



УДК: 616. 89-008. 434

**ПСИХИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАИКАНИЯ****И. Ф. Дьяконов, Б. В. Овчинников, Ю. Е. Степанова****PSYCHICAL SELF-REGULATION IN TREATMENT OF STUTTERING****I. F. Diakonov, B. V. Ovchinnikov, J. E. Stepanova***ФГУ Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа и речи Росмедтехнологий  
(Директор – Засл. Врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

*Исследованы возможности психической саморегуляции в комплексном лечении подростков и взрослых, страдающих заиканием. В результате анализа литературных данных по психотерапии пациентов с логопатологией обосновывается перспективность использования метода аутогенной тренировки. Применение этого метода на контингенте 372 стационарных больных показало существенное улучшение психического состояния в результате лечения (снижение нервно-психического напряжения, признаков астении и депрессии). Итоговая эффективность лечения была повышена на 30% по сравнению с контрольной группой.*

**Ключевые слова:** заикание, комплексное лечение, психотерапия, аутогенная тренировка.

**Библиография** – 40 источников.

*Opportunities of mental self-control in complex treatment of teenagers and the adults, suffering by stutter was investigated. As a result of the analysis of literary data on psychotherapy of patients with speech pathology, perspectivity of use of a method autogenic trainings proves. Application of this method on a contingent of 372 inpatients has shown substantial improvement of a mental condition as a result of treatment (decrease in a psychological pressure, symptoms of asthenia and depression). Final efficiency of treatment has been raised on 30% in comparison with control group.*

**Keywords:** stutter, complex treatment, psychotherapy, autogenic training.

**Bibliography** – 40 sources.

Известно, что проблема этиологии, патогенеза заикания и его адекватного лечения пока не решена [3, 9, 15, 28, 38]. Согласно Международной классификации болезней (10-й пересмотр), заикание относится к рубрике F9 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте», подрубрика F98 «Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» [17]. В описании соответствующего пункта F98. 5 «Заикание» подчеркивается отличие данной патологии от тикозных расстройств (F95). Согласно последним данным, в нашей стране заиканием страдают 2% населения [34].

Отечественная психиатрия относит заикание к неврозам детского возраста [7, 18]. Действительно, заикание начинается обычно в возрасте от полугода до 7 лет. Этот период соответствует формированию динамической функциональной системы – «речевого процессора» в доминантном полушарии головного мозга [39]. Однако, в отличие от других детских неврозов, данное расстройство не всегда проходит с возрастом и без лечения может сохраняться до конца жизни. В этиологии заикания ведущее место отводится острой и подострой психической травме [18]. В частности, описывается острая психическая травма, нанесенная домашними или дикими животными, стихийными бедствиями, катастрофами, зрелищными мероприятиями, семейными ссорами, физическими травмами и медицинскими манипуляциями [20].

Среди больных детей 75–80% случаев приходится на мальчиков [3]. Среди контингента взрослых пациентов сохраняется примерно такое же соотношение – 70–85% мужчин [20]. Половая асимметрия в распределении данного расстройства явно указывает на влияние наследственного фактора. Частота возникновения заикания у родных братьев и сестер составляет 18%. Причем у дизиготных близнецов заикание встречается в 32%, а у монозиготных – в 77%. У заикающихся мужчин процент появления заикающихся сыновей равен 22%, а дочерей – 9%, а для женщины соответственно – 36% и 17% [3].

Учитывая, что только 70% случаев заикания можно связать с действием психотравмирующего фактора, правомерно предполагать наличие двух основных форм заикания – невротической (приобретенной) и неврозоподобной (наследственной), а также смешанной формы [34]. Согласно современной концепции «диатеза-стресса», возникновение любого психического расстройства определяется взаимодействием факторов врожденной уязвимости («диатеза») и психологических стрессоров [26]. При высокой уязвимости достаточно действия слабых стрессоров, при низкой уязвимости болезненный срыв происходит только в результате действия сильных стрессоров. Таким образом, роль психологических факторов в той или иной степени прослеживается во всех случаях заикания.

Наряду с «неврологической», существует и «логопедическая» (педагогическая) точка зрения на происхождение заикания. В соответствии с последней, избавление от заикания требует переучивания, формирования у пациента новых речевых навыков [22]. Иногда в этот процесс включаются движения ведущей руки [2], дыхательные упражнения [40]. Широко используются приборы на основе задержанной и измененной акустической обратной связи («DAF», «FAF», «SAF», «BreathMaker» и их отечественные аналоги «Золотой Голос», АКР-1 «Монолог», «АИР» и др.).

Согласно медицинской, неврозологической точке зрения, заикание является невротическим расстройством и подлежит медикаментозному, психотерапевтическому, физиотерапевтическому и другим видам комплексного лечения [5, 10, 27, 29, 36, 38]. В последние годы предложены комплексные подходы, эклектически сочетающие самые разнообразные методы [32]. Вполне вероятно, что такие подходы обеспечивают наибольшую практическую эффективность [30].

Заикание (речедвигательное расстройство) сравнивают с верхушкой айсберга, подводная часть которого – это страх, чувство вины, тревога, избегание контакта и изоляция. Именно эти чувства связаны с возникновением и поддержанием заикания. Большинство специалистов в мире рассматривают заикание как психологическую коммуникативную дисфункцию. Это подтверждается фактами избирательного усиления заикания в присутствии определенных лиц (например, матери пациента), и ослабления и исчезновения заикания в ситуации одиночества (разговора с самим собой). Признается наличие у больных дисгармонических изменений личности, ограничивающих коммуникативный потенциал человека [19, 20]. Таким образом, психологические методы лечения заикания выходят по своей значимости на первый план. Подобные предположения высказывались отечественными специалистами давно. Сообщалось, например, о необходимости «удаления страха» у пациента [14], позитивных изменений «настроения духа» [31], коррекции «боязливой воли» пациента [24], преодоления социальной изоляции и приобщения его к коллективу [33].

Развитие психотерапии на протяжении XX в. привело к появлению множества новых методов, приемов и техник лечебного психологического воздействия [22]. Для лечения заикания применялась гипносуггестия, внушение в бодрствующем состоянии и другие виды индивидуальной психотерапии, а также групповая и семейная психотерапия [5, 10, 11, 12, 15, 23, 27, 29, 37, 38]. Особый интерес в этом плане представляют методы психической саморегуляции, предназначенные для закрепления и поддержания ранее достигнутых лечебных эффектов.

Психическая саморегуляция (ПСР), называемая также аутопсихотерапией и аутогенной релаксацией – это совокупность приемов и методов воздействия на психические функции и состояния, осуществляемых обученным пациентом с лечебными целями, либо здоровым человеком с профилактическими целями [8]. Овладение методами психической саморегуляции предоставляет возможность сознательно и целенаправленно влиять на некоторые психические и физиологические функции организма, успешно преодолевать стрессогенные ситуации. Среди методов ПСР наиболее важное место занимает аутогенная тренировка (АТ), разработанная немецким врачом И. Шульцем в 1932 г. [8]. Имеется определенный позитивный опыт использования АТ в комплексном лечении заикания [16, 19, 20, 21, 23]. В частности, С. М. Любинская модифицировала эту методику, используя сочетание самовнушения, дыхательных и мимических упражнений с идеомоторной тренировкой [6, 16]. Полагая, что потенциал данной методики не исчерпан, мы применили ее в нашей работе.



Учитывая изложенные выше соображения, **целью** настоящей работы явилось уточнение значимости аутогенной тренировки в комплексном лечении заикания. **Задачи** исследования состояли в выборе оптимальной последовательности психотерапевтических вмешательств; оценке лечебных эффектов с помощью клинических и психодиагностических методов, а также обосновании целесообразности использования методов психической саморегуляции в комплексном лечении заикающихся.

Всего в сеансах психической саморегуляции приняли участие 372 пациента, из них 248 подростков (возраст 12–17 лет) и 124 взрослых (18–35 лет), поступивших на стационарное лечение в клинику патологии речи с диагнозом «заикание средней степени». Свыше 80% из них составляли лица мужского пола. Отметим, что данное распределение больных по полу соответствует общепопуляционным статистическим данным [20]. В качестве контрольной группы использованы данные из историй болезни 275 пациентов с аналогичным диагнозом, сопоставимых с опытной группой по полу, возрасту и получаемому комплексному лечению (за исключением психотерапии). Перед началом и по окончании курса аутогенной тренировки пациенты опытной группы проходили клинико-психологическое обследование. Использовались следующие тесты: опросник нервно-психического напряжения, шкала астенического состояния и шкала для оценки субдепрессии. Для итоговой оценки результатов лечения применялась шкала клинического наблюдения [13, 19]. Обследование проводилось в первой половине дня.

Психотерапевтическая работа с пациентами начиналась с индивидуальной беседы. В ходе такой беседы устанавливался необходимый эмоциональный контакт, формировалась мотивация к занятиям психической саморегуляцией. Из пациентов формировались группы в составе 8–12 чел. В каждой группе проводилась коллективная установочная беседа, в ходе которой разъяснялся смысл и принципы лечебного воздействия психической саморегуляции, ее влияние на эмоционально-волевую сферу и качество речи. Демонстрировались пациенты, успешно завершившие курс лечения, что способствовало укреплению мотивации, преодолению колебаний и сомнений.

В составе групп пациенты проходили 10 сеансов аутогенной тренировки. Сеансы проводились через день и являлись дополнением к обычному комплексному лечению заикания (логопедические занятия, медикаментозная и физиотерапия).

Каждый сеанс продолжался полтора часа и включал следующие три этапа:

- повышение внушаемости,
- проведение лечебных упражнений,
- восстановление бодрого состояния.

Пациенты находились в специально оборудованном психотерапевтическом кабинете и располагались на топчанах в положении лежа на спине. На первом этапе пациентам проводились внушения, способствующие погружению в состояние релаксации (неглубокий транс). На втором этапе пациенты осваивали следующие лечебные формулы самовнушения: «Я нигде не боюсь говорить», «Я ожидаю речи, и моя нижняя челюсть свободна», «Я ожидаю речи, и чувствую себя спокойно, легко», «Я говорю спокойно, выразительно», «Когда я говорю, мой язык свободен», «Я говорю, и мои мысли ясные, четкие», «Мне приятно говорить», «Я говорю, что хочу, свободно и сразу», «Я всегда говорю громко и ясно», «Я забыл о заикании», «В будущем моя речь будет всегда свободной». Обучение данным самовнушениям сопровождалось дыхательными и мимическими упражнениями. На третьем этапе пациенты получали внушения, способствующие выходу из состояния релаксации и восстановлению нормального уровня бодрствования. Пациенты получали «домашние задания», способствующие закреплению полученных навыков в свободное время.

Результаты клинико-психологического обследования пациентов приведены в таблице 1.

Таблица 1

## Оценка психического состояния пациентов до и после лечения

Показатель	Выраженность в баллах, $M \pm m$	
	До лечения	После лечения
Нервно-психическое напряжение	62,2 ± 3,2	45,3 ± 2,7
Астеническое состояние	76,1 ± 6,3	52,3 ± 4,7
Настроение	68,4 ± 5,9	57,3 ± 3,9

Как видно из таблицы, результаты обследования свидетельствуют о существенной положительной динамике всех оцениваемых показателей психического состояния. Полученные различия данных до и после лечения статистически достоверны ( $p < 0,05$ ). Перед лечением состояние пациентов характеризовалось интенсивным нервно-психическим напряжением. После лечения оно расценивалось как детензивное, то есть спокойное. Выраженность астенического синдрома была перед лечением умеренной, после лечения – слабой. Наконец, такой интегральный показатель эмоциональной сферы, как настроение, перед лечением расценивался как сниженный, после лечения – как удовлетворительный.

Результаты лечения пациентов с использованием аутогенной тренировки сравнивались с контрольной группой. При этом пациенты распределялись на 4 группы согласно следующим критериям, предложенным Л. Я. Миссуловиным [19]:

1. Практически здоровая речь (у лечившегося может быть несколько невыраженных речевых судорог в день; такие судороги легко им преодолеваются и не мешают общаться с окружающими людьми в любой обстановке).
2. Значительное улучшение (у заикающегося резко сокращаются количество и тяжесть речевых судорог; в спокойной обстановке больной говорит без заикания; при эмоциональном напряжении речь, как правило, ухудшается, но больной достаточно легко преодолевает эти речевые затруднения).
3. Улучшение (количество и тяжесть речевых судорог несколько уменьшаются; обычно больной испытывает речевые затруднения в ранее трудных для него условиях; эти затруднения не всегда успешно преодолеваются).
4. Без улучшения состояния речи (к этой группе относятся больные, полностью прошедшие курс лечения без видимых результатов).

Сравнительные результаты лечения без применения и с применением аутогенной тренировки (АТ) приведены в таблице 2.

Таблица 2

## Оценка комплексного лечения больных без применения и с применением аутогенной тренировки

Результаты лечения	Количество пациентов (абсолютное и в процентах)	
	Без применения АТ	С применением АТ
Практически здоровая речь	-	4 (1,3%)
Значительное улучшение речи	58 (22,6%)	132 (33,5%)
Улучшение речи	106 (36,1%)	192 (52,7%)
Без улучшения речи	111 (41,3%)	44 (12,5%)
Итого:	275 (100%)	372 (100%)

Как следует из данных таблицы, включение аутогенной тренировки в комплексное лечение заикания привело к заметному повышению итоговой эффективности. Так, прирост числа больных со значительным улучшением речи составлял 11%, с улучшением речи – 16,6%. Существенно, на 28,8% уменьшалось число больных, по отношению к которым лечение не давало результатов. Если суммировать все формы улучшения речи, по прирост таких больных по срав-



нению с контрольной группой составлял аналогичное число – 28,8%. В результате применения аутогенной тренировки итоговую эффективность лечения удалось повысить примерно с 60 до 90 процентов. Различия контрольной и опытной групп по этому показателю являются статистически достоверными по критерию «хи-квадрат» ( $p < 0,05$ ).

Перед выпиской с пациентами проводились индивидуальные заключительные беседы. В ходе бесед было установлено, что большинство участников психотерапевтических сеансов расценивали их как полезные для себя процедуры. Они отмечали стабилизацию текущего психоэмоционального состояния, снижение дискомфортных переживаний, связанных с пребыванием в клинике, формирование позитивной личностной установки на окончательное излечение заикания, готовность к самостоятельным занятиям аутогенной тренировкой в домашних условиях.

Повторные амбулаторные обследования случайной выборки пролеченных пациентов (89 чел.) спустя 6 и 12 месяцев после выписки подтвердили стабильность результатов проведенного стационарного лечения. Обследования показали, что большинство пациентов (80 чел.) продолжали самостоятельные занятия аутогенной тренировкой по освоенной ими программе.

Анализируя результаты проведенной работы, правомерно предположить, что лечебный эффект аутогенной тренировки осуществлялся двумя путями: через улучшение текущего психического состояния (уменьшение признаков невротизации), а также через приобретение конструктивных навыков правильной речи.

В заключение можно сформулировать следующие основные **выводы**:

1. *Использование сеансов психической саморегуляции в комплексном лечении пациентов с заиканием обеспечивает повышение эффективности лечения на 30 процентов.*
2. *Положительный лечебный эффект сохраняется на протяжении одного года по окончании лечения.*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенк Г. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психол. журн. – 1994. – Т. 15, № 4. – С. 3–19.
2. Арутюнян Л. З. Как лечить заикание: Методика устойчивой нормализации речи. М.: Эребус, 1993. 160 с.
3. Белякова Л. М., Дьякова Е. А. Заикание. М.: В. Секачев, 1998. 304 с.
4. Богомолова А. И. Устранение заикания у детей и подростков. М.: Просвещение, 1977. – 96 с.
5. Буль П. И. Основы психотерапии. Л.: Медицина, 1974. 310 с.
6. Васильева З. А., Любинская С. М. Резервы здоровья. М.: Медицина, 1984. 271 с.
7. Давиденков С. Н. Неврозы. Л.: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1960. 272 с.
8. Дьяконов И. Ф., Овчинников Б. В. Аутогенная тренировка. СПб.: Б. И., 2007. 16 с.
9. Заикание / Н. А. Власова [и др.]. М.: Медицина, 1983. 256 с.
10. Захаров А. И. Прозождение и психотерапия детских неврозов. СПб.: Изд-во «Каро», 2006. 672 с.
11. Калягин В. А., Ильина Л. Н. Психотерапевтическая помощь детям с нарушением речи в условиях стационара // Новости оторинолар. и логопатол. – 1988. – № 2. – С. 92–97.
12. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985. 304 с.
13. Кузьмин Ю. И., Коробков Г. А. Оценка тяжести речевых нарушений при заикании: метод. рек. Л. 1991. 14 с.
14. Лагузен Х. Способ излечения заикания. СПб., 1838. 86 с.
15. Лохов М. И., Фесенко Ю. А. Заикание и логоневроз: диагностика и лечение. СПб.: Сотис, 2000. 288 с.
16. Любинская С. М. От заикания к свободной речи. М.: Просвещение, 1970. 80 с.
17. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. с англ. СПб.: «АДИС», 1994. 300 с.
18. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
19. Миссуловин Л. Я. Лечение заикания. Л.: Медицина, 1988. 184 с.
20. Миссуловин Л. Я. Заикание и его устранение. СПб.: ООО «СЛП», 1997. 144 с.
21. Миссуловин Л. Я., Первова В. В. О некоторых приемах самовоспитания и самоотренировки при лечении логоневрозов: Сб. Психическая саморегуляция. Алма-Ата, 1973. С. 217–218.
22. Морозова И. Ю. Как преодолеть заикание. М.: ЭКСМО-пресс; В. Секачев, 2002. 192 с.
23. Некрасова Ю. Б. Сеансы психотерапевтического воздействия и некоторые психические состояния заикающихся // Вопр. психол. – 1980. – № 5. – С. 32.
24. Неткачев Г. Д. Новый психологический способ лечения заикания. Москва, 1911. 65 с.

25. Овчинников Б. В., Дьяконов И. Ф., Лытаев С. А. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. 320 с.
26. Психопатологический диатез / Н. С. Шейнина [и др.]. СПб.: Гиппократ, 2008. 128 с.
27. Психотерапия в дефектологии: Книга для учителя / Б. И. Айзенберг [и др.]. М.: Просвещение, 1992. 128 с.
28. Речь и ее расстройства / С. В. Чермянин [и др.]. СПб., 2005. 87 с.
29. Рожнов В. Е., Драпкин Б. З. Особенности психотерапии детей и подростков: Сб. Руководство по психотерапии. М., 1974. С. 259–272.
30. Селиверстов В. И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия. – М.: ВЛАДОС, 2000. 208 с.
31. Сикорский И. А. О заикании. С.-Петербург, 1889. 124 с.
32. Соловьева Е. Н. Путь к преодолению заикания. Система занятий. М.: Детство-Пресс, 2002. 112 с.
33. Тартаковский И. И. Психология заикания и коллективная психотерапия М., 1934. 114 с.
34. Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. М.: ООО «Мед. Информ. Агентство», 2007. 784 с.
35. Тяпугин Н. П. Заикание. М.: Медицина, 1960. 324 с.
36. Шкловский В. М. Психотерапия в комплексной системе лечения заикания: Сб. Руководство по психотерапии. Ташкент: Медицина, 1979. С. 400–420.
37. Шкловский В. М., Кроль Л. М., Михайлова Е. Л. Методы групповой психотерапевтической работы с больными, страдающими заиканием: метод рек. М. 1985. 46 с.
38. Шкловский В. М. Заикание. М., 1994. 248 с.
39. Шостак В. И., Лытаев С. А. Физиология психической деятельности человека. СПб.: Изд-во «Деан», 1999. 128 с.
40. Щетинин М. Н. Дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой. М.:

**УДК: 616. 281-008. 1:616. 001**

## **ПЕРИЛИМФАТИЧЕСКИЕ ФИСТУЛЫ ЛАБИРИНТА КАК ПРИЧИНА КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ МИННО-ВЗРЫВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ С. В. Егоров**

*ФГУ 3-ий Центральный военно-клинический госпиталь  
им. А. А. Вишневого МО РФ*

*(Начальник – полковник м/с, канд. мед. наук С. А. Белякин)*

*Под наблюдением находится 115 больных мужского пола в возрасте от 26 до 45 лет, получивших минно-взрывные поражения головного мозга, звукового и вестибулярного анализаторов и поступивших для реабилитации спустя различные сроки (от 3 мес. до 1года и более) после травмы. Нарушение слуха диагностировано у 100% больных, вестибулярная дисфункция – в 44% наблюдений. Перилимфатические фистулы лабиринта как причина кохлео-вестибулярных расстройств выявлена у 38 больных (49%). Комплексное лечение (медикаментозное, физиотерапия, операция) эффективно у подавляющего большинства пораженных. Реабилитация обязательна вне зависимости от сроков, прошедших с момента боевой травмы.*

**Ключевые слова:** *фистула лабиринта, кохлео-вестибулярное расстройство, минно-взрывная травма.*

**Библиография:** *25 источников*

*We report the follow-up of 115 male patients (age 26–45) with post-explosive injuries of the brain and impairment of hearing and vestibular functions. The time interval from the trauma until the beginning of beginning of rehabilitation process varied from 3 months to >1 year. Hearing was impaired in 100% patients, whereas vestibular disfunction was diagnosed in 44% cases. In 38 patients (39%) perilymphatic fistulae were the cause of cochleovestibulopathy. Treatment including surgery, pharmacological drugs and pharmacological drugs and physiotherapy was efficient in the majority of patients. We conclude that rehabilitation procedures are mandatory regardless of the longevity of post-trauma period.*

**Keywords:** *fistula of labyrinties, cochleovestibulopathy disfunction, trauma.*

**Bibliography:** *25 sources.*