта. Имаготерапия — это своеобразный групповой или индивидуальный «театр для себя».

Исходная идея этой методики заключается в том, что во всяком живом рассказе о пережитой значимой ситуации уже содержится момент естественного, стихийного воспроизведения образа! Человек, рассказывающий собеседнику или группе собеседников о каком-либо значительном эпизоде своей жизни, невольно входит в тот образ; в котором он выступал в пережитой ситуации. Даже если этот момент слабо выражен, рассказчик, предстающий перед группой слушателей, выходит из рамок своего обычного, повседневного образа, он воспроизводит отличающийся от его обычного образа новый для него образ рассказчика, что само по себе уже имеет существенное психотерапевтическое значение. При живом темпераменте и воображении рассказчик в соответствующие моменты рассказа входит и в образы других лиц, действовавших в пережитой им ситуации. Всякий живой рассказ — начало театра, всякий рассказчик — в той или иной мере актер. Отсюда следует основной методический принцип имаготерапии, отвечающий требованию экономии сил больного и естественной динамике нервных процессов: первоначальную и основную форму имаготерапии представляет *рассказ*.

Пациенту предлагают вспомнить какой-либо значительный, запомнившийся случай его жизни и при следующей встрече рассказать о нем. Это предложение можно естественно связать с изучением биографии участника группы. Полнота и выразительность рассказа сразу показывают меру склонности и способности к воспроизведению образа. В зависимости от того, насколько эти качества развиты у пациента, он после нескольких групповых занятий, в которых принимает пассивное участие в качестве только наблюдателя, отбирается на роль либо рассказчика, либо слушателя («партнера»). В первом случае ему предлагается рассказывать на занятиях различные фрагменты (главы) отобранной для этой цели большой повести или романа, центральной фигурой которого является положительный герой, предпочтительно — герой нашего времени. Непременное условие: произведение должно быть реалистическим, высокохудожественным, мастерски написанным. Таким образом разрешается задача тренировки в воспроизведении образа, призванного сублимировать настроение, интересы и жизненные цели рассказчика и его слушателей.

Участник группы рассказывает содержание произведения из занятия в занятие, всякий раз в течение 30-40 минут. Он не только воспроизводит образ героя, он с самого начала входит в другой, новый для него образ, отличающийся от повседневного образа его «Я», — в образ рассказчика. Его сменяет другой участник группы, рассказывающий следующую главу того же произведения; второго участника сменяет третий. На протяжении одного занятия три-четыре рассказчика сменяют друг друга. После каждого выступления обсуждается содержание рассказанного и как рассказчик справился со своей задачей.

На первом этапе имаготерапии применяется также импровизированная инсценировка той или иной более или менее типичной житейской ситуации

(«театр экспромта»). Этим приемом пользовался и Морено в своей психодраме. Однако задача имаготерапевтического применения этой формы принципиально отличается от задач психодрамы. Морено имел в виду «разрядку» бессознательных установок и вытесненных влечений, имаготерапия — тренировку в воспроизведении психологически адекватного поведения. По окончании инсценировки группа обсуждает выполненную работу.

Оба этих основных приема — литературный пересказ и «театр экспромта» — могут быть с успехом использованы не только с психотерапевтической целью, но и с целью закрепления автоматизации навыков темпо-ритмической организации речи. В «театре экспромта» педагог создает как бы модели житейских ситуаций, в которых участники тренируются в адекватном поведении.

Со временем в систему занятий в дополнение к рассказу вводится *драматизация* рассказа. Эта форма может применяться уже в заключительном периоде первого этапа. Некоторые фрагменты повести или романа, насыщенные драматическим действием и диалогами, излагаются в лицах. Наряду с рассказчиком, воспроизводящим образ главного лица, другие участники группы воспроизводят раздумья и реплики других действующих лиц. Режиссер распределяет роли. Техническую и исполнительскую помощь в этой работе оказывают режиссеру его помощники.

Существенное значение приобретает также инсценировка того или иного эпизода из произведения, над которым идет работа. Ставятся также импровизированные инсценировки поведения героев в вымышленных ситуациях, отсутствующих в романе. На этом этапе начинаются занятия по технике речи, музыкальному движению, танцу. Эти занятия при целенаправленном их содержании могут иметь и существенное самостоятельное психотерапевтическое значение. Второй этап имаготерапии продолжается примерно от трех до шести месяцев.

Постепенно участники группы переходят на высший, третий этап работы, когда первоначальная имаготерапия перерастает в занятия лечебной драматической студии. В систему воспроизведения образа включаются целенаправленные по содержанию и форме хореографические фрагменты, комедийные и драматические спектакли. На высшем курсе имаготерапии овладение выразительными средствами сценической игры (техника речи, движение, жест) приобретает все то значение, какое оно имеет в театре. Для имаготерапии характерен, однако, путь не от овладения выразительными средствами к воспроизведению образа, а наоборот, от воспроизведения образа к овладению выразительными средствами, что естественно вытекает из нарастающей потребности группы в наиболее совершенном воспроизведении имаготерапевтического образа.

На начальных этапах работы активно разыгрываются различные ситуации, затем задача усложняется: пациент с помощью ведущего воспроизводит в

сценическом действии значимые события своей жизни, имеющие отношение к его проблеме. Ему предстоит заново пережить и, главное, выразить свои проблемы на глазах у всех в условиях театрализованного действия. Действие может быть организовано по-разному: либо пациент играет перед группой самого себя, либо он в роли зрителя смотрит, как его изображают в тех ситуациях, которые для него наиболее значимы. Они дают ему возможность увидеть свои проблемы как в зеркале.

Занятие №14

1. Приветствие.

Представиться друг другу вымышленным именем (Красная Шапочка, Золушка, Гудвин Великий и Ужасный и т.п.), попытаться изобразить. Логопедическая разминка.

2. Синхронизация речи с движением пальцев ведущей руки на слог (мягкая послоговая ритмизация):

- чтение стихов;
- чтение текстов;
- пересказ (с метрономом);
- спонтанная речь с аппаратом АКР-01 «Монолог»;
- импровизации (1,5-2 минуты).

Примерные темы импровизаций: «Носовые платки», «Шнурки», «Кроссовки». Время выступления регламентировано песочными часами.

3. Тренинг «Самый-самый».

Каждый человек — уникальная личность, он неподражаем.

Участники команды рассказывают каждому по очереди о его достоинствах и присваивают звание «самый-самый» (находчивый, добрый, умный, ловкий, мягкосердечный и т.д.).

4. Тренинг «Подарок ко дню рождения». Инструкция:

Выберите сказочный персонаж (Красная Шапочка, Баба-яга, Золушка, Мальчик-с-пальчик, Пеппи Длинныйчулок, Карлсон, Винни-Пух и т.д.). Каждый сказочный герой является именинником. Подумайте, что этот герой больше всего ценит на свете, кого любит, о чем мечтает, что ему нужно, что бы он хотел получить в дар. Вы — волшебники, которые способны дать то, что каждый хочет.

Занятие №15

1. Приветствие.

Высказать добрые пожелания друг другу.

2. Логопедическая разминка. Рассказы-импровизации на произвольную тему.

3. Упражнение «Вернисаж».

Рассказ о вымышленной картине или по репродукции от имени великого художника-гения.

4. Пародия на программу дог-шоу «Я и моя собака».

Инструкция:

Один из участников — хозяин, другой — собака. Хозяин с гордостью рассказывает о собаке: кличка, порода, характер и т.п. Собака выполняет команды, затем партнеры меняются местами.

5. Письмо другу («Дарите радость людям!»).

Каждый пишет письмо соседу по группе.

Написать можно добрые слова, пожелания, признания, сомнения; письмо может быть с иллюстрациями. Главное, чтобы письмо принесло радость адресату.

Занятие №16

1. Приветствие.

Задание: говорить комплименты друг другу, глядя в глаза. Движение — «Карусель» (один круг внутри другого).

2. Логопедическая разминка:

- дыхательная гимнастика;
- работа над голосом;
- синхронизация речи с движением (логоритмика);
- просодика;
- движение (невербальный тренинг).

«Воспроизведение позы» — упражнение с мячом: тот, кто получит мяч, принимает любую позу, все остальные воспроизводят эту позу.

Речевая гимнастика:

- чтение под метроном, пересказ, спонтанная речь (синхронизация речи с движением), импровизации на заданную тему;
- «пересказ» текста статьи «Криминальные хроники» с сурдопереводом.

Один участник читает или пересказывает статью, другой — передает мимикой, жестом, артикуляцией, движением содержание статьи.

3. Упражнение «Скульптура» (работа выполняется парами).

Один участник группы должен «вылепить» из другого скульптуру уверенного в себе человека, неуверенного и агрессивного, мечтателя; затем провести «экскурсию» по залам музея.

Занятие №17

1. Приветствие.

2. Логопедическая разминка.

3. Упражнение «Зеркало». Участники встают напротив друг друга.

Поочередно изображают мечтателя, уверенного в себе человека, неуверенного или агрессивного человека с помощью жестов, позы. «Отражение» угадывает, кто изображен, и передает соответствующее состояние.

Упражнения:

пришивать пуговицу, месить тесто, причесываться.

4. Инсценировка «Необитаемый остров».

Все члены группы или половина группы участвуют в сочинении сказки, а затем — в ее постановке. Нужно освоить остров и организовать хозяйство, определить, какой будет социальный строй, какая власть, религия, лечение, праздники, наказания. Затем осуществляют инсценировку.

5. Тренинг «Трехпрограммное радио».

В центре — три стула, на стульях участники тренинга, а также ведущий. Дотрагиваясь до правого плеча игрока, ведущий «включает программу», через 20-30 секунд, прикасаясь к левому плечу игрока, «переключает на другую программу».

Возможны пародии на следующие программы: «Новости», «Прогноз погоды», «Концерт по заявкам», «Новости культуры, спорта», рекламные паузы, передачи для детей и т.д.

Занятие №18

1. Приветствие.

2. Логопедическая разминка.

3. Тренинг «Сила слова».

Пациенты составляют три списка слов, характерных для людей, неуверенных в себе, уверенных, агрессивных.

Все по очереди зачитывают свои списки. Затем проводится их анализ.

4. Тренинг «Модели поведения» (Къела Рудестама).

Ведущий предлагает ситуацию (она может быть инсценирована), каждый участник группы должен отреагировать как уверенный в себе человек; неуверенный; агрессивный:

- Друг просит одолжить автомашину, а вы считаете его плохим водителем. Вы говорите ему...

- Ваш товарищ устроил вам встречу с незнакомым человеком, не предупредив вас. Вы заявляете ему...

- Счет за ремонт автомобиля на 500 рублей больше начальной расценки. Вы обращаетесь к зав. службой...

- Люди, сидящие сзади вас в кинотеатре, мешают вам громким разговором. Вы обращаетесь к ним...

- Собака вашего соседа помяла травку на вашем газоне. Вы подходите к соседу и говорите ему...

· Вы пришли в кафе, но вам не нравится предложенный столик. Вы говорите хозяину или хозяйке...

· Друг приводит вас в смущение, рассказывая в компании истории о вас. Вы заявляете ему...

· Друг продолжает занимать вас разговором, а вы хотите уйти. Вы говорите...

· Вы ловите взгляд привлекательного мужчины (женщины). Вы подходите и говорите...

Занятие №19

1. Приветствие.

2. Логопедическая разминка.

3. Речевая разминка.

«Свободный микрофон» — интервью.

Ведущий отвечает на вопросы членов группы (вопросы о привычках, интересах, привязанностях, особенностях характера),

4. Ролевой тренинг.

Пародийная реклама сказочного инвентаря: ковер-самолет; сапоги-скороходы; скатерть-самобранка; шапка-невидимка; живая и мертвая вода; ступа Бабы-Яги.

Презентация — открытие фирмы.

Ответы на вопросы «по телефону». Инструкция:

Всем хорошо известно, что такое реклама. В настоящее время мы должны вместе создать ролик для какого-то товара. Задача — представить товар так, чтобы подчеркнуть его лучшие стороны вызвать к нему интерес.

Занятие №20

1. Приветствие.

2. Логопедическая разминка:

· дыхательная гимнастика;

· работа над голосом;

· коррекция просодики;

· эталоны;

· логоритмические упражнения. *Речевая разминка:*

· произнесение пословиц, чистоговорок, скороговорок с различной интонацией.

3. Упражнение «Диалог».

Один участник — лидер контакта, другой — пассивный.

Задание: переключить настойчивого собеседника на интересующую вас тему, перехватить инициативу.

4. «Размышления об обидах».

Записать обиды на листок, листок порвать, пустить по воде, закопать в землю и т.д. Забыть, простить обидчиков. Возможно обсуждение.

5. Пародийная «Красная Шапочка». Представить сказку как:

- фильм ужасов;
- мелодраму;
- детектив (триллер или боевик).

Занятие №21

1. Приветствие.

2. Логопедическая разминка:

- дыхательная гимнастика;
- работа над голосом;
- коррекция просодики;
- эталон;
- логоритмические упражнения.

3. Невербальный тренинг. Инструкция:

Через стекло магазина договоритесь с приятелем:

- что будете покупать к ужину;
- какой подарок необходимо приобрести ко дню рождения соседа, бабушки, любимого кота.

Диалог в метро, где вас не слышат.

Необходимо договориться:

- о посещении бассейна, сауны;
- в какой цвет покрасить забор.

4. Речевая разминка:

Телефонный тренинг (с использованием телефона-игрушки) «Горячая линия».

Один из участников группы (специалист-универсал по всем вопросам) отвечает, где можно отремонтировать обувь, сумку; купить билет на самолет, на пароход, на поезд; о репертуаре театров и кинотеатров и т.д.)

Интервью: пародия на программу «Смак».

Участники рассказывают о приготовлении любимых блюд, показывают (демонстрируют) технологию производства, комментируют процесс.

Занятие №22

1. Приветствие.

2. Логопедическая разминка.

3. Речевая разминка:

- Чтение, пересказ;

· Пародия на программу новостей — «Время» («Вести») (по два участника):

- 1-й блок — новости в стране,
- 2-й блок — зарубежные новости,
- 3-й блок — новости спорта,
- 4-й блок — новости культуры,
- 5-й блок — о погоде (метеосводка).

Один из участников — журналист, который комментирует видеоряд, другие участники изображают события.

· Интервью с зарубежным гостем на языке племени чунга-чанга (три участника: журналист, гость и переводчик).

4. Ролевой тренинг.

Пародия на программу «Это вы можете» (клуб изобретателей).

Каждый участник группы делает рисунок — набросок изобретения (кровать с дистанционным управлением, сапоги-скороходы и т.д.). В конце занятия следует отметить самое оригинальное изобретение.

5. Упражнение «Семья»:

- японская;
- русская;
- французская;
- английская.

Сюжеты для разыгрывания:

- знакомство;
- помолвка;
- конфликт по поводу воспитания детей спустя 15 лет.

Четвертый этап.

Занятия №23 — №31

...Личностный рост, основанный на искренних и целостных отношениях, — это и есть сущность и душа психотерапии.

Кларк Мустанас

Главная задача: раскрытие содержательной стороны внутренних психологических конфликтов, имеющих для пациента большую субъективную значимость; перестройка нарушенной системы отношений и выработка адекватных форм психологической компенсации.

Четвертый этап (10 дней). Целью данного этапа является закреплений речевых навыков в личностно и социально значимых ситуациях.

Способность играть чужую роль помогает лучше приспособиться к окружающему миру. Под *ролевыми играми* мы понимаем поведение, к которому прибегает играющий по своей инициативе или по просьбе окружающих. Для участников действия, однако, ролевые игры — это способ самовыражения.

Ролевое поведение в реальной жизни может проявляться в виде ритуалов, отмечающих особые события — светские или религиозные, реальные или вымышленные, но всякий раз выполняющие культурную функцию для всего общества.

История ролевых игр связана с разработкой теории ролей, а также с появлением понятия ролевых игр в социологии. В 1966 г. Биддл и Томас написали книгу «Происхождение и история теории ролей», где в качестве своих предшественников называют Дж. Мида, Дж. Морено и Р. Линтона. Вклад Морено заключается в описании двух стадий генезиса ролей: восприятия роли и воплощения, или разыгрывания роли. Линтон предложил разграничить понятия «статуса» (социального положения) и роли, тем самым признав, что: а) положение и соответствующие роли являются элементами общественного уклада; б) поведение человека можно рассматривать как разыгрывание роли, а саму роль — как связующее звено между поведением человека и социальной структурой.

Понятие ролевых игр как части психотерапии было разработано лишь в XX веке. Одними из первых ролевые игры в психотерапии использовали Зильбург и Генри (1941). Рейл отмечал терапевтический эффект от «разыгрывания сцен» пациентами психиатрических больниц. Морено в начале XX века описывал ролевые игры с детьми в городских садах Вены. Однако лишь в 30-х гг. эксперименты с разыгрыванием сцен были признаны эффективной психотерапевтической процедурой.

С середины 50-х гг. применение ролевых игр в США пошло двумя путями. Их стали широко использовать в психотерапии, включая группы личностного роста. Сюда же относятся все приемы, которые Николе и Эфран (1985) назвали «современной терапией катарсиса», включая классический метод социометрии и психодрамы Морено, гештальттерапию, а также группы встреч (Гольдберг, 1970), первичную терапию (Янов, 1970), терапию реальностью (Глассер, 1965).

Второй областью применения ролевых игр стали тренинговые группы, которые ставят задачу саморазвития и самосовершенствования, а не психотерапии. Это направление было создано в основном с целью развития в людях навыков руководства, поведения в больших и малых группах, взаимодействия, разрешения конфликтов в группах, формирования адекватного восприятия себя и других. Классическими примерами могут послужить Т-группы (группы тренинга), а также центры психологического тестирования на профессиональные качества и способность к руководству.

Сегодня ролевые игры применяются повсюду и незаменимы в разнообразных областях психологии. Однако несомненно, что наиболее эффективно они применяются в психотерапии.

Моделирование поведения — это воссоздание ситуации взаимодействия человека с окружающей средой. Оно включает попытки создания новых решений и подходов к сложным человеческим проблемам, начальную оценку адекватности этих решений, повторное проигрывание ответственных действий до их претворения в жизнь и усовершенствование существующих навыков. Сюда же относится разыгрывание конкретных примеров моделей, разногласий, дилемм, процессов.

Ролевые игры — это осязаемое проявление поведенческого компонента. Ролевые игры могут принимать разные формы: от простых (минимальных) до сложных наборов действий. Ролевые игры не ограничены пространством.

Учитывая особые характеристики психотерапевтического «жанра», следовало ввести специальные формулировки общих правил, регулирующих применение ролевых игр. Так был сформулирован набор принципов. Эти принципы относятся только к клиническим ролевым играм и не могут использоваться в других формах моделирования поведения.

Принцип конкретизации. Клинические ролевые игры основаны на конкретном описании. Весьма существенно, чтобы информация, представленная во время сеанса ролевых игр как терапевтом, так и пациентами, носила конкретный характер. Первое психодраматическое правило (Морено, 1965) гласит, что пациенты представляют свои конфликты, а не рассказывают о них. Ведущий говорит пациенту: «Покажи мне, что произошло», а не «Расскажи мне, что произошло».

Принцип аутентичности. Разыгрываемое поведение должно быть аутентичным. Аутентичность рассматривается как достоверность и подлинность, что в контексте ролевых игр имеет два значения: первое из них — отсутствие умышленного обмана, второе — максимальное сходство с исходным случаем. Аутентичность предполагает, что воссозданное пациентом описание достоверно отражает его психологическое состояние в момент развертывания; ситуации.

Вот некоторые способы обеспечения подлинности описаний, сделанных пациентами.

Описание «здесь и сейчас». Предполагается, что пациент представляет свои трудности, будто они происходят именно сейчас. Это воспринимается как правда, независимо от того, происходил ли такой случай в действительности или был выдуман (Морено, 1965).

Максимальное вовлечение пациента. Подлинность представлений напрямую связана со степенью эмоционального вовлечения пациента в разыгрывание действия.

Изменение временных параметров. В жизни все происходит очень стремительно. Люди реагируют на последовательное поступление стимулов

быстро, зачастую под влиянием нехватки времени и со скоростью, выходящей из-под нашего контроля. В этих обстоятельствах человеку едва ли хватит времени обратить внимание на мотивы наших действий, на влияние прошлого, сказывающееся на нынешних действиях, и на истинные чувства и мысли, сопровождающие эти действия. Нужно иметь возможность рассмотреть отдельные моменты повнимательнее. Для этого их нужно «увеличить». Сделать это можно так:

1. замедлить действие, как бы «остановить часы», «раздвинуть временные рамки» или
2. проиграть все описание с замедлением.

Вещи, происходящие в жизни в считанные секунды, описываются (и разыгрываются) в клинических ролевых играх без каких-либо временных ограничений.

Драматизация, внешнее воплощение внутренних процессов. Одной из отличительных характеристик психотерапии является стремление вскрыть, понять и изменить психологические процессы. В клинических ролевых играх это стремление проявляет себя в драматизации: через разыгрывание этих внутренних чувств и мыслей, путем их персонификации. Так, чувства вины, стыда и неловкости, противоборствующие желания и стремления, необходимость выбора и т.д. воплощаются, оживают по мере принятия протагонистом или вспомогательными «Я» ролей, персонифицирующих каждое из этих психологических явлений. В таких драматизациях протагонист открыто взаимодействует со вспомогательными «Я» (представляющими чувства и мысли), сознавая, что в действительности такое взаимодействие происходит внутри него. Следует помнить, что психологическое явление в клинических ролевых играх может принимать преувеличенные размеры в результате фокусировки.

Понятие защищенной среды. Предполагается, что играющие будут ощущать себя более защищенными, чем в сходных условиях в жизни. Достигается это путем предоставления играющим права полного контроля над существенными аспектами их действия. Они могут контролировать время. Если, например, пациент говорит: «Я хотел бы сделать что-нибудь, что может произойти в будущем»; «Я хотел бы, чтобы это длилось подольше»; «Давайте сделаем это побыстрее, в жизни это занимает так много времени» или «Я хочу, чтобы сейчас был вечер», — он так и поступает. Пациент может контролировать пространство. Если он хочет, чтобы действие происходило в других условиях — более удобных, менее угрожающих и т.п. — он может так и сделать. Пациент также может контролировать действия и их последствия. Часто люди воздерживаются от принятия решения или от определенных поступков, опасаясь возможных отрицательных последствий, и это лишает их важных навыков познания. В ролевых играх они могут быть защищены от таких опасений двояким образом. Один из них — разыгрывание такой ситуации, которая гарантирует устранение отрицательных последствий. Например, ведущий может сказать: «Я хочу,

чтобы ты выразил отцу свое разочарование, но в этот раз мы дадим тебе в отцы понимающего человека». Другой способ — сказать пациенту: «Давай всё же сделаем так, как было. Если результат будет слишком болезненным для тебя, мы все зачеркнем и переделаем заново — так, чтобы тебе было хорошо».

Эмоциональный опыт. Иногда пациенту требуется еще раз пережить событие, чтобы от него остались новые, положительные впечатления. А иногда пациент жалуется, что ему не удалось испытать чего-либо из того, что стоило испытать, а жизнь не предоставила другой возможности встретиться с подобной ситуацией. Эти дополнительные возможности могут быть созданы во время терапевтических сеансов посредством клинических ролевых игр.

Понятие сверхреальности. Этот термин был введен Морено (1965). Он основан на представлении о том, что «в реальной жизни есть некоторые невидимые грани, еще не полностью изученные и описанные... и у тех, кто не сталкивается с ними, жизнь не полна... поэтому мы должны, пользуясь дополнительными действиями и инструментами, соприкоснуться с ними на терапевтических сеансах» (Морено, 1965). Один из самых популярных методов отыскания этих невидимых граней — обмен ролями: пациент должен в имитируемой ситуации время от времени исполнять роль своего партнера. Человек должен входить в роли людей, с которыми взаимодействует, чтобы понять, как они относятся к нему и к окружающим.

Приспособление темпоритма процесса обучения к конкретному пациенту. Терапевт должен принимать во внимание страхи, недостатки своего пациента, а не применять непозволительное давление с тем, чтобы освободить его от них. Успех обеспечит соблюдение двух принципов обучения: постепенного продвижения и учета индивидуальных особенностей. Постепенное продвижение предполагает, что объект познания должен быть разделен на мелкие, последовательные ступени, где преодоление каждой не таит никаких сложностей и угроз. Учет индивидуальных особенностей означает, что в формировании этих ступеней следует учитывать характер пациента.

Обучающий опыт может включать навык сдерживания. Человек может полностью выразить свои чувства коллеге и испытать внутреннее облегчение, но при этом он может причинить ему вред и положить конец их взаимоотношениям. Необходимо учиться умению спонтанно сдерживать себя. Некоторые этюды клинических ролевых игр направлены на увеличение способности пациента получать внутреннее удовлетворение от добровольно принятых мер по самоограничению и самоконтролю.

Принцип последовательности. Клинические ролевые игры включают последовательность взаимосвязанных разыгрываемых эпизодов. Основной предпосылкой этого принципа служит то, что клинические ролевые игры состоят из некоего числа взаимосвязанных эпизодов и максимальный терапевтический эффект достигается при последовательном переходе от одного эпизода к другому. Означает ли это, что случающееся иногда

введение одной или двух не связанных друг с другом сцен в ролевых играх терапевтически неэффективно? Отнюдь. Опыт показывает, что даже такое минимальное использование ролевых игр может увеличить эффективность лечения и оказать благотворное воздействие на весь терапевтический процесс.

На четвертом этапе особое значение приобретают *функциональные тренировки* для повышения уверенности в себе.

Функциональные тренировки, описанные в работах А. И. Захарова (1977), Н. М. Асатиани (1979), А. С. Слуцкого (1979), П. И. Исагулиева (1984) являются основной частью поведенческой психотерапии (Б. Д. Карвасарский, 1985), основная цель которой — практическая адаптация больного к ситуации, вызывающей опасения

В работе с заикающимися функциональные тренировки начинаются с третьего этапа преимущественно в условиях кабинета. *На четвертом (завершающем) этапе этот прием логопсихотерапевтической коррекции проводится как в кабинете, так и в реальных жизненных условиях.* Методика функциональных тренировок применяется с учетом принципа постепенного усиления эмоциональной значимости ситуации речевого общения или «ступенчатого приближения к объекту страха» (по Н. М. Асатиани). Существует несколько видов функциональных тренировок.

Моделирование различных ситуаций речевого общения. Этот прием по своей сути напоминает психодраму, которая впервые была предложена в 30-х годах XX века Дж. Морено как диагностический и корригирующий метод групповой психотерапии. Применение приема моделирования основано на принципе усиления эмоциональной насыщенности упражнений, которые варьируются в диапазоне: приятная ситуация — эмоционально индифферентная ситуация — конфликтная ситуация. Моделирование поведения предполагает воссоздание ситуации взаимодействия человека с окружающей средой. Это может быть проигрывание ответственных действий перед их претворением в жизнь и усовершенствование существующих навыков. План разыгрываемой ситуации (примерные темы: покупатель — кассир — продавец; начальник — подчиненный; конфликт с соседями и т.д.) намечается руководителем. При моделировании и проигрывании тех или иных ситуаций учитываются определенные эгоцентрические тенденции (нервно-психический фон) разных категорий больных (с истероидной акцентуацией, с неврозом навязчивых состояний, акцентуированных по психастеническому типу и т.д.), при этом необходимо помнить об использовании тех или иных логопедических приемов (моноритмизация, расстановка пауз и пр.).

Подготавливая к «игре» заикающихся, страдающих выраженной логофобией в ситуации «покупатель — кассир», в качестве отвлечения больных от неприятных переживаний используют следующий прием. Ожидая своей очереди, больной громко (в реальной ситуации — про себя) читает стихотворение, стараясь максимально сосредоточить свое внимание

на его содержании. Такое громкое, ритмичное, по возможности эмоциональное чтение стихов отвлекает больного от предстоящего обращения к «кассиру», успокаивает и является «трамплином» для начала речевого акта. В данных ситуациях возможны вариации, например, замена чтения стихов произнесением речевых эталонов.

Обязательным моментом является подведение итогов: совместный анализ игры, успехов и неудач, рекомендации по внедрению достигнутых результатов в жизнь.

Более сложное задание в системе функциональных тренировок — *участие в концертах художественной самодеятельности и «гастроли»*. Программа концерта также составляется с учетом нервно-психических и речевых особенностей.

Приемы, используемые на данном этапе:

- Пациенту, плохо чувствующему ритм, предлагается подготовить чтение стихов А. С. Пушкина, М. Ю. Лермонтова, Н. А. Некрасова. Больному, акцентуированному по астеноневротическому типу, отличающемуся неуверенным слабым голосом, эмоциональной скованностью, предлагается работа над жизнеутверждающими произведениями, которые насыщены яркими образами и эмоциями (например, «Мчатся тучи, выются тучи...», «Буря мглою небо кроет...» и т.п.).

- *Литературный монтаж* с хоровым чтением стихов (чтение каждым больным двух-трех стихотворных строчек).

- *Музыкальные номера* с предварительным развернутым пояснением.

Непрофессиональная оценка выступлений зрителями оказывает большое активизирующее влияние на лечебную группу, создает эмоциональный стимул для дальнейшей работы над речью.

Другой вид функциональной тренировки — *телефонный тренинг*. Такие занятия помогают пациентам с тревожно-мнительными чертами характера.

Специалист разъясняет больным, что в основе боязни телефона лежат механизмы патологической условно-рефлекторной связи, закрепляемые каждой неудачной попыткой речи в данной ситуации. Для ослабления 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:

- *Звонки на автоответчик* снимают эмоциональное напряжение, так как больной понимает, что будет говорить наедине с собой (пока в телефонной трубке слышатся гудки, он ритмично, без привычного волнения, задает вопрос: «Скажите, пожалуйста, сколько сейчас времени?» Услышав ответ, спокойно благодарит). При многократном повторении таких

упражнений вырабатывается навык четких, свободных движений, связанных с осуществлением телефонного разговора. Таким образом вырабатывается положительная условно-рефлекторная цепочка, что является отправной точкой для спокойного начала разговора с реальным собеседником.

- *Разговор со справочными службами* (основная мысль: «Меня там никто не знает»). Больные помнят о необходимости соблюдать слитность слов во фразе, спокойный темп, паузы между вопросами и ответами.

- *Работа в подгруппах в соседних кабинетах, оснащенных телефонами.* По желанию каждый выбирает себе партнера для предстоящей тренировки речи. Собеседники намечают примерный круг вопросов, который будут обсуждать. Такая работа предполагает участие всех больных для автоматизации навыка телефонного разговора.

Занятия по закреплению достигнутых результатов в реальной обстановке. Функциональные тренировки целесообразнее проводить в магазинах, на рынке, беседовать с прохожими на улице и в транспорте, а также проводить экскурсии в музеи, на выставки, в зоопарк. Главным требованием к проведению экскурсии является свободная речевая импровизация, создание образа уверенного в себе специалиста в данной области. Предварительно проводится подготовительная работа: проходит установочная беседа, намечаются задачи, примерные пути их реализации.

Первые занятия проводятся под руководством специалиста. В случае неудачи он активно вступает в беседу, тем самым отвлекая внимание постороннего человека от заикающегося. Постепенно руководитель как бы уходит на второй план. Далее пациенты продолжают свои тренировки по указанной методике.

На этапе функциональных тренировок важное значение придается введению приобретенных речевых навыков в жизнь. Необходимо перешагнуть психологический барьер и преодолеть страх речи в эмоционально и социально значимых ситуациях.

Занятие №23

1. Приветствие.
2. Логопедическая разминка.
3. Речевая разминка.

Спонтанная речь: имитация разговора по телефону. Участники выбирают партнера, встают спиной друг к другу и имитируют разговор по телефону.

4. Ролевой тренинг.

«Гастроли» — концертная программа в учреждении.

В программе:

- сольное и хоровое исполнение песен;
- чтение стихов (это может быть литературно-музыкальная композиция);

- постановка сцен из спектаклей;
- монологи;
- инсценировка песен;
- инсценировка рассказов классиков, мифов Древней Греции и т.д.;
- пародии на постановку оперы и балета.

Занятие №24

1. Приветствие.
2. Логопедическая разминка.
3. Речевая разминка.

Невербальный тренинг: «Музей восковых фигур».

Каждый участник должен изобразить фигуру известного человека, передать черты его характера. Члены группы должны узнать изображаемого.

Упражнение «Художественный фильм». Главная задача: стать режиссером своей жизни.

Каждый выступает в роли сценариста, режиссера-постановщика, выбирает актера на главную роль.

Инструкция:

Посмотрите на себя со стороны; оцените, нравитесь ли вы себе таким. Если нет — всё можно исправить. Уберите ненужное, добавьте детали. Запомните, что вы сделали. Условие: фильм должен быть про победителя.

Занятие №25

1. Приветствие.
2. Логопедическая разминка.
3. Речевая разминка:
 - чтение,
 - пересказ,
 - импровизации под метроном или с модулем «ЭХО».
4. Тренинг «Робот-оператор».

Один участник — «робот», другой — «оператор».

«Робот» подчиняется указаниям «оператора». «Оператор» указывает последовательность действий, необходимых для сбора грибов и ягод, ловли бабочек, подметания пола, приготовления овощного супа и т.д.

5. Упражнение «Горячий стул». Участники группы обсуждают каждого. Тема — «Твое будущее»:

- профессиональное (кем станет человек, каким видом деятельности будет заниматься);
- личное (семья, дети);
- психологическое (человеческие качества).

Определить сроки!

6. «Суд над литературным героем». Темы:

- «Му-му»;
- «Онегин и Ленский»;
- «Раскольников».

Участники: судья, ответчик, пострадавший, обвинитель, защитник, свидетели, судмедэксперт и т.д.

Занятие №26

1. Приветствие.

Короткий диалог на заданную тему: «Здравствуй! Мне приятно тебе сказать...»

2. Логопедическая разминка (Речевая разминка).

3. Речевой тренинг «Пассажиры в купе». Пассажиры:

- 1 — холерик,
- 2 — сангвиник,
- 3 — флегматик,
- 4 — меланхолик. Задание:

- познакомиться;
- завязать и поддержать беседу.

4. Функциональная тренировка «Экскурсия по городу».

Выступление на улице. Рассказ о достопримечательностях родного города, поселка и т.п.

Занятие №27

1. Приветствие.

2. Логопедическая разминка.

3. Речевая разминка.

Один участник дает другому тему для сообщения («Часы», «Шнурки», «Кроссовки», «Окно», «Стол», «Стул», «Песочные часы» и т.п.).

На подготовку — 1 минута, доклад — 30-60 секунд.

4. Инсценировка сказки (например, «Волк и семеро козлят», «Колобок» и т.д.). Выбрать жанр:

- «индийское кино» (мелодрама);
- боевик;
- фильм ужасов.

5. Функциональная тренировка «Знакомство с девушкой (юношей) на улице».

Запись в дневнике, анализ ситуации на занятии.

Занятие №28

1. Приветствие.
2. Логопедическая разминка.
3. Речевая гимнастика «Футболка с надписью». Инструкция:

Каждому предлагается придумать говорящую надпись — девиз. Затем каждый зачитывает свою надпись.

Проводится обсуждение.

4. Речевой тренинг.

Посещение картинной галереи, рассказ о картине (или рассказ по репродукции).

Местом посещения может быть музей или картинная галерея (например, Третьяковская галерея, Музей изобразительных искусств им. А. С. Пушкина, краеведческий музей).

Требование — свободная речевая импровизация, создание образа уверенного в себе человека.

Для первого выхода можно предложить подготовить дома рассказ о биографии и творчестве художника, картины которого представлены в художественной галерее или краеведческом музее либо репродукции которых есть в учреждении.

Занятие №29

1. Приветствие по кругу:
«Добрый день, как я рад тебя видеть!» Движение — «карусель».

2. Логопедическая разминка.

Невербальный тренинг: упражнение для пары «Перестановка мебели».

3. Речевая разминка.

Диалог по воображаемому телефону:

- с ребенком,
- с начальником,
- с любимым,
- с другом.

4. Речевой тренинг «Продавец — покупатель».

- Один — агент по продаже, другой — пассажир электрички.
- Один — продавец газет и журналов, другой — прохожий.
- Один — продавец цветов, другой — прохожий. Задание: уговорить купить товар.

5. Функциональная тренировка.

- реклама товара на улице;
- посещение магазина, учреждения службы быта (диалог!): ремонт обуви, прачечная, химчистка, ремонт видеотехники.

Занятие №30

1. Приветствие «Подарок».

Преподнести соседу сюрприз невербально. Это может быть эмоция, но может быть и конкретный предмет.

2. Логопедическая разминка.

Невербальный тренинг: участники задумывают предмет по выбору и изображают его.

3. Речевая разминка.

Диалог по воображаемому телефону:

- с начальником,
- с малознакомым человеком.

4. «Неизвестное животное».

Придумать неизвестное животное, нарисовать его, назвать, написать энциклопедическую справку о нем (где живет, чем питается, с кем дружит, какой характер).

5. Конкурс.

Придумать рекламный слоган — краткий и информативный.

Победителям вручается приз!

6. Функциональная тренировка.

Проведение исследования общественного мнения, диалог на улице на заданную тему (интервью).

Можно использовать диктофон.

Занятие №31

1. Приветствие.

Невербально поприветствовать друг друга и угостить.

2. Логопедическая разминка.

3. Речевая гимнастика.

Пересказ текстов (занимательные истории из жизни замечательных людей).

4. Невербальный тренинг.

Упражнения:

«Слепой — поводырь», «Человек — его тень».

Выполнение действия (одевание) в разных контекстах (свидание, сбор грибов, банкет, пляж, сборы на работу/в школу и т.п.).

Упражнения для пары:

- внести бревно и распилить его;
- внести ковер и повесить на стену;
- встреча на скамейке;
- утешение обиженного;

- встреча друзей после долгой разлуки;
- перейти по камушкам через лужу, помочь друг другу перейти через лужу.

5. Речевой тренинг. Обратиться с просьбой:

- к приятелю;
- к знакомому, с которым в ссоре;
- к руководителю;
- к девушке, которая нравится;
- к постороннему малознакомому человеку;
- к отцу или матери.

6. Ситуация для разыгрывания:

Встреча одноклассников через 20 лет после окончания школы

7. Функциональная тренировка.

Посещение магазина - диалог.

В заключение — концерт.



Для заикающихся наиболее трудными в речевом общении ситуациями являются выступления перед большой аудиторией. Чтобы устранить эту трудность, предлагается проводить три-четыре раза в год речевые конференции, на которых должны присутствовать родные и знакомые заикающихся.

Таким образом, система комплексной поддерживающей терапии при заикании включает в себя: патогенетическую психотерапию, основанную на глубоком знании личности пациента и социума, специально разработанные логопедические занятия, медикаментозную терапию, а также комплекс психолого-педагогических мероприятий, направленных на улучшение речи, расширение коммуникативных и адаптивных возможностей, ликвидацию признаков девиации личности.

Применение системы поддерживающей терапии существенно повышает эффективность лечения и способствует благоприятному течению ремиссии.

По данным многолетнего катамнестического наблюдения у лиц, получающих поддерживающую терапию, стойкое выздоровление отмечается примерно в 30% случаев, значительное улучшение — почти у половины, временное улучшение — у четверти больных.

Полученные данные позволяют рекомендовать систему поддерживающей терапии в катамнестическом периоде для внедрения в практику лечения заикания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многолетняя работа в отделении логоневрозов с заикающимися подростками и взрослыми позволяет мне и моим коллегам сделать определенные выводы. По общемировой статистике, лишь 30% пациентов преодолевают заикание полностью. На самом деле этот процент мог бы быть намного выше.

После курса интенсивной логотерапии практически 90% заикающихся добиваются положительных результатов, которые, к сожалению, оказываются неустойчивыми. Работа в аудитории, даже длительная, и несколько функциональных тренировок не способствуют автоматизации навыков темпо-ритмической организации речи, пока присутствует тревога за конечный результат. Для того чтобы навык слитной, плавной речи был автоматизирован, необходимо в течение долгого времени «сопровождать» пациента в сложных эмоционально и социально значимых ситуациях, помогать ему в преодолении психологических барьеров, страха речевого общения, в создании образа другого — уверенного в себе, самодостаточного человека; превратить Неудачника в Победителя.

Заикающийся должен знать, что он всегда может получить помощь и поддержку у специалиста в любой сложной ситуации. Значимость речевого общения для заикающихся чрезвычайно высока, отсюда тревожное состояние перед любым речевым актом. Ему подчас не хватает веры в свои силы и настойчивости в преодолении проблем; любая мелкая неудача повергает его в состояние дисфории или депрессии. Протянуть пациенту руку помощи, научить его подчинять разуму, воле свое физическое и эмоциональное состояние — вот главная задача специалиста.

С уверенностью могу сказать, что выработка образа спокойного, уверенного в себе человека, со свободной пластикой, грациозными движениями, способностью к зрительному контакту, с мягкой голосоподачей, умением управлять мышечным тонусом, способностью к релаксации, правильной темпо-ритмической организацией речи — всё это поможет повышению эффективности лечения заикания. И еще: в работе с заикающимися подростками и взрослыми, а также с их родными специалист должен быть честным до конца: нельзя обещать мгновенного полного избавления от заикания, но не рекомендуется создавать и отрицательную установку (как делают некоторые специалисты) — говорить, что заикание неустранимо и т.п.

С первых занятий речь пациента, благодаря использованию навыков темпо-ритмической организации речи свободна от заикания. Установка: «Я больше не заикаюсь» повторяется пациентом на каждом занятии, изо дня в день.

Логопед, который работает с заикающимся, подобен дирижеру большого оркестра, режиссеру, кропотливо работающему вместе с актером над созданием образа Победителя. Для активной мобилизации потенциальных резервов характера и личности специалисту необходимо добиться от пациента «переоценки ценностей», снятия «зажимов», психологических барьеров.

Долгие годы работали и работают с заикающимися подростками и взрослыми наши замечательные современники: В. М. Шкловский, Л. З. Андропова (Арутюнян), Ю. Б. Некрасова, Б. З. Драпкин, В. И. Селиверстов, Е. Ф. Рау, уникальный творческий коллектив ЦПРН: Л. Г. Бондарева, В. И. Исагулиев, П. И. Исагулиев и многие другие специалисты. Все они — незаурядные, яркие, талантливые, самоотверженные люди, Мастера своего дела. Очень хочется, чтобы с каждым годом пополнялась армия таких специалистов, которые готовы прийти на помощь страдающим от этого недуга.

Хочу пожелать молодым специалистам учиться у корифеев, приобретать уверенность в своих профессиональных возможностях, испытывать постоянное желание помочь пациентам, страдающим заиканием, и творческого воплощения знаний и умений в процессе индивидуальных и групповых занятий!

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абелева И. Ю. и др. В помощь взрослым заикающимся. — М., 1969.
2. Андропова Л. З., Лохов М. И. Использование методов дестабилизации устойчивого состояния в клинике и лечении заикания // Физиология человека. — М., 1983.
3. Андропова-Арутюнян Л. З., Жданова О. Д. Заикание как патологически измененное функциональное состояние // Использование комплексной системы устойчивой нормализации речи заикающихся. — Куйбышев, 1990.
4. Асатиани Н. М. и др. Клиника, дифференциальная диагностика и принципы комплексной терапии затяжных форм заикания у взрослых в условиях стационара. — М., 1980.
5. Белоключевский Г. С. Из опыта работы коррекции заикания по методике Л. З.Андроновой-Арутюнян // Использование комплексной системы устойчивой нормализации речи заикающихся. — Куйбышев, 1990.
6. Белякова Л. И., Лубенская А. И. Прием угашения страха речи у взрослых заикающихся // Дефектология. 1975. Вып. 3.
7. Бехтерев В. М. Избранные произведения. — Л., 1954.
8. Богомолова А. И. Устранение заикания у детей и подростков: из опыта работы. — М., 1977.
9. Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики. — СПб., 1997.
10. Визель Т. Г. Ритм речи и его нарушения // XV съезд оториноларингологов России. 1995. Т.2.
11. Визель Т. Г. Коррекция нарушений плавности фразовой речи у детей // Диагностика и коррекция речевых нарушений: сборник. — СПб, 1997.

12. Власова Н. А. Психотерапевтические моменты в логопедической работе с детьми, страдающими заиканием // Вопросы психотерапии. — М., 1983.
13. Вольперт И. Е. Психотерапия. — Л., 1972.
14. Герасимова А. С., Степанова Г. М. Виды логокоррекционной работы с заикающимися школьниками при закреплении навыков правильной речи // Расстройства речи. — СПб., 1994.
15. Гиппиус С. В. Гимнастика чувств. — Я.-М., 1967.
16. Данилов И. В., Черепанов И. М. Патопсихология логоневрозов. — Л., 1970.
17. Драбкин Б. З. «Терапия радостью» — сущность детско-подростковой психотерапии // 7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. — М., 1981. Т.3.
18. Ершов П. М. Технология актерского искусства. — М., 1992.
19. Жинкин Н. И. Механизмы речи. — М., 1958.
20. Жинкин Н. И. Механизмы заикания. — Харьков, 1959.
21. Заикание / под ред. Н. А. Власовой, К.-П. Беккер. — М., 1983.
22. Заикание у подростков / Сост. М. И. Буянов. — М., 1989.
23. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте: пер. с чешек. — М., 1962.
24. Иванов Е. С. Подростковый возраст и неврозы // В мире подростка / под ред. А. А. Бодалева. — М., 1980.
25. Казаков В. Г. Клиническая характеристика больных затяжными формами заикания: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1973.
26. Калягин В. А., Киселева М. Н. Методика психологического тестирования заикающихся: Методические рекомендации. — СПб., 1992.
27. Калягин В. А. Результаты психологического тестирования взрослых больных с заиканием // Вопросы патологии голоса и речи. — М., 1983.
28. Карвасарский Б. Д. Неврозы // Руководство для врачей. — М., 1980.
29. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. — Л., 1982.
30. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М., 1985.
31. Ковшиков В. А. Особенности заикания и педагогические пути его устранения у больных с различными нервно-психическими расстройствами: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Л., 1972.
32. Кочергина В. С. Роль органического поражения центральной нервной системы в патогенезе заикания у взрослых // Журнал невропат. и психиатр. 1971. Вып. 12.
33. Лавкай И. Ю. О характерологических изменениях у подростков, страдающих заиканием // Дефектология. 1976. №2.
34. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1977.

35. Миссуловин Л. Я. Лечение заикания. — Л., 1988.
36. Миссуловин Л. Я. Заикание и его устранение. — СПб., 1997.
37. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.
38. Неткачев Г. Д. Новый психологический способ лечения заикания и его противники. — М., 1911.
39. Оганесян Е. В. Дифференцированные занятия с заикающимися подростками и взрослыми // дефектология. 1983. №3.
40. Осокин Б. К. О некоторых особенностях личности больных логоневрозами // Клинико-психологическое исследование личности (в связи с задачами профилактики, диагностики и лечения нервно-психических заболеваний): Материалы симпозиума, 16-17 декабря, 1971. — Л., 1971.
41. Покрасс М. Л. Социально-психологические проблемы заикающегося и логопеда // Использование комплексной системы устойчивой нормализации речи заикающихся. — Куйбышев, 1990.
42. Рау Е. Ф. О заикании детей дошкольного возраста: советы родителям. — М., 1964.
43. Романенко О. К. Гештальттерапия. — М., 1994.
44. Селиверстов В. И. Заикание у детей. — М., 1979.
45. Сикорский И. А. О заикании. — Киев, 1889.
46. Станиславский К. С. Об искусстве театра: сб. работ. — М., 1982.
47. Тартаковский И. И. Психология заикания и коллективная психотерапия. — М., 1934.
48. Тяпугин Н. П. Заикание. — М., 1949.
49. Флоренская Ю. А. Клиника и терапия нарушений речи. — М., 1949.
50. Фрешельс Э. Расстройства речи и голоса (косноязычие, заикание и т.д.) // Психогигиенические исследования: пер. с нем. — М., 1930. Т.2. Вып.1.
51. Хватцев М. Е. Заикание — недуг устранимый. — Л., 1972.
52. Шевцова Е. Е. Артикуляционный массаж при заикании. Методические рекомендации. — М.: Институт общегуманитарных исследований (изд. В. Секачев), 2002.
53. Шевцова Е. Е., Воробьева Е. В. От первого слова до первого класса. Книга для родителей. — М.: Институт общегуманитарных исследований (изд. В. Секачев), 2002.
54. Шкловский В. М. Заикание. — М., 1994.
55. Шкловский В. М., Кроль Л. М., Михайлова Е. Л. Методы групповой психотерапевтической работы с больными, страдающими заиканием. — М., 1985.
56. Bloodstein O. Communication attitudes of school — age stutters // J. of fluency disorders. 1993/

57. Finn P. Adults recovered from stuttering without formal treatment // J. of speech, language and hearing research. 1997. 40.
58. Fox Peter T. et al. A PET study of the neural systems of stuttering // Nature (Gr. Brit.) 1996. 382. N 6587.
59. Froeschless E. Stuttering and Psychotherapy // Folia phoniatr. 1953.3.1.
60. Gustman A. Das Stottern Rine Monographie fur Aerste Padagogen und Re-horden. — Frankfurt, 1898.
61. Ingham R., Cordes A. Identifing the Authoritative Judgement of Stuttering: Comparisons of Sell-Judgements and Observer Judgements // Y. of speech, language and hearing research. 1997. 40.
62. Johnson W., Knott J. A systematic approach to the psychology of stuttering in children and adults, Johnson W. (ed.) // Univ. of Minnesota Press. — Minneapolis, 1955.
63. Lee B. S. // J. Speech Hearing Dis. 1951. V.16.
64. Martin R., Haroldson S. Stuttering identification: standard definition and moment of stuttering // JSHR. 1981. V. 24. N 1.
65. Preus A. Cluttering upgraded // J. of fluency disorders. 1996. 21 (3/4).
66. Prins D., Vain V., Wampler S. Lexicalization in adults who stutter // J. of speech and hearing research. 1997. V. 40.
67. Van Riper C Stuttering // J. of fluency disorders. 1992. V. 17(1-2).
68. Vanryckeghem M., Brutten G. J. The speech-associated attitude of children who do and do not stutter and the differential effect of age // American J. of speech language pathology. 1997. V. 6.
69. Webster R. L. Evolution of a targetbased Behavioral therapy for stuttering // J. Fluency Dis. 1980. V. 5.
70. Williams D. J. Speech. Dis. 1957. V. 22.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Тексты для чтения и пересказа

Барабек

(как нужно дразнить обжору)

Робин Бобин Барабек/

Скушал сорок человек,/

И корову, и быка,/

И кривого мясника,/

И телегу, и дугу,/

И метлу, и кочергу,/

Скушал церковь,/ скушал дом,/

И кузницу с кузнецом,/
 А потом / и говорит:/
 «У меня живот болит!»//

Дженни

Дженни туфлю потеряла,/
 Долго плакала,/ искала./
 Мельник туфельку нашел/
 И на мельнице смолол./

В гостях у королевы

Где ты была сегодня,/ киска?//
 У королевы/ у английской.//
 Что ты видала при дворе?//
 Видала мышку на ковре./

Три мудреца

Три мудреца/ в одном тазу/
 Пустились по морю в грозу.//
 Будь попрочнее / Старый таз,/
 Длиннее Был бы мой рассказ.//

Честное слово

Даю вам/ честное слово:/
 Вчера/ в половине шестого/
 Я видел двух свинок/ Без шляп и ботинок./
 Даю вам/ честное слово!//

Королевский поход

По склону вверх/ король повел/
 Полки своих стрелков.//
 По склону вниз/ король сошел,/
 Но только без полков.//

Сказка о старушке

Старушка пошла/ продавать молоко,/
 Деревня от рынка/ была далеко.//
 Устала старушка/ и, кончив дела,/
 У самой дороги/ вздремнуть прилегла.//

К старушке/ веселый щенок подошел,/
 За юбку схватил/ и порвал ей подол.//
 Погода была/ в это время свежа.//
 Старушка проснулась,/ от стужи дрожа.//
 Проснулась старушка/ и стала искать/
 Домашние туфли,/ свечу и кровать.//
 Но, порванной юбки/ ощупав края,
 Сказала:/ «Ах, батюшки,/ это не я!//
 Пойду-ка домой./ Если я — это я,
 Меня не укусит/ собака моя.//
 Она меня встретит,/ визжа, у ворот,/
 А если не я/ — на куски разорвет».//
 В окно постучала/ старушка чуть свет.//
 Залаяла громко/ собака в ответ.//
 Старушка присела,/ сама не своя.//
 И тихо сказала:/ «Ну,/ значит, — не я».//

Скрюченная песенка

Жил на свете человек,/
 Скрюченные ножки,/
 И гулял он/ целый век/
 По скрюченной дорожке.//
 А за скрюченной рекой/
 В скрюченном домишке/
 Жили летом и зимой/
 Скрюченные мышки.//
 И стояли у ворот/
 Скрюченные елки,/
 Там гуляли без забот/
 Скрюченные волки.//
 И была у них/ одна/
 Скрюченная кошка,//
 И мяукала она,/
 Сидя у окошка.//
 А за скрюченным мостом/
 Скрюченная баба/

По болоту/ босиком/
 Прыгала,/ как жаба.//
 И была в руке у ней/
 Скрюченная палка,/
 И летела вслед за ней/
 Скрюченная галка.//

Ворон к ворону летит
Шотландская народная баллада

Ворон/ к ворону летит,/
 Ворон ворону кричит:/
 «Ворон, где б нам отобедать?/
 Как бы нам/ о том проведать?»//
 Ворон ворону/ в ответ:/
 «Знаю,/ будет нам обед;//
 В чистом поле/ под ракитой/
 Богатырь/ лежит убитый.//
 Кем убит/ и отчего,/
 Знает сокол лишь/ его,/
 Да кобылка вороная,/
 Да хозяйка молодая»//
 Сокол в рощу улетел,/
 На кобылку/ недруг сел,/
 А хозяйка ждет милого,/
 Не убитого,/ живого.//

Черный ворон
Русская народная баллада

Под зеленою ракитой/
 Русский раненый лежал,/
 А над ним/ и полем битвы/
 Черный ворон пролетал.//
 «Черный ворон!/ Что ты вьешься/
 Над моею головой?//
 Ты/ добычи не добьешься:/
 Я солдат еще/ живой!//

Ты слетай к родному краю,/
 К милой матушке моей,/
 Расскажи,/ как умираю/
 Среди русских я полей.//
 Поклонись отцу/ от сына,/
 Пусть простит,/ коль виноват,/
 Но в суровую годину/
 Бился накрепко/ солдат.//
 Возврати/мое ты слово/
 Милой Любе дорогой;/
 Жизнь/ пусть начинает снова:/
 Я женился на другой.//
 Калена стрела венчала/
 Нас средь битвы роковой./
 Смерть/моей женою стала.../
 Черный ворон!/Весь я твой».//

А. Чехов

Дом с мезонином

Обреченный судьбой/ на постоянную праздность,/ я не делал/ решительно
 ничего.// По целым часам/ я смотрел в свои окна/ на небо,/ на птиц,/ на
 аллеи,/ читал все,/ что привозили мне с почты,/ спал.// Иногда / я уходил из
 дому/ и до позднего вечера/ бродил где-нибудь.// Однажды,/ возвращаясь
 домой,/ я нечаянно/ забрел в какую-то/ незнакомую усадьбу./ Солнце уже
 пряталось/ и на цветущей ржи/ растянулись вечерние тени./ Два ряда/ старых,
 тесно посаженных,/ очень высоких елей/ стояли, как две/ сплошные стены,/
 образуя мрачную красивую аллею.//

И. Тургенев

Бежин луг

Я пошел вправо,/ через кусты.// Между тем/ ночь приближалась/ и росла,
 как/ грозовая туча:// казалось,/ вместе с вечерними парами/ отовсюду
 поднималась/ и даже с вышины лилась/ темнота.// Мне попалась/ какая-то/
 неторная, заросшая дорожка;// я отправился по ней,/ внимательно
 поглядывая/ вперед.//

К. Паустовский

Мещерская сторона

Можно еще много/ написать о Мещерском крае.// Можно написать,/ что
 этот край/ очень богат лесами/ и торфом,/ сеном и картофелем,/ молоком и
 ягодами.// Но я нарочно/ не пишу об этом.// Неужели мы должны/ любить/

свою землю/ только за то,/ что она богата,/ что она дает обильные урожаи/ и природные ее силы/ можно использовать/ для нашего благосостояния!//

Не только за это/ мы любим родные места.// Мы любим их/ еще за то, что, даже небогатые,/ они для нас прекрасны.//

Я люблю/ Мещерский край/ за то, что он прекрасен,// хотя вся прелесть его/ раскрывается не сразу,/ а очень медленно,/ постепенно.//

На первый взгляд/ — это тихая/ и немудреная земля/ под неярким небом./ Но чем больше/ узнаешь ее,/ тем все больше,/ почти до боли в сердце,/ начинаешь любить/ эту обыкновенную землю./ И если придется/ защищать свою страну,/ то где-то/ в глубине сердца/ я буду знать, что я защищаю/ и этот клочок земли,/ научивший меня/ видеть и понимать прекрасное,/ как бы невзрачно на вид/ оно ни было,/ — этот лесной задумчивый край,/ любовь к которому/ не забудется,/ как никогда/ не забывается первая любовь.//

И. Неверов

Золотая осень

Среди мелкорослых сосенок/ на моховых кочках/ созревает последняя/ ягода сентября — клюква./ Берешь ягодку/ и тянется тонкая нитка/ с листочками, как у мирта.//

Запоздавший тетеревок/ ткнется и исчезнет/ в бронзовом кусте багульника.// В солнечные дни/ задумчив осенний/ подмосковный пейзаж.// Изумруды озимых зеленей.// Желто-серые ковры блеклых косогоров.// Багряные перелески.// Серебряные извивы реки/ в посветлевших долинах.//

Величава русская/ золотистая осень,/ никогда не бывает она ни грустной,/ ни скучной.//

Лето отступает.// Убывают светлые дни.// Дыхание Арктики укрощает солнце,/ путь его ниже/ и короче.//

Все ярче разгораются бездымные костры листопада.// Червонной позолотой/ горят вершины деревьев.// Лес пожелтел.//

А. Жуков

Вечер в лесу

Завечерело./ Где то-то там/ далеко/ за вершины деревьев/ закатилось гаснущее солнце.// А лучи еще горят/ на луковых стволах сосен.// Еще краше темный бор,/ позолоченная сосновая колоннада.// В игольчатый бархат одеты смуглянки — зеленые елки.// Как на параде/ стоит гордо стройное дерево.//

В отсветах вечерней зари/ видна полоска далекого леса.// Зубчатый часток еловой гряды вонзился/ в небесную высь.// Сгустились сумерки.// Ясная зорька бледнеет.// Все быстро ступшевывается/ во мраке ночи.//

А вот выглянул месяц/ и мягким светом/ загоняет потемки/ в теснину лесной чащи.// Пелена волнистого снега/ на ясной поляне.// Ни сучка,/ ни соринки,/ ни былинки/ — все убрано.//

А. Барк

Удивительные грибы

Не гриб,/ а качан капуста!./ Не коситесь/ на такое «чудо природы»./ Это съедобный курчавый дрягель/ весом до трех килограммов./ Пахнет орехами./ В ботанике/ это называется «грибное счастье»./

Можно встретить/ и другой редкий гриб/ — аттракцион./ Желто-розово-красные кораллы/ и петушиные гребешки/ рогатиков — булавиц./ Не надо пренебрегать/ этими оригинальными грибами/ без шляпок./ Они съедобны,/ ароматны и нежного вкуса./

Попадают в тех же местах,/ где растут опенки,/ грибы со светлосерыми шляпками./ Сотни на одном корню./ По-народному — гриб «баран»./ Съедобен он./

Проходу нет/ в лесу от грибов-незнакомцев./ Фарфоровая мостовая/ шляпок под ногами,/ а сборщики идут/ и не замечают/ своего грибного счастья./

М. Усов

Мартовское утро

...Когда/ абрикосовое дерево расцвело,/ оно стало/удивительно нарядным./ Все его веточки,/ унизанные розово-белыми цветками,/ выглядели невесомыми,/ воздушными./ Подуй ветер/ — и не станет нарядного дерева:/ сорвет и унесет он/ его весенний наряд/ за тридевять земель,/ как срывает и уносит/ белые шары одуванчиков./

Вскоре цветы дали завязь./ Это были маленькие абрикосинки,/ на вкус горьковато-кислые./ Завязь облепила все веточки,/ отчего отяжелело дерево./

Зеленые абрикосы/ с утра до вечера глядели на солнце/ и сами становились похожими/ на маленькие кусочки солнца./ Среди зелени/ золотом отсвечивали/ бесчисленные плоды./

Тогда все жильцы,/ от мала до велика,/ вышли на сбор абрикосов./

А. Каминская

Дыхание поздней осени

«Дохнул ноябрь/ осенним хладом...//» Холодный ветер,/ студеные дни,/ хоть и без снега./ По народному календарю ноябрь/ — месяц ветров,/ месяц сева/ лесных семян./

Распуганные шорохом листвы/ трусливые беляки.../ снова вернулись в лесные чащи./

Идешь/ и пристально всматриваешься/ в подернутое туманом редколесье./ Ни шороха,/ ни звука./ Не трепещет на ветру/ мятущаяся листва./

Отзвучала на пролете/ птичья симфония осени./ Сгорели и погасли/ холодные костры/ желто-пламенных берез./

Померкли краски листопада./

Отзвенел/ покинутый певчими птицами,/ раздетый ветром лес./ Он утих/ под сизым пологом тумана./

Невозмутим дремучий бор.// Кострелью/ ошетижилась навстречу ветру/
хвойная скала сосны.// Само предзимье/ как бы остановилось/ в глубине
еловых чащ.// Последний покой умолкнувшей природы/ перед мятежным
натиском/ ветра-снеговья.//

М. Барашнов

Осенняя радуга

Солнечной лаской/ баловало безоблачно-ясное лето.// Вот и осень/
мирволит природе.// Нагретая земля теплится,/ и серебряный иней не смеет/
приземлиться на траву,// солнце и дожди/ вместо инея и мороза.//

Идешь теперь по лесу/ и дивишься.// На каждом шагу/ цветам не уступает
по яркости окраски/ листва трав.// Бронзовый багульник,/ пунцовый
земляничник,/ ярко-красный черничник,/ фиолетовая голубика,/ пурпуровая
толокнянка.// Зардел даже/ стебель зверобоя,/ и узкие ивовые листья иван-
чая/ красным-красны.// Истлевает,/ меркнет лесная пестрота красок,/ но
мухоморы, кажется,/ еще ярче краснеют/ среди блеклой травы.//

Задумчивы/ мгlistые дали/ тихих осинников.// Голубеют/ ясные стволы
березок,/ высветляя перелески.// Только/ зеленые пирамиды бархатных елок/
оживляют леса в эту пору.// Скомкалась, свалилась вянущая трава,/ накрытая
ковром/ опавшей листвы.//

Д. Зув

Красота зимы

А кругом-то/ какая красота!// Глаза тешит блестящая ясность/ солнечного
дня,/ хвойный бархат зелени/ и сияющая синева/ безоблачного неба!//
Величаво/ возвышается на холмах/ старый бор.// Пышнее/ и ярче, чем летом,
кажется бархатная зелень.// Как ласкает глаз она/ среди монотонной,
однообразной белизны снегов.// Чист и строг/ четкий рисунок/ устремленных
ввысь/ пирамидальных елей.//

Покрытые снежными кружевами/ деревья/ оцепенели в зимнем сне.// Тайна
жизни растения/ замкнута под корой.// Секрет вечной зелени листа/ таится/
под недостижимым для холода/ колпачком почки.// В былинках/ сохраняют
всхожесть/ и семена трав/ даже/ в сверхсильные морозы.// Хорош лес в
зимнем уборе!// Зима/ облепила хвойные деревья.// В лесу лежат/ пышные
сугробы.// Удивительно правильной формы/ игlistые/ чистые кристаллики.//
Пышно лепятся/ и не давят одна другую/ сухие пушинки.// Алмазными
искрами/ блестят снежинки/ на вздутой пелене/ пухлого сугроба.// Сыплется
и сыплется/ звездная пороша.//

А. Тумбасов

В дорогу

Солнечным/ августовским утром/ городские ласточки/ собрались на
высоких крышах.// Птицы облепили антенны/ и расселись на проводах,
шумно сговариваясь/ к отлету.//

Ласточки перепархивали,/ а иные/ под общий гам/ летали по кругу/ и усаживались, вытесняя других:/ «А ну-ка, дескать,/ покажись,/ какова ты на крыле!»// И те/ описывали круг,/ другой...//

Сборы в дорогу/ — это, конечно,/ праздник/ и большие хлопоты.//

Мало-помалу/ птицы уgomонились.// Лишь две-три ласточки/ еще летали,/ но, наконец,/ и они нашли себе место.// Ласточки умолкли.// Так/ бывает у людей:/ соберутся в дорогу,/ присядут/ и помолчат...//

И вот/ вся стая снялась!// Ласточки/ с громким щебетом разделились/ на две группы,/ разлетелись в разные стороны,/ снова сомкнулись/ — и шумной стаей/ полетели на юг.//

Д. Зув

Музыка зимы

На лапнике/ причудливые фигурки.// А на коньке ели/ настоящая/ живая игрушка/ — красноперый клест!//

Наряден дремучий бор/ в обнове снегопада.// Нежный налет пороши/ гасит яркость зелени/ на соснах и елях.// Куда ни глянь,/ все сверкает,/ все искрится.../ И откуда-то/ из сплетения бахромчато-ажурных ветвей/ льется задумчиво-тихая/ музыка зимы.// Это/ мечтательно вздыхают поутуру/

Белые бараны били в барабаны.

Белый снег, белый мел.

Белый сахар тоже бел.

А вот белка не бела.

Белой белка не была.

Хлеб ржаной, батоны, булки

Не добудешь на прогулке.

Баран — буян залез в бурьян.

Бублик, баранку, батон и буханку

Пекарь из теста испек спозаранку.

Забавной обезьяне бросили бананы,

Бросили бананы забавной обезьяне.

Купила бабуса бусы Марусе.

Бабкин боб расцвел в дождь,

Будет бабке боб в борщ.

У Бори винт, у Вити бинт.

Купили Валерику и Вареньке Варезки и валенки.

Съел Валерик вареник,

А Валюшка — ватрушку.

Как на горке на пригорке

Стоят тридцать три Егорки.
Летела гагара над амбаром,
А в амбаре сидела другая гагара.
Еле-еле Лена ела,
Есть из лени не хотела.
Слишком много ножек у сороконожек.
Клала Клава лук на полку,
Кликнула к себе Николку.
Клубок упал на пол.
Кот катал клубок.
Котик ниток клубок укатил в уголок,
Укатил в уголок котик ниток клубок,
Один Клим клин колотил, колотил и выколотил.
На рынке Кирилл крынку и кружку купил.
Коля колет колья.
Купи кипу пик,
Кипу пик купи,
Пик кипу купи.
Кошка Крошка на окошке кашку кушала на крошке.
Кровельщик Кирилл криво крышу крыл.
Перекрыть крышу пригласили Гришу.
Ишак в кишлак дрова возил,
Ишак дрова в траву свалил.
У Ивана рубашка,
У рубашки кармашки.
Иней лег на ветки ели,
Иглы на ночь побелели.
Испекла Иришка куклам по коврижке,
Нравятся коврижки Гришке и Маришке.
Играл Егорка с Игорьком,
Скатился с горки кувырком.
Огорченная сорока
Возвращается с урока.
Весь урок болтала с сойкой.
И домой вернулась с двойкой.
Козел, мукомол, кому муку молот?

А кому не молол?
От того, кому молол, получал пироги,
От того, кому не молол, получал тумак.
Михейка на скамейке плетет лапти Андрейке.
Не годятся лапти Андрейке на ножки,
А годятся лапти на лапки кошке.
Звала по малину Марина Галину,
Галина Марину звала по калину.
Кот молоко лакал,
А Боря булку в молоко макал.
Петя пилил пилой пень.
За гиппопотамом по пятам топают гиппопотамы.
Пара птиц порхала, порхала — да не выпорхнула.
Повтори без запинки:
На осинке росинки,
Засверкали утром перламутром.
Стоит Петр на копне в попоне и колпаке.
А в попоне у Петра гороха полколпака.
Перепел перепелочку и перепелят
В перелеске прятал от ребят.
Летят три пичужки через три пустых избушки.
Поле-то не полотно, поле-то не полито,
Просит полюшко попить — нужно полюшко полить.
Петр Петру пек пироги.
Поля пошла полоть петрушку в поле.
Наш Полкан попал в капкан.
Курочка-ряба пестра, с носа востра,
Уточка-белогрудочка с носа плоска.
Променяла Прасковья карася
На три пары полосатых поросят,
Пробежали поросята по росе,
Простудились поросята, да не все.
Пилил Филипп полено из лип,
Притупил пилу Филипп.
Рыбы в проруби — пруд пруди.
У Аграфены и Арины растут георгины.

Съел молодец тридцать три пирога с пирогом,
И все со сметаной и с творогом.
Отвори, Варвара, ворота,
У двора на траве коли дрова.
Рубили древорубы сыры дубы на сруб.
Дал Макар роману карамель,
А Роман Макару карандаш.
Не будь тороплив, а будь терпелив.
Тридцать три вагона в ряд тараторят, тарахтят.
С виду бабушка Улита
И сурова и сердита.
Вы зайдите в гости к ней,
Да отведайте сластей.
Летел на болото носатый угод.
Глядел на удода усатый Федот.
Покуда не сел на болото угод,
Стоял и глядел на удода Федот.
Наш Филат не бывает виноват.
Филипп к печке прилип.
Михаил играл в футбол,
Он забил в ворота гол.
В поле полет Фрося просо,
Сорняки выносит Фрося.
У Фани — фуфайка,
у Феди — туфли.
Флот плывет к родной земле,
Флаг на каждом корабле.
В огороде Фекла ахала и охала,
Уродилась свекла не на грядке — около.
Жалко Фекле свеклу, жалко свеклу Фекле,
Жаловалась Фекла: — Заблудилась свекла.
Вкусная халва — мастеру хвала.
Был в саду переполох —
Там расцвел чертополох.
Чтобы сад твой не заглох,
Прополи чертополох.

Кричал Архип, Архип охрип.
Не надо Архипу кричать до хрипу.
Прохор и Пахом ехали верхом.
Муха-горюха села на ухо.
Бегают две курицы прямо на улице.
В цветнике цветут цветы.
Летит скворец — зиме конец.