

ВОПРОСЫ ЛОГОПЕДИИ

УДК 376.1–056.264

М.И. Лохов, Л.Я. Миссуловин, Ю.А. Фесенко

Заикание: возможности педагогической коррекции

В статье дается анализ педагогических (логопедических) методов коррекции заикания. Подчеркивается важность комплексного подхода к лечению больного заиканием. Уделено внимание логоритмической коррекции, мышечно-расслабляющим и дыхательным методикам, терапии сказкой. Результаты наблюдений авторов позволяют дифференцированно подходить к лечебным, в том числе и к логопедическим, мероприятиям в работе с такими пациентами.

This article is devoted to the analysis of pedagogical (speech therapy) methods of correction of stuttering. Much attention is the importance of a comprehensive approach to treatment of the patient stuttering. Refers to the importance of logorhythmical correction, relaxing and breathing techniques, tale therapy. Results of observations of the authors allow for a differentiated approach to treatment, including speech therapy, the activities in the work with such patients.

Ключевые слова: заикание, логопедическая коррекция, комплексный подход, афазия, логофобия.

Key words: stuttering, phobias, speech therapy, integrated approach, aphasia, logophobia.

Речевые расстройства известны человечеству в течение нескольких тысячелетий (согласно Библии, страдал косноязычием и заикался еще пророк Моисей). При этом физиологические механизмы их практически не исследованы, а сами такие расстройства даются в справочных руководствах исключительно на описательном уровне. Так, в Энциклопедическом словаре медицинских терминов *заикание* определяется как «...расстройство речи, при котором нарушена ее плавность, возникают произвольные задержки произнесения отдельных звуков и слогов или их повторения» [14]. Понятно, что приведенное определение соответствует скорее бытовому, чем научному описанию, и вполне характеризует состояние дел в этой области.

Судя по тому, что заикание и другие речевые нарушения внесены во все существующие медицинские классификаторы болезней как в Европе (МКБ-10), так и в США (DSM-IV), врачи давно считают речевые расстройства заболеваниями, в основном психонервными, что никак не влияет на сложившуюся ситуацию. Не влияет потому, что ни медицин-

ские работники, ни сами больные, ни родители больных не имеют никакого представления о причинах возникновения, физиологических механизмах и способах лечения и коррекции речевых расстройств. Правда, здесь есть весьма существенное исключение: афазия.

Согласно медицинским справочникам, афазия – потеря речи при органическом поражении головного мозга. В практике чаще всего наблюдается при инсультах – кровоизлияниях в мозг, происходящих из-за разрыва сосудов вследствие образования тромбов, возрастного изменения прочности стенок сосудов и механических травм. Кстати сказать, именно наблюдения за такими больными привели к выделению речевых зон головного мозга еще в начале XIX столетия. Здесь важно отметить, что причина потери речи при афазии была установлена медиками во время посмертного вскрытия таких больных, которые часто умирали в течение нескольких дней или недель после возникновения инсульта. Поэтому связь потери речи с поражением тех или иных отделов коры головного мозга ни у кого не вызывала сомнений.

На протяжении нескольких десятков лет в нашей стране существовали идеологические догмы и, как их следствие, – наукообразный постулат: мозг новорожденных – чистый лист, на котором можно записать все что угодно, даже если это «все» противоречило в явном виде всякому здравому смыслу. Сегодня обнадеживает то, что для широкого круга людей стала очевидной истина: всякое мышление у человека опирается на речь, а речь – явление социальное и появляется у ребенка в процессе научения после 1–2 лет. Такая «истина» в значительной степени противоречит законам генетики. Именно поэтому генетика попросту отрицалась советскими учеными середины прошлого столетия как наука, а вместе с ней запрещались к чтению многочисленные психологические научные работы, которые учитывали основные факты этой науки, напрямую влияющие на развитие ребенка. Например, работы известного швейцарского психолога Жана Пиаже, основоположника науки о развитии интеллекта ребенка [15].

Несомненно, речь играет огромную роль как в жизни взрослого человека, так – и особенно – в жизни ребенка: без речи полноценное развитие ребенка невозможно, о чем свидетельствуют случаи ранней социальной изоляции, например с Каспаром Краузе, детьми из разряда «Маугли». Тем не менее, человек рождается с уже заложенными в структуры головного мозга поведенческими и интеллектуальными программами, которые по разным оценкам занимают до 60–70 % его памяти и находятся исключительно в образном виде, в сфере бессознательного. В течение всей жизни операции с образами играют ведущую роль в любом виде творчества, так как они осуществляются мозгом примерно в миллион раз быстрее, чем операции с любыми кодовыми знаками, в том числе и со словами. Поэтому, чтобы наиболее эффективно развивать интеллект ребенка после становления речи, необходимо интенсивно развивать его способности в сфере именно образного мышления – в музыке, живописи и т. п. Всякое дополнительное к речи навязывание зна-

ковых систем, например математики, в раннем возрасте может резко затормозить развитие творческих способностей.

На основании полученного авторами статьи многолетнего научного и практического опыта можно сделать заключение: заикание – это, прежде всего, неврологическое заболевание, связанное с тем или иным поражением (чаще всего внутриутробным) головного мозга и нарушенным на этой основе взаимодействием между структурами мозга, обеспечивающими речевые процессы. Внешние причины, выявляющие нарушения структурного взаимодействия, могут быть самыми разнообразными: от соматических заболеваний, до эмоциональных стрессов. Однако они не меняют сути. Заикание – заболевание, которое требует серьезного лечения с применением всех известных в неврологии методов: от психофармакологических, психотерапевтических до психокоррекционных и логопедических. Одно применение чисто дидактических (логопедических) способов коррекции, как правило, малоэффективно в борьбе с такой сложной патологией речи, равно как и применение только медикаментозного лечения.

Успехи логопедии в ряде случаев объясняются либо применением комплексных методов (например, психофармакологических, психологических и логопедических), либо личностью педагога, который интуитивно оказывает мощное психотерапевтическое воздействие. Не секрет, что любой успешный педагог должен быть в той или иной мере талантливым психотерапевтом, как и любой врач, особенно психотерапевт, должен быть талантливым педагогом. Обе эти профессии тесно и неразрывно связаны одним талантом личностного воздействия на других: учеников или больных.

Признавая главенство неврологии, авторы ни в коем случае не отвергают комплексных методов лечения, отдавая должное и логопедическим, и психологическим методам, применяемым на фоне соответственно измененного взаимодействия структур головного мозга. Необходимо отметить, что впервые патологию и изменения такого взаимодействия в реальном масштабе времени стало возможным наблюдать с помощью компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ, разработанного в тесном контакте со специалистами по электронике и программистами и широко используемого авторами. Впервые стало возможным реально увидеть, что же такое алалия, задержка речевого развития, заикание и другие речевые проблемы в контексте нарушений межструктурных взаимодействий в коре головного мозга и на фоне различных мозговых патологий (например, нарушений кровотока, внутричерепного давления, минимальных дисфункций мозга и т. п.). Стало возможным разработать новые методы лечения под контролем компьютерной ЭЭГ, такие как управляемая психофармакология, методы биологической обратной связи, ритмические воздействия на темп речи больного и другие, применяемые ранее разрозненно и вслепую.

Авторы статьи, написание которой основано на опыте успешного излечения свыше 3 тыс. больных заиканием и другими речевыми расстройствами (2,5 тыс. детей от 5 до 18 лет и более 500 взрослых от 19

до 55 лет), видят ее полезность в том, что знание основных нейрофизиологических механизмов речи и ее нарушений значительно облегчит логопедам и специальным педагогам их очень нелегкий труд с детьми, имеющими речевые нарушения.

Не касаясь в данной статье медицинских (психофармакотерапия, биообратное управление, психотерапия и физиотерапевтическое лечение) и психологических аспектов коррекции речевых расстройств (о том и другом можно узнать подробно в работах авторов статьи – [3,4, 6, 7, 8, 9]), более детально коснемся возможностей педагогической коррекции при заикании.

Из всех известных логопедических методик, применяемых в лечении заикания, можно выделить несколько, являющихся, на наш взгляд, достаточно эффективными [11].

Система комплексной реабилитации заикающихся, предложенная Л.З. Арутюнян (Андроновой), определяется автором, как комплексная методика устойчивой нормализации речи при заикании. «Комплексным» дополнением к логопедической работе служат здесь психотерапия и психологическая поддержка. Особенностью данной логопедической методики является синхронизация речи с движениями пальцев ведущей руки, определяющими ритмико-интонационный рисунок фразы. Первоначально такая речь реализуется в замедленном темпе. Применение метода синхронизации движения пальцев руки и речи в замедленном темпе позволяет заикающимся с первых же занятий иметь речь без судорожных запинок. Цель таких логопедических занятий – выработать у заикающихся новый речедвигательный навык посредством синхронизации речи с движениями пальцев руки; связать речь с чувством спокойствия, правильным интонированием, мимикой, жестом, уверенной осанкой и т. д. и укрепить новый речевой стереотип в функциональных тренировках различной сложности. Как правило, в процессе усвоения новых навыков у пациентов происходят глубокие внутренние изменения: замедленный темп речи, одновременно с ранее неизвестным, растущим чувством спокойствия и мышечного расслабления, не воспринимается уже как чуждый и не вызывает прежней тревоги.

В системе комплексной медико-педагогической реабилитации взрослых заикающихся разработанной коллективом «Лаборатории патологии речи» под руководством Н.М. Асатиани и проводимой в условиях стационара, основной подход разработан Н.А. Власовой. Следует заметить, что и здесь логопедическая работа и логоритмическое воздействие проводятся на фоне медикаментозного и психотерапевтического лечения. Первоначально в клинике организуется «режим молчания» и режим «ограничения речи», на фоне которых начинают проводить психологические, психотерапевтические и логопедические занятия. Далее проводятся систематические коллективные и индивидуальные занятия с логопедом, во время которых пациенты тренируют свою речь за пределами стационара. Все лечебные воздействия направлены на реализацию речевого общения пациентов в усложняющихся речевых ситуациях. Завершающий этап сводится к публичному выступлению перед много-

людной аудиторией, которое проводится в виде концертной программы. Логопедическая работа, предусмотренная данной системой, базируется на поэтапной отработке различных видов речи: сопряженной, отраженной, чтение стихов и прозы, вопросно-ответной и спонтанной. Проводится работа по постановке диафрагмального дыхания, удлинению продолжительности фразы выдоха, развитию навыков рациональной голосоподачи, артикуляции, развитию просодических компонентов речи. Немаловажное место в системе занимает логопедическая ритмика.

В системе реабилитации взрослых заикающихся по В.М. Шкловскому работа логопеда также тесно связана с работой психиатра, психотерапевта и невролога. На этапе перестройки речевых навыков и нарушенных отношений личности активно проводятся логопедические занятия по отработке речевых техник: нормализация дыхательной и голосовой функцией, выработка речевых эталонов. В заключительной части курса лечения проводится тренировка речи в обычной для заикающегося жизненной обстановке, благодаря чему воспитывается речевая активность и укрепляется уверенность в том, что он сможет самостоятельно справиться с нарушениями речи в любых ситуациях общения.

В логопедической работе над речевым дыханием заикающихся детей, подростков и взрослых широко используется парадоксальная дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой.

В гимнастике основное внимание уделяется вдоху. Вдох производится очень коротко, мгновенно, эмоционально и активно. О выдохе необходимо совершенно не думать. Выдох происходит самопроизвольно. Заикающимся А.Н. Стрельникова советует сочетать определенную двигательную гимнастику с произнесением различных звуков на вдохе. При выполнении упражнения «насос» на каждый наклон на выдохе произносятся гласные звуки или звуковой ряд. Далее следует специальная тренировка «затаенного» дыхания: короткий вдох с наклоном, дыхание максимально задерживается, не разгибаясь, когда надо вслух считать до восьми, постепенно количество произнесенных на одном выдохе «восьмерок» увеличивается. На одном крепко задержанном вдохе надо набрать как можно больше «восьмерок». С третьей или четвертой тренировки произнесение заикающимися «восьмерок» сочетается не только с наклонами, но и с упражнениями «полуприседания». Главное, по мнению А.Н. Стрельниковой, почувствовать «схваченное в кулак» дыхание и проявить выдержку, повторяя вслух максимальное количество восьмерок на крепко задержанном дыхании.

Комплексные системы лечения В.М. Шкловского, Н.М. Асатиани и Н.А. Власовой в особых комментариях не нуждаются. В них действительно используется сочетанное применение логопедических, психотерапевтических и психофармакологических форм воздействия на больных в условиях стационара, с последующим диспансерным наблюдением, что имеет большое значение для предотвращения рецидивов. Обе системы предусматривают тщательное предварительное медицинское обследование больных с участием невролога и психотерапевта, назначение предварительного курса лечения, на некотором этапе которого

начинаются логопедические тренировки. Этот момент чрезвычайно важен для успеха лечения.

Методика А.Н. Стрельниковой, как и инструментальные методы, «работают» только в комплексе с другими воздействиями на мозг, т. е. в составе других комплексных способов лечения заикания. В противном случае их действие кратковременно и быстро проходящее.

Хотя свою методику Лилия Зиновьевна Андропова (в настоящее время Арутюнян) создала, будучи логопедом по образованию, она, являясь психотерапевтом по таланту, ученицей известного психиатра и психотерапевта К.М. Дубровского, огромную роль в успехе лечения отводила и психотерапии. К сожалению, лишь 25% вылеченных больных при использовании психотерапии, включая гипноз, смогли сохранить свою здоровую речь. У остальных наблюдался рецидив – самый страшный бич всех психотерапевтических и инструментальных методик. Поэтому основные усилия ученицы К.М. Дубровского были направлены на сохранение достигнутых результатов. Л.З. Андропова поняла, что модификацией одномоментной системы Дубровского является ее пролонгирование, т.е. увеличение времени непосредственного контакта с психотерапевтом, увеличение времени и сроков его воздействия. Продолжительность контактов с психотерапевтом в ее методике составляет не менее года. Это имеет свои минусы: психотерапевт начинает выполнять роль своего рода «поводыря», «гуру», «наркотика», без которого больные просто не могут обойтись. Появляются лица, у которых в группе в присутствии психотерапевта все хорошо, речь льется легко и свободно, нет ни одной запинки, а вне группы речь постепенно возвращается к начальному состоянию. Поэтому в методике предусмотрены мероприятия, постепенно передающие роль психотерапевта самому больному, а также ряд отвлекающих средств, мешающих больному «заикнуться» на личности психотерапевта. У Андроповой – это синхронизация речи с движениями пальцев руки, аутотренинг, разбивка лечения на «микркурсы».

Обобщая все сказанное выше по поводу различных способов лечения заикания, заметим, что все они направлены на лечение исключительно взрослых больных или подростков после 16 лет. Ни в одном из авторских описаний не приводятся данные об эффективности лечения и данные катамнеза. Относительным критерием сравнения может служить частота повторных обращений для прохождения лечения. По нашим данным, основанным на лечении более 500 взрослых больных от 19 до 55 лет, 80 % из них в разное время безуспешно лечились чисто дидактическими, чисто психотерапевтическими или инструментальными способами, и только 15 % – комплексными. В половине случаев у лиц, подвергавшихся комплексным способам лечения, наблюдалось довольно продолжительное, хотя и временное улучшение речи (от года до трех лет). Среди пациентов, не проходивших комплексного лечения, улучшение речи наблюдалось лишь в 10% случаев и держалось несколько месяцев (редко до года).

Положительным моментом многих логопедических методик является использование ритмики для налаживания правильного функционирования мышечного речевого аппарата. Давно известно, что в самых тяжелых случаях заикание облегчается пением или слоговой речью. Еще в начале XIX в. французский врач Коломба опубликовал метод лечения заикания, в основу которого были положены пение и ритмическое, под механический метроном, чтение. Известный отечественный логопед М.Е. Хватцев в своем популярном учебнике писал о значении ритма в лечении заикания и быстрой речи: «Здесь вся работа основывается на ритме. Главные упражнения – четкое ритмическое чтение по слогам под отбиваемый рукой такт с постепенным ускорением темпа чтения» [13]. Ритмической работе придают большое значение и современные логопеды [1–2; 12].

Нами более 25 лет в лечении взрослых и детей с заиканием используется внешний источник ритма – метроном. И механический, и, что практичнее – электронный. Навязывание внешнего ритма с частотой 80–100 ударов в минуту само по себе способствует нормализации речи, а использование на этом фоне слога, усиливает процесс нормализации речеобразования. Ведь именно на базе слога формируется исходная речь ребенка. Слог, как первоначальный «кирпичик» речи, остается неповрежденным даже в том случае, когда работа всей остальной речевой системы нарушена в результате сбоя во взаимодействии между структурами мозга. Ритм, кроме всего прочего, играет роль соединительного звена между образным и кодовым (вербальным) мышлением. Можно использовать сопутствующие ритмические движения рукой, ритмичную ходьбу, как самый естественный ритмический вид двигательной активности. Неспроста первые слова появляются вслед за первыми шагами ребенка! Слоговой метод тренировок использовал в своей системе К.С.Станиславский для улучшения дикции, выразительности и четкости произношения. Слог можно использовать для тренировки прекрасной, выразительной речи, если им пользоваться разумно. О применении пальцевой двигательной активности наши сомнения были высказаны выше.

Все наши воздействия проходят только под контролем объективных методов обследования, в частности ЭЭГ. Контроль проводится регулярно. Использование метронома дает лучшие, чем при другом «инструментарии», результаты и за более короткое время.

Применение обратной связи, как и использование медикаментозных препаратов, стимулирующих резервные возможности головного мозга [3–4; 8; 9], приводит к изменению параметров его функционирования и изменению взаимоотношений между его структурами в направлении восстановления их нормального, генетически запрограммированного, взаимодействия. Восстановление нормальной цикличности ритмической активности мозга приводит к устранению многочисленных синдромов нарушений такой активности, снижает гиперактивность, повышает концентрацию внимания, улучшает память и т.п., что является необходимой базой для успешного применения логопедических психологических ме-

тодик, связанных с устранением конкретной симптоматики (заикания, дисграфии и т.д.).

Важное значение имеет тренировка мышечного расслабления. Тренировка расслабления мышц достигается во многих видах физической активности (плавании, танцах, беге и т.д.), однако во время курса лечения необходимо использовать и специальные методы, известные в повседневной и медицинской практике под названием «аутогенная тренировка». Упражнения по тренировке расслабления (релаксации) при правильном их выборе доступны детям любого возраста. Они должны удовлетворять нескольким требованиям. Во-первых, быть несложными для исполнения. Во-вторых, состоять из нескольких отдельных фрагментов, некоторые из которых могли бы выполняться в любых бытовых условиях. В-третьих, количество упражнений должно быть ограниченным, чтобы их исполнение не занимало много времени, но зато они могли бы повторяться многократно в течение дня. И, наконец, упражнения должны охватывать основные группы мышц.

Эти упражнения доступны детям любого возраста. Они являются базовыми для достижения релаксации ведущих мышц, представительство которых в коре головного мозга максимально. Чем младше возраст ребенка, тем чаще необходимо повторять упражнения в течение дня. Для детей 3–8 лет весь комплекс повторяется через 25–30 мин, для детей 9–12 лет – через 35–40 мин, для подростков и взрослых – через 45–50 мин. Время выполнения упражнений не ограничивается и не фиксируется. Каждое упражнение должно повторяться не менее 3–5 раз. После выполнения комплекса рекомендуется свободная двигательная активность под ритмичную музыку (по типу танца) в течение 3–5 мин.

На начальных этапах обучения (вне зависимости от возраста) мы используем комплексный подход к концентрации внимания, с опорой на наружный источник. В качестве такового используется портативный фоно-фотостимулятор, генерирующий световые и звуковые импульсы в диапазоне 1–2,5 Гц. Подробное описание прибора и его использования давалось нами ранее [3; 4]. На фоне действия стимулятора используется ритмическая двигательная активность (ходьба), которая помогает лучше и быстрее запоминать навязываемый ритм и более полно концентрироваться на нем. Это особенно актуально для детей младшего возраста. Через 1–2 недели начинается освоение более углубленной концентрации внимания на источнике фотостимуляции. При этом источник фоностимуляции отключается. После нескольких минут концентрации, проводится сеанс самовнушения, направленный на коррекцию нарушения речевых функций. Такая углубленная концентрация на объекте в сочетании с самовнушением проводится ежедневно не менее 2–3 раз в день (утром, днем и вечером перед засыпанием). Дети младшего возраста во время концентрации прослушивают аудиозапись логопедического и психотерапевтического сеанса.

Еще через 1–2 недели после начала освоения углубленной концентрации на внешнем объекте, добавляется концентрация на определенных звукосочетаниях, произносимых больным. Обучение концентрации

на звуко сочетаниях проводится в комплексе так называемых звукодвижительных упражнений, включающих в себя ритмичную ходьбу, массаж активных точек китайской чжень-цзю терапии и пропевание определенных звуко сочетаний [6; 7].

Довольно часто как в индивидуальной, так и в групповой работе нами используется «сказкотерапия»: сказки или (для детей старшего возраста) тематические рассказы. На начальных стадиях, особенно в группе, используются простые народные сказки. Несмотря на внешнюю простоту, они содержат интересные идеи, которые можно обсуждать в группе, и которые дают материал для лечебного воздействия. Можно рассказывать и обсуждать более сложные сказки или мифы (например, мифы древней Греции, библейские сюжеты и т.д.). Наконец, при соответствующей подготовке, можно давать задание больным (или их родителям) самим сочинить сказку. Тему сказки мы обычно задаем каждому больному индивидуально. Однако часто используем и общую тематику для всей группы (например, сочинение «сказки-страшилки»). Используя сказки и мифы, мы можем воздействовать на реальный жизненный опыт пациента и на сферу его бессознательных архетипов, что часто имеет решающее значение для изменения нарушенного взаимодействия между структурами головного мозга.

Лечебный курс заканчивается постановкой какой-нибудь сказки, пьесы. Роли распределяют сами участники группы. Часто их выбор оказывается удивительно точным, соответствующим внутренним бессознательным мотивам того или иного участника. Иногда на одну и ту же роль претендуют сразу несколько пациентов. Тогда мы, как в театре, пробуем каждого по очереди на исполнение этой роли. Лучшего исполнителя выбирают зрители – участники лечебной группы. Такому выступлению придается большое значение, как важному событию. Во-первых, участники группы попадают в стрессовые условия, на фоне которых в явном виде проявляются все недостатки вновь сформированной речевой системы. Во-вторых, родители участников группы видят ошибки своих детей в освоении новой речи, которые дома, как правило, не выявляются. Это настраивает их на дальнейшую работу с детьми и показывает, что работа по укреплению здоровой речи далеко не окончена. Чтобы подкрепить такое желание, мы после окончания последнего занятия, раздаем родителям памятку о работе над речью после окончания курса. Проигрывание разных ролей и соперничество исполнителей, кроме уже отмеченного, дают неоценимый материал психотерапевту для раскрытия разных сторон бессознательного и характера пациентов, а также служат основой для более успешного проведения сеансов групповой психотерапии [5].

Используя современные подходы к лечению заикания, можно с успехом проводить занятия в смешанных группах, когда в групповой терапии участвуют и дети, чаще – подростки, и взрослые. Анализируя свой опыт, можем с уверенностью сказать, что в целом, результаты лечения, полученные в смешанных возрастных группах, достоверно не отличаются от результатов лечения для отдельных возрастных групп. Хотя можно заметить, что психологический подбор членов смешанной группы и осо-

бенно родителей больных, требует особой тщательности, внимания и таланта специалиста, проводящего коррекцию.

Полученные Л.Я. Миссуловиным и Е.А. Зиновьевой данные [10] позволяют проводить комплексную медико-коррекционную работу с заикающимися подростками и взрослыми более целенаправленно. При этой работе учитывается степень выраженности судорожного синдрома, наличие или отсутствие у больного логофобии, уровень эмоциональной напряженности, психоневрологический фон, на котором протекает заикание. Более специфическая и целенаправленная терапия предусматривает при тяжелой степени заикания, в клинической картине которого наблюдаются выраженные сопутствующие движения, назначение неврологами и психиатрами противосудорожной терапии. Применение противосудорожных препаратов способствует проведению логопедических, логоритмических и психотерапевтических мероприятий. Опыт показывает, что при снижении выраженности заикания в значительной степени снижается частота и выраженность сопутствующих движений (эмболов). В тех случаях, когда в результате комплексных терапевтических мероприятий удается снизить у пациента выраженность логофобии и эмоциональной напряженности, изменить отношение пациента к собственной речи в эмоционально-значимых речевых ситуациях, а в ряде случаев – полностью устранить боязнь некоторых ситуаций общения, на фоне улучшения речи, самочувствия и эмоционального состояния видится полное либо частичное устранение ритуальных движений.

В заключение необходимо подчеркнуть, что только при неформальном учете всего клинического многообразия проявлений заикания, выявить которых позволяет уровень современной науки и практики, учете специфических индивидуальных особенностей каждого пациента можно добиться успешного преодоления этого тяжелого системного речевого нарушения.

Список литературы

1. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. – М.: Просвещение, 1985. – 191 с.
2. Белякова Л.И. Патологические механизмы заикания // Заикание. – М.: Медицина, 1978. – С.59-81.
3. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Заикание и логоневроз. Диагностика и лечение. – СПб: СОТИС, 2000. – 288 с.
4. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Щугарева Л. М. Заикание: неврология или логопедия? – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 600 с.
5. Лохов М.И., Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Интеллект ребенка. – СПб: ЭЛБИ СПб, 2008. – 218 с.
6. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Коррекция заикания и других речевых расстройств детского возраста. – СПб: Детство-Пресс, 2010. – 160 с.
7. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Речь ребенка: формирование, нарушения и коррекция. – Saarbrücken: LAMBERT Academic Publishing, 2011. – 244 с.
8. Миссуловин Л.Я. Лечение заикания – Л., 1988. – 184 с.
9. Миссуловин Л.Я. Патоморфоз заикания. – СПб: СОЮЗ, 2002. – 320 с.
10. Миссуловин Л.Я., Зиновьева Е.А. Сопутствующие и ритуальные движения при заикании// Актуальные вопр. коррекционной педагогики, спец.й психоло-

- гии и детской психиатрии: материалы междунар. науч. конф. 23–24 апр. 2008 г. – СПб., 2008. – С. 402–407.
11. Психологическая и педагогическая коррекция заикания: моногр. / Ю.А. Фесенко, Л.Я. Миссуловин, М.И. Лохов, Р.И. Лалаева. – СПб: ЛГУ им. А.С.Пушкина, 2012. – 164 с.
 12. Рычкова Н.А. Логопедическая ритмика для детей дошкольного возраста с невротической и неврозоподобной формами заикания// Клиника и терапия заикания. – М.: Знание, 1984. – С. 34-39.
 13. Хватцев М.Е. Логопедия. – М.: Гос. учеб.-пед. изд-во, 1937. – 273 с.
 14. Энциклопедический словарь медицинских терминов. – М.: Сов. энциклопедия, 1982. – Т. 1. – 464 с.
 15. (Piaget J.) Пиаже Ж. Избранные психологические труды. – М.: Междунар. пед. академия, 1994. – 680 с.