

Особенности нервно-психических, речевых и моторных проявлений у детей и подростков с заиканием в связи с клиническим патоморфозом

На протяжении многовековой истории изучения и лечения заикания до сих пор многие исследователи высказывают самые различные точки зрения по поводу сущности этой речевой патологии, ее этиопатогенетической основы, методов и приемов лечения заикающихся детей и взрослых. Практика показывает, что даже в условиях одного логопедического кабинета, где бы он ни функционировал – в медицинском учреждении или, тем более, в системе просвещения, – нередко логопеды имеют смутное представление о заикании как болезни, а врачи в силу определенных недостатков программ медицинских вузов и факультетов имеют нечеткие знания о данной речевой патологии и методах ее устранения.

Throughout the long history of the study and treatment of stuttering so far, many researchers have expressed different points of view about the essence of this speech pathology, its etiopathogenic bases, methods and techniques of treatment of stuttering children and adults. Practice shows that even in one speech therapy clinic, wherever he functioned in a medical facility or, especially, in the system of education, " speech therapists often have a vague idea about stuttering as a disease, and doctors due to certain shortcomings of programs of medical schools and faculties have a fuzzy knowledge about this speech pathology and how to resolve.

Ключевые слова: заикание, дети, подростки, речевые затруднения, коррекция, нарушение речи.

Key words: stuttering, children, adolescents, speech difficulties, correction, speech disorder.

Заикание – широко распространенное нарушение речи. Им страдает около 2% населения нашей страны и 3–4% – Европы. Лица, страдающие заиканием, как правило, испытывают серьезные затруднения при получении образования (нередко вынуждены отказываться от выбора той или иной профессии), при выполнении производственных обязанностей, в личной жизни. Постоянные речевые затруднения травмируют больных, вызывают различные невротические реакции, являются причиной развития различных комплексов неполноценности. Поэтому, несмотря на большое количество исследований указанной речевой патологии, дальнейшее изучение заикания, поиск новых коррекционных и лечебных воз-

действий, не утратил актуальности как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Многие спорные вопросы, нерешенные и в настоящее время, являются наследием разных школ и направлений, нередко по своим теоретическим и терапевтическим воззрениям стоявших на совершенно различной методологической и научной (либо псевдонаучной) платформе.

Даже в наше время некоторые исследователи и специалисты–практики не могут прийти к единому выводу по поводу того, является ли заикание болезнью или только недостатком речи, нужно ли его «лечить» или «устранять», где целесообразнее лечить заикающихся – в медицинском учреждении или в логопедических кабинетах системы просвещения.

Большинство исследователей и практиков, работающих в области заикания, все же высказывают мнение о необходимости комплексного изучения и лечения этого нарушения речи. Однако в ряде работ авторов-педагогов (Богомолова А. И., 1977; Вессарт О. В., Драбик Н. А., 1982 и др.) комплексный метод лечения заикания, по сути дела, только декларируется, а фактически предлагаются те или иные приемы дидактического характера, хотя почти везде упоминается о необходимости участия в реабилитационном процессе наряду с логопедами врачей–психотерапевтов, невропатологов, физиотерапевтов, медицинских психологов.

С другой стороны, в работах, авторами которых являются врачи (в основном психиатры и психотерапевты), в качестве ведущего метода лечения заикания выдвигаются различные психотерапевтические приемы (Дубровский К.М., 1966; Любинская С.М., 1970), а ссылки на логопедическое закрепление достигнутых результатов также в определенной мере являются формальными.

Такое положение, которое все же у нас постепенно преодолевается усилиями отдельных коллективов научных и лечебных учреждений (Шкловский В. М., 1994; Кузьмин Ю. И., 1995 и др.), на протяжении многих лет не могло не тормозить развитие учения о заикании и мало способствовало улучшению методов и результатов лечебно–реабилитационной работы с больными. Видимо, поэтому до сих пор отсутствует достаточно полное определение заикания, удовлетворяющее всем этиопатогенетическим особенностям этой патологии речи, а существующие определения выдвигают на первый план те или иные этиологические факторы и клинические проявления, которые зачастую освещают только отдельные стороны интересующей нас проблемы и соответствующим образом определяют направления коррекционно–лечебной работы с больными.

Э. Фрешельс, полагая, что «так называемое заикачние есть осознание неправильности речи и наслоение многочисленных вспомогательных средств, происходящих частично из центра», предлагает заменить

существующий термин «заикание» другим названием – «ассоциативная афазия» и тем самым ошибочно связывает все случаи заикания с тяжелой речевой патологией органического генеза – афазией (Фрешельс Э.).

Отдельные исследователи определяют заикание как невроз и тем самым обосновывают необходимость всестороннего лечебного воздействия на речь и организм, в частности, на нервную систему больного. «Ученые заикание понимают как невроз, при котором нарушается не только функция речи, но и деятельность всего организма, как единого целого», – указывает Н.П. Тяпугин. Это в основном правильное положение также не до конца объясняет все особенности проявления данной речевой патологии (Тяпугин Н.П.).

Говоря о наличии у заикающихся невротических проявлений, ряд исследователей отмечают у многих больных выраженные в той или иной мере органические симптомы поражения центральной нервной системы (Кочергина В. С., 1958, 1963; Крышова Н. А., 1969; Беккер К.–П., Совак М., 1981; Шкловский В. М., 1994). Такая оценка этиопатогенетической основы заикания во многом раскрывает сущность проблемы, точнее, нацеливает специалистов на комплексное изучение этого нарушения речи.

Вместе с тем широкое распространение получает определение заикания как расстройства речи с преимущественным нарушением ее коммуникативной функции (Левина Р.Е., 1966). Очевидно, что это определение, правильно трактуя нарушение одной из функций экспрессивной речи, не выражает полностью всего многообразия и сложности данного заболевания и является основополагающим для разработки и применения педагогических методик устранения заикания. Таким образом, определяются сферы влияния логопеда и врача. Логопед с помощью тех или иных упражнений «устраняет» заикание, врач – лечит, т. е. возникает искусственная граница между усилиями специалистов, которые должны осуществляться совместно с полным и всесторонним пониманием объекта этих усилий. Тем самым фактически воздвигаются препятствия на пути комплексного изучения и лечения этого нарушения речи.

Основываясь на многолетних наблюдениях и не претендуя на исчерпывающее определение сущности данной речевой патологии, мы полагаем, что заикание – это состояние речи, обладающее отрицательной, а в некоторых случаях и положительной динамикой, при котором наблюдаются в периферическом речевом аппарате больного судороги различной тяжести, продолжительности и частоты, возникающие в большинстве случаев вследствие невротических, неврозоподобных либо органических заболеваний нервной системы и, в свою очередь, вызывающие у значительной группы больных вторичные реактивные наслоения. Эти наслоения могут обуславливать определенные личностные изменения и приводить к нарушениям, в той или иной мере, системы общения больного с окружающими людьми (Миссуловин Л. Я., 1988,

1997). При этом, по данным литературы (Шкловский В. М., 1966, 1975, 1979, 1994; Асатиани Н. А., 1983 и др.) и по нашим наблюдениям, нет прямой зависимости между выраженностью вторичных невротических наслоений и степенью тяжести судорожного речевого синдрома. Нарушения общей и речевой моторики, отмеченные у заикающихся многими исследователями, видимо, также можно рассматривать как следствие тех или иных заболеваний нервной системы или их остаточных явлений.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что заикание – это полиморфное болезненное состояние, при котором судорожное нарушение речи является только внешним симптомом. Поэтому человека, страдающего заиканием, следует рассматривать как больного, нуждающегося в большинстве случаев в комплексном лечебном воздействии. Ведущая роль в этом комплексе должна принадлежать логопедической работе, заключающей в себе целенаправленные приемы рациональной психотерапии. Последние желательнее сосредоточить в руках одного специалиста, а суггестивная терапия, проводимая врачом психотерапевтом, должна, в свою очередь, полностью учитывать задачи, особенности и этапы логопедической работы.

Вышесказанное свидетельствует о необходимости исследования патоморфоза заикания в современных условиях.

Заикание – это не только недостаток речи, а сложный в этиопатогенетическом и клиническом отношении болезненный процесс, развивающийся в большинстве случаев в раннем детстве и претерпевающий в силу многих причин (о них речь пойдет ниже) различные изменения на протяжении долгих лет, а иногда и всей жизни больного. Поэтому в терапевтических и прогностических целях необходимо сосредоточить внимание на патоморфозе заикания и его причинах. Правоммерно использовать также имеющиеся в медицинской литературе данные о патоморфозе нервно–психических заболеваний, так как эти заболевания в подавляющем большинстве случаев являются патологической основой, фундаментом, на котором возникает и развивается заикание.

Впервые понятие «патоморфоз» введено в литературу W. Hellpach. Автор определяет патоморфоз как стойкое и существенное изменение картины определенной болезни, т. е. ее внешних проявлений и лежащих в их основе патологических процессов, произошедших под влиянием различных факторов среды (Hellpach W., 1950).

В. В. Серов указывает, что патоморфоз можно рассматривать как в широком смысле слова – «панорама болезней», так и в узком – определенное заболевание. Поэтому он предлагает подразделять патоморфоз на понятия «общий нозоморфоз» и «частный нозоморфоз» (Серов В.В., 1979).

Если говорить о патоморфозе заикания, учитывая указанную дифференциацию В.В. Серова, можно отнести изменения речевых нарушений у заикающихся к «частному нозоморфозу», а изменения нервно–

психического фона речевых нарушений, наблюдаемые в последнее десятилетие, к «общему нозоморфозу», так как этот фон и является «широкой панорамой» невротических, пограничных и в отдельных случаях психических заболеваний.

Как будет показано ниже, общий и частный нозоморфоз заикания взаимосвязаны, т. е. изменения в картине речевых нарушений зависят от нарушений, наступивших в их нервно-психическом фоне, и, в свою очередь, оказывают влияние на течение нервно-психических заболеваний, в частности, вторичных логоневротических наслоений у больных с указанным нарушением речи.

Это положение можно отнести и к искусственному (терапевтическому) патоморфозу, который также будет проанализирован в связи с обсуждением результатов лечения заикания (Doerr W., 1956).

Исследование этиологических факторов, симптоматики, специфики лечения, прогноза, результатов терапии заикания и некоторых других вопросов, связанных с данной речевой патологией, в плане их патоморфоза, выявленного в последние два десятилетия, обусловлено тем, что они для большей части населения бывшего СССР явились наиболее тяжелыми и напряженными за более чем полувековой период, прошедший со времен Великой Отечественной войны.

Упразднение коммунистической идеологии, курс на капитализацию страны, экономический кризис и обнищание широких масс населения, локальные войны и жертвы, связанные с ними, проблемы беженцев и безработицы, резкое ухудшение криминогенной обстановки — все это не могло не отразиться на здоровье людей и, прежде всего, явилось этиопатогенетической основой утяжеления нервно-психической симптоматики больных неврозами и другими пограничными состояниями.

T. Gnat, K. Godorowski делают на большом статистическом материале вывод о том, что заболеваемость неврозами особенно возрастает в странах с быстро меняющейся общественно-экономической структурой (неуверенность в завтрашнем дне, борьба за быт, выживаемость, потеря работы, случаи прямого насилия над человеком, т. е. новые по своему содержанию психотравмы и психотравмирующие ситуации) (Gnat T., Godorowski K., 1962).

Указанные явления наложили определенный отпечаток и на заикание — такую речевую патологию, которая тесно взаимосвязана с нервно-психическими заболеваниями и приведенными выше причинами их утяжеления.

Исследование изменений моторной, речевой и нервно-психической симптоматики заикания проводилось в сравнительном плане на материале, собранном в 1980-е и 1990-е годы.

Практически не изменившийся за этот период в Городском логотерапевтическом центре Санкт-Петербурга подход к пониманию сущности

заикания позволяет говорить о возможности выявления истинного патоморфоза данной речевой патологии (Хохлов Л. К., 1986) .

В настоящей статье исследуется симптоматика заикания в связи с ее патоморфозом. Рассматриваются следующие основные аспекты изменения картины указанной патологии речи: этиологические факторы и клинические проявления, включающие в себя анализ нервно-психических, психологических, моторных, возрастных и ситуационных особенностей данного контингента больных.

В данную группу заикающихся у больных с невропатией вошли только дети, большинство из которых являются дошкольниками и младшими школьниками. Такой возрастной состав можно объяснить тем, что проявления невропатии или «врожденной детской нервности» – повышенная возбудимость, боязливость, плаксивость, вегетативные нарушения, нарушения сна, снижение аппетита и др. – у детей, страдающих заиканием, выступают на первый план, а у заикающихся подростков и взрослых указанная симптоматика, не исчезая, во многих случаях является фоном, на котором при неблагоприятных условиях формируются неврозы (Ковалев В.В., 1979). В речевом отношении для этой группы больных характерно преобладание тяжелой степени заикания. Речь, как правило, значительно ухудшается при общении с посторонними людьми и при изменении привычных условий жизни. Но у некоторых детей дошкольного возраста, со слов родителей, заикание нередко возникает и во время игры наедине с собой, когда ребенок, сильно увлекаясь, начинает вслух разговаривать с мнимым собеседником. Общим для таких больных является значительное ухудшение речи в состоянии астенизации нервной системы, вызванной соматическими заболеваниями, нарушениями режима питания, сна и т. п. Речевые затруднения у заикающихся детей данной группы в указанных ситуациях, как правило, сопровождаются вегетативными реакциями, при значительном ухудшении речи у ряда больных возникают выраженные сопутствующие движения. В спокойной обстановке речь улучшается, снижается уровень проявлений вегетативных реакций.

Наибольшее количество заикающихся с неврастенией и у больных, акцентуированных по астеноневротическому типу составили взрослые пациенты (20), на втором месте – подростки (15), среди детей до 14 лет мы выявили только 4 человек, страдающих этой формой невроза, причем все четверо приближались к пубертатному возрасту. Наибольшее количество больных, акцентуированных по астеноневротическому типу, приходится на подростковый возраст (13), на втором месте – взрослые (10). Среди детей эта категория заикающихся отсутствует, так как акцентуации личности – это крайние варианты нормы, которые сказываются в заострении отдельных характерологических черт больного, могут появиться не ранее подросткового возраста (Leonhard K., 1968). А. Е. Личко считал, что правильнее было бы говорить не об акцентуированных лич-

ностях, а об акцентуациях характера, поскольку именно особенности характера отличают эти личности от других (Личко А.Е., 1977).

Заикание у указанной категории больных возникает в детстве, на фоне соматической ослабленности и нередко у детей с резидуально-органической «почвой». Оно протекает в прямой зависимости от общеневротических проявлений и при психотравмирующих условиях (острая психотравма, психотравмирующие ситуации) может перейти в стойкое речевое нарушение, осложненное неврастенией. Как отмечает В.В. Ковалев, в этиологии неврастения у детей среднего и старшего школьного возраста основная роль принадлежит хроническим психотравмирующим ситуациям, чаще всего связанным с конфликтами в семье и в школе (Ковалев В.В., 1979). Клинические проявления неврастения (повышенная возбудимость, утомляемость, раздражительность, колебания настроения, неуверенность в своих силах, нарушения сна, невротические головные боли, неустойчивость внимания и др.), в свою очередь, еще более осложняют положение подростков в учебных заведениях и в семьях, в которых к ним нередко предъявляют завышенные требования.

Нам приходилось наблюдать старших школьников, обратившихся с жалобами на резкое ухудшение состояния речи, снижение памяти и работоспособности. При обследовании этих больных выяснилось, что речевыми эмоционально значимыми ситуациями являются те условия, которые для них были источниками психотравматизации. И вопреки сложившемуся мнению о том, что заикающимся дома говорить всегда намного легче, мы в отдельных случаях выявили почти полную невозможность речевого общения таких детей и подростков со своими родителями, применявшими к ним непомерно жесткие приемы воспитания – завышенные требования, физические наказания, постоянные нравоучения и «проработки» за совершенные, с их точки зрения, проступки, а также напоминания о речевом недостатке. Эти дети, вырастая и уже не находясь в полной зависимости от своих родителей, на протяжении многих лет отмечают в их присутствии определенную эмоциональную скованность и некоторое ухудшение речи.

Психотравма, полученная подростком в результате затянувшегося конфликта в учебном заведении и являющаяся причиной невроза и соответственно речевого срыва с фиксацией на нем внимания больного, как правило, «звучит» на протяжении всей жизни человека и может привести к ухудшению речи спустя много лет, когда практически здоровые в речевом отношении взрослые люди попадают в условия, напоминающие учебный процесс (Ковалев В. В., 1979).

Как указывают Б. Д. Карвасарский, А. М. Свядоши другие авторы, в отечественной литературе принято выделять три формы неврастения: гиперстеническую, переходную (состояние раздражительной слабости) и гипостеническую (Карвасарский Д.Б., 1980; Свядош А.М., 1982).

Для заикающихся, страдающих гиперстенической формой неврастении, которая выражается в повышенной раздражительности, возбудимости, суетливости, несдержанности, повышенной чувствительности к незначительным раздражителям и изменениям окружающих условий, слезливости и т.п., характерны и определенные особенности симптоматики их речевого нарушения.

У подавляющего большинства больных этой группы заикание протекает на фоне значительно ускоренного темпа речи и общих движений. В состоянии возбуждения их речь резко ухудшается, становится неряшливой, нередко – плохо разборчивой, изобилует персеверациями отдельных звуков и звукосочетаний. Они обычно говорят громким, напряженным, плохо модулированным голосом. В связи с сокращениями пауз между фразами или смысловыми частями фраз у них часто наблюдаются нарушения речевого дыхания (речь захлеб). После вынужденной паузы, вызванной «потерей мысли», что является характерным для больных неврастением, продолжение речи еще более затруднено, нередко сопровождается сопутствующими движениями и выраженными вегетативными реакциями. Аналогичная картина наблюдается и в тех случаях, когда больных что-либо возмущает, выводит из себя или когда им приходится какое-то время чего-нибудь с нетерпением ожидать.

При форме раздражительной слабости повышенная нервная и речевая возбудимость легко переходят в состояние вялости и апатии, что в речи заикающихся выражается некоторым замедлением темпа, снижением силы голоса, вялостью артикуляции, тяжелыми судорогами, преимущественно тонического характера в начале речевого акта. Некоторые больные отмечают, что им в таком состоянии говорить трудно и просто не хочется. У больных с нарушениями сна вялость, чувство усталости и разбитости в утренние часы в речи проявляются аналогичным образом.

В психологическом отношении у заикающихся подростков и взрослых, у которых речевое нарушение протекало на фоне неврастении, мы не наблюдали, как правило, стойкой системы логофобий, за исключением тех случаев, когда психотравмирующие ситуации имели непосредственное отношение к их речи. В подавляющем же большинстве случаев в сознании больного доминирующую роль играли переживания, связанные с содержанием психотравмы, вызвавшей развитие неврастении, и, таким образом, его внимание как бы отвлекалось от мыслей о заикании. Такую же отвлекающую роль играют и соматические ощущения и расстройства, которые нередко наблюдаются при этом неврозе (невротические головные боли, неприятные ощущения в области сердца, расстройства желудочно-кишечного тракта и др.).

Гипостеническую форму неврастении в чистом виде у заикающихся нам наблюдать не приходилось, так как она встречается редко. Как отмечает А.М. Свядоц, ссылаясь на данные Л. Н. Канавец, гипостениче-

ская форма наблюдается у 2,3% от общего количества всех страдающих этим неврозом (Свядош А.М., 1982).

В.А. Ковшиков (1976), Г.А. Волкова (1985), изучая особенности проявления заикания у взрослых и сопоставляя их с психоневротическим фоном, на котором оно протекает, при гипостенической форме неврастении отмечают у больных чрезмерно расслабленную во время речи мышечную сферу, сгорбленную осанку, однообразные и невыразительные позы, бедную мимику и отсутствие выразительной жестикуляции. Началу речи таких больных предшествует длительный латентный период (Ковшиков В.А., 1976; Волкова Г.А., 1985). Речь их отличается замедленным темпом, сниженной силой голоса. Вялая артикуляция в сочетании с судорогами нарушает внятность произношения. Естественное интонирование речи нарушено. Во многих случаях заикание сопровождается другими дефектами речи (полиморфная дислалия, функциональная риналалия), усугубляющими его проявления. Сложный и стойкий симптомокомплекс заикания, протекающего у больных на фоне гипостенической формы неврастении, как указывают авторы, отрицательно влияет на осуществление важных для личности потребностей и стремлений.

В количественном отношении заикание у больных неврозом навязчивых состояний и у лиц, акцентуированных по психастеническому типу распределяется следующим образом: некоторое преобладание заикающихся с неврозом навязчивых состояний встречается среди подростков, акцентуации характера по психастеническому типу у подростков и взрослых наблюдаются примерно с равной частотой.

В происхождении невроза навязчивых состояний большое значение имеют специфические тревожно-мнительные черты характера (Свядош А., 1982). Невроз навязчивостей более тесно связан с особенностями личности, чем другие неврозы. Такие личностные особенности, как тревожность, мнительность, нерешительность, неуверенность в своих силах, характерны и для заикающихся, акцентуированных по психастеническому типу.

Указанные черты характера, развиваясь в результате воздействия комплекса этиологических факторов, ведущую роль среди которых играют условия жизни и воспитания ребенка, являются благоприятной почвой для возникновения логоневроза и во многом определяют специфику его течения. Нарушение речи, возникшее в результате психотравматизации у боязливого, мнительного, ипохондричного ребенка, проявляется обычно в острой форме. При этом наибольшее патогенное воздействие производит психотравмирующий раздражитель, который по своему содержанию совпадает с содержанием уже сформировавшихся у ребенка страхов (боялся темных помещений – наказали, закрыв в темной комнате; боялся собак – испугала собака и т. п.). В этих случаях развивается заикание в тяжелой степени, с преобладанием тонических ре-

чевых судорог, нередко наблюдаются выраженные сопутствующие движения головы, конечностей. В форме заикания, как правило, представлен дыхательный компонент – зафиксированное нарушение дыхания в момент сильного испуга («перехватило дыхание»). У таких больных, не лечившихся в детстве или прошедших лечение без стойких положительных результатов, к подростковому возрасту появляются фобии отдельных звуков и звукосочетаний (возможна и боязнь отдельных слов, например собственной фамилии), страх речевого общения в различных эмоционально значимых ситуациях (аудитория, транспорт, магазины, телефон и др. – см. табл. 3), оформляются защитные уловки в виде эмболофразий, подбора слов по принципу легкости произношения, возникают различные ритуальные движения. В состоянии эмоционального напряжения указанные явления значительно усиливаются.

Наиболее характерными условиями возникновения сильного эмоционального напряжения для данной группы больных являются ситуации ожидания речевого срыва, когда больной не может отказаться от активной речи в трудных для него случаях (выступление на собрании, разговор по телефону и пр.). Эмоции ожидания речевой неудачи, болезненная фиксация внимания на начале предстоящего речевого акта, вегетативные нарушения, усиливающиеся в таких условиях (затрудненное дыхание, тахикардия, потливость, покраснение или побледнение лица, напряжение мышц тела, в том числе и мышц артикуляционного аппарата), – все это неизбежно приводит к речевому срыву, нередко задерживает начало речи, вызывает судорожные сопутствующие движения. В таких ситуациях речь больного бывает бессвязной, отличается характерной разорванностью, страдает и ее семантическая сторона, так как внимание заикающегося фиксируется на речевых затруднениях и их преодолении.

У отдельных больных на ситуативные логофобии по механизму условнорефлекторной связи наслаиваются в эмоционально значимых ситуациях другие, близкие по содержанию навязчивые страхи. У нескольких заикающихся подростков и взрослых боязнь общения с посторонними лицами сопровождалась страхом гипергидроза ладоней, особенно в тех случаях, когда в официальной обстановке им могли протянуть руку для рукопожатия. Некоторые из них всегда имели наготове платок и пытались в нужный момент незаметно обтереть ладонь.

В отдельных случаях нам приходилось наблюдать взрослых заикающихся с выраженной ситуативной логофобией и двигательными защитными ритуалами, у которых в результате дополнительной психотравматизации возникали новые по своему содержанию навязчивые страхи и опасения.

Новые по своему содержанию навязчивые страхи не вытесняют у заикающихся данной группы болезненных переживаний, связанных с их нарушенной речью, но могут в отдельных случаях несколько снизить их

значимость в связи с появившимися более актуальными проблемами. В целом, появление новых фобий утяжеляет состояние больных, усиливает астеноневротическую симптоматику, заостряет их личностные особенности и в итоге отрицательно сказывается на течении речевого нарушения, затрудняя проведение лого- и психотерапевтических мероприятий.

Заикание у больных истерическим неврозом и у лиц, акцентуированных по истероидному типу

В группе заикающихся детей до 14 лет, в сравнении с другими формами неврозов, этот невроз представлен несколько более широко (6 человек) и проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте в виде истерических реакций на возникающие трудности, а ближе к подростковому возрасту при соответствующих условиях приобретает завершенные черты истерического невроза. Такое же количество заикающихся с этим неврозом выявлено среди подростков. У взрослых больных истерия наблюдалась в 9 случаях. Истероидная акцентуация характера, у подростков и взрослых встречается примерно в равных количественных отношениях.

Многие исследователи (Личко А. Е., 1977; Ковалев В. В., 1979; Гурьева В. А., Гиндикин Н. Я., 1980; Свядоц А. М., 1982 и др.) отмечают, что ведущую роль в формировании истероидных черт характера у ребенка играют внешнесредовые факторы и, прежде всего, семейное воспитание по типу «кумира семьи». В условиях вседозволенности и потакания капризам, когда ребенку в связи с задачами воспитания и обучения начинают предъявлять определенные требования, к выполнению которых он заранее приучен не был, в ответ у него могут развиваться различные защитные истерические реакции (рвоты, приступы удушья и др.), а при определенных предпосылках (ускоренный темп речи и общих движений, некоторая задержка речевого развития, соматическая ослабленность) может остро возникнуть и заикание.

Нередко в таких случаях заикание развивается в результате конфликта с близкими (заставили что-либо сделать, отказали в покупке понравившейся игрушки и пр.), после бурной истерики и кратковременной потери речи. Испугавшиеся родители в подобных ситуациях спешат разрешить конфликт путем удовлетворения требований ребенка, и возникшее нарушение речи фиксируется по механизму «условной приятности или желательности» болезненного симптома (Свядоц А. М., 1982).

В клинической картине заикания у истероидных больных уже в детском возрасте характерна выраженная переменчивость степени речевого нарушения и ее прямая зависимость от конкретной ситуации. Наедине с собой эти больные не заикаются. Не испытывают они выраженных речевых затруднений и в тех случаях, когда окружающие на их речь не обращают внимания и особого сочувствия к больным не проявляют. Но даже в условиях семьи, одной группы детского сада, школьного

коллектива эти больные разговаривают по-разному. Речь ухудшается в общении с теми людьми, которые в связи с заиканием жалеют больных и обычно предоставляют им различного рода льготы (в семье – всячески ограждают от забот, в учебном коллективе – меньше спрашивают и т. д.). При достижении желаемого речь таких больных, как правило, улучшается. Когда же они сталкиваются с определенными препятствиями (жесткие требования без скидок на их состояние и речь), нередко осуществляется «уход в болезнь», что влечет за собой резкое усиление речевой симптоматики.

Иногда в конфликтных случаях, независимо от выраженности степени заикания, больные дают «отказы» от речи, ссылаясь на то, что они совершенно не могут говорить.

Заикание данной категории больных, протекающее на фоне истерии, как и другие симптомы и проявления истерического невроза, обычно отличаются четкой «рациональностью» (Свядош А.М., 1982).

Если подавляющее большинство наших пациентов – подростков и взрослых, применяя определенные логопедические приемы, на занятиях говорят без заикания, то заикающиеся, страдающие истерическим неврозом и не утратившие «условную приятность или желательность» заикания, в присутствии группы говорят очень плохо или совсем отказываются от речи.

В целом для данной группы заикающихся характерна не только значительная вариабельность степени речевого нарушения, но и определенная изменчивость форм заикания и неустойчивость моторных проявлений.

Нередко заикание протекает у них на фоне некоторых голосовых нарушений: напряженного, плохо модулированного, хриплого голоса, который может в моменты сильного эмоционального напряжения пресекаться либо на какое-то время полностью исчезать.

Логофобии у этих больных носят строго избирательный характер и закрепляются по механизму «условной приятности и желательности» симптома (с подругой говорить легко; на уроке математики, которую больная не любит и не знает, говорить совершенно не может; пойти в магазин и сделать для себя нужную покупку – нетрудно; сходить в продуктовый магазин для семьи – мешает тяжелое заикание и т. п.).

Таким образом, характерологические особенности этих больных, воспитанные с детства (эгоцентризм, нежелание считаться с интересами окружающих и пр.), специфика их невротического состояния полностью связаны с имеющимися у них речевыми нарушениями и во многом определяют их проявления, нередко превращают заикание в своеобразный щит, за который бессознательно, а иногда и прямо аггравирова речевую симптоматику, они прячутся.

Особенности течения заикания у больных страдающих психическими заболеваниями во многом зависят как от клинических проявлений расстройства, так и от возраста, в котором это заболевание развивается.

Характеризуя клинические особенности шизофрении детского возраста, необходимо отметить, что одним из ранних симптомов этого заболевания являются расстройства речи. Дети мало пользуются ею, иногда у них возникает элективный мутизм как проявление нарушения контакта с окружающими или рудиментарные кататонические расстройства. При более длительном течении болезни могут наблюдаться неравномерность речевого развития, нарушения темпа, вычурность интонации, монотонность голоса. На фоне характерной двигательной неловкости либо расторможенности, сопровождающейся изменениями речевого темпа и ритма, в отдельных случаях может развиваться и заикание.

В случаях развития психического заболевания у взрослых людей при условии, что заикание появилось у них в детстве, речевое нарушение, особенно когда оно значительно выражено, может в течение ряда лет протекать как логоневроз.

У таких больных могут наблюдаться вторичные логоневротические наслоения, ситуативный страх речи, звукофобии и т. п. Но при появлении первых признаков психического заболевания отношение больного к дефекту речи начинает меняться. Психогенное значение заикания постепенно утрачивается, и по мере нарастания психопатической симптоматики речевое нарушение перестает играть в жизни больного заметную роль.

Заикающиеся, у которых развилось психическое заболевание, в силу отсутствия критического отношения к своему состоянию и в том числе к речевому нарушению, не фиксируют внимания на речевом затруднении, даже если оно значительно выражено. Лечение заикания у таких больных не только утрачивает смысл, но и становится невозможным. Устранение психопатической симптоматики или улучшение психического состояния больного в одних случаях, улучшает речь заикающихся, в других случаях, видимо, возможно некоторое усиление фиксации внимания на речи в связи с возвращением к больному утраченной критики. Только при этом условии появляются предпосылки для проведения с больным логотерапевтической работы.

Группа больных с физиологическим заиканием, как и предыдущая, малочисленна. В нее вошло трое детей в возрасте от 3 до 4 лет; подростки и взрослые в указанной группе отсутствуют. По данным обследования детского психиатра, явных предрасполагающих и производящих причин заикания, отклонений от нормы в состоянии нервной системы у этих детей не выявлено. Специфика речевого нарушения заключается в том, что оно протекает в легкой степени. Наблюдается преимущественно

но клонический тип речевых судорог артикуляторной локализации, темп речи в пределах нормы. У двоих детей выявлено невыраженное физиологическое нарушение звуко–произношения, сопутствующих движений не наблюдалось. Наряду с клонусом отдельных речевых звуков отмечались частые повторы слогов, слов, а иногда и небольших словосочетаний.

Выполнение рекомендаций по организации правильного речевого режима способствовало в этих случаях полному устранению заикания. Длительные катамнестические наблюдения показали, что достигнутые результаты были стойкими.

Особенности возникновения и симптоматики недостатка речи у данной группы детей позволяют, видимо, квалифицировать этот вид заикания как физиологические итерации (от латинского слова *iterare* – повторение). В. И. Селиверстов указывает, что М. Зеeman рассматривает часто встречающиеся повторения в детской речи как признак не болезненный, а физиологический, характерный для определенного периода развития речи ребенка (Селиверстов В.И., 1979). Некоторые авторы считают, что итерация свойственна 80% детей в период активного формирования у них фразовой речи, физиологические запинки – это следствие того, что развитие мышления опережает развитие речевых возможностей ребенка (Johnson W., 1955 и др.). Одни авторы (Seeman M., 1965 и др.) видят в итерации самостоятельное речевое отклонение, другие (Gutsmann A., 1898; Фрешельс Э., 1931; Пайкин М.И., 1932) считают итерацию начальным этапом заикания.

На основании трех случаев, вошедших в 100 исследованных детских историй болезни, а также исходя из наблюдений других заикающихся детей, которые встречались в нашей практике, мы считаем, что провести четкую границу между физиологическим заиканием и начальной стадией судорожного речевого нарушения, несмотря на указанную специфику итераций, все же достаточно трудно. Исчезнет ли бесследно физиологическое заикание, или оно перейдет в стойкую патологию речи, очевидно, зависит от многих факторов и прежде всего от внешнесредовых условий, в которых растут и воспитываются дети.

Обобщая вышесказанное, необходимо отметить, что учет патоморфоза указанного речевого нарушения имеет большое научно–практическое значение, так как дает возможность более точно анализировать этиопатогенетические факторы, лежащие в основе заикания на современном этапе, позволяет успешнее решать вопросы дифференциальной диагностики этой патологии речи, в том числе более объективно проводить экспертное обследование заикающихся призывников, которых направляют райвоенкоматы в логотерапевтические кабинеты для уточнения логопедического диагноза.

Список литературы

1. Асатиани Н. М. и др. Клиника, дифференциальная диагностика и принципы комплексной терапии затяжных форм заикания у взрослых в условиях стационара. – М., 1980.
 2. Беккер К.П., Совак М. Логопедия / под ред. Н.А. Власовой. – М., 1981.
 3. Богомолова А. И., 1977
 4. Вессарт О.В., Драбик Н.А. Методические приемы и дидактический материал для речевой тренировки заикающихся: метод. рек. – Л., 1982.
 5. Волкова Л.С. Общие и специфические проявления различных речевых нарушений // XV съезд оториноларингологов России. 1995. Т. 2.
 6. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. – М., 1980.
 7. Дубровский К.М. Одномоментный метод снятия заикания // Материалы Харьковского научного общества. – Харьков, 1966.
 8. Карвасарский Б.Д. Неврозы // Руководство для врачей. – М., 1980.
 9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1979.
 10. Ковшиков В.А. Специфика заикания при различных нервно–психических расстройствах // Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей / под ред. Е.С. Иванова. – Л., 1976.
 11. Кочергина В.С. Некоторые клинические и патофизиологические особенности заикающихся детей дошкольного возраста: автореф. докл. годичной конф. ин–та психиатрии МЗ СССР. – М., 1956. .
 12. Кочергина В.С. Роль органического поражения центральной нервной системы в патогенезе заикания у взрослых // Журн. невропатол. и психиатр. 1971. Вып. 12.
 13. Крышова Н.А. Развитие экспериментально–физиологических исследований неврозов в больнице им. И. П. Павлова // Неврозы и их лечение. – Л., 1969.
 14. Левина Р.Е. Пути изучения и преодоления заикания у детей // Спец. школа. – М., 1966. Вып. 4 (120).
 15. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1977.
 16. Любинская С.М. От заикания к свободной речи. – М., 1970.
 17. Миссуловин Л.Я. Лечение заикания. – Л., 1988.
 18. Миссуловин Л.Я. Заикание и его устранение. – СПб., 1997.
 19. Пайкин М.И. О сущности заикания // Советская психоневрология. – М., 1932.
- № 6.
20. Свядош А.М. Неврозы: 3–е изд. – М., 1982.
 21. Селиверстов В.И. Заикание у детей. – М., 1979.
 22. Серов В.В. Проблема изменчивости болезней (патоморфоз) // Архив патологии. 1979. Т. 41. № 7.
 23. Тяпугин Н.П. Заикание. – М., 1949.
 24. Фрешельс Э. Заикание. Ассоциативная афазия: Пер. с нем. – М.; Л., 1931.
 25. Хохлов Л.К., 1986
 26. Шкловский В.М., 1966, 1975, 1979, 1994
 27. Шкловский В.М. Комплексная система логопедических занятий и психотерапии при логоневрозах. – Л., 1966.
 28. Шкловский В.М. Заикание: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1975.
 29. Шкловский В.М. Психотерапия в комплексной системе лечения заикания // Руководство по психотерапии. – Ташкент, 1979.
 30. Шкловский В.М. Заикание. – М., 1994.
 31. Gnat T., Godorovski K. Kilka uwag o psychiatrii społecznej // Neurol., Neurochir., Psichiat. 1962. № 1.

32. Gutsman A. Das Stottern Rine Monographie fur Aerste Padagogen und Rehor-
den. – Frankfurt, 1898.
33. Hellpach W. Uber transstitution und Destitution ,'/ Neue med. Welt. 1950. Bd. 1.
34. Johnson W., 1955
35. Langeoin M., Boberg E. Results of intensive stuttering therapy with adults who
clutter and stutter // J. of fluency disorders. 1996. 21 (3/4).
36. Seeman M. Sprachstorungen bie Kindern. – Berlin; Jena, 1965.