

# Арутюнян Л.З. Как лечить заикание: Методика устойчивой нормализации речи

## Оглавление

### ПРЕДИСЛОВИЕ

#### 1. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕОРИИ

#### 2. ДЕСТАБИЛИЗАЦИЯ УСТОЙЧИВОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

#### 3. СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ЗАИКАНИЯ НА ОСНОВЕ СИНХРОНИЗАЦИИ РЕЧИ С ДВИЖЕНИЯМИ ПАЛЬЦЕВ ВЕДУЩЕЙ РУКИ

#### 4. ОСОБЕННОСТИ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ЗАИКАЮЩИХСЯ И СПОСОБЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

#### 5. КОРРЕКЦИЯ ЛИЧНОСТИ И НОРМАЛИЗАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В ПРОЦЕССЕ РАБОТЫ НАД РЕЧЬЮ

#### 6. КОРРЕКЦИОННО - ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ БЕСЕДЫ И ОПОРНЫЕ СИГНАЛЫ

#### 7. ПРОБЛЕМА РЕЦИДИВОВ И КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЯ

#### 8. ОБЩИЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ МИКРОКУРСЫ

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

## ПРЕДИСЛОВИЕ

До сих пор заикание считается трудно излечимым, постоянно рецидивирующим недугом. Есть отдельные специалисты, получающие высокие результаты, но их работа буквально на грани искусства. Методики же устойчивой нормализации речи, доступной широкому кругу логопедов, фактически не существовало.

Между тем, в результате длительного поиска появилась уверенность, что такая методика реально может быть создана, сейчас уже отчётливо обозначились её общая структура и многие элементы. Появились первые обнадеживающие результаты её практического применения. Однако есть и тревожные сигналы, свидетельствующие о том, что отдельные элементы методики распространяются среди логопедов, но используются изолированно, в отрыве от целого и со значительными искажениями.

Всё сказанное определило настоятельную потребность написания этой работы.

Желание сделать методику открытой для усвоения логопедами практиками заставило остановиться на выборе данной формы изложения лекции и беседы, с тем чтобы каждый приём был осмыслен не только с позиции «что делать», но и «как делать» и «для чего». Не может заикающийся активно действовать, а логопед ему в этом успешно помогать, не понимая смысла и назначения каждого отдельного приёма, входящего в комплекс.

Теперь немного истории. 1960 год. Я логопед поликлиники и среди прочих дефектов речи должна корригировать заикание. Но, несмотря на все старания, помочь таким пациентам не могла. Помню ощущение стыда и бессилия, тяжёлую, безрадостную работу логопеда и заикающихся. Моментом, изменившим всё, была газетная публикация: в Харькове психотерапевт К.М.Дубровский ведёт сеансы императивного внушения по снятию заикания. Через полгода стала слушателем курсов, организованных К.М.Дубровским. Первый же проведенный им сеанс полностью изменил моё отношение к этому дефекту: люди, которые до того не могли произнести почти ни одного слова, свободно говорили. С этого времени во мне возникла и осталась убежденность в том, что заикающихся можно излечить. К.М.Дубровский стал моим учителем, он зажёл огонёк творчества, поддерживал, с ним я обсуждала свои первые результаты.

Началась практическая работа. Непосредственные результаты были хорошими. Не верилось, что заикание когда-нибудь может вернуться. Однако, у многих пациентов впоследствии в разной мере речь ухудшалась. Стало ясно, что метод императивного внушения даёт значительный первичный эффект, но не гарантирует от рецидивов. Поиски были продолжены.

Через несколько лет к методу императивного внушения мною была добавлена равнометричная послоговая речь. Использование послоговой речи стало важным элементом предложенной нами комплексной системы лечения заикания, сложившейся к 1965 году.

В рамках этой методики был опробован целый набор других приёмов коррекции заикания. Многие из них были существенно переработаны, некоторые предложены заново: звукоусиление (85), аппараты АИР (86,2), электронные метрономы, фонофотостимуляция (6, 7)).

Казалось, всё продумано. Есть возможность убрать судороги, предложен полный стиль произношения, позволяющий безболезненно перейти от слога к обычной речи. Предусмотрен и комплекс приёмов работы над личностью, диспансерное наблюдение для закрепления достигнутых результатов. Положительные результаты действительно были (60 процентов нормализованной речи сразу после прохождения курса и 40 процентов отдалённые). И всё же эти результаты нас не удовлетворяли. Методика постоянно усложнялась, в неё вводились новые, всё более эффективные приёмы. Вначале они помогали, но потом становилось ясно, что кратковременное улучшение достигалось не благодаря их обоснованности, а главным образом за счёт психотерапевтического влияния, за счет веры логопеда и пациента в новый прием. Становилось ясно, что

нужно радикально менять методику. Продолжался поиск новых приемов и осмысление допущенных ошибок. Рассмотрим некоторые из них, возможно, наш отрицательный опыт будет полезен другим логопедам.

Одна из крупных ошибок: «родительская» позиция по отношению к заикающимся, чрезмерная опека, лишаящая их столь необходимой инициативы и самостоятельности. Это назидательные беседы, попытки дать пациентам готовые рецепты поведения и находить за них выход из всякого трудного положения. Такая позиция логопеда исключала возможность перестройки личности с помощью собственных усилий и лишала пациентов ответственности за положительные или отрицательные результаты.

2. Ошибочным было и отношение к страхам речи. Обычно работа по преодолению логофобии начиналась с того, что мы убеждали пациента в его способности справиться с этим страхом. Проводились беседы, в которых шел разговор о сильных людях, сумевших преодолеть страдания. Такие беседы, играя активизирующую роль, часто приводили к отрицательным последствиям, к ненужному «геройству». Без настоящей готовности к речи заикающиеся не могли долго удерживаться на подобном подъеме, неминуемо наступал спад со сниженным настроением, страхами, поколебленной верой в успех и мыслями о собственной неполноценности:

«Я должен не бояться многие это могут; я не могу, следовательно, я хуже других». Призыв к бесстрашию зачастую только развил страх и бессилие.

Сейчас в борьбе со страхом выбирается иной путь: «Ваш страх - страх разумного человека за себя. Он основан на стремлении скрыть дефект. Как только вы открыто заявите о своем желании излечиться и начнете говорить без речевых судорог, не останется реальных оснований для страха и он исчезнет». И они убеждались в справедливости этих слов на собственном опыте.

Часто заикающиеся не решались причинить себе душевную боль, которая неизбежна при лечении этого недуга, и мы порой из сочувствия соглашались с ними. Нам представлялось гуманным «войти в положение», «пожалеть». Но тем самым мы вселяли в них ложную надежду, что путь к выздоровлению можно пройти легко, без боли. Сейчас нам понятно, что нужно быть предельно требовательным. Каждый лечащийся должен понять логику метода, сделать сознательный выбор и пройти свой путь до конца. Ряд ошибок вызывался тем, что с самого начала не были четко определены критерии здоровья. Каждый небольшой шаг к нему воспринимался как полная победа. Теперь мы представляем себе основной курс как бы работой на тренажере, подготовкой к ответственной самостоятельной работе в домашних условиях. Ведь заикание нарушение коммуникации, а действительное восстановление функции общения возможно лишь в реальной жизни.

В течение долгих лет параллельно с практической работой проводилось исследование теоретических проблем заикания.

В основу методики была положена концепция Н.П.Бехтеревой об устойчивом патологическом состоянии. Это в корне изменило подход к лечению данного заболевания, поставило его на твердые теоретические рельсы.

Новое распределение ролей между логопедом и пациентом заставило отказаться от сеанса императивного внушения, ибо на первый план выступили активизация сил самого заикающегося, раскрытие его внутренних возможностей и формирование страстного желания излечиться.

*Краеугольным камнем новой методики стал предложенный нами способ лечения заикания, основанный на синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки, диктующей ритмико-интонационный рисунок фразы. Будучи универсальным, этот способ позволяет решать одновременно несколько важных задач, связанных как с исправлением просодической стороны речи, так и с коррекцией личности заикающихся.*

Важным явилось осознание того, что у заикающихся в процессе коммуникации патологически изменено функциональное состояние. Возникло представление о «древе заикания», были выделены его основные корни (триада заикания), определены направления коррекционно-воспитательной работы, необходимой для «отрыва» от заикания. В методику вошли приемы постановки голоса, формирования интонации, опорные сигналы и пр. Так она приобрела необходимую завершенность, целостность и единство. Повысилась и эффективность работы. Непосредственные результаты достигли 90-100 процентов полностью нормализованной речи, отдаленные не менее 70 процентов. У ряда логопедов уже появляются группы, в которых нет ни одного случая ухудшения речи через год после лечения. Есть положительный опыт работы по этой методике с переводчиком при лечении иноязычных пациентов. Это служит ещё одним доказательством того, что в данном случае «работает» методика, а не личность логопеда. С самого начала формирования новой методики большое внимание уделялось адаптации её для работы с детьми. Мы рассчитываем посвятить этому вопросу отдельную книгу, а сейчас можно отметить только, что методика адаптирована и успешно применяется в ряде дошкольных учреждений для коррекции заикания у детей 5-6 лет.

Хотелось бы остановиться на бытующем среди логопедов мнении, что «большое число заикающихся не поддаётся терапии и нарушение у них персистирует на протяжении всей жизни» (97). Это мнение получило широкое распространение на Западе, где существуют даже общества заикающихся, целью которых является их адаптация к окружающему миру, а девизом фраза: «Для нас нет выбора заикаться или не заикаться, но мы можем выбирать, как заикаться». Это мнение разделяется и частью отечественных специалистов, выделяющих особые формы заикания, для которых «можно прогнозировать отсутствие выраженных эффектов терапии» (52).

Со всей определенностью мы должны подчеркнуть, что в нашей практике не встречались формы не излечиваемого заикания. Более того, иной раз тяжёлые формы этого недуга излечивались легче и надёжнее, чем лёгкие. Видимо, успех в этом случае объяснялся более мощным волевым посылом, большей «потребностью» в излечении.

Предлагаемая вниманию специалистов методика ориентирована на широкое использование в логопедической практике. Однако её успешное применение требует довольно высокой подготовки в сочетании с талантом сопереживания, интуиции, тактом и умением находить индивидуальный подход каждому пациенту. Считаю приятным долгом выразить благодарность за помощь в работе над книгой М.А.Арутюняну, Е.З.Лейбову, Н.Е.Рабкиной, а также своим коллегам с кафедры логопедии Самарского педагогического института, из Речевого центра в Самаре и из ряда дошкольных учреждений Самары и Москвы за ценные советы и участие в практической апробации методики.

## 1. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕОРИИ

В настоящее время, благодаря многочисленным исследованиям, сложились определенные взгляды на природу речевых нарушений и источники возникновения заикания. Однако, несмотря на существование разнообразных гипотез, до сих пор еще нет целостного представления о данном дефекте и законченной теории, которая могла бы объяснить его причины и центральные механизмы.

Касаясь функции речи, еще академик А.Ухтомский указывал, что «нормальная речь человека представляет собой результат работы многих пространственно разграниченных образований мозга. При сложной функциональной структуре этого центрального механизма особое значение имеет согласованная работа всех компонентов системы по временному фактору» (103). А.Лурия также подчеркивал значение такой временной согласованности, нарушение которой может привести к различным дефектам речи (68,69).

Н. Жинкин, отмечал, что при заикании нарушается саморегулировка системы речи (55,56). Аналогичные взгляды высказывались и другими учеными (36,46,87,4,3)

В русле этих представлений мы выдвинули гипотезу, что основой возникновения речевых неплавностей при заикании является нарушение внутренней синхронизации естественного речевого цикла, которое может быть вызвано искажениями в передаче или обработке сигналов обратной связи.

В пользу предлагаемой гипотезы свидетельствуют также многочисленные случаи улучшения речи людей, страдающих заиканием, при использовании внешней синхронизации (звуковые или тактильные метрономы, сопряженная речь и т.д. (71,95)

Примечательно, что обеззвученная, «губная» речь у самых тяжелых заикающихся также свободна от судорог.

Приведенные данные дают основание считать, что возникновение речевых судорог на детальном (физиологическом) уровне обусловлено нарушениями в слуховом канале обратной связи. Однако это положение нельзя воспринимать слишком прямолинейно. Существуют ситуации, когда у заикающихся не возникают спазматические задержки; многие из них практически не заикаются, когда говорят в одиночестве, вне акта коммуникации. Можно предположить, что нарушения в слуховом канале обратной связи происходят на фоне определенного эмоционального состояния. Тем не менее, сам факт выделения подобного «дефектного» канала является принципиальным, так как заставляет нас при коррекции заикания обращаться к другим - «сохранным» анализаторам и каналам обратной связи. В частности, нами предложен и апробирован на практике метод коррекции заикания, основанный на синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки, диктующими ритмико-интонационный рисунок фразы. Этот способ позволяет получить естественную, интонационно окрашенную речь практически у всех заикающихся.

Принципиально важно понять механизм фиксации дефекта. Раньше мы связывали его преимущественно с формированием памяти о первом речевом спазме, зафиксированном одномоментно на фоне сильного эмоционального стресса, или постепенно, на фоне отстающего речевого онтогенеза (7).

Однако если исходить из такого предположения, то трудно найти ответ на целый ряд вопросов. Почему многие заикающиеся говорят плавно, когда остаются одни? Почему при проведении сеанса гипноза речь нормализуется не у всех? С чем связаны столь значительные изменения тяжести моторных проявлений в зависимости от ситуации?

Можно предположить, что в долговременную память записывается фоновая активность центральной нервной системы функциональное состояние (ФС), соответствующее эмоциональной напряженности или стрессу в момент возникновения речевой неплавности. Именно ФС, будучи извлеченным из долговременной памяти при коммуникации, вызывает нарушение саморегулировки системы речи и, как следствие, новую речевую неплавность.

Степень системного нарушения работы мозга, с одной стороны, и уровень изменения ФС с другой, определяют тяжесть моторных проявлений заикания в момент его возникновения. В дальнейшем на изменение ФС могут влиять различные экзогенные и эндогенные факторы (болел, торопится, возникли волнующие обстоятельства и т.д.), от чего в значительной степени зависит выраженность заикания в каждый момент для данного индивидуума.

Когда возникает фиксация на дефекте, эмоциогенным становится сам акт речи. Уже одна мысль о необходимости говорить изменяет ФС, а с ним и саму речь. Со временем у каждого заикающегося складывается своя иерархия коммуникативных трудностей и в конечном счете он как бы сам конструирует конкретные проявления своего дефекта.

Уместно в этой связи вспомнить слова П.К.Анохина: «Извлечение прошлого опыта из памяти происходит по той же нейрохимической трассе, по которой этот опыт был зафиксирован в момент его приобретения»(20).

Сказанное позволяет понять многие парадоксальные черты заикания, лишает его ореола «загадочной болезни». Становится ясным, например, почему школьник, свободно говорящий на перемене, тяжело заикается на уроке, а человек, только что не испытывавший затруднений при разговоре с приятелем, не может сказать без запинок двух слов в ответ прохожему. И напротив, почему заикание, возникшее, скажем, навыходе из безречья, слабо зависит от внешних обстоятельств, хотя и усугубляется при появлении эмоционального напряжения.

Обсудим теперь, важное для нас понятие «функционального состояния». Мы уже говорили, что любая деятельность человека, в том числе речевая, проходит на фоне функционального состояния (ФС), отражающего фоновую активность центральной нервной системы.

Известно, что эмоциональное напряжение, возникающее в связи с теми или иными обстоятельствами, изменяет ФС и тем самым оказывает влияние на деятельность человека.

Э.Л.Носенко (80) выделяет три группы реакций, характерных для состояния эмоциональной напряженности:

возникновение тревожности (беспокойства, подавленности, страха, отчаяния); изменение моторноповеденческих реакций (появление тремора рук, мускульного напряжения и т.п.); изменение в характере протекания мыслительных процессов и в организации интеллектуальной деятельности (ухудшение памяти, снижение пластичности мышления, работоспособности, рост количества ошибок).

В наибольшей степени страдают сложные действия: проявляется неспособность к воспроизведению слабо тренированных навыков и, наоборот, склонность переходить к закрепленным в прежней практике стереотипам. Характерно отсутствие гибкости поведения.

При состоянии эмоциональной напряженности имеет место изменение биоэлектрической активности мозга и физиологических показателей организма (частоты сердечных сокращений, частоты и глубины дыхательных движений, АД и т.д.) (92).

Приведем еще наблюдения Э.Л.Носенко (80) о влиянии эмоциональной напряженности на речь нормально говорящих людей. Замечено, что она приобретает аффективную окраску, независимо от степени значимости темы для говорящих. Такая речь отличается отсутствием соотнесённости семиотических процессов (мыслей и чувств), своеобразным рассогласованием плана выражения и плана информативно-смыслового содержания высказывания. В силу типичных затруднений в формировании мыслей и выборе слов сравнительно короткие отрезки речи чередуются с длинными паузами, снижается общий темп речи. Латентный период реакции на реплику собеседника заметно сокращается у лиц возбудимого типа и возрастает у лиц тормозного типа. Резко увеличивается количество слов паразитов, заменителей молчания, появляется множество ошибок синтаксического согласования языковых единиц парафазий. Неустойчивость возникающего намерения ведет к большому числу логически не завершенных фраз. Усиливается смазанность произношения и учащаются ошибки антиципационного происхождения. Нарушается речевая плавность на самом низком, актуально не осознаваемом уровне моторной реализации высказываний. На уровне слога появляются повторы типа заикания в среднем 815 на каждые 100 слов.

Многие из перечисленных нарушений постоянно имеют место у заикающихся, усугубляясь тем, что у них любой акт коммуникации вызывает эмоциональное напряжение. Значимость речевого акта при этом нередко бывает более высокой, чем значимость ситуации. Постепенно состояние эмоциональной напряженности (и соответствующее ему ФС) в процессе общения приобретает хронический, а следовательно, патологический характер.

На основании сказанного можно считать, что у заикающихся при коммуникации патологически изменяется функциональное состояние и что само заикание во многом есть затянувшийся дистресс.

Таким образом, заикание это не только речевые судороги, а гораздо более глубокое явление, захватывающее ряд функциональных систем организма и существенно искажающее их работу. Речевые судороги служат лишь исходным моментом этого дефекта. Постепенно заикание обрастает невротическими комплексами, которые, в свою очередь, утяжеляют речевые нарушения, образуя порочный круг. Оно не сводится к простой арифметической сумме речевых (моторных) и психических (личностных) нарушений, а представляет собой качественно новый феномен. В соответствии с концепцией Н.П. Бехтеревой, его можно охарактеризовать как устойчивое патологическое состояние (УПС).

Вне зависимости от того, как мы объясняем себе центральный механизм появления речевых судорог с момента фиксации дефекта, заикание живёт уже своей собственной жизнью: «Приспособление индивидуума к существованию с его изменившимися внутренними условиями происходит не путем восполнения поражённых звеньев из резерва мозга, а за счет формирования нового гомеостаза, нового устойчивого состояния, обеспечивающего оптимально возможную в условиях болезни адаптацию к среде. Оно формируется при перестройке активности очень многих систем и структур мозга, в том числе исходно не поражённых» (24).

Представление о заикании как устойчивом патологическом состоянии изменило наше отношение к методам лечения, к рецидивам заикания и его прогнозу. Как отмечает Н.П.Бехтерева, «условнокомпенсаторные реакции мобилизуются соответствующей матрицей долговременной памяти при любой попытке изменить это состояние» (24). Отсюда и сложность преодоления УПС.

Со временем происходит «включение дополнительных систем и структур формирование вторичного устойчивого патологического состояния, еще более далекого от нормы» (24). Можно предположить, что вторичное УПС складывается в результате постоянного гиперактивного подключения лимбических структур к акту вербальной коммуникации. Именно поэтому сами заикающиеся воспринимают свой дефект в основном не как судорожные проявления, а как состояние постоянной тревоги во время речи (тяжесть произнесения слов, стеснение в груди и т.п.). Возможно, по той же причине они чаще всего используют во время общения верхний голосовой регистр. По нашему мнению, с момента активного подключения лимбических структур к речи заикание становится трудно обратимым.

Речевые судороги и обусловленные ими психологические изменения у заикающихся, сформированные в течение долгих лет жизни, ведут себя как целостная система, которая стремится к самоподдержанию и самовосстановлению.

В 1913 г. Г.Д.Неткачев в своей книге «Новый психологический способ лечения заикания» представлял этот дефект в виде дерева, корни которого страхи и навязчивые мысли, а судороги это как бы ствол. Образное представление заикания в виде дерева кажется нам удачным. Однако само по себе дерево мы видим несколько иначе с более развитыми корнями, многими ветвями и обширной кроной.

Ростки заикания, на наш взгляд, первые речевые судороги. Они могут появляться сразу и мощно вслучаях, когда их причина психотравма, или постепенно подкрадываться, если они развиваются на фоне отстающего речевого онтогенеза и неблагоприятных условий микросоциальной среды. Такое заикание еще легко обратимо.

Мы это неоднократно наблюдали в своей практической работе, это же подтверждает ряд авторов (21,22,42). Отмечается, в частности, что на ранней стадии развития дефект более чем в 50% случаев проходит спонтанно.

Впоследствии речевые судороги становятся одним из мощных корней заикания. Второй корень появляется когда судороги начинают объединяться с чувством беспокойства, которое возникает вместе с актом речи. Такое состояние детьми долго не осознается и проявляется в виде возрастающих капризов, беспокойного сна, плохого настроения. Это момент фиксации дефекта. Осознание факта заикания происходит в разном возрасте, иногда очень рано. Вместе с осознанием недуга появляется его третий корень желание скрыть дефект. Корни заикания рождают ствол страх речи, который, правда, не всегда коррелирует с тяжестью моторных проявлений.

Постепенно «страх как система образов боязливое самочувствия начинает составлять основу личности больного» (78).

Однако вернемся к корням. Повторяясь в течение длительного времени, спазматические задержки продолжают свою разрушительную работу. Они ломают темп и ритм речи. Нарушается психологическое и синтагматическое паузирование. Как всегда при устойчивом патологическом состоянии, многие системы организма начинают работать на болезнь. Обездвиженность заикающихся, внутренняя закрепощенность ломают интонацию, из речи исчезает подтекст. Меняются поза, взгляд, возникает состояние физического напряжения во время речи. В течение многих лет заикания формируются своеобразные мышечные ощущения. Мышцы помнят и хранят тревогу, которая постоянно во время речи сопровождает заикающихся, хотя часто они сами ее не осознают. Эти внутренние ощущения убыстряют темп речи, рождают суетливость. Появившиеся уловки могут исказить грамматический строй речи. Речь разрушается настолько, что затрагивается даже ее минимальная единица синтез слога (55). Все это ростки основного корня и боковые побеги дерева заикания. Плоды его патологическая личность со значительными вторичными психологическими наслоениями, ведущими к социальной и трудовой декомпенсации и мешающими ее гармоническому развитию (см. приложение 6, рис. 2).

Переходя к вопросам лечения, остановимся на некоторых общих принципах, которые должны быть учтены в методике коррекции заикания.

1. Прежде всего необходимость комплексного подхода к лечению заикания. Под комплексностью мы понимаем не просто сочетание терапевтических, логопедических и психотерапевтических приемов, а одновременное воздействие на весь спектр нарушений, образующих в совокупности целостную структуру, стремящуюся к самоподдержанию и самовосстановлению. Нужно уничтожить все «дерево заикания», не оставив ни одной «ветки», ни одного «корешка» – отрубить, выражаясь словами Г.Д. Ухтомского, все «хвосты доминанты».

2. Отправляясь от концепции заикания как УПС, мы считаем, следуя рекомендациям Н.П. Бехтеревой, что в начале лечения необходим этап дестабилизации УПС.

3. Вместе с дестабилизацией должна вестись работа по формированию нового речевого стереотипа, необходим мощный отрыв от заикания. Здесь нужно найти правильную точку приложения сил. Такой точкой, по существу, центральным звеном в цепочке речевых и личностных нарушений представляется триада, которую образуют: а) речевые судороги; б) желание скрыть их, рождающее страх речи; в) чувство постоянной тревоги в связи с актом речи. Отрыв от заикания только тогда протекает успешно, когда мы действуем сразу по всем трем направлениям.

4. Полностью восстановить у заикающихся нарушенную коммуникативную функцию речи можно только в процессе нормального естественного общения. Из этого следует несколько неожиданный вывод, что главный этап лечения заикания начинается, когда больной после окончания интенсивного двухнедельного курса терапии уходит из логопедического кабинета (где он как бы работал на тренажере) в реальную жизнь. Наша же роль в данном случае сводится к тому, чтобы, опираясь на профессиональные знания, указать заикающимся дорогу, следуя которой можно надеяться на успех.

После отрыва от заикания, который продолжается несколько месяцев, мы сосредотачиваем усилия на укреплении нового устойчивого состояния, постоянной шлифовке речи, расширении функциональных тренировок, дальнейшей отработке элементов общения.

И только тогда, когда, новый речедвигательный навык автоматизирован а отношения с окружающими нормализованы, появляется новое устойчивое состояние, нормальное или близкое к норме, и можно считать, что заикание ушло навсегда.

## 2. ДЕСТАБИЛИЗАЦИЯ УСТОЙЧИВОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Как мы выяснили в предыдущей главе, этиология заикания связана с возникновением устойчивого патологического состояния (УПС), Из опыта школы академика Н.П.Бехтерева по использованию нейрофизиологических методов борьбы с устойчивым патологическим состоянием следует вывод о необходимости дестабилизации, разрушения этого патологического состояния путём стирания соответствующей матрицы в долговременной памяти и последующего создания новых связей, приводящих нарушенные процессы к норме.

Н.П.Бехтерева указывает два основных пути преодоления устойчивого патологического состояния. При первом «лечение направлено на снижение общего уровня функционирования мозга или его отдельных систем». (Примером такого подхода может служить медикаментозное лечение). Однако в этом случае происходит только частичное стирание матрицы УПС в долговременной памяти, что может провоцировать рецидивы заболевания.

Второй путь предполагает активизацию возможностей мозга и последующую адаптивную перестройку за счет включения его неиспользованных резервов для достижения нового устойчивого состояния, более близкого к норме. На начальном этапе лечение должно быть направлено на разрушение патологических связей в мозгу важнейшего компонента УПС.

Одним из наиболее эффективных методов, использующих подобное воздействие для лечения заикания, является групповой сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии с элементами императивного внушения по К.М.Дубровскому (48).

На наш взгляд, эффективность сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии с использованием императивного внушения в бодрствующем состоянии определяется местом сеанса в рамках целого курса, Само по себе проведение такого сеанса не может гарантировать устойчивого излечения заикания. Этот факт общепризнанный. Проблема, как известно, заключается в том, как закрепить и развить благоприятные личностные изменения и на их фоне выработать у заикающихся речевой навык, действительно устойчивый к стрессовым воздействиям. Возможности сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии велики и далеко не исчерпаны. Однако проведение его требует высокого профессионального мастерства и недоступно широкому кругу специалистов логопедов, непосредственно занятых коррекцией заикания. В силу этого, а также руководствуясь принципиальными соображениями о роли личности заикающегося в лечебном процессе, мы искали для новой методики иные способы дестабилизации УПС, которые позволяли бы вызвать у пациентов состояние эмоционального шока без обращения к средствам суггестии.

Анализируя собственный многолетний опыт проведения таких сеансов, мы пришли к пониманию того, что чаще всего заикающиеся идут на сеанс, как на священнодействие, ожидая от логопсихотерапевта едва ли не чуда. Многие из них надеются при этом, на силу личности специалиста, на помощь со стороны. Психотерапевт становится в этом случае «дающим», «богом», возвышаясь над пациентами, а они остаются ведомыми, принимающими желанный, но непознанный дар. Роль ведомого, как правило, не дает заикающимся возможности до конца осознать, каким образом во время сеанса им становится доступной незаикливая речь. Они не властны над тем, чтобы самостоятельно вызвать подобное психическое состояние, лишая пациентов подлинной независимости, мы в известной степени объективно обесцениваем и их первую победу над заиканием.

Более продуктивный нам кажется другая стратегия отношения с заикающимися, когда с самого начала лечения мы относимся к как к полноценной личности, как людям, способным, сознательно преодолевая страдания, изменить себя, научиться самостоятельно решать свои проблемы. Заикающиеся в этом случае становятся активными, равноправными участниками коррекционной работы, которая превращается в продуктивное сотворчество. «Мы строим дом по Вашим чертежам», - говорят они.

Эти соображения заставили нас отказаться от сеанса императивного внушения и привели к новой методике дестабилизации УПС на начальном этапе лечения заикания, которая активизирует внутренние резервы самих заикающихся. Мы стремимся, активизируя внутренние резервы самих заикающихся. В нашем случае качественный перелом в лечении достигается путем быстрого и неуклонного наращивания эмоционального напряжения при полном и глубоком осмыслении заикающимися всего происходящего. Начальный период дестабилизации УПС длится три дня. Из них первые два совмещаются с подготовительным этапом, во время которого производится педагогическое обследование заикающихся. (Медицинское заключение они получают предварительно). Кроме того, в эти дни логопед проводит индивидуальную установочную беседу с каждым пациентом. Одна из главных целей такой беседы формирование у заикающихся «установки на

выздоровление». Усилия логопеда должны быть направлены на то, чтобы с самого начала превратить больного в своего союзника в борьбе с недугом. Пациент должен твёрдо знать, что-либо он со всей энергией включается в лечение, либо становится тормозом для себя самого и для группы.

Положительный эффект установочной беседы во многом связан с тем, что уже в первый день лечения мы стремимся устранить у пациентов дефицит информации о заикании и связанные с ним отрицательные эмоции. Мы достаточно подробно, в доходчивой форме знакомим их с нашими представлениями о центральных механизмах заикания и причинах возникновения речевых судорог. В общих чертах рассказываем об используемом нами способе лечения, основанном на синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки.

Следующий шаг беседы формирование у пациентов представления о заикании как устойчивом патологическом состоянии.

Наша задача уже в первый день лечения сообщить заикающимся пусть не детальную, но целостную и понятную картину их недуга его схему, рабочую модель, знакомство с которой призвано лишить феномен заикания покрова непознанности, пугающей неизвестности, фатальности в глазах пациентов.

Во время индивидуальной беседы, воспроизводя вместе с заикающимися эмоционально значимые ситуации их жизни, воспоминания, связанные с речевыми неудачами, трудностями общения, мы помогаем увидеть их под новым углом зрения в свете новых сведений о дефекте, полученных пациентами.

Форма проведения первой беседы не носит раз навсегда определённого характера. Здесь противопоказаны всякие штампы. Каждый раз, в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, мы по-новому выстраиваем диалог. В то же время разговор проходит через ряд принципиально важных этапов,

В том случае, если пациент уже лечился раньше, мы анализируем вместе с ним причины прежних неудач, снова возвращая внимание пациентов к понятию УПС.

Мы не скрываем от заикающихся предстоящих трудностей, честно отвечаем на все вопросы, считая, что нужен «прямой разговор» с пациентами, к которому призывал еще Г.Д.Неткачев, уделяя большое внимание созданию благоприятной, доверительной атмосферы разговора. Мы практически не ограничиваем беседу во времени. Пациент видит, что идет неформальный диалог, что нам интересен он сам, как личность, а не факты биографии «одного из заикающихся». В установочной беседе нельзя призывать к лечению. Лечащиеся должны сами оценив все минусы (и плюсы!) заикания и предстоящего лечения, сделать самостоятельный выбор.

Объективная информация о дефекте помогает заикающимся сделать сознательный выбор в пользу лечения, Фактически уже начинается процесс дестабилизации УПС.

После первой беседы заикающиеся получают домашнее задание: живо и ярко ретроспективно вспомнить все ощущения, связанные с заиканием, отдельные запечатленные памятью картины (метод «опрокидывания в прошлое»). Пройдя таким образом путь от сегодняшнего дня к детству и отметив на этом пути страхи, навязчивые мысли, уловки, заикающийся должен подробно описать все это на страницах дневника. Самостоятельная работа с дневником занимает практически весь второй день. Эта работа также, по существу, находится в русле работ по дестабилизации УПС.

Следующее занятие мы условно называем «днем дестабилизации».

Первое групповое занятие с заикающимися в какой-то мере напоминает работу в психотерапевтической группе. Члены группы не предупреждаются заранее о ходе предстоящего занятия. В помещении, где оно проводится, желательно присутствие лиц, ранее прошедших лечение, родителей или друзей больных. Это усиливает эмоциональные реакции пациентов.

Заикающиеся содятся в общий круг так, чтобы видеть друг друга. Их речь будет записывается на видеокамеру. Мы просим всех членов группы во время записи смотреть на говорящего, обращая внимание на позу, взгляд, манеру поведения, и запомнить свои впечатления. Каждый сообщает свои автобиографические данные, читает, пересказывает несложные отрывки художественных текстов.

В этой обстановке заикающиеся, которым приходится говорить перед камерой, испытывают характерные затруднения и прибегают к привычным уловкам, желая скрыть свой недостаток. После конца записи, мы просим участников группы поделиться впечатлениями - нарисовать «коллективный портрет» заикания. В «коллективном портрете», как в зеркале, каждый увидит самого себя таким, каков он есть на самом деле, каким он всегда видится другими, несмотря на уловки.

Каждый понимает, что всё происходящее относится к нему лично. Опираясь на суждения членов группы, мы вместе приходим к общему выводу: скрыть заикание невозможно, оно всегда проявит себя внешне не только в виде запинок и судорог, но и во взгляде, мимике, позе, манере поведения человека.

К следующему этапу мы приступаем без всяких предварительных пояснений. Это – показ группе видеозаписи, где каждый увидит себя на экране. Чаще всего заикающиеся никогда не слышали себя со стороны, тем более не видели, как они выглядят в момент речи. Следя за демонстрацией речи товарищей, каждый тешил себя иллюзией, что лично он выглядит по иному, производит хоть сколько-нибудь менее тягостное впечатление. Ведь заикающиеся, привыкли воспринимать свой дефект в основном как ощущение тяжести произнесения слов. Увидев себя на экране, они открывают для себя заикание с неожиданной стороны. Это новое, безрадостное открытие переживается остро, глубоко эмоционально. Растет критическое отношение пациентов к дефекту, исчезает неведение, ограждающее их от суровой правды.

Подсознание никак не хочет принять себя в таком плачевном виде. «Может быть, давно стоило мне себя показать. Теперь все точки над «и» поставлены», так пишет в дневнике заикающаяся Т.К. 26 лет.

Мы проводим пациентов через душевную боль сознательно, чтобы выработать у них новое отношение к заиканию, а главное усилить эмоциональное напряжение в группе. Во время проведения такой работы сколько-нибудь развернутые комментарии нецелесообразны. Любая попытка подчеркнуть значимость происходящего может неожиданно снизить эмоциональное напряжение, на котором основан процесс дестабилизации УПС

Далее, используя дневниковые записи заикающихся, их первый опыт реального осмысления своего состояния, мы продолжаем, погружаясь в проблему, усиливать эмоциональное напряжение в группе. Кроме того, дневники позволяют увидеть основание всего «здания» заикания «внутреннее заикание».

Перед тем как приступить к чтению дневников, мы спрашиваем на это разрешение пациентов. В атмосфере, рожденной началом дестабилизации, редкий заикающийся запрещает огласить свои записи, в которых заключен его собственный опыт. Психотерапевтический эффект, вызываемый чтением дневников, усиливается в связи с тем, что заикающиеся не знают заранее об этом виде работы в группе.

В первые дни лечения трудно ожидать доверительности, искренности от каждого заикающегося. И все же, как правило, в группе всегда найдётся достаточно людей, чьи откровенные, честные, глубоко прочувствованные мысли и наблюдения позволяют вести разговор о заикании как о «болезни души». Доверившись группе, авторы дневников оказываются вовлеченными в ситуацию живого общения. В процессе чтения словно обнажается их страдающая душа. Как правило, даже родители, присутствующие на занятии, бывают буквально потрясены, услышав откровения своих детей. Чаще всего даже они не подозревают, насколько ранимых дети, насколько болезненно относятся они к своему состоянию.

Организуя работу с дневниками, мы используем прием «психотерапевтического зеркала» (66), что позволяет автору дневника оставаться неузнанным. Использование этого приема уменьшает потребность психологической защиты заикающихся, оставляя им большую степень свободы. По ходу чтения мы смотрим поочередно на участников группы, давая понять, что размышления автора дневника адресованы как бы лично к каждому из них.

Благодаря узнаванию «себя в других», приходит осознание необходимости общего пути и растет сплоченность группы.

Заикание - тяжелое душевное страдание, которое каждый заикающийся прячет от чужого взора. «Их душа есть открытая рана, чувствительная не только к прикосновениям чужой руки, но и болезненно ноющая лишь при одной мысли об этом» (Г.Д.Неткачёв (77)). Мы разделяем мнение великого психотерапевта. Однако нельзя излечить заикающегося, не сказав ему горькой правды о его положении, не научив уже на первых порах преодолевать страдание.

Обсуждая с пациентами вопрос о заикании как о «болезни души», нужно быть очень тактичным. Прямой разговор это вовсе не разговор «в лоб», который позволяет относиться к заикающемуся как к здоровому человеку, способному выдержать всё. Логопед не может касаться тех сторон душевной жизни, которые прямо не связаны с речью. Следует помнить, что, заводя разговор о «внутреннем заикании», он волей-неволей оказывается на границе, за которой начинаются владения профессионального психотерапевта.

После чтения дневниковых записей мы переходим к завершающему этапу создания «коллективного портрета» заикания. Но его нельзя считать завершённым до тех пор, пока пациенты по-новому не увидят и не оценят того, как окружающие реагируют на их речь. Мы просим пациентов малыми группами выйти на улицу (лучше всего по два человека) и задавать вопросы посторонним своей обычной заикливой речью. И если задающий вопрос не всегда видит реакцию собеседника (в связи с привычной уловкой не смотреть в глаза), то его товарищ имеет возможность реально оценить ситуацию, а затем, задавая вопросы, ясно представить себе впечатление, производимое его собственной речью.

Вернувшись в кабинет, заикающиеся рассказывают о своих наблюдениях. В результате группа приходит к выводу: речь заикающихся вызывает совершенно однозначную реакцию собеседников, а именно, плохо скрываемое сочувствие или унижающую жалость.

Все перечисленные приемы не только помогают усилить эмоциональное напряжение в группе, но еще раз наглядно показывают, что примирение с дефектом невозможно.

Достигнутое эмоциональное напряжение, близкое к аффекту, могло бы привести заикающихся лишь к тоскливому осознанию своей ущербности, к фрустрации, если бы не установочная беседа, в результате которой пациент знает, что выход из тупика существует. Теперь же на столкновении этих противоположных установок и соответствующих эмоций рождается активное желание принять лечебную информацию и изменить, наконец, свое положение.

В это время проводится ещё одна беседа с группой о том, что «внешнее заикание» тесно связано с «заиканием внутренним» патологически изменённой личностью.

Изменения же личности происходят главным образом из стремления заикающегося адаптироваться к дефекту и скрыть его. Именно желание скрыть дефект становится фундаментом личностных нарушений, что приводит заикающегося

к многочисленным страхам, навязчивым мыслям, уловкам, приводит к мнительности, подозрительности, импульсивности поведения.

Чтобы справиться с этим заикающийся должен отказаться от своей старой роли, открыто заявить о желании излечиться. Как говорил И.И.Тартаковский (101), «Такой больной уже на пятьдесят процентов исцелен».

Однако нужны не просто слова нужны первые реальные победы. Такой победой являются первые функциональные тренировки.

Мы просим заикающихся снова выйти на улицу и задать посторонним не менее десяти вопросов, используя крайне замедленную равномерную послоговую речь, лишенную всякой интонационной окраски. Подобный темп речи, при котором практически исключена возможность возникновения речевых судорог, психологически представляется заикающимся чрезвычайно трудным.

Совершенно инвалидизированная речь не оставляет заикающимся никаких иллюзий относительно впечатления, которое они производят на окружающих. На «темпе подвига» невозможно прибегнуть к уловкам, человек весь как на ладони, безоружен перед фактом своей речевой неполноценности. К этому добавляется дискомфорт, который заикающиеся испытывают обычно в связи со всяким замедлением речи. Таким образом, страх, который преодолевает пациент, заговоривший на «темпе подвига», оказывается на порядок выше, чем страх привычной заикливой речи.

То, что нам действительно удается провести заикающихся через «вершину», «пик» страхов, подтверждают и дневниковые записи пациентов.

Во время вопросов на «темпе подвига» происходит частичное ослабление патологических связей в мозгу: дестабилизация УПС средствами эмоционально-стрессовой психотерапии приводит к временной амнезии заболевания.

Положительный эффект «дня дестабилизации» будет тем значительнее, чем лучше поймут заикающиеся необходимость и важность такого испытания. Практически весь день мы подготавливали пациентов к первому решительному шагу, и если в результате этой подготовки все без исключения пациенты выходят на испытание и, как правило, возвращаются победителями.

Это испытание становится кульминационным пунктом «дня дестабилизации» УПС. После выполнения задания в кабинет возвращаются другие люди. Им нет надобности внушать, что «они могут», они сами сумели поднаться над заиканием, сделали первый шаг к излечению, на который «истинно заикающиеся» не способны.

Завершающим этапом «дня дестабилизации» становится демонстрация заикающимся способности к естественной, бессудорожной речи. Это становится возможным в результате всего хода дестабилизации, как следствие значительных личностных изменений, непосредственно связанных с речевыми победами. По нашей просьбе они по одному встают лицом к аудитории и читают несложные отрывки прозаических текстов, рассказывают о себе, отвечают на вопросы. Сперва они по инерции читают послоговую речь, затем, незаметно побуждаемые логопедом, переходят к естественной речи. С первыми же легко сказанными словами у человека, который лишь недавно в этом же кабинете тяжело заикался, рождается свободно льющаяся речь.

Чудо обретения новой речи, которое мы наблюдали ранее на сеансах эмоционально-стрессовой психотерапии, где пациенты получали речь как дар из рук логопсихотерапевта, происходит здесь без посторонней помощи. Оно подвластно самим заикающимся, многие из которых давно уже ничего от самих себя не ждали. Мы акцентируем внимание пациентов на том факте, что всего они достигли практически самостоятельно. В этот день у них происходит глубокая переоценка своей роли в лечении.

То, что в день дестабилизации действительно происходит перелом, качественный скачок в лечении, подтверждают и дневниковые записи пациентов.

После прослушивания членов группы мы коротко обсуждаем достигнутые результаты. В заключение просим их описать в дневниках день дестабилизации, новые ощущения, мысли и т.д.

После «дня дестабилизации» пациенты переходят на режим молчания.

В течение всего курса лечения пациенты продолжают задавать вопросы на «темпе подвига» с постепенным усложнением условий; эта форма работы позволяет успешно бороться с напластованиями страхов, с уловками заикающихся.

На занятиях обязательно присутствует кто-то из близких каждого заикающегося. Они контролируют «темп подвига» на улице.

### **3. СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ЗАИКАНИЯ НА ОСНОВЕ СИНХРОНИЗАЦИИ РЕЧИ С ДВИЖЕНИЯМИ ПАЛЬЦЕВ ВЕДУЩЕЙ РУКИ**

Здесь излагается одна из наиболее важных составных частей разработанной нами методики, составляющей ее отличительную особенность и основное ядро. Речь идет о привлечении к акту речи «второго артикуляторного аппарата человека» пальцев ведущей руки.

Поскольку исходным пунктом речевых и психических нарушений при заикании являются речевые судороги, сумев предотвратить их, мы в значительной степени устраняем и вторичные невротические наслоения.

Если исходить из гипотезы, что главной причиной возникновения речевых судорог при заикании является нарушение внутренней синхронизации речевого цикла, то естественно предположить, что с помощью внешней синхронизации можно преодолеть этот дефект. В самом деле, при использовании внешних датчиков ритма, таких, как звуковые и тактильные метрономы, речь заикающихся значительно улучшается. Однако применение подобной техники формирует равномерную речевую речь, лишенную эмоциональной

окраски и мало пригодную для общения. К тому же эффект улучшения речи быстро пропадает при отказе от этих устройств. Интересным примером улучшения речи заикающихся при внешней синхронизации является сопряженная речь. Здесь мы имеем дело уже не с равнометричной, а с нормальной, интонационно окрашенной речью, но при этом трудно пролонгировать полученный эффект и перенести навык бессудорожной речи в естественные условия.

Синхронизация речи с движениями пальцев ведущей руки позволяет преодолеть недостатки обоих названных способов. По мнению М.М.Кольцовой (61), изучающей двигательную активность и развитие мозга ребенка, движение кистей и пальцев рук настолько филогенетически и онтогенетически связаны с движениями голосового аппарата, что есть все основания рассматривать их как орган речи, аналогичный артикуляторному аппарату. Отсюда ясно, насколько важна и естественна корреляция речи с движениями пальцев рук.

Движения руки при лечении заикания использовались и другими авторами. Например, Н.И.Жинкин рекомендовал применять жесты для раскрепощения и отвлечения от акта речи. Движения ладоней в тех же целях предлагались А.И. Богомоловой, выработка рече-ручного рефлекса А.Г.Шембель и С.С. Ляпидевским (33,111).

В нашей методике рука несёт совершенно другую функцию. Она не отвлекает от акта речи, не сопровождает её механическим образом, а упреждая произнесение каждого слога, ведёт речь за собой. Это позволяет уже с первых занятий получить практически у всех заикающихся (первоначально на замедленном темпе) разнометричную интонированную речь без спазматических задержек.

Н.И.Жинкин указывал: «Как только речь переходит на скандирование, заикание пропадает, потому что все слова выравниваются по месту ударения, по слоговой динамике. Заикание возобновляется при разговорной речи, потому что появляется разнометричность, неоднородность слогов. Каждая новая перемена метра должна быть предупреждена, только в этом случае речевые эффекторы сработают нормально... Следовательно, речевые упражнения, работа над дыханием не могут привести к положительному эффекту. Практическая задача устранения дефекта сводится к вопросу о восстановлении саморегулирования системы речи... Вперёд нужно пустить силу, которая как на «буксире» потянет за собой переменное упреждение, в дальнейшем его можно ослабить и в конце концов вовсе убрать» (56).

В предложенном нами способе пальцы ведущей руки выполняют роль такого «буксира». Своими последовательно организованными движениями они как бы набирают слоги в разнометричные рисунки слов, согласовывают во времени работу всех речевых звеньев и систем, налаживая нарушенный у заикающихся механизм внутренней синхронизации естественного речевого цикла. Устраняя прежде всего саму причину возникновения речевых судорог, мы тем самым компенсируем свойственный заикающимся физиологический дефицит (8).

Движения пальцев ведущей руки, кроме всего прочего, диктуют речевому аппарату ритмико-интонационный рисунок фразы. Они помогают справиться с такими разрушающими речь последствиями заикания, как аритмия, отсутствие правильного слияния слов в синтагме, искажение интонации. Следует подчеркнуть, что к темпу речи не предъявляется при этом никаких специальных требований. Он определяется моторными возможностями пациента на всех этапах работы. В конечном итоге у каждого вырабатывается естественный темп речи. Отлаживая таким образом механизмы внутренней синхронизации, мы восстанавливаем способность мозга таймировать, или, говоря словами Н.И.Жинкина, восстанавливаем слоговую динамику речи.

Другую важную особенность метода составляет то, что новый речевой стереотип образуется не только с помощью анализаторов естественного речевого цикла, которые могут быть нарушены у заикающихся, но также и через ряд других сохранных анализаторов, связанных с движениями пальцев рук (двигательная кинестезия, тактильная чувствительность). Это способствует, благодаря обратной афферентации, значительно более быстрому формированию речедвигательного навыка, устойчивого к стрессовым воздействиям.

Предлагаемый способ коррекции заикания является универсальным и может быть успешно использован при лечении как невротического, так и неврозоподобного заикания. В первом случае достоинство метода заключается в том, что у пациентов значительно снижается фиксированность на акте речи, поскольку ответственность за технику речи (темп, слияние слов в синтагме, интонационный рисунок фразы) берет на себя обученная рука, и заикающиеся могут, наконец, как и все нормально говорящие люди, прежде всего думать о смысле высказывания. У них постепенно уходят навязчивые мысли, страх речи, уловки. Иными словами, предлагаемый способ сам по себе даёт ясно выраженный психотерапевтический эффект.

При неврозоподобном заикании этот способ лечения позволяет восполнить физиологический дефицит, включая ряд сохранных анализаторов в альтернативные цепочки обратной связи. В логопедической практике чаще всего встречаются смешанные случаи, сочетающие и невротические, и резидуально-органические расстройства, отсюда легко представить, насколько важным качеством методики лечения является ее универсальность.

Методика позволяет также решать проблему автоматизации навыка естественной бессудорожной речи. Обученная в ходе основного курса рука становится памятью о новом стереотипе, а со временем «автоматическим контролёром» речи пациента. Длительный процесс автоматизации нового речедвигательного навыка протекает при этом в условиях естественного общения и лишь поддерживается через систему микрокурсов.

Другую важную особенность метода составляет то, что новый речевой стереотип образуется не только с помощью анализаторов естественного речевого цикла, которые могут быть нарушены у заикающихся, но

также и через ряд других сохранных анализаторов, связанных с движениями пальцев рук (двигательная кинестезия, тактильная чувствительность). Это способствует, благодаря обратной афферентации, значительно более быстрому формированию речедвигательного навыка, устойчивого к стрессовым воздействиям.

Предлагаемый способ коррекции заикания является универсальным и может быть успешно использован при лечении как невротического, так и неврозоподобного заикания. В первом случае достоинство метода заключается в том, что у пациентов значительно снижается фиксированность на акте речи, поскольку ответственность за технику речи (темп, слияние слов в синтагме, интонационный рисунок фразы) берет на себя обученная рука, и заикающиеся могут, наконец, как и все нормально говорящие люди, прежде всего думать о смысле высказывания. У них постепенно уходят навязчивые мысли, страх речи, уловки. Иными словами, предлагаемый способ сам по себе даёт ясно выраженный психотерапевтический эффект.

При неврозоподобном заикании этот способ лечения позволяет восполнить физиологический дефицит, включая ряд сохранных анализаторов в альтернативные цепочки обратной связи. В логопедической практике чаще всего встречаются смешанные случаи, сочетающие и невротические, и резидуально- органические расстройства, отсюда легко представить, насколько важным качеством методики лечения является ее универсальность.

Методика позволяет также решать проблему автоматизации навыка естественной бессудорожной речи. Обученная в ходе основного курса рука становится памятью о новом стереотипе, а со временем «автоматическим контролёром» речи пациента. Длительный процесс автоматизации нового речедвигательного навыка протекает при этом в условиях естественного общения и лишь поддерживается через систему микрокурсов.

Система интенсивных логопедических занятий по коррекции заикания с помощью руки состоит из нескольких этапов.

1. На первом этапе, который длится пять дней, главная задача сформировать у заикающихся навык свободного звукоизвлечения и слогопроизнесения, связать его с состоянием мышечной релаксации, спокойствием и, параллельно развивая мелкую моторику, подготовить ведущую руку к роли естественного синхронизатора речи. Для нас слог – не только мельчайшая произносительная единицы речи, но и элементарный коммуникативно значимый речевой отрезок, на котором мы тренируем простейшие интонационные навыки. В рассматриваемой методике послоговая речь не является основой для выработки у заикающихся навыков естественной бессудорожной речи. Это лишь начальный этап интенсивных логопедических тренировок. Мы прибегаем к слогу как к базовому элементарному движению, над которым в онтогенезе постепенно надстраивается здание речевого механизма. Такой подход продиктован самим характером дефекта: как убедительно показал Н.И.Жинкин, при заикании речевые нарушения проявляются уже на уровне синтеза слога (55,56). В свою очередь, слообразование и слоделение составляют динамическую структуру речи, которая оказывается деформированной у заикающихся в том числе и потому, что дефект затрагивает мельчайшую произносительную единицу. Понятно, что, минуя работу над слогом, мы рискуем строить здание речевого здоровья из некачественных «кирпичиков» и не можем поручиться за судьбу такого строительства.

2. На втором этапе, продолжительностью два-три дня, мы уделяем главное внимание обучению большого пальца ведущей руки, технике правильного извлечения звуков на уровне слога, работаем над элементарными интонационными навыками, продолжаем совершенствовать технику расслабления.

3. Третий этап (от пяти до шести дней) состоит в синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки уже на уровне слов, несложных фраз. Усложняется работа над интонацией и соответственно повышаются технические требования к руке. Кроме того, совершенствуются навыки, полученные на предшествующих этапах работы.

4. Четвертый, завершающий этап (10 дней) связан с автоматизацией у заикающихся нового речедвигательного навыка, алгоритма речи, синхронизированной с движениями пальцев ведущей руки. Здесь используется речевой материал большей степени сложности, происходит первичное закрепление навыка. Продолжается работа над интонацией. Устойчивость речи к стрессовым воздействиям проверяется через систему функциональных тренировок.

На этом заканчивается программа основного логопедического курса по методике нормализации речи заикающихся.

В течение первой недели после этапа дестабилизации УПС до выработки нового речедвигательного навыка устанавливается режим молчания; при необходимости для общения пациенты используют исключительно по слоговую речь, которая гарантирует их от появления судорог. Таким образом, уже начиная с третьего дня курса лечения удается нейтрализовать главное звено в цепочке речевых и вторичных психических нарушений, что способствует дальнейшей амнезии заболевания и организует положительный фон для логопедической работы.

Равномерная послоговая речь сама по себе оказывает дестабилизирующее воздействие на УПС, ее применение значительно снижает эффект эмоционального (личностного) присутствия в речи. Использование слога на начальном этапе чрезвычайно полезно для заикающихся: вернувшись к слогу, они как бы заново начинают ощущать относительную независимость и целостность минимальной единицы речи. Такое упрощение помогает пациентам выработать аналитический подход к речи, создает предпосылки к ней как о повторяющемся упорядоченном цикле и служит в дальнейшем для выработки устойчивого алгоритма естественной бессудорожной речи. В то же время сколько-нибудь длительное употребление равномерной послоговой речи вряд ли целесообразно: во-первых, заикающиеся довольно быстро привыкают к

безинтонационной речи, что затрудняет последующую работу по ее коррекции в целом; во-вторых, такая речь, лишенная интонации, со временем начинает их тяготить. Поэтому мы должны стремиться как можно быстрее уйти от монотона послоговой речи.

Заикливая речь пациентов, сформированная ещё в детстве, переведена на уровень подсознания (включается автоматически), тогда как новый речедвигательный навык ещё только складывается и требует поэтому сосредоточенного внимания, многократных повторений (в противном случае можно не получить желаемого результата). Однако многие пациенты не готовы к длительной скрупулезной работе, не умеют концентрировать внимание, быстро утомляются и т.д. Поэтому мы специально занимаемся с группой психотренингом, обучаем способам удержания произвольного внимания, стараемся увеличить его объем, развиваем оперативное мышление. Такие упражнения позволяют существенно повысить эффективность логопедических занятий в целом.

Рассмотрим более подробно содержание приведенных этапов коррекции заикания.

Первый этап имеет своей главной задачей обучение заикающихся правильному слогопроизношению, объединяя его с мягкой атакой голоса, соответствующей осанкой и пр., а также новым для них состоянием душевного спокойствия во время речи.

Значение этого этапа исключительно велико: если мы свяжем с рукой неполноценный слог, оставшиеся не устраненными следы патологической доминанты могут в дальнейшем вызвать новый всплеск заикания. Чтобы в процессе произнесения слогов добиться спокойного душевного состояния лечащихся, логопедические занятия должны проводиться на фоне глубокого мышечного расслабления. Заикающимся практически незнакомо состояние спокойствия во время речи. Оно должно быть выработано в процессе логопедических занятий, а затем в практике реального общения.

Первым шагом, ведущим к обретению такого спокойствия, являются вопросы «на темпе подвига» (см. главу 2). Эта работа проводится на протяжении всего курса логопедических тренировок и помогает убрать часть самых грубых проявлений страхов заикающихся.

Страх речи, навязчивые мысли тесно связаны с многочисленными неприятными психофизиологическими ощущениями: напряжением, скованностью, мышечными зажимами и т.п. Их довольно трудно отключить от речевого механизма, опираясь лишь на педагогические и психотерапевтические методы. Для наших пациентов «говорение» не столько естественная человеческая потребность, сколько тяжелый, подчас изнурительный труд, изматывающий их физически и эмоционально.

Психическое напряжение и усталость накапливаются во время общения. Организм фиксирует эти ощущения по принципу антиципации, как бы предсказывая наступление судорог на основании прошлого отрицательного опыта. Память о соответствующих ощущениях, о привычном динамическом стереотипе приводит в действие и сам механизм заикания. Весь комплекс физиологических ощущений и психических особенностей заикающихся «наработан» ими в течение долгих лет сосуществования с дефектом.

Чтобы устранить эти ощущения, каждое занятие начинается с аутогенной тренировки (АТ), которую мы проводим в основном по методике А.И.Лубенской (64).

Наступление состояния полного покоя, мы соединяем со словом (символом) «пять». И только после этого приступаем к речевым тренировкам.

Как известно, АТ используются и в других методиках коррекции заикания, предлагают проговаривать некий связный текст, т.к. слова в произносимом тексте имеют для заикающихся большую эмоциональную значимость, приобретённое ими состояние спокойствия очень быстро утрачивается, не фиксируясь механизмом долгосрочной памяти. Отличие нашей методики в том, что новое психическое самоощущение, возникшее после АТ, связывается вначале только со слогом, состоящим из одной гласной, а затем из согласных и гласных. После произнесения каждого слога пауза заполняется полным расслаблением и спокойствием становится в сочетании с формулами АТ как бы «микродозой валерианы», которую пациенты регулярно получают в течение всего занятия и во время домашних тренировок.

На фоне расслабления и спокойствия, связываемого со словом «пять», произносится каждый речевой отрезок (в данном случае слог). После чего снова сигнал к расслаблению и спокойствию. Голова, руки, плечи при этом должны действительно расслабляться (см. актерское упражнение «Вешалка», описанное Станиславским). И так в начале и конце каждого слога. Такой утрированный прием совершенно необходим заикающимся на первых порах, так же как и контрасты: напряжение расслабление. Со временем мы отказываемся от гротеска, но остается память об умении и необходимости спокойно включаться в речь, расслабляться в паузе. Эта память, наработанная с помощью сознательного контроля и суммирующая ощущения многократно исполненных упражнений, накрепко завязанная с условно-рефлекторным опорным словом («пять»), является наиболее прочной.

Параллельно, в рамках коррекции просодической стороны речи заикающихся, мы начинаем обучение пациентов мягкой атаке звука и правильному синтезу слога (см. главу 4).

К концу первого этапа заикающиеся в основном усваивают навык свободного звукоизвлечения на слоге. Этот навык связан с новой суммой психологических ощущений и пока еще находится под активным контролем сознания. Прочно усвоенный алгоритм придает пациентам уверенность в том, что они смогут произнести без запинок, технически грамотно любой слог, в любых условиях. При этом в ходе занятий мы стремимся концентрировать внимание заикающихся не столько на технических приемах правильной речи, сколько на связанных с новой речью внутренних ощущениях. Мы уже неоднократно говорили, что заикающимся практически не знакомо чувство полного спокойствия во время речи и это отнюдь не банальное утверждение. Они привыкли постоянно быть начеку напряженно прислушиваться к

многочисленным симптомам, несущим информацию об их психофизиологическом состоянии во время речи. Активная обратная связь оказывает сильнейшее отрицательное влияние на их речь и психику. Постепенно в результате многократного исполнения соответствующих упражнений лечащиеся нарабатывают совершенно незнакомые им ощущения.

Пациенты чрезвычайно тонко чувствуют происходящие с ними перемены. По нашим наблюдениям, заикающиеся становятся активными участниками лечения, начинают реально верить в возможность положительных результатов лишь тогда, когда начинают испытывать спокойствие и удовлетворение от самого процесса работы над речью, в частности над слогом. Это становится реальным в первую неделю занятий. Одновременно мы усиленно готовим руку в помощь речи: привлекаем внимание заикающихся к руке, ходу АТ, вызываем ощущение тяжести и тепла в кистях рук, биение пульса в разных пальцах и т.д. На следующем этапе продолжаем углублять и развивать эту связь, одновременно усложняя алгоритм естественной бессудорожной речи.

Второй этап логопедической тренировки обучение большого пальца ведущей руки технике правильного движения. Этот этап отличается от первого только тем, что здесь все приобретенные навыки тесно связываются с рукой, с движением ее большого пальца, а дальше это движение условно рефлекторно вызывает всю гамму ощущений, сопутствующих нормальной речи. На первый взгляд может показаться странным, почему мы посвящаем отдельный этап работы такой элементарной задаче. На самом деле от правильной постановки большого пальца ведущей руки при обучении пациентов свободному звукоизвлечению на уровне слога зависит устойчивость формируемого алгоритма естественной бессудорожной речи.

Одна из важнейших задач на данном этапе высвободить из под контроля сознания пациентов новый навык свободного слогапроизнесения. Другими словами, начать процесс автоматизации навыка. Уникальные моторные возможности пальцев рук позволяют скоординировать на основе движений большого пальца различные элементы техники новой речи, включающей в себя мягкую голосопередачу, участие головных и грудных резонаторов, опору на нижний голосовой регистр, навыки расслабления. По существу, каждый из названных элементов сам по себе является лечебным фактором. Но если бы не координирующая функция большого пальца, мы вряд ли могли бы, не фиксируя заикающихся на правилах речи, отладить механизм слогапроизнесения.

На этой стадии логопедических тренировок необходимые навыки отрабатываются на значительно замедленном темпе не только для того, чтобы посредством обратной афферентации синхронизировать механизм слогаобразования с нажатием большого пальца ведущей руки, но и в целях суммирования элементарных навыков новой речи. Большой палец должен успеть проконтролировать работу всех звеньев речевого механизма, так чтобы уже сейчас произнесение слога носило естественный характер. При этом большой палец формирует опережающий буксирный импульс и служит как бы для мягкого «впływания» в речь.

Так же как и на предыдущем этапе, прежде чем начать соответствующие логопедические упражнения, мы проводим мышечное расслабление, используем элементы АТ. Пациенты приступают к речевым тренировкам только на фоне мышечного расслабления, в состоянии глубокого покоя. Перед тем как связать движение большого пальца руки со слогом, мы вызываем у заикающихся свободное звучание на слоге с мягкой голосовой атакой, включением опоры и т.д., т.е. проделываем различные голосовые упражнения. Лишь после этого переходим к тренировке речи «с рукой».

#### Упражнение 1.

Исходное положение максимально свободная поза. Заикающиеся встряхивают кисти рук, затем сбрасывают их на колени и подтягивают расслабленные кисти примерно к середине бедра. Кисть оказывается свободной и округлой (прием, используемый для подготовки рук при обучении игре на фортепиано). Упражнение многократно повторяется, пока рука действительно не будет полностью расслаблена и спокойна. Нужно непременно снять напряжение с кисти, иначе оно отразится на работе голосового аппарата.

#### Упражнение 2.

Рука свободно лежит на бедре. Пациенты медленно, плавно начинают надавливать большим пальцем руки на поверхность бедра (остальные пальцы, отрываясь от бедра, несколько приподнимаются). По команде пальца пациенты произносят один слог с мягкой атакой звука, используя нижний голосовой регистр. По мере того как палец все сильнее (но без напряжения) нажимает на бедро, усиливается и звучание голоса; наоборот, при уменьшении силы нажатия голосовое звучание ослабляется. В ходе многочисленных тренировок происходит согласование работы всех звеньев речевого механизма. В итоге нажатие пальца должно автоматически открыть челюсть, увести вниз голос, включить опору. Медленное мягкое нажатие способствует такой же голосоподаче, правильному «вплыванию».

После каждого слогаизвлечения вначале по знаку логопеда, а потом самостоятельно кисть заикающихся опадает, принимая исходное положение, что становится сигналом к общему расслаблению. В дальнейшем условно-рефлекторное опадение кисти после каждого речевого отрезка (в данном случае слога) должно автоматически вызывать у заикающихся состояние, которое ассоциируется у них со словом «пять».

При выполнении данного упражнения нужно уделять особое внимание тому, чтобы команда большого пальца действительно предупреждала, а не сопровождала работу речевого аппарата. Мы вынуждены еще раз подчеркнуть, что звукоизвлечение с помощью пальца должно осуществляться без всякого напряжения, в противном случае, закрепляя это напряжение, которое безусловно передается мышцам речевого аппарата, мы тренировали бы заикание. Исполнение упражнения контролируется визуально и на слух. В группе

организуется взаимоконтроль и используются разнообразные приемы, позволяющие ускорить формирование навыка (например, логопед демонстрирует упражнение на своей собственной руке и руке пациента). На данном этапе закладывается основа будущей речи, и нам нужно выработать у заикающихся твердый уверенный навык синхронизированного с рукой свободного слогопроизношения. Не решив этой задачи, мы не сможем двинуться дальше и добиться в лечении устойчивых положительных результатов.

Каждый раз, координируя слог с движением пальцев ведущей руки, мы одновременно тренируем (в упрощенном виде) «ввод в речь», причем отлаживаем как моторную, так и нервно-психологическую часть программы. И хотя вся речевая программа будущего высказывания сводится пока только к слогу, каждый запуск такой элементарной программы гарантирует от речевых судорог, обеспечивая саморегулировку механизмов речи, готовность речевого аппарата к выполнению более сложных задач.

По закону коартикуляции, реализуемая в работе речевого аппарата слоговая программа (обычно 5-9 слогов) задается уже на уровне первого слога, т.е. импульсный сигнал, поступающий в мозг от большого пальца, формирует слоговую динамику всего высказывания. Остальным пальцам отводится меньшая роль отследить темпоритм фразы, расставить интонационные акценты и т.п.

Третий этап имеет своей целью формирование навыков речи с рукой, выработку алгоритма разномеричной интонированной речи на уровне слова или синтагмы, состоящей не более чем из двух-трех слов. Примерно к середине второй недели пациенты начинают испытывать во время тренировочной речи все большее спокойствие. Произнесение слога, пока еще находящееся под контролем сознания, становится привычным, осуществляется без речевых судорог и задержек, в связи с чем постепенно исчезает звукофобия. Это позволяет лечащимся свободно, беспрепятственно выражать в речи свои эмоции, ощущать красоту свободно звучащего голоса почувствовать «душу» звука.

Однако, сколько бы мы ни обучали пациентов интонировать на слоге, как бы ни были велики успехи группы в овладении этой техникой и навыками саморегуляции, слог остается слогом, а его произнесение сугубо тренировочным актом, и заикающиеся прекрасно это понимают. Упорядоченный алгоритм тренировочной речи, естественно, не может снять связанные с многолетней речевой практикой страхи, навязчивые мысли. По нашим наблюдениям, дезавтоматизированная, разрушенная заиканием речь чаще всего воспринимается как некий хаос, где царствуют окрашенные страхом звуки, «трудные» слова и потому приходится постоянно прибегать к уловкам, чтобы обойти опасные повороты речи, за которыми скрываются привычные судороги. Заикающихся пугает само непредсказуемое течение речевого потока. Для них заикание фетиш, и в мифологизованном хаосе речевого потока они, как правило, не видят самого элементарного порядка. Поэтому при переходе к тренировочной речи на уровне синтагмы и коротких фраз-предложений (третий этап логопедических занятий) группа может испытывать определенные трудности.

Стремясь устранить возможный психологический барьер, в начале этого этапа мы проводим с группой новую разъяснительную беседу, во время которой сообщаем элементарные сведения об актуальном членении речи, вводим в обиход упрощенное понятие синтагмы. Объясняем заикающимся смысл предстоящего этапа, который заключается в том, чтобы выработать у них несложный стереотип, усвоить новый речедвигательный навык, обучить руку основным интонационным приемам.

В дальнейшем этот несложный (но непременно правильно усвоенный и заученный) алгоритм позволит чисто автоматически раскладывать речевой поток на короткие речевые отрезки синтагмы, и рука, взяв на себя заботу о технике речи, всякий раз будет решать привычную задачу, отлаживая саморегулировку механизма речи, снимая тревогу, страх и ожидаемые запинки.

После беседы переходим к тренировкам. Общие принципы организации логопедических занятий при этом остаются прежними: сначала концентрация внимания и расслабление, затем голосовые тренировки и только после этого новый цикл, новые упражнения.

#### Упражнение 1.

Рука свободно лежит на бедре. Нажатием большого пальца запускаем последовательные ряды открытых слогов (2345). Каждый слог «пропеваётся» акцентированно, причем нажатие каждого пальца должно быть синхронизировано с произнесением отдельного слога. Сила нажатия управляет силой звучания голоса. По сути дела, мы имеем здесь образец равномеричной речи на замедленном темпе, при посредстве которой отлаживается техника синхронизированного с рукой произнесения ряда слогов. Требования к каждому пальцу при исполнении упражнения в принципе те же, что и к большому. Но так как первый палец играет роль пускового механизма, задает программу речевому аппарату, длительность первого слога в слогоряде всегда будет несколько выше, чем у последующих слогов. Во время упражнения мы следим за тем, чтобы голос заикающихся оставался на опоре, чтобы сохранялась мягкая голосоподача и т.д. Иными словами, наша задача сохранить наработанную ранее технику слога и перенести ее на работу со слогорядом.

Сохраняя необходимую последовательность движения пальцев (12345), следим за тем, чтобы все пальцы, кроме работающего, были свободными и расслабленными. По окончании каждого ряда слогов кисть руки опадает, наступает пауза («пятя»), после чего заикающиеся встряхивают кисть, сбрасывают на бедро, снова и снова обучая ее расслаблению. Упражнение повторяется до тех пор, пока не будет выполняться точно.

#### Упражнение 2.

Его задачей является выработка навыков естественной разномеричной речи, синхронизированной с движениями пальцев ведущей руки.

Работа начинается с проговаривания слов с различной метрической структурой. Сначала проговариваются слова двух, трех, четырехсложные с ударением на первом слоге, а затем с ударением на втором, третьем, четвертом слогах. Во время выполнения упражнения логопед внимательно следит за постановкой руки.

Необходимо добиться от каждого пациента четкого «впливания», что не только обеспечивает правильную технику речи, но и задает ей соответствующий темп. Ударный слог каждый раз выделяется более сильным и длительным нажатием соответствующего пальца. Безударные слоги лишь отслеживаются мягким нажатием пальцев на поверхность бедра.

Особое внимание необходимо уделить плавности перехода от слога к слогу в составе слов. Замечено, что в разговорной речи (как и при пении) заикающиеся менее всего испытывают трудности во фразах с сильной позицией (ударением) на первом слоге (см. приложение 3). А так как главная цель всех упражнений обеспечить состояние спокойствия, ощущение порядка во время речи, то при произнесении синтагмы первый слог мы акцентируем, добиваясь некоторого его удлинения по сравнению с остальными слогами, кроме ударного.

Пациенты, как правило, стремятся уравнивать по длительности первый слог с ударным, что влечет за собой возникновение монотонной, невыразительной речи. При проведении упражнений нужно избежать этой типичной ошибки и добиваться правильного соотношения длительности ударных и безударных слогов. Сохранение их динамики на замедленном темпе с самого начала тренировок является важным условием формирования в будущем стереотипа естественной разнометричной речи.

С переходом к полноценным словам методические задачи усложняются, и прежде всего это касается повышения требований к интонации. Сначала мы обучаем пациентов передавать при помощи интонации буквальное значение слова, затем контекстуальное значение, смысл.

И, наконец, начинается работа над сочетанием слов и элементарными фразами. Теперь мы обучаем пациентов выделять более сильным и длительным нажатием пальца логическое ударение, добиваемся слитности произнесения слогов в синтагме. Если количество слогов в синтагме больше пяти, то пальцы рук отслеживают слоги, начиная с пятого, в обратном направлении (54321). Интонационные навыки отрабатываются на разных сочетаниях слов, помещаемых в разные контексты, при этом используются всевозможные интонационные штампы (см. главу 4).

К концу данного этапа пациенты усваивают на замедленном темпе навык интонированной речи с участием руки в пределах синтагмы. Постепенно рука становится действительным синхронизатором речи, берет на себя контроль за ее техникой.

Расслабление приобретает менее гротескный характер: у пациентов продолжают складываться и закрепляться навыки речи с рукой в рамках следующего алгоритма: пауза (расслабление и спокойствие) - речь - пауза (снова расслабление и спокойствие) речь и т.д.

Четвертый этап работа над текстом.

Первоначально для логопедических тренировок используются небольшие по объему, знакомые пациентам тексты, на которых нарабатывается техника речи с рукой. Каждое предложение делится на минимально возможные синтагмы, в паузах между которыми пациенты должны успеть расслабиться, снять мышечное напряжение, ощутить спокойствие. Со временем используются более сложные тексты, предложения делятся на естественные синтагмы, протяженность пауз между синтагмами уменьшается. И на этом этапе продолжается работа над интонацией. Для обучения пациентов выразительности фразы проговаривается без руки, с использованием жестовых знаков (см. главу 4), затем мелодический рисунок переносится на речь с рукой. Интонационные навыки отрабатываются на песенных, стихотворных, прозаических текстах.

Это позволяет сравнительно легко осуществить переход к импровизированной речи, когда необходимо отстоять свое мнение, выступить без подготовки на определенную тему. Но все же такой переход требует специальных упражнений, в процессе которых мы обучаем пациентов навыкам импровизации, композиции. Выполняя такие речевые упражнения, пациенты, естественно, не могут осуществлять детальный контроль за техникой речи, к этому времени составляющие навыка должны быть уже достаточно автоматизированными. Проводя функциональные тренировки, мы проверяем прочность усвоенных навыков и в случае необходимости проводим дополнительные занятия.

## **4. ОСОБЕННОСТИ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ЗАИКАЮЩИХСЯ И СПОСОБЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ**

В последнее время все больше внимания обращается на изучение просодической стороны речи людей, страдающих заиканием. М.Вингейт (44) прямо говорит о заикании как о «просодическом дефекте», который проявляется в перемежающихся нарушениях ударений. Г.Бергман (23) также сводит заикание к нарушению просодики. По его данным, эпизоды заикания встречаются главным образом на ударных слогах, интервалы между которыми в речи заикающихся очень изменчивы даже в отсутствие речевых судорог. Он также отмечает у них затруднения с постановкой ударения. Другая просодическая особенность речи заикающихся выражается в ограничении способности к модуляции голоса. Факт монотонности речи при заикании широко известен. О.Фон Эссен (51) и Х.Фернау Хорн (104) даже выделяли монотонность речевой мелодии как основной симптом заикания.

В ряде работ отечественных авторов говорится о нарушении ритма, мелодики, динамической гармонии речи заикающихся. Приводятся данные, подтверждающие это экспериментально. Так, А.Ю. Панасюк установил, что перепады основного тона у взрослых заикающихся на 30% меньше, чем у нормально

говорящих людей (84). Т.С.Когновицкая (60), измерявшая максимальные и минимальные значения перепадов частоты основного тона у заикающихся детей, отмечает, что они на 15% ниже, чем у здоровых.

В литературе имеются отдельные рекомендации, направленные на коррекцию просодической стороны речи. Так, Н.П.Тяпугин (102) замечает, что выразительность речи достигается игрой слогов и логических ударений. Многие советуют корректировать мелодику речи заикающихся, используя музыкотерапию (70) и логопедическую ритмику (37,81). Авторы указывают на возможность достижения выразительной речи демонстрацией правильных ее образцов.

В свете концепции Н.П.Бехтеревой, нарушение просодической стороны речи является частью устойчивого патологического состояния, которое формируется при возникновении и развитии заикания.

Просодику нельзя рассматривать отдельно от таких важнейших аспектов речевого общения, как мимика, поза, взгляд, жест. Все эти обязательные элементы коммуникации создают специфическую эмоциональную окраску речи, способствуют передаче не только вербального сообщения, но и подтекста, который часто определяет основной смысл высказывания. Как известно, в норме все названные элементы задействованы в речевом общении. Они дополняют друг друга. При заикании разрушается единство, целостность различных сторон речевой коммуникации, процесс общения оказывается нарушенным, в том числе вследствие дисгармонии, рассогласования различных элементов единой функциональной системы.

Заикание прежде всего сказывается на темпоритмическом рисунке фразы. Темп речи, как правило, ускоренный, обусловлен желанием сообщить необходимые сведения в промежутке между судорогами, скорее «отговорить», окончить тяжкий труд, которым является в этих условиях речь. Заикающихся подгоняют тревога, волнение, связанные с актом речи. Темп неровен и может значительно изменяться даже в одной фразе.

Речевые судороги дезорганизуют и ритмическую сторону речи. Речевой поток может неожиданно прерываться, что в свою очередь ведет к нарушению синтагматического и психологического паузирования. Исчезает упорядоченность, стройность речевого потока, его звучность.

В речи заикающихся царит хаос, который особенно ощутим, когда они стоят перед необходимостью развернутого высказывания. Страх перед фатальным беспорядком становится значимой частью невротической составляющей заикания. Из-за стремления скрыть дефект от окружающих возникает нечеткая артикуляция, причем согласные утяжеляются, а гласные как бы «цедятся» сквозь зубы. Купол практически перестает использоваться как резонаторная полость, и в целом речь создает впечатление «каши во рту».

Нечеткая артикуляция, с одной стороны, присущие заикающимся тревога и страх с другой, влекут за собой хронические голосовые зажимы, в результате чего звучание переводится, в основном, в верхний голосовой регистр. В речи заикающихся, как правило, недостаточно представлен низкий голос с грудным звучанием, а также средний голос с хорошо развитым головным и грудным звучанием. Крайне неэффективно задействованы диафрагмальная опора, нижние резонаторы, что увеличивает нагрузку на голосовые связки. В большинстве случаев такая речь представляет собой «шелест на связках», при котором воздушная струя используется крайне неэкономно. Даже при отсутствии явной инспирации заикающиеся обычно ощущают во время речи постоянный недостаток воздуха. Дополнительный вдох перед синтагмой вряд ли может существенно облегчить их страдание, которое объясняется не столько недостатком воздуха, сколько неэкономным его использованием, толчкообразным выдохом.

Состояние речи усугубляется фиксированностью пациентов на отдельных звуках. Звукофобия является одной из причин, способствующих формированию «твердой атаки» звуков. Речь теряет звучность, перестает быть «концентрированным пением», как у хорошо говорящих людей.

Таким образом, существенной стороной рассматриваемого дефекта является деформация темпа и ритма речи (речевой плавности), что на фоне постоянного эмоционального напряжения, тревоги, страха ведет к нарушению многих сторон интонации: паузирования, мелодики, динамической гармонии и т.д. У заикающихся нарушены, по существу, все характеристики музыкальности речи. Они теряют способность к эмоциональной окраске последней и изъясняются с помощью заученных, застывших интонационных схем и шаблонов. У заикающихся нарушено живое общение с собеседниками. Их лица во время речи амимичны, жест отсутствует или не точен, глаза избегают собеседника, не оживлены передаваемой мыслью, не «говорят».

Крайне зависимые от внешней оценки, заикающиеся боятся заявить о себе, в их речи не проявляется личность, не ощущаются отношения к высказываемому. У нормально говорящих людей велика вариабельность интонационного рисунка, который зависит от конкретной ситуации общения, эмоционального состояния, интересов, способностей, характера, типа высшей нервной деятельности и т.п. У заикающихся, несмотря на значительные личностные различия, эта вариабельность крайне мала. Их речь имеет весьма ограниченный подтекст.

Нечеткая артикуляция, с одной стороны, присущие заикающимся тревога и страх с другой, влекут за собой хронические голосовые зажимы, в результате чего звучание переводится, в основном, в верхний голосовой регистр. В речи заикающихся, как правило, недостаточно представлен низкий голос с грудным звучанием, а также средний голос с хорошо развитым головным и грудным звучанием. Крайне неэффективно задействованы диафрагмальная опора, нижние резонаторы, что увеличивает нагрузку на голосовые связки. В большинстве случаев такая речь представляет собой «шелест на связках», при котором воздушная струя используется крайне неэкономно. Даже при отсутствии явной инспирации заикающиеся обычно ощущают во время речи постоянный недостаток воздуха. Дополнительный вдох перед синтагмой вряд ли может существенно облегчить их страдание, которое объясняется не столько недостатком воздуха, сколько неэкономным его использованием, толчкообразным выдохом.

Состояние речи усугубляется фиксированностью пациентов на отдельных звуках. Звукофобия является одной из причин, способствующих формированию «твердой атаки» звуков. Речь теряет звучность, перестает быть «концентрированным пением», как у хорошо говорящих людей.

Таким образом, существенной стороной рассматриваемого дефекта является деформация темпа и ритма речи (речевой плавности), что на фоне постоянного эмоционального напряжения, тревоги, страха ведет к нарушению многих сторон интонации: паузирования, мелодики, динамической гармонии и т.д. У заикающихся нарушены, по существу, все характеристики музыкальности речи. Они теряют способность к эмоциональной окраске последней и изъясняются с помощью заученных, застывших интонационных схем и шаблонов. У заикающихся нарушено живое общение с собеседниками. Их лица во время речи амимичны, жест отсутствует или не точен, глаза избегают собеседника, не оживлены передаваемой мыслью, не «говорят».

Крайне зависимые от внешней оценки, заикающиеся боятся заявить о себе, в их речи не проявляется личность, не ощущаются отношения к высказываемому. У нормально говорящих людей велика вариабельность интонационного рисунка, который зависит от конкретной ситуации общения, эмоционального состояния, интересов, способностей, характера, типа высшей нервной деятельности и т.п. У заикающихся, несмотря на значительные личностные различия, эта вариабельность крайне мала. Их речь имеет весьма ограниченный подтекст.

Вышеприведенные наблюдения могут быть истолкованы в свете современных представлений о функциональной асимметрии полушарий мозга.

Речевой сигнал (высказывание, сообщение) относится к системам знаковых уровней организации и несет информацию двоякого рода. Во-первых, это собственно вербальная информация, основным носителем которой является слово, точнее, заключенное в нем понятие. Ответственность за такого рода информацию обычно несет левое полушарие. Во-вторых, это эмоциональная информация, определяющая интонационную окраску речи, подтекст, заключающий в себе отношение говорящего к сказанному, но не находящий прямого выражения в самих словах. Такая информация получила название экстралингвистической. Управление ею осуществляет правое полушарие мозга.

Как указывает П.Г.Симонов (93), именно эта вторая система является доминирующей в звуковой коммуникации ребенка в доречевой период. Овладение речью, однако, не приводит к утрате экстралингвистической коммуникации.

Оба полушария головного мозга интегрируются в единую функциональную систему, хотя каждое из них имеет свои специфические внешние каналы передачи информации. Так, вербальная система, представленная посредством объективных кодов (слов), использует преимущественно артикуляторный аппарат при минимальном участии интонации. Экстралингвистическая система, отвечающая за эмоциональную окраску речи, использует, по-видимому, другие механизмы, сопутствующие речи и влияющие на нее. Из повседневного опыта общения хорошо известно, что интонированная речь сопровождается мимикой, жестом, движением головы, плеч и пр. Однако для логопедической практики более важным является утверждение, что интонированная речь практически невозможна без этих сопутствующих движений.

Напрашивается гипотеза, что именно сопутствующие движения определяют механизм формирования интонационно окрашенной речи. Причем имеются в виду как движения в прямом смысле (рук, плеч, мышц лица, груди), которые могут приводить к изменению резонансных характеристик речевого аппарата, так и напряжение или расслабление мышц гортани или голосовых связок, от чего зависит частота основного тона, тембр голоса и т.п. Эти многочисленные и разнообразные движения позволяют сравнить аппарат речи здорового человека с музыкальным инструментом типа электрооргана, где различные рычаги, клавиши и педали дают возможность придать основной мелодии новую богатую аранжировку и иногда до неузнаваемости изменяют ее.

Особо следует остановиться на так называемом языке глаз. Взгляд это своеобразный интонационный включатель. Можно сказать, что любое сообщение начинается с разговора глаз. Зачастую люди умеют «говорить глазами» красноречивее, чем словами. Изменение выражения глаз органически вплетается в интонационный рисунок речи, пробуждая язык мимики и жеста. Только при этих условиях оказываются задействованными информационные каналы обоих полушарий, и мы получаем внятную, осмысленную, эмоционально окрашенную речь. Это норма.

При заикании сам факт существования речевых судорог приводит к целому ряду речевых и личностных нарушений, что вынуждает заикающихся во время речи одновременно думать о том, что сказать, как сказать и что о них подумают окружающие. Речь, становясь тяжким трудом, ставит перед необходимостью передать хотя бы элементарное содержание высказывания; тут не до позы, взгляда, мимики и жеста. Постепенно они перестают использоваться в акте коммуникации, речь заикающихся становится почти полностью обездвиженной.

Очевидно, что в этом случае, по существу, блокируются все каналы экстралингвистической информации. Тормозится сама потребность в такого рода информации, а следовательно, и потребность в коммуникации как таковой. А поскольку нарушаются коммуникативные функции речи, общение заменяется инвалидизированным говорением.

Отсюда вытекает необходимость, а также объем и содержание занятий по коррекции просодики. Мы считаем, что эта работа так же важна, как работа, направленная на устранение речевых судорог и коррекцию личности. Она ведется сразу в нескольких направлениях: устранение речевых судорог, навязчивых мыслей, страхов речи, уловок; снятие мышечных зажимов и внутреннее раскрепощение; коррекция темпоритма, ликвидация голосовых зажимов и постановка голоса; развитие речевого слуха; включение в речь подтекста. Мы относимся к речи как к живому организму, который трудно было бы настроить по частям (узлам), как это

делается со сложными машинами в технике. «Целостный по природе, он работает комплексно, по механизму «цепного рефлекса» (83).

Работа сразу в нескольких направлениях одна из особенностей предлагаемого нами подхода к коррекции интонации.

Во время занятий мы широко используем движения, и, прежде всего движения рук. Уже с первых дней, начиная с постановки голоса и коррекции звука, вводятся жестовые знаки, речь соединяется с движением. Это чрезвычайно важно для формирования подтекста, ведь, как известно, в проявлении всякой эмоции важнейшую роль играют двигательные реакции.

Занятия просодической стороной речи начинаются с первых же дней лечения. Они ведутся постоянно при прохождении всего основного курса и продолжают в течение одного года диспансерного наблюдения на поддерживающих микрокурсах и в домашних условиях.

Заикающиеся только тогда активно включаются в эту работу, когда понимают смысл предлагаемых мероприятий. С этой целью проводятся специальные разъяснительные беседы.

В одной из первых коррекционно-воспитательных бесед мы объясняем, что интонировать не значит украшать речь: использование интонационных возможностей языка позволяет точно передать смысл сказанного (подтекст), а если интонация не откорректирована, то речь остается неполноценной, корни заикания сохраняются. Пациенты начинают понимать, что нарушение просодики является составной частью дефекта и без ее коррекции нельзя достичь исцеления. В беседе мы отмечаем, что просодическая сторона речи заикающихся нарушена столь значительно, что это заметно не только на уровне минимальной интонационной единицы текста синтагмы, но и на уровне звука, слога, слова

Монотонность звучания становится особенно явной при замедлении темпа речи. Слух человека обладает высокой чувствительностью к восприятию интонационной структуры речи. Ухо заикающихся (их собственный аудитор) не всегда фиксирует привычную нарушенную речь, а иногда даже не замечает легких спазматических задержек, но крайне строго судит монотонную речь. Мнительные заикающиеся часто обнаруживают неспособность к замедленной речи и, несмотря на активизирующие беседы, отказываются от нее. Необходимо, чтобы они поняли, что замедление не вызывает, а только проявляет этот существенный недостаток, и монотонность связана с самим характером дефекта. Объяснение этого тем более важно, что фактически почти всегда логопед на начальном этапе коррекционной работы с заикающимися вольно или невольно прибегает к замедлению.

Логопед должен убедить пациента, что при правильной интонации замедление не ведет к монотонной речи, а может помочь передать смысл и чувство. Для заикающихся это является открытием. Доказательством того, что замедление и монотонное звучание прямо между собой не связаны, может служить простой эксперимент, когда мы, пользуясь разным темпом речи (медленным, средним, быстрым), читаем один и тот же отрывок сперва монотонно, а потом выразительно. Заикающиеся по секундомеру следят за временем. Оказывается, что нормальный темп речи при монотонном звучании воспринимается как крайне медленный и, наоборот, замедленная, но выразительная речь воспринимается как нормальная.

Такой эксперимент позволяет преодолеть неприятие замедленной речи, что имеет большое психотерапевтическое значение.

Работу по коррекции интонации мы начинаем с развития речевого слуха, который, как правило, страдает при заикании. Умение различать достоинства и недостатки голоса у себя так же, как и у других людей, является обязательным условием успешной коррекции интонации. Мы сразу же привлекаем внимание заикающихся к звучанию их собственной речи, просим произносить звуки как можно тише и сами стремимся к этому. В атмосфере тихого пения, тихой выразительной речи пациенты все время должны как бы прислушиваться. Слух в этом случае обостряется, работает более активно. Отвлекающие световые раздражители лучше исключить, и мы иногда предлагаем заикающимся слушать себя с закрытыми глазами или во время аутогенных тренировок.

С этой же целью рекомендуем наблюдать за речью окружающих людей, что позволяет сравнить интонационно окрашенное и монотонное звучание. Кроме того, мы стараемся обогатить их пассивный интонационный словарь, предлагая прослушивать записанные на пленку образцы речи чтецов, актеров. Именно в это время уместно начать разговор о том, что настоящий ритм не скороговорка, а наоборот, «чем выше ритм, тем медленнее мы говорим» (100).

Как указывал К.С.Станиславский, «торопливость, нервность, болтание слов, выплёвывание целых фраз не только затушевывают смысл, но совершенно уничтожают его», а «нервность говорящего только раздражает слушающих, неясное произношение злит, так как заставляет их напрягаться и догадываться о том, чего они не поняли, суетливость тяжелит речь, облегчает ее только спокойствие и выдержка» (100).

Рассмотрим систему приемов коррекции просодической стороны речи, рассчитанную на основной курс лечения.

Здесь, прежде всего нужно упомянуть рассмотренный выше способ коррекции заикания, основанный на синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки. Он позволяет с первых дней занятий устранить речевые судороги практически у всех заикающихся, без чего затруднена коррекция просодики. Благодаря этому приёму исправляются такие компоненты просодической стороны речи, как темп, ритм, логические ударения, паузация. Пальцы руки становятся жесткими водителями ритма. Именно от скорости и ритма движений пальцев руки зависят темп и ритм речи заикающихся. Говоря «с рукой» в течение полугода, они постепенно налаживают темп и ритм речи, а также слитное произнесение слов в речевом отрезке.

Следует подчеркнуть, что при формировании нового речедвигательного навыка «говорящая» рука похожа на руку пианиста в том смысле, что каждый палец как бы извлекает звуки разной длительности и интенсивности. Если при синхронизации слогов с движениями пальцев руки в синтагме будет формироваться равное давление пальцев на поверхность, то это приведет к равномерной монотонной речи.

Более сильным нажатием пальца, длительностью произнесения слогов и голосом выделяются все сильные позиции в синтагме. Эта работа начинается уже в первые дни занятий, когда пальцы еще не способны к быстрому переключению и темп речи, соответственно, несколько замедлен. В это время особенно эффективна работа по выделению логических ударений. От синтагмы к синтагме пальцы находят их. Следовательно, одновременно решается вопрос наладки и этой стороны просодики.

Такой способ лечения позволяет восстановить нормальную паузацию. По «правилам руки» начало каждого первого слога синтагмы выделяется более сильным и длительным нажатием большого пальца одновременно с более четким произнесением слога. Обучение этому требует времени, концентрации внимания как пациента, так и логопеда.

С налаживанием паузации появляется мера, а все, что ощущается слухом как мера, фактически является ритмом. Еще в древности ритм считали одним из основных источников приятности и красоты речи. Е.Н.Ухтомский свое отношение к ритму определил словами: «Его Величество, Его Высочество ритм!» Достижение стройной ритмической организации речевого процесса у лиц, страдающих заиканием, один из первых признаков возвращающегося к ним здоровья. Если раньше речь представлялась хаотическим нагромождением утяжеленных звуков и оттого положение казалось безвыходным, то появление пауз, которые мы к тому же используем для расслабления, создают атмосферу спокойствия, порядка.

Работа над ритмом, темпом, паузацией дает новое понимание самого процесса речи. Сложный процесс распадается на ряд простых, хорошо усвоенных и повторяемых элементов (правил). Единственно, что выпадает из этого единообразного потока речи, подтекст, требующий импровизации и творчества. И чем лучше усвоены правила речи, тем больше времени и сил остается для выражения подтекста.

Параллельно с этим проводится коррекция мелодического рисунка речи, в свою очередь состоящая из нескольких этапов.

Работа со звуком. Внимание пациентов обращается прежде всего на то, что основа их будущей интонированной речи заключена в звуке, в его красоте, легкости, полётности, эмоциональной окраске. К.Чарелли (109), говоря о сценическом мастерстве, отмечал: «Каждый человек обладает своим, ему одному присущим тембром голоса, и задача занятий развить, укрепить, улучшить его». В работу над голосом он включил постановку правильного дыхания, артикуляции, резонирования, выразительных средств голоса, при этом специально подчеркивал, что «навыки правильного звучания отрабатываются и доводятся до автоматизма в процессе многократных целенаправленных занятий, а при их отсутствии утрачиваются навсегда».

В своей логопедической практике при постановке голоса мы в значительной мере опираемся на приемы, используемые отечественными и зарубежными специалистами, педагогами по вокалу и по сценической речи. Однако необходимо иметь в виду, что заикающиеся, из-за постоянных зажимов мышц грудной клетки и шейной мускулатуры, используют в основном верхнее и среднерёберное дыхание, при котором голосовой аппарат работает с большим напряжением. На фоне мышечного расслабления проводятся упражнения по развитию нижнерёберного дыхания и нижних резонаторов. Такие упражнения позволяют поставить голос на опору, снять завышенное звучание и сформировать длительный экономный выдох.

При постановке голоса мы помогаем вызвать, а затем запомнить ощущение открытой глотки. Этого можно добиться через артикуляцию, поскольку движения рта и лицевых мышц более произвольны, чем движения мышц гортани. Нижняя челюсть у заикающихся, как правило, зажата, а зажата челюсть ведет к зажимам гортани. При свободной артикуляции с расслабленной нижней челюстью и голос звучит свободно.

С помощью правильной артикуляции на гласных «у», «о», «а», вызывающей произвольное движение мышц гортани, мы приучаем «атаковать» звук на стокатто слабой доли, без крика, легко и непринужденно. Понимая, как нужно открывать рот, и услышав свободное звучание голоса, пациенты самостоятельно стараются найти и находят это оптимальное положение. Затем они обучаются так же легко «атаковать» звук всильной позиции.

Добиваясь правильного звучания голоса, мы одновременно фиксируем внимание на высоте тона, так как заикающиеся обычно стремятся к его завышению, что вызывает напряжение голоса. Если с самого начала не научить их использовать низкий голос, а опираться на средний, то они по привычке довольно быстро переводят голос на верхнее звучание и на связки. В процессе работы над звуком пациенты убеждаются, что использование низкого, а затем среднего голосовых регистров ведет не только к голосовой свободе, но и к красоте звучания. «Особенно для русских голосов, говорил К.С. Станиславский, важно говорить на низких тонах и надо бояться открытых вульгарных звуков».

Известно, что, когда голос уже звучит на опоре и не зажат, звуки сначала произносятся как бы механически, в них нет жизни. Поэтому необходимо снова и снова уточнять артикуляцию. Согласно Д.Е.Огороднову, «Артикуляция это своего рода и жестикация, только более тонкая и более богатая. Техника артикуляции определяет технику дикции» (83).

С точки зрения эвфонии (науки о благозвучии) каждый звук имеет только ему присущую красоту, свою «душу».

Мы стараемся сформировать это ощущение и связываем звуки с определенным кодовым знаком и мимикой. Например, гласная «у» изображается в виде рупора, уводящего звук в бесконечность; «о»

солидный, объемный («толстый») звук в виде широкого круга; «а» солнечный, радостный движением рук, как расходящихся в обе стороны лучей, и т.д. Уже на этом этапе должна закрепляться память о свободном звукоизвлечении.

Одновременно с описанной выше работой мы начинаем обучение пациентов мягкой атаке звука. Для этого используется упражнение, предложенные В.Огородновым (83). Следуя его методике, тренировку мягкой голосопередачи начинаем с гласного «у», затем усвоенный навык переносим на другие гласные звуки. Голосоподача начинается из состояния безартикуляции, всегда сопровождается плавным движением руки, которая управляет силой звучания.

В целях обучения правильной артикуляции звуков (у заикающихся постоянно зажата нижняя челюсть, что ведет к зажимам гортани) мы просим пациентов слегка надавить на щеки так, чтобы кончики пальцев прошли между зубами и подбородок опустился. В этом положении пропеваются гласные звуки. Усилить впечатление от правильного звучания можно привлекая внимание к тому, как плохо, тяжело звучат гласные звуки, когда рот недостаточно широко открыт. Перед началом пения логопед дает настройку: пример правильно спетого звука. Услышав, как свободно звучит их собственный голос, и запомнив, как нужно для этого открыть рот, заикающиеся сами находят это оптимальное положение. В результате многократного повторения упражнений закрепляется правильная манера артикуляции для свободного звукоизвлечения. В требованиях как можно шире открывать рот на гласных не нужно бояться преувеличений, гротеска: у заикающихся слишком велика привычка держать рот прикрытым. Если при пении упражнений удастся добиться достаточного раскрытия рта, то при переходе к обычной речи от выработанного навыка остается только след, ощущение открытой глотки. В ходе занятий мы обращаем внимание на высоту тона, так как с его повышением растет напряжение голоса.

Работая над голосом, необходимо помнить о тесной взаимосвязи речевой и певческой функции.

Используя пение в коррекционной работе, можно добиться легкости и непринужденности звукоизвлечения, а затем перенести эти навыки в речь. Во время пения следует постоянно следить за положением рта. Важно, чтобы губы при пении не напрягались и полностью раскрывался рот. Целесообразно также использовать «жестовый хор», когда все пропеваемые гласные связываются с определенными кодовыми знаками, о которых говорилось выше. Вначале слова песни пропеваются, а затем произносятся без мелодии (говорим как поем). Причем петь и проговаривать можно не только песни, но и отдельные фразы, маленькие сказки и рассказы, создавая собственную мелодию.

В ходе этой работы мы просим пациентов произносить звук ниже или выше, тише или громче. Учим их по разному распределять звуки в пространстве, направлять их то дальше, то ближе. Все это закладывает фундамент будущей выразительной речи.

В то же время следует иметь в виду, что вновь приобретенный навык правильного звукоизвлечения должен быть полностью автоматизирован, иначе вся работа окажется напрасной.

Уже на этом этапе, обучая пациентов правильному звукоизвлечению, мы начинаем разговор о подтексте.

Здесь уместно сказать, что в минуты наиболее сильного эмоционального подъема, крайне увлеченные передаваемой мыслью, заикающиеся начинают жестиковать, их глаза оживлены. В этот момент, по-видимому, снимается блокада с каналов экстралингвистической информации и появляется способность интонировать. Тут очень важно осознание того, что и до лечения существовала возможность яркой эмоциональной речи. В беседе мы это особо подчеркиваем.

Указанный факт сам по себе диктует методические приемы коррекции подобного рода недостатка просодики у заикающихся. Необходимо вызвать к жизни эту почти не используемую ими способность, иначе обучение становится практически невозможным, как невозможно обучить неповторимому звучанию певческого голоса. Здесь могут помочь специальные упражнения, ведущие к раскрепощению и обретению внутренней свободы.

Очень полезны занятия по пластике. Вниманию пациентов предлагается некий образ: например, воображаемый стеклянный шар, который нужно переложить с руки на руку; сильная струя воздуха, меняющая свое направление относительно тела; движения пальцев, превращающихся то в паука, плетущего паутину, то в струйки дождя, то в танцующих человечков, и т.п. Такой игровой метод позволяет соединять звук с движениями, а следовательно, обогатить интонационную окраску речи.

С этой же целью нами используются пантомимические упражнения системы Е.А.Харитоновой (см. приложение 5). В них не нужно требовать особой красоты и отточенности движений, что могло бы явиться закрепощающим моментом. Главное - помочь обрести в движении внутреннюю свободу.

Во время этих занятий мы предлагаем пациентам выразить разные чувства: гнев, восхищение, неприязнь, используя только один звук. Так, звуком «р» можно выразить агрессию, звуком «о» - удивление и т.д.

В итоге такой работы заикающиеся должны уметь свободно извлекать эмоционально окрашенный звук на нижнем голосовой регистре, отчетливо понимая, что рождение подобного звука возможно только в соединении со взглядом и движением (мимика лица, движения плеч, рук).

Раскрепощению способствуют свободные, выразительные, спонтанные танцевальные движения. Первые несколько минут таких занятий - разминка (расслабление рук, мышц, шеи, туловища под музыку). Затем - танцы в паре. (Конечно, к танцу нельзя никого принуждать).

Способность перевоплощаться также помогает достичь внутреннего раскрепощения. Пациенты выбирают по желанию то или иное животное и в течение 10-20 минут представляют себя этим животным, подражая его

повадкам, движениям, звукам. Возникает игровая ситуация, в которой участники группы, оставаясь в образе, вступают в игру друг с другом; они могут шуметь, бегать, прыгать, выражать различные чувства.

Мы постоянно возвращаемся в работе с больными к тому, как важно при диалоге участие глаз. «Молчание тоже речь. Ваши глаза должны говорить, должны слушать», - объясняем мы пациентам. Просим их передать глазами какую-либо информацию: согласия, несогласия, приветствия, прощания и пр. Заикающиеся начинают понимать, что это невозможно сделать без микродвижений. При этом мы косвенно выходим на коррекцию личностных отношений, формируя способность к адекватной реакции на речь собеседника.

Работа со слогом. Слог - минимальная произносительная единица. Звуки, входящие в один слог, характеризуются наибольшей слитностью и взаимосвязанностью. Центром, вершиной слога является обязательный в русском языке гласный звук. Согласный находится в полной зависимости от гласного и появляется в процессе огубления гласным звуком (28). Н.И. Жинкин отмечал, что при заикании нарушается не только слоговая динамика - слогодвижение, но и синтез слога (55). Это соответствует и нашим наблюдениям. Так, центром слога у заикающихся часто становится не гласный, а согласный звук, на котором они фиксируются. И даже когда нет речевых судорог, первые согласные звуки синтагмы произносятся жесткой с мало заметным выделением.

Прежде чем включить согласные звуки в материал для логопедических тренировок, мы обязательно проводим с группой беседу о роли согласных звуков в речи. Эта беседа крайне необходима заикающимся, так как многие из них испытывают значительные трудности именно с согласными звуками. Пытаясь справиться с запинками, с напряжением артикулируют на согласных, что лишь утяжеляет заикание и еще больше разрушает речь. У многих формируется звукофобия, они, как правило, фиксированы на согласных.

В ходе беседы мы говорим пациентам, что согласные звуки не существуют сами по себе. Они появляются в речи лишь вследствие огубления их гласными (терминология Л.В.Бондарко (29)). Стремясь сформировать у лечащихся зримое представление о соотношении гласных и согласных звуков в речи, мы используем своеобразный опорный сигнал: изображаем на листе бумаги гласный звук в виде окружности большого диаметра и «прилепившийся» к ней согласный в виде маленькой точки. При этом объясняем, что согласный всегда рождается без напряжения артикуляторного аппарата, «между губами». Опорный сигнал и наши комментарии помогают заикающимся легче осознать задачу сочетания гласного и согласного звуков.

Становится ясным, что проблема построения самых разных слогов сводится к отчетливой артикуляции гласных звуков и несколько сглаженной - любого согласного (позднее группы согласных), а произнесение слога, состоящего из гласного и согласного звуков, составляет единую артикуляционную задачу и подчиняется тем же требованиям, что и упражнения на гласные звуки. В дальнейшем мы усложняем речевой материал, используя различные сочетания согласных звуков в открытых и закрытых слогах, но в принципе общий речевой стереотип не меняется.

Мы уже не раз здесь говорили, что техника свободного звукоизвлечения, связанная с новым психическим состоянием, нарабатывается путем многократных повторений как прочный стереотип. Однако вся эта методическая работа будет лишена смысла, если подходить к речевым упражнениям чисто механически, делая упор исключительно на технику. Не просто бездушный слог, который впоследствии может быть перенесен на руку, а речь, интонация, общение на слоге и лишь как следствие этого - естественная речь, синхронизированная с движениями пальцев руки. Таков наш методический принцип.

При отладке синтеза слога мы просим пациентов объединить слогопроизношение со свободным движением рук и туловища. Здесь могут быть полезны упражнения Петера Губерина, применяемые в работе с глухими (см. приложение 6). Они отвлекают от речи, голосовой максимум при их использовании непроизвольно переносится на гласный звук. Голос следует за движениями рук, повышаясь и понижаясь. Звучание постоянно меняется и мы привлекаем к этому внимание пациентов. Использование этих упражнений позволяет одновременно решить две задачи: наладить синтез слога и заложить основание для коррекции мелодической стороны речи. Сочетания слогов, приведенные в приложении, обычно используются в работе с глухими детьми. Но, как показывает опыт, они могут быть применены и при работе с заикающимися.

Не следует недооценивать и тот факт, что такие упражнения, как правило, вызывают живой интерес пациентов и избавляют группу от однообразной механической работы. Вообще, если к формирующемуся стереотипу - основному содержанию данного и всех последующих этапов - предъявляются достаточно четкие и однозначные требования, то в отношении формы проведения занятий, особенно в процессе закрепления навыка, допускается гораздо больше свободы, но все же она ограничивается необходимостью интенсивной автоматизации единого сложного навыка.

После того как восстанавливается правильное произношение слога, указанные выше упражнения со звуком повторяются заново с использованием набора открытых и закрытых слогов.

Работа со словом. Переходя к этому этапу, мы, прежде всего, переносим навыки правильной голосоподачи со звука и слога на слово. Уточняем артикуляцию, с тем, чтобы все гласные звуки, произносимые в слове, сохраняли благозвучие, теплоту. Обращаем внимание на то, что красота звучания связана с правильным произнесением гласного звука, особенно, если он находится в сильной позиции. Учим по-разному распределять звуки в пространстве, направлять их то дальше, то ближе, произносить громче или тише, ниже или выше. Основываясь на своих экспериментальных исследованиях, ряд авторов (60,84) отмечает недостаточность перепадов частоты основного тона в речи заикающихся. Этот дефект становится очевидным при произнесении слова. Чтобы его устранить, мы разъясняем, что в каждом слове мелодическая кривая совершает восходящее или нисходящее движение в зависимости от типа синтагмы. Главными интонационными характеристиками являются значение завершенности, незавершенности и выделения (28).

На этом этапе нас пока еще не интересует ни подтекст, ни индивидуальные особенности говорящего, важно лишь понимание того, что каждое слово имеет свой ритмико-мелодический рисунок.

Л.В.Бондарко отмечает, что интонационные типы синтагмы (а слово вне контекста есть синтагма) формируются с помощью изменения частоты основного тона голоса, длительности и интенсивности звучания. На протяжении синтагмы они значительно изменяются. Особенно это видно при наблюдении за мелодическими характеристиками речи.

Вариация частоты основного тона происходит вокруг некоторой средней частоты, типичной для данного человека. Интонация завершенности отличается сильным понижением частоты основного тона на последнем ударном гласном синтагмы. Вначале группой усваивается такая интонация. При этом движение голоса связывается с движением руки. Вместе с произнесением слова рука движется вниз и одновременно понижается частота основного тона. Движение руки может заменить мяч, который бросается в пол.

Для вопросительной интонации характерно повышение частоты основного тона на ударном гласном последнем слове синтагмы. Если за ударным гласным в последнем слове синтагмы следуют еще и безударные, то происходит понижение частоты основного тона, однако гораздо меньшее, чем то, которое наблюдается при интонации законченности. В ходе обучения вопросительной интонации рука совершает круговое движение. Она направляет («бросает» вопрос) в сторону собеседника, поднимаясь вверх на завершающей фазе вопроса. Это же движение можно проводить с мячом.

Интонация незавершенности похожа на вопросительную интонацию, только рука в конечной фазе движения поднимается более плавно и не так высоко. При восклицательной интонации рука (мяч) устремляется вверх. За движением руки следует голос.

Эта работа проводится в следующей последовательности. Произносится слово с разной интонацией (вопросительной, восклицательной и т.д.). Правильно воспроизвести мелодическую кривую помогают вышеописанные движения руки. После того как мелодика слова отработана и воспроизводится по памяти, переходим к синхронизации слова с движениями пальцев ведущей руки, которые закрепляют правильную интонацию.

Работа по коррекции основных мелодических рисунков слова позволяет избавиться от их монотонного произнесения, но заикающиеся еще не способны использовать подтекст. Чтобы добиться этого, мы возвращаемся к истокам развития речи, к времени бурного накопления интонационного словаря, когда ребенок передает смысл высказывания в меньшей степени звуковым составом слова, чем жестом, мимикой, позой, взглядом, мелодикой (39). Мы просим по возможности ярко, живо представить себе какой-то предмет, а затем гротескно изобразить его, используя приемы пантомимы, одновременно беззвучно артикулируя. Затем предлагаем повторить то же самое еще более раскрепощенно и с голосом. Ввиду необычности задания, переключения на эмоции, с гротескным жестом, мимикой, раскрепощенной позой, становится невозможным механическое произнесение слова. Наступает момент, когда заикающиеся обретают способность передать смысл слова, используя не только его звуковой состав, но и яркую интонацию. Аналогичными упражнениями мы пытаемся достигнуть того, чтобы точная интонация при произнесении соответствующего слова зафиксировалась в памяти.

В дальнейшем пациенты произносят это слово, повторяя найденную ими интонацию и сопровождая слово редуцированным жестом, к которому прибегают все нормально говорящие люди. Вначале используются слова, позволяющие вызвать наиболее яркие, образные представления (например, солнышко); фигурируют ислова антонимы (маленький - большой, сладкий - горький). Обычно после первой недели работы эти задания довольно легко выполняются. Далее, теми же приемами и в той же последовательности обучаем голосом передавать более тонкие оттенки значений (например, маленький - побольше - большой - огромный).

По мере того как восстанавливается способность мелодически правильного произнесения слова, на первое место выступает подтекст и постепенно к пациентам приходит умение выразить скрытый смысл сказанного. Так мы, наконец, получаем живое звучание слова.

Работа с синтагмой, состоящей из двух и более слов. К этому времени уже усвоены мелодические рисунки завершенности, незавершенности, восклицания. Нам остаётся познакомить лечащихся с мелодическим рисунком интонации выделенности.

Для синтагмы, обладающей этой интонацией, типичен рисунок, характерный для завершенной синтагмы с той лишь разницей, что степень понижения частоты основного тона на ударном гласном последнем слове (интервал падения тона) оказывается в этом случае более значительным. Для описания мелодики существенно также, в каком месте фразы расположен мелодический максимум, то есть самое высокое значение частоты основного тона. Оно может появиться в разных местах синтагмы в зависимости от того, какое слово выделяется.

При тренировке интонации выделенности звука рука медленно поднимается вверх до мелодического максимума, затем падает. Голос повторяет движения руки. Работа с синтагмой, состоящей из двух и более слов, проводится в той же последовательности, что и работа со словом.

Во время тренировок мы предлагаем заикающимся двухсоставные предложения и постепенно усложняем их. Вначале описанным выше способом работаем с каждым словом синтагмы, как бы проводя интонационный анализ. Просим пациентов отстучать ритм каждого слова, изобразить его гротескным жестовым рисунком-знаком, поём это слово на придуманную нами вместе мелодию и т.д. После нескольких повторов, когда мелодический рисунок каждого отдельного слова хорошо усвоен, слова объединяются в интонационные единства (синтагмы), но при этом сохраняется неповторимость интонационного звучания отдельных слов.

На следующем этапе даётся задание: не прибегая к интонационному анализу синтагмы, произносить её сразу целиком, синхронизируя каждое слово с редуцированным жестовым знаком. Жестовые знаки не предлагаются нами, а рождаются сами в процессе речи. Они помогают передать внутреннее видение мира, живущее в форме зрительных представлений, закодированных в головном мозге. Постепенно жестовые знаки, которые синхронизируются вначале с каждым словом синтагмы, трансформируются в жест. А возвращение точного жеста - это, по сути, возвращение эмоциональной окраски речи.

Резюмируя сказанное, ещё раз отметим, что занятия просодикой направлены не на украшательство речи, а на коррекцию многих значимых симптомов заикания. Предложенные приёмы позволяют одновременно корректировать темп, ритм, паузацию, устранить монотонное звучание, обеспечить свободное голосоизвлечение, использовать в процессе коммуникации подтекст.

В результате проделанной работы пациенты осознают, что речь живёт по своим законам. Так, для свободного звучания необходимо использовать опору и ощутить открытую глотку. Каждый гласный звук имеет свой характер. Если исключить иотированные звуки, то гласных всего шесть, а правила их произнесения нетрудно запомнить. Весь речевой поток разделяется паузами на синтагмы, содержащие от пяти до девяти слогов, правильное произнесение которых уже освоено. Каждая синтагма, в свою очередь, живёт по определённым интонационным законам, которые тоже просты и легко выполнимы. Заикающиеся с удивлением отмечают простоту выполнения речевых заданий, и речь начинает восприниматься ими как автоматизированный поток слогов, объединяемых в различные последовательности - синтагмы.

Работа над просодикой представляется тем более важной, что, занимаясь коррекцией интонации, мы косвенно корректируем личность, выводя заикающихся на истинное общение. В процессе коррекции интонации у них повышается самооценка. Свободное голосовое звучание возвращает человеку уверенность, новое понимание себя. Значительно усиливается активность пациентов, что, в конечном счёте гарантирует успех.

## **5. КОРРЕКЦИЯ ЛИЧНОСТИ И НОРМАЛИЗАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В ПРОЦЕССЕ РАБОТЫ НАД РЕЧЬЮ**

Ещё в начале века выдающийся психотерапевт, создатель психологического способа лечения Г.Д.Неткачев выделил заикание как особый психоневроз и вел работу в двух направлениях: речь и личность.

В настоящее время практически все методики лечения заикания предусматривают необходимость коррекции не только речи, но и личности. Вообще говоря, это означает, что вместе с логопедом должны проводить работу психотерапевт и психолог. Некоторые авторы полагают, что в случаях невротического заикания занятия с логопедом могут даже ухудшить результат лечения (35). Вероятно, здесь идет речь о тех случаях, когда логопеды предлагают приёмы, фиксирующие внимание на акте речи (например, вдох перед началом каждой синтагмы). Но как показывает опыт, психотерапевты не достигают значительных успехов, если лечат заикание как обычный невроз.

На каком этапе к лечению должен подключаться логопед, психотерапевт и психолог, как они должны взаимодействовать, - этим вопросам до сих пор уделялось недостаточно внимания. Чтобы ответить на них, обратимся вновь к этиологии данного заболевания. Заикание возникает как у детей без невротических проявлений, так и у имеющих невротические реакции. Кроме того, оно может наблюдаться у детей с неврозом развития, психопатией или в отдельных случаях при тяжелом эндогенном заболевании. При определении стратегии действий логопеда и психотерапевта важно отличить невроз как реакцию на заикание, протекающего на фоне невроза развития.

В нашей практике обычно работа начинается с медико-педагогического обследования, которое проводится логопедом и (при наличии диагноза психиатра) и помогает наметить план лечения. Без этого возможны тяжелые ошибки, поскольку заикание иногда маскирует эндогенное заболевание.

Во время медико-педагогического обследования выявляются случаи, когда вмешательство психотерапевта необходимо до начала курса лечения в логопедической группе. При этом следует предупредить пациента, что идет только подготовительная работа к лечению заикания. С остальной группой во время основного курса заниматься должен только логопед, которому следует хорошо знать приемы психотерапии заикания: справляться со страхом речи, навязчивыми мыслями, уловками и т.д. Он должен корректировать поведение, если оно нарушено в связи с заиканием. Безусловно, мы не отрицаем необходимости консультативной помощи психотерапевта во время основного курса лечения, а ставим под сомнение лишь целесообразность лечения заикающихся в психотерапевтической группе параллельно с логопедическими занятиями. Подобная организация работы менее эффективна, так как пациенты ограждают себя от решения своих личностных проблем самим фактом заикания. М.Н.Кроль и Е.П.Михайлова пишут: «Предъявляемая заикающимся проблема настолько остра и очевидна, что самые первые шаги психотерапевта, обычные при ведении невротика: сравнение жалоб и проблем отдельных больных, предоставление им полной самостоятельности в общении, превышение напряжения за счет специально создаваемой неопределенности ситуации и т.д. - оказываются блокированными. Требование работы по нормализации речевого общения для заикающихся естественно, они обращаются за помощью именно для того, чтобы избавиться от трудностей в этой сфере» (72).

Следует отметить, что работа логопеда по нормализации речи открывает значительные возможности коррекции личности. Логопед выполняет по сути работу реставратора, который постепенно как бы расчищает картину от позднейших наслоений и проявляет истинное лицо человека. Изменения личности, связанные с заиканием, обычно уходят вместе с его излечением. Встречается и другое. Например, в случаях, когда заикание сочетается с неврозом развития, через несколько месяцев выясняется, что у заикающегося есть личностные проблемы, которые он сам не способен решить. Их, как правило, не может и не должен решать с ним логопед. Здесь нужен психотерапевт, который призван лечить не заикание-невроз, а невроз у заикающегося человека. Это сразу ставит всё на свои места, определяя обязанности каждого во время лечения.

Крайне важен, на наш взгляд, вопрос семейной психотерапии. Если существует невроз-реакция у заикающегося, то, безусловно может существовать невроз-реакция на заикание и у членов семьи. Этим должен заниматься психотерапевт во время работы логопеда с группой.

Таким образом, представляется целесообразной следующая организация совместной работы логопеда и психотерапевта:

1. углублённое обследование больного психотерапевтом, а по возможности и психологом, перед началом лечения;
2. совместная выработка стратегии лечения;
3. семейная психотерапия во время основного курса логопедических занятий;
4. отдельные консультации заикающихся у психотерапевта по просьбе логопеда;
5. специальные занятия в группе с теми заикающимися, которым после основного логопедического курса нужна психотерапевтическая помощь.

Осуществляя нормализацию речи, логопед одновременно проводит работу по коррекции личности заикающегося, устраняя вторичные психологические наслоения (страх речи, навязчивые мысли и т. д.). Одна из первых задач в этой области - подвести пациентов к пониманию того, что никто не может пройти за них путь к выздоровлению. При всей нашей вере в полное излечение заикания, мы не способны передать ее пациентам в готовом виде. Она приобретается только с личным опытом.

Сказанное определяет наши взгляды на использование методов прямого внушения в процессе коррекции речи. Полагаем, что в данном случае оно может оказывать лишь кратковременное действие. Наивно было бы надеяться, что даже повторным внушением можно разрушить устойчивую систему отношений, изменить искажённые представления, которые формировались в течение всей жизни.

Наличие дефекта уже с первых лет ставит заикающегося в особые условия. Нередко семья, школа, окружение способствуют этому. Часто родители не могут скрыть своего беспокойства за здоровье ребенка и тем усиливают его тревожность. И вместо того, чтобы стремиться к расширению круга интересов детей, сужают его до пределов заикания. Нам приходилось сталкиваться и с такими рекомендациями логопедов, когда, например, ребенку запрещается заниматься любимым видом спорта, участвовать в соревнованиях. Подобные меры в конечном итоге не улучшают речь, но заметно фиксируют пациента на дефекте. Мы считаем их неоправданными. Наблюдения показывают, что при любой тяжести моторных проявлений заикания они корригируются значительно легче, если ребенок в социальном плане защищен и в связи с этим менее невротизирован.

В особенно сложном положении заикающиеся дети оказываются в школе, где педагоги, даже не желая этого, выделяют их из коллектива (редко вызывают или предлагают ответить письменно, снижают или завышают оценки и т.п.). В таких условиях одни начинают спекулировать заиканием, у других снижается интерес к занятиям. Некоторые дети испытывают обиду или враждебность, чаще это целая гамма отрицательных переживаний. Но самостоятельно изменить ситуацию они не в силах. Так человек остается один на один со своим страданием, перестает верить в возможность жить как равный среди равных. Нередко формируется система оправданий типа: «Если бы я мог сказать, я бы вам доказал...». Возникает чувство, что окружающие не способны понять его. Он становится «не таким, как все», «хуже других», а на деле - замкнутым, мнительным, подозрительным. Чувствуя боль родителей, дети стремятся своеобразно защитить их, прекращая рассказывать о своих переживаниях. И вот постепенно нарушаются взаимоотношения с самыми близкими для них людьми. А поскольку каждому человеку необходимо общение, многие из заикающихся готовы принять на себя любую роль, ведущую хотя бы к псевдообщению. В результате фиксируется страх речи, а главное - формируется более общий страх, страх перед жизнью. Взамен реального опыта личностного общения вырабатываются приемы психологи ческой защиты, что ведет к неадекватному (заниженному или завышенному) представлению о своих возможностях.

Следует отметить, что многие родители впервые по-настоящему узнают внутренний мир своих детей, когда знакомятся с их дневниками. Они бывают потрясены, увидев, что совсем не представляли, что происходит в душе их ребенка.

Здесь мы не ставим перед собой задачи сколько-нибудь полно рассказать о внутреннем мире заикающегося человека, его личности. Наш краткий анализ нужен для того, чтобы стало понятно: сам факт заикания неизбежно вызывает затянувшееся реактивное состояние и коррекция личности может происходить только вместе и в связи с нормализацией речи.

Для того чтобы пациенты начали постигать, как заикание «строило» их личность, уже в первой беседе мы предлагаем им описать свою жизнь. Богатое воображение пациентов позволяет воскресить картины прошлых страданий и понять, что заикание действительно руководило многими их поступками. В процессе анализа этого опыта появляется возможность раскрыть сущность «древа заикания», увидеть, как мощно оно

разрослось. Мы говорим, что, сколько бы ни обрезалась его крона, впоследствии оно может стать еще более жизнеспособным. Необходимо уничтожить корни. Это требует сознательных шагов самого пациента, понимания предстоящей работы и необходимости значительных усилий.

Заикающийся должен фактически стать «логопедом для самого себя», уметь различить болезнь и здоровье, анализировать положительный и отрицательный опыт, приобрести навыки руководителя группы, во всех ситуациях общения тренируя и воспитывая внутреннее состояние нормально говорящего человека.

Для анализа собственного состояния мы предлагаем пациентам в устной и письменной форме (в виде кратких ответов на вопросы) рассказать о своем самочувствии, затруднениях при общении дома, в школе, на работе, в магазинах и т.д. Обсуждая ответы, члены всей группы все лучше осознают основные составляющие устойчивого патологического состояния, приходят к выводу, что заикание сковывает тело и душу, истощает, мешает свободно и спокойно мыслить. По сути, заикающиеся смотрят на жизнь через «окно страха», поэтому им трудно оценить истинные чувства и отношения к ним людей. На всех уровнях - мышечном, эмоциональном, интеллектуальном - заикание искажает восприятие окружающего мира и мешает гармоническому развитию личности.

Отметим вместе с тем, что лечение заикания вызывает известную дезадаптацию, поломку устоявшихся стереотипов. Заикающиеся считают свой дефект причиной всех бед. От излечения ждут «счастья и свободы», не сознавая, что речевое здоровье не может решить всех жизненных проблем. Лечащиеся должны понять, что заикание не только мешало, но и чем-то помогало становлению их личности, отдельные положительные стороны которой сложились в связи с существованием этого дефекта. Нужно не проклинать его, а формировать новые модели поведения, постепенно вытесняя те, которые уже не нужны.

Нарушенная речь связана с патологическим изменением ФС. Оно включает в себя определенные мышечные ощущения, измененные характеристики дыхания, пульса и пр. Это состояние характеризуется беспокойством, внутренней тревогой во время акта речи (коммуникации). Напротив, нормальное функциональное состояние - такое, когда по поводу акта речи не испытывается ни положительных, ни отрицательных эмоций, - человек как бы «безразличен» к нему.

Степень тяжести моторных проявлений находится в прямой зависимости от нарушений ФС. Поэтому работу по коррекции личности целесообразно начинать именно с нормализации функционального состояния пациента во время акта речи (18).

Формирование нового функционального состояния проводится сразу в трех направлениях (соответственно «триаде заикания»): во-первых, устранение речевых судорог (упражнение с рукой); во-вторых, преодоление желания скрыть дефект (функциональные тренировки); в-третьих, блокирование внутренней тревоги во время акта речи (воспитание «рефлекса спокойствия»). Тем самым, собственно, мы получаем возможность ликвидировать всю симптоматику заикания.

Приемы работы по устранению речевых судорог подробно изложены в главе 3. Заметим только, что они устраняются с первых дней занятий практически у всех заикающихся, что помогает, в частности, заметно снизить уровень своеобразного психологического барьера у тех пациентов, которые идут на очередное лечение с неосознанной целью доказать себе и другим, что они обречены на заикание и оттого несчастны.

Функциональные тренировки (ФТ) давно используются в логопедической практике. В традиционных методиках они обычно начинаются после нескольких недель занятий. Беседы с посторонними, вопросы и ответы проводятся под наблюдением и контролем логопеда. В нашей методике члены группы уже с первых занятий вступают в активный контакт с окружающими, обращаясь к ним с различными вопросами, причем это делается пациентами совершенно самостоятельно в отсутствие логопеда и касается всех эмоционально значимых для них ситуаций.

Проводя ФТ, мы сознательно идем на усложнение условий: в первый день лечения вопросы задаются прохожим на улице, на второй день - в магазинах, общественных местах; на третий, четвертый, пятый дни предусматриваются беседы в бюро по трудоустройству, школах, институтах (с учащимися, преподавателями, директором), выступления перед аудиторией. Таким образом, каждый день заикающиеся должны решать новые, волнующие их задачи. В первой половине курса лечения используется крайне замедленная равномерная речь («темп подвига»), затем по мере овладения новым речедвигательным навыком - речь с рукой. Вначале это дается с большим трудом: страшно нарушать общепринятые законы, речевые нормы. Но мы объясняем, что страх речи держится на стремлении «быть как все» при невозможности этого. Есть два выхода: остаться и впредь заикающимся или решиться временно стать «не как все». Заикающиеся привыкли оберегать себя от отрицательных эмоций. теперь же перед нами стоит задача - выдержать любую реакцию прохожих на необычную речь. Приобретая чувство независимости, пациент получает возможность сразу выйти из роли заикающегося, как бы сообщить во всеуслышание, что он стал на путь излечения. Уже начало лечения - день дестабилизации изменяет отношение лечащегося к себе и к дефекту. Появляется первое, своим трудом добытое: «Я могу». После чего он с удивлением обнаруживает в себе способность выдержать самую трудную ситуацию. Мы объясняем своим пациентам, что для них крайне важны как реакция прохожих на необычную речь, так и собственные эмоции по этому поводу, поскольку на эмоциональном фоне быстро формируются и фиксируются долгосрочной памятью положительные выводы типа: «Я могу сказать». Причем эти выводы возникают спонтанно вне связи с воспитательными беседами, когда приходится обращаться к сознанию пациента, а оно со своей стороны может наложить на восприятие ряд ограничений и блокировок.

Функциональные тренировки позволяют избавиться от страха речи. Вместе с ним уходят навязчивые мысли и уловки. Появляется уверенность, раскованность, осознание того, что в конечном счете каждый только сам может помочь себе. Такой вывод раньше был недоступен заикающемуся, который так же как невротик был постоянно зависим и ждал помощи от других.

Иногда у пациентов срывает система психологической защиты, которая выражается в поиске самооправдания, как то: «У меня не такое тяжелое заикание, как у других, поэтому мне не нужен «темп подвига», я смогу говорить и на чуть замедленном темпе»; «Я не хочу пугать бедных прохожих, им очень неприятно слушать мою речь». В этих случаях мы не настаиваем на своем, а даем возможность высказаться, написать о своих сомнениях. Например, даем задание: доказать, что можно обойтись и без замедления речи или замедлить её немного. Последующее обсуждение наглядно демонстрирует несостоятельность выдвигаемых доводов, и это лучше всяких уговоров убеждает в необходимости выполнения такой работы.

С точки зрения методики важно, чтобы количество вопросов на «темпе подвига» было значительным - не менее 40 в день. Только при этом условии наши пациенты могут адаптироваться к положению пусть не совсем обычных, но не заикающихся людей. Новое состояние становится все более привлекательным, появляется желание беречь и укреплять его. Медленный темп речи не воспринимается уже как насилие, а является внешним проявлением нарождающегося спокойствия. И, наконец, когда уменьшается эмоциональное напряжение, уходит страх речи, пациенты неожиданно замечают, что, несмотря на прежний темп, к ним меняется отношение людей. И тут приходит первое прозрение: «Я связан с миром. Отношение людей ко мне зависит от меня самого, от моего состояния и поведения».

Мы убеждены, что длительные беседы и наставления не могли бы дать столько, сколько дает этот трудный собственный опыт.

Последующие занятия направлены на то, чтобы вести пациентов от одного успеха к другому. Г.Д.Неткачев говорил: «Все решают речевые победы». Но теперь мы стали понимать, как можно их реально организовать. Нужно иметь в виду, что после первых мощных функциональных тренировок страх речи настолько ослабевает, что может показаться: его больше нет. Но чаще всего страхи просто притаились, так что, например, «освоив» улицы одного города, заикающиеся могут вновь испытывать страх, переехав в другой город. Не опасаясь вопросов в магазине, они вдруг приходят в волнение, выступая перед школьной аудиторией, и т.д. Поэтому необходимо своевременно объяснить коварство страха и призвать лечащихся к наступательному поведению. Не ждать вопросов, а постоянно задавать их, по мере сил расширять круг общения - вот единственная возможность уйти от страха речи.

Регулярные функциональные тренировки позволяют записывать в долговременную память бессудорожную речь во всем эмоциональном диапазоне, начиная от состояния погружения в АТ до аффективного состояния, возникающего при работе с вопросами на «темпе подвига». Таким образом, решается проблема связи нового речедвигательного навыка с изменяющимся фоновым состоянием. Продолжением этой работы является адаптация нового стереотипа ко всем значимым ситуациям.

Тревога, сопровождающая процесс речи, закрепленная эмоциональной памятью заикающихся, становится настолько привычной, что здесь, по сути, можно говорить о «рефлексе тревоги». Ему необходимо противопоставить «рефлекс спокойствия». Устранение судорог, навязчивых мыслей, речевых страхов в результате первых функциональных тренировок уже существенно изменяет внутреннее состояние пациента. Следующая задача - быстро и прочно эти изменения зафиксировать, выработывая в противовес прежнему такое состояние, когда включение в речь и сам речевой процесс становятся источником спокойствия.

Обозначим основные моменты этой работы.

После разъясняющих бесед, которые помогают заикающимся осознать целесообразность предлагаемых упражнений, подводим их к желанию отказа от «состояния заикания», моделируя его в гротескной форме.

Далее переходим к формированию «рефлекса спокойствия». Нужно иметь в виду, что просьбы и уговоры здесь ничего дать не могут, так как пациенты никогда ранее не испытывали спокойствия в процессе общения, а кроме того, подобное состояние неподконтрольно сознанию. Поэтому мы обращаемся к под сознанию, используя заложенные в человеке универсальные программы.

Так, у всех людей спокойствие связано с мышечным расслаблением, легким удлинением выдохом (как во сне). Использование этой физиологической особенности позволяет автоматически вызвать у заикающихся чувство спокойствия. Но вначале нужно помочь пациентам ощутить это чувство вне акта речи, так как слово является для них эмоциогенным фактором.

Личного опыта заикающихся недостаточно для того, чтобы получить доступ к свободе движений, расслаблению, особенно мышц артикуляторного аппарата, к успокаивающему дыханию, непринужденному звукоизвлечению. Все эти навыки вырабатываются с помощью специальных приемов релаксации, техники аутогенной тренировки и т.п. Проводя такую работу, мы формируем не просто моторный, а перцептуально-моторный навык. Все изменения достигаются и фиксируются на уровне сенсорных ощущений.

Каждый элемент воспитываемого нового навыка нужно доводить до уровня автоматизма, постоянно выходя на обратную связь с пациентом, проверяя полученный результат и только после этого делая следующий шаг.

Во время тренировок необходимо добиваться большой концентрации внимания, нужна «вся территория мозга» (по терминологии Н.П.Бехтеревой). С этой целью проводятся специальные тренировки по концентрации и переключению внимания, поскольку оно было патологически перераспределено и сосредоточено в основном на акте речи и переживаниях, связанных с ним. Мы говорим, что владеть вниманием, значит фактически владеть собой.

Когда удается достигнуть нового внутреннего ощущения - расслабления и спокойствия, следует закрепить это состояние и связать с неким нейтральным сигналом - символом («заякорить»).

В дальнейшем с помощью такого сигнала можно при необходимости вызывать комплекс указанных ощущений. Таким сигналом может быть, например, слово «пять».

Следующий шаг - включение непринужденного, легкого голосоизвлечения на фоне обретенного спокойствия (см. главу 4). В ходе соответствующих тренировок при слове «пять» произносятся вначале отдельные звуки, затем слоги, слова, синтагмы. Такие упражнения помогают нам объединить звукоизвлечение с состоянием спокойствия. Затем остается решить главную задачу - ввести это состояние в спонтанную речь, «пропитать» ее спокойствием, сформировать рефлекс спокойствия взамен рефлекса тревоги. Для этого снова нужен «якорь». В качестве его используются пальцы ведущей руки (см. главу 3). Командой, заменяющей слово «пять», в начале синтагмы становится движение первого пальца руки, а в конце синтагмы - расслабление всей кисти. Эти движения тщательно отрабатываются при формировании нового речедвигательного навыка. Сначала специальными упражнениями мы обучаем руку, а затем движения руки не только диктуют ритмико-интонационный рисунок фразы, но и вызывают состояние спокойствия.

Большая часть работы по коррекции речи и нормализации ФС проводится на фоне мышечной релаксации. Только снятие характерных для заикающихся мышечных зажимов позволяет достигнуть положительного результата. Один из психотерапевтов метко определял хроническое мышечное напряжение как «мышечную броню» и утверждал, что, когда напрягаются мышцы, притупляются чувства. Тот, кто сможет сломать броню, сумеет изменить структуру характера.

Повысить самооценку, вывести на общение помогает коррекция просодической стороны речи. Занятия танцем, пантомимой, голосом освобождают движения, раскрепощают. Новое звучание голоса с использованием опоры, грудного и головного резонаторов, выражая волю и уверенность, безусловно оказывает влияние на становление личности. Другой голос - это другой человек.

По ежедневным самоотчетам можно проследить изменение внутреннего состояния пациентов, когда тревога, страхи все более вытесняются спокойствием, уравновешенностью, верой в себя при разных ситуациях речевого общения. В моторно-поведенческих реакциях исчезают тремор рук, избыточное мускульное напряжение, амимичность и пр. Оказываясь после лечения в эмоционально значимых ситуациях (экзамен, выступление перед аудиторией и т.п.), они, как правило, отмечают улучшение концентрации внимания, памяти. Более адекватно воспринимается поступающая извне информация. Вместе с изменением ФС изменяются и характеристики речевой деятельности, в частности, темпа артикулирования (что очень наглядно проявляется у лиц возбудимого типа). При нормализации ФС увеличивается латентный период реакции на реплику собеседника. В устных высказываниях почти не отмечается ошибок синтаксического согласования языковых единиц и парафазий, которые прежде, в состоянии заикания, часто не осознавались и не корректировались. Исчезает однообразие окраски речи, становится более отчетливым ее психологический подтекст.

Таким образом, за довольно короткий срок основного курса удается решить один из главных вопросов лечения заикания - в корне изменить отношение пациента к речевому процессу. Он освобождается от эмоциональной напряженности, вызываемой желанием скрыть дефект, мыслью «как сказать». Исчезает тревожность во время речи, сам речевой акт связывается с расслаблением и спокойствием. Появляется возможность видеть, слышать, думать как нормально говорящий человек. Происходит действительный «отрыв» от заикания, создаются условия для изменения системы отношений личности с окружающими, появляется реальная основа устойчивой нормализации речи и полноценного общения.

## 6. КОРРЕКЦИОННО - ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ БЕСЕДЫ И ОПОРНЫЕ СИГНАЛЫ

Из сказанного должно быть ясно, что у людей, страдающих заиканием, особая система поведения и реагирования на свой дефект и внешние обстоятельства. Свообразен и способ мышления, который односторонне направлен на оправдание речевых и жизненных неудач. Все случаи хорошей речи не учитываются заикающимися, наоборот, все промахи тщательно отбираются, ярко переживаются, запоминаются и, следовательно, имеют тенденцию повторяться и закрепляться.

Логопедическое воздействие - это преимущественно педагогический процесс, в рамках которого существенное место занимают коррекционно-воспитательные беседы. Именно они являются, по словам И.И.Тартаковского, «тайной победы лого-психотерапевта» (101).

Подобные беседы проводятся нами в ходе всего основного курса лечения и в дальнейшем при прохождении микрокурсов поддерживающей терапии.

Без заранее продуманных и правильно выстроенных во времени бесед, которые в совокупности составляют систему активизации, трудно добиться стойкого излечения заикания.

Следует подчеркнуть, что, говоря о коррекции личности заикающихся, мы понимаем под этим лишь то, что относится к речи, и никогда не вторгаемся в области, которые не связаны с ней непосредственно. Наша главная задача - помочь заикающимся понять, что недуг этот закрепляется только при их неосознанном содействии, что их разум пока еще не борется за освобождение от дефекта, а наоборот, воинственно защищает его. И только правильная оценка своего состояния, спокойное, доброжелательное (хотя и критическое) представление о себе, чувство ответственности за каждый свой шаг («Я виновник и хорошей, и плохой речи») позволят осознать причины отрицательных эмоций, связанных с речью, и постепенно вытеснить их. Изменение самооценки и эмоционального настроения, ликвидация спазм-задержек с первых дней занятий укрепляют также волю больных, которая часто ослаблена неверием в свои силы. Следует

добиваться, чтобы больные обретали во время лечения не только речь, но и трудолюбие, умение общаться, а главное память о том, что самые трудные обстоятельства преодолены.

Для того чтобы эти беседы достигли цели, нужно не вести личность за собой, а активизировать ее. Следует постоянно подчеркивать ценность собственного духовного мира человека, воспитывать его уважение к себе. Мы говорим, что, несмотря на все страхи, нередкие в начале лечения, духовная ущербность в действительности там, где нет борьбы за себя, где есть примирение с дефектом.

В беседах необходимо помнить о строго индивидуальном подходе к больным и, обсуждая домашние задания, стараться не превышать возможности каждого. Мы советуем заикающимся не сравнивать собственные результаты с результатами работы товарищей, у каждого своя отправная точка и в нарушении речи, и в самой жизни. Прямолинейное сравнение может привести пациента к мысли о своей неполноценности. Главное, чтобы в процессе работы росла активность каждого. Это основной критерий правильного хода лечения.

Полезно, особенно в работе с детьми, использовать сказки и метафоры: они афористичны, не содержат прямых советов и непреложных истин. Значит, не будет и сопротивления со стороны слушателей, у них остается возможность свободного выбора.

Нужно стремиться по мере сил укреплять коллективное начало в группе. До лечения заикающийся обычно остается наедине со своим дефектом. В группе он оказывается в обществе людей таких же, как он сам, испытывающих те же страдания. В других он узнает себя, извлекает уроки из чужих ошибок. Постепенно все члены группы оказываются как бы идущими «в одной связке»: чувствуют себя более свободными и могут раскрыть свой внутренний мир перед логопедом и товарищами по группе.

Очень важно, чтобы в группе возникли эмоциональный контакт и взаимопомощь. Для этого в начале работы целесообразно использовать ряд приемов, направленных на формирование доверительных отношений (например, специально подобранные игры). Во избежание конфликтов следует обучить пациентов простейшим элементам психологии общения: стараться заменять осуждающую интонацию на констатирующую; при угрозе конфронтации высказывать свои мысли в виде предположения или вопроса, а не в виде категорического утверждения; говорить об особенностях поведения, а не о личности; вести дискуссии, не искажая факты, учитывая намерения и чувства партнера. В то же время группа должна быть ориентирована не на создание тепличных отношений для ее членов, а на реализацию потенциальных возможностей каждого.

Развивая способности заикающихся к общению, мы призываем их учиться искусству эмпатии. Эмпатически общаться - значит суметь убедить другого в понимании его чувств. Для этого необходимо сосредоточиться как на вербальных, так и на невербальных сообщениях человека, стараться осознать те его мысли и чувства, которые не были прямо выражены. Язык и эмоциональный тон должны быть созвучны собеседнику, позволяя глубже проникнуться его эмоциональным состоянием, уточнять и расширять смысл высказывания.

Планируемые и спонтанно возникающие беседы продолжаются в течение всего основного курса лечения и диспансерного наблюдения. Они проводятся на каждом занятии и являются обязательной, существенной частью методики.

Приведем некоторые темы планируемых бесед:

1. Сущность применяемого способа лечения, основанного на синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки.
2. Возможности и пути коррекции интонационной стороны речи.
3. Значение самостоятельных поступков, активного поведения во время речевой работы.
4. О силе самовнушения и опасности отрицательного самовнушения.
5. Навязчивые мысли, страх речи и способы борьбы с ними.
6. Зависимость от чужого мнения и речевые уловки.
7. О человеческих возможностях и о людях, преодолевших тяжелые недуги.
8. Значение функциональных тренировок.
9. Искусство эмпатии.
10. Об эндогенных и экзогенных причинах, могущих привести к ухудшению речи.
11. Что нужно для гарантии устойчивой нормализации речи.

Беседа - это живое эмоциональное общение логопеда с заикающимся, ход беседы жестко не фиксирован. Иногда темы переплетаются, но каждый раз нужно знать, чему мы хотим научить пациентов, какова конечная цель беседы, заранее подготовить ключевые фразы - опорные сигналы.

Наряду с ключевыми фразами полезно использовать для их иллюстрации рисунки, специальные знаки, чертежи, буквы-сигналы с установкой на смысловые ассоциации.

Опорные сигналы в силу своей емкости и смысловой глубины легко и надолго запоминаются. Заикающиеся подводят к ключевой фразе по ходу беседы. Они должны внутренне принять ее, обсудить, согласиться с ее правдой.

Приведем некоторые примеры. Говоря о сущности заикания и определяя его как устойчивое патологическое состояние, мы предлагаем заикающимся представить аналог такого состояния в виде ямки, на дне которой находится шарик. После появления зримого представления ямки и шарика становится очевидным, что нельзя прекращать усилий до тех пор, пока шарик не выкатится из этой ямки (т.е. пока не будет дестабилизировано

устойчивое патологическое состояние и не возникнет новое устойчивое состояние, близкое к норме). Если не завершить работу, то шарик неминуемо вернется в исходное положение, так как все в природе стремится к устойчивому состоянию. Причем, добавляем мы, у заикающихся в случае возвращения шарика в ямку она к тому же углубляется, укрепляется новыми связями из-за растущего неверия в возможность излечения. Этот аналог помогает понять как причины падения, так и недопустимость прекращения неоконченного лечения. Доступной становится мысль о том, что заикание проходит навсегда, если новое состояние становится устойчивым. «Ямка и шарик» в данном случае - опорный сигнал.

В беседе о навязчивых мыслях и уловках мы подчеркиваем, что, хотя начинается заикание со спазматических задержек, но это лишь внешняя его сторона. Со временем оно обрастает страхом речи, навязчивыми мыслями, уловками. Именно они становятся основой заикания и активно его поддерживают. Борьба с этим - главный залог успеха. Отдельная, случайно промелькнувшая спазматическая задержка не страшна и не говорит о наличии заикания. Она бывает и в норме. Но даже одна навязчивая мысль или уловка безоговорочно свидетельствует о заикании. Это ключевая фраза беседы.

В беседе о критериях здоровья мы еще раз останавливаемся на том, какую разрушительную работу проделало заикание, изменив речь, голос, интонацию, артикуляцию, мимику, позу, жест, взгляд и т.д. Мы приводим заикающихся к мысли, что здоровыми их можно считать только тогда, когда порваны все связи с заиканием, когда «отрублены все хвосты» доминанты. Ключевая фраза здесь: заикание - многоглавый дракон. Только отрубив все головы дракона, можно быть уверенным, что они не отрастут заново.

Некоторые из этих фраз меняются, другие остаются на длительное время. Но здесь недопустим шаблон. Если заикающийся решит, что эти фразы обращены не к нему лично, что это просто педагогический прием, он перестанет их воспринимать. Опорные сигналы являются ключом к тому, чтобы пациент лучше запомнил содержание беседы, легче смог восстановить то эмоциональное состояние, которое было во время нее. Мы предлагаем заикающимся описать свое отношение к беседе и к ключевым фразам в дневнике, возвращаемся к ним в спонтанно возникающих беседах, связанных с обсуждением конкретных ситуаций. Они многократно пропускают эти фразы через собственное сознание, и, наконец, предложенная мысль становится не просто понятной, она становится своей.

В процессе коррекции поведения заикающихся, их отношения к себе и окружающим мы также обращаемся к опорным сигналам. Здесь их можно разделить на две группы. Первая определяется необходимостью облегчить заикающимся, хотя бы на первое время после лечения, сохранение комфортного внутреннего состояния. Вторая нужна, чтобы выработать некоторые приемы, позволяющие облегчить общение, исключить опасные в начальном периоде стрессовые ситуации. В первые месяцы занятий, когда для становления речи особенно необходимо спокойствие, мы предлагаем лечущимся ряд опорных сигналов, которые помогают действовать в ситуации стресса.

Готовые стереотипы поведения позволяют защититься как от внешних неблагоприятных воздействий, так и от отработанных годами заикания импульсивности, раздражительности и т.д. В беседах мы пытаемся создать определенное отношение к конфликтным ситуациям и к тому, как нужно действовать в них. Приведем некоторые из высказываний, достаточно точно передающие дух и содержание проводимых в этом направлении бесед.

«Человек, не умеющий быть господином самого себя и все время переживающий пароксизмы раздражения, приступы бешенства и муки - это не человек даже. Это еще только преддверие человеческой стадии, двуногое животное» (98).

«Злоба – это, прежде всего неспособность выйти находчиво из сложившихся ситуаций, выражение беспомощности перед лицом событий».

«Не входить в споры и прения, потому что, если сложилась доминанта, ее не преодолеть словами и убеждениями - она будет ими только питаться и подкрепляться... Доминанта самооправдывается, и логика - слуга ее» (103).

«Ищи все возможности войти в положение того, с кем общаешься» (98).

«В том-то и дело, чтобы не растеряться в конкретном, в мелочах, в коротких рефлексах и в ближайших ощущениях, но увидеть постоянное и главное, которому принадлежит будущее, и из него оценить ближайшее и конкретное» (103).

Используя беседы, мы пытаемся не только создать отрицательное отношение к импульсивности, раздражительности, растерянности в сложных ситуациях, но и прямо говорим, что без изменения своего поведения невозможно защитить нарождающуюся речь. Вот примерное содержание одной из таких бесед.

Н.П.Бехтерева (24) утверждает, что если ребенка, обучающегося ходить, отвлечь, функция хождения моментально расстраивается, и он падает. Формирование любого, тем более сложного навыка требует сосредоточенного внимания.

Заикливая речь сформирована и включается автоматически. Новый же речедвигательный навык находится в стадии формирования, что требует максимума внимания, усилий, времени, спокойствия. С другой стороны, импульсивные, раздражительные, мнительные люди чаще всего неадекватно реагируют на самые незначительные осложнения обстоятельств жизни, воспринимая их порой как тяжелую психотравму. В подобных ситуациях сиюминутное настроение совершенно отвлекает заикающихся от выполняемой работы. Они забывают о расслаблении, взгляде, голосе, темпе и т.д., за что в первое время лечения неминуемо расплачиваются ухудшением состояния, а это, в свою очередь, влияет на настроение и вызывает новые пароксизмы заикания («шарик снова возвращается в ямку»). Затем заикающиеся опять прилагают усилия для

достижения цели, но если личность не изменена, все повторится. Аналог такой работы - буксующая машина. Уходит время, тратятся силы, а результата нет.

Всего этого было бы легко избежать при возможности в короткий срок изменить личность заикающихся. Но на самом деле процесс самовоспитания сложный и длительный. Выйти из положения позволяют некоторые игровые приемы, дающие возможность в случае опасности возникновения конфликтных ситуаций временно переключиться как бы на другой тип поведения, уходя от привычной схемы общения. Опорными сигналами в игре становятся фразы типа: «Нужно подумать»; «Есть ситуация, когда лучше всего помолчать»; «Я спокойный, разумный, волевой человек».

Некоторые фразы при этом обращены к собеседникам, другие произносятся про себя. Правила таковы: данные фразы заучиваются как «пароль»; произносятся только доброжелательно; «пароль» всегда звучит в самом начале усложнения ситуации.

Нарушение этих правил может привести к проигрышу. Мы предлагаем заикающимся вдуматься, в каких ситуациях можно успешно использовать предложенные фразы. Например, если во время беседы требуется быстро дать ответ на сложный вопрос (что в начале лечения трудно для заикающихся), то может прозвучать доброжелательно произнесенное: «Нужно подумать». В итоге выиграно время, появилась возможность отложить окончательное решение вопроса и затем спокойно сообщить о своем решении.

Подтекст фразы «Это не разговор...» может быть разным, оттого различной будет интонация, с которой она произносится. Например: «Мы продолжим этот разговор, когда успокоимся...» или «Я никоим образом не приму такого тона. Я прекращаю разговор». Таким образом, беседа, которая могла вестись в повышенных эмоциональных тонах, прекращена.

Фразы типа: «Есть ситуации, когда лучше всего помолчать»; «Я спокойный, волевой человек» вслух не произносятся, но вполне способны определить поведение.

Назначение первой фразы ясно. Есть случаи, когда собеседник так убежден в своей правоте, его сердце и разум настолько закрыты, что не имеет смысла начинать или продолжать разговор. В данном случае опорный сигнал помогает уйти от заведомо конфликтной ситуации и тем самым защитить речь.

Фраза «Я спокойный, разумный, волевой человек» становится сигналом необходимости вызвать в себе иной образ. «Остановись, подумай, как в данный момент на твоём месте поступил бы не ты, готовый по привычке действовать импульсивно, а затем стыдиться содеянного, а другой (тоже живущий в тебе) - спокойный, разумный, волевой человек». Обращение к разуму помогает. Импульсивный всплеск заменен спокойным, разумным, доброжелательным ответом. Речь защищена.

Мы объясняем заикающимся, что, предлагая всем членам группы идентичные фразы, никоим образом не лишаем их индивидуальности и не диктуем, что сказать. Защищая речь, каждый учится думать «как сказать» и «когда сказать». Подчеркиваем, что опорные сигналы поведения будут использованы и окажут помощь, если их целесообразность действительно осознана, ключевые фразы приняты и заикающиеся неукоснительно следуют правилам игры. Безусловно, нельзя настаивать на необходимости использования именно этих ключевых фраз. Можно находить все более точные, емкие, приемлемые конкретно для каждого. Но главное, и в этом нас убедили многолетние практические наблюдения, использование такого приема в комплексе мероприятий, направленных на коррекцию личности заикающихся, весьма результативно.

С течением времени новая манера поведения, тренируемая на занятиях в группе, все более усваивается. А положительные эмоции, которые рождаются в связи с этим, помогают все более входить в новую роль. Постепенно усвоенная манера поведения становится своей.

Еще раз отметим, что как коррекционно-воспитательные беседы, так и опорные сигналы направлены на то, чтобы помочь заикающимся изменить поведение. Кроме понимания общего направления, такая работа требует от логопеда нестандартных решений. Здесь уместно привести слова П.В.Симонова: «Во-первых, в отличие от обучения, адресующегося почти исключительно к сознанию..., воспитание, как искусство, призвано воздействовать на подсознание воспитуемого. Во-вторых, это несопоставимо большая, нежели при обучении, индивидуализация воспитательных воздействий. Ведь каждый воспитуемый уникальная, неповторимая личность, а процесс ее формирования действительно напоминает создание единственного в своем роде «произведения» ума и таланта воспитателя... Интуиция, неожиданный «ход», единственно необходимый в данном случае прием, всегда должны быть в арсенале подлинно талантливого воспитателя» (91).

Начиная с первого дня занятий и в течение всего курса лечения заикающиеся ведут дневники. Нужно сказать, что сейчас в логопедической практике недостаточно используется работа с дневниками, хотя еще Г.Д.Неткачев дал прекрасные примеры лечения с использованием дневников (77). В современной психологии известно, что для осознания своих внутренних проблем и трудностей человеку необходима четкая формулировка, которая легче порой может быть достигнута в письменной речи. Сам факт их осознания уже приносит облегчение.

Длительное время мы проводили на занятиях примеры дневниковых записей из книги Г.Д.Неткачева, но не требовали их систематического ведения и не занимались их анализом. В дальнейшем это стало существенным элементом методики. Быть может, в начале лечения изложенные в дневнике мысли не всегда самостоятельны. Часто они лишь пересказ того, что приходилось слышать на занятиях. Однако очень существенно то, что эти мысли пациенты пропустили через собственное сознание и сделали своими.

Основное условие ведения дневника - откровенность. Мы говорим: пишите, не округляя фраз, то, что действительно помните, о чем думаете; дайте волю перу, плох дневник без помарок - первые мысли всегда идут от сердца, они-то наиболее ценны для анализа

Искренность высказываний рождается не сразу и не только оттого, что мы призываем к этому. Растет доверие пациентов и желание делиться своими мыслями. Они начинают чувствовать пользу от ведения дневника и от анализа его. Кроме того, поскольку у заика есть некий «групповой портрет», дневники помогают в других узнать себя. Сказанное дополняется высказыванием товарища. В каждом дневнике есть мысли, обсуждение которых выливается в спонтанно возникающие беседы.

До того как пациенты начнут по-настоящему самостоятельно вести дневники, нужно направить их работу вопросами, на которые они в дневнике отвечают. Например: «Изложите историю своего заикания. Ярко представьте и опишите свои речевые удачи и неудачи, которые переживались вами до лечения. Расскажите о своих навязчивых мыслях, уловках. Считаете ли вы себя людьми зависимыми? В чем выражается речевая зависимость?» и т.п. Целесообразно, чтобы ответы в дневниках на поставленные вопросы предваряли беседу. К каждой теме мы возвращаемся многократно. Вначале идут записи в дневниках, потом планируемая беседа на эту тему. Затем новые записи в дневниках, анализ их и вновь спонтанно возникающие беседы. И тогда, наконец, мысль становится не просто понятной, но своей и рождает новые мысли. Со временем заикающиеся охотнее и откровеннее пишут о себе, они все лучше узнают и раскрывают себя.

Анализ дневников вызывает большой интерес группы. Это - наиболее личная, эмоционально насыщенная часть работы. Мы переносим ее на конец каждого занятия, чтобы заикающиеся ушли с него с соответствующим настроением.

В приложении к книге, в качестве примера, даны фрагменты из дневников группы взрослых заикающихся (логопед О.Д.Жданова). По этим дневникам можно проследить динамику изменения состояния каждого пациента на основных этапах лечения: перед началом, после основного (месячного) курса лечения, на первом микрокурсе поддерживающей терапии. Как видно, характер записей от первого к последнему этапу резко меняется, наглядно свидетельствуя о положительных сдвигах в состоянии пациентов на пути к исцелению.

## 7. ПРОБЛЕМА РЕЦИДИВОВ И КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЯ

Проблема рецидивов заикания издавна привлекала к себе внимание исследователей. По этому поводу высказывались самые различные мнения. Многие считали заикание постоянно рецидивирующим заболеванием. Ещё Э.Блюме (27) говорил, что заикающийся никогда не застрахован от опасности заболеть вновь. Возражая ему, И.Л.Сикорский (94) утверждал, что это справедливо лишь теоретически и у реально излечившегося нет никакой опасности рецидива. Он ссылаясь на многочисленные случаи самоизлечения заикающихся, полагая, что при правильном лечении результаты должны быть ещё более устойчивыми. Ведь заикание - заболевание детское и не может вновь возникнуть во взрослом состоянии.

Ряд специалистов, в том числе в своё время и автор данной книги, потратили много сил, пытаясь выявить причины, ведущие к ухудшению речи (5,59,40). Однако изучение обширного статистического материала не дало устойчивых результатов: одни и те же неблагоприятные факторы (соматические заболевания, психотравмы и др.) могут в одних случаях вызывать, а в других не вызывать ухудшение речи. К тому же данные о стойком излечении заикания, приводимые разными логопедами, варьировались в весьма широком диапазоне. В значительной мере это объяснялось отсутствием единых критериев и субъективностью оценки логопедами речевого здоровья. Об этом, в частности, писали в своих работах Г.А.Волкова и В.И.Селиверстов (38).

Отсутствие подобных критериев было не случайным, оно объяснялось, как мы полагаем, недостаточным пониманием в то время природы этого сложного дефекта.

Наш сегодняшний подход к оценке результатов лечения и проблеме рецидивов сложился в процессе разработки и апробации предлагаемой методики.

Не вызывает сомнения, что в первую очередь необходимо дать четкое определение понятия речевого здоровья.

Исходя из концепции УПС, работу по нормализации речи заикающихся можно считать законченной, когда сформировано новое - «здоровое» устойчивое состояние (УС), которое должно быть способным к самоподдержанию и самовосстановлению так же, как и прежнее патологическое.

Если принять во внимание чрезвычайную устойчивость УПС, способность его к самовосстановлению, активность памяти о прежнем речевом и поведенческом стереотипе, то становится ясно, что полная нормализация речи заикающихся - процесс длительный и в течение определенного времени обратимый. Более того, если не довести его до конца, то весьма вероятно возвращение заикания.

Вводя понятие полной нормализации речи, мы отличаем его от часто употребляемого слова «коррекция», значение которого представляется нам более ограниченным и связывается обычно с устранением отдельных недостатков. Между тем, основополагающий принцип, красной нитью проходящий через всю нашу методику, - это формирование действительно нового устойчивого стереотипа в процессе активного научения мозга, а не исправление тех или иных сторон речевой системы.

Основываясь на опыте многолетней работы, мы можем сказать, что новое УС сформировано, если пациент в течение года не испытывает речевых затруднений и страха речи, не прибегает к уловкам; если речевой процесс связан со спокойствием, а сама речь в нормальном темпе (и без помощи руки) многократно опробована во всех ранее эмоционально значимых для данного больного ситуациях; если отдельные

спазматические задержки, возникающие у него в момент эмоционального напряжения, как и у любого нормально говорящего человека, не сопровождаются навязчивыми мыслями и т.д.

Мы готовы допустить, что различные неблагоприятные экзогенные факторы, являющиеся, по мнению ряда авторов, причиной рецидивов заикания (40,59), затрудняют формирование нового УС, но не более. После его достижения возможность рецидива практически исключена. Поэтому в проблеме рецидивов заикания нам кажется самым важным не столько рассмотрение таких факторов, сколько выработка способа формирования нового УС даже при наличии последних.

Здесь вновь приходится напомнить, что фундамент, на котором строится здание заикливой речи, складывается из трех составляющих: речевые судороги, стремление скрыть дефект и состояние тревоги, постоянно связанное с актом речи. Для достижения нового УС необходим отрыв от заикания по всем трем направлениям. Это исключительно важно при лечении данного недуга. Если такой отрыв на самом деле произошёл, возврат в прежнее состояние становится невозможным, разве что к этому будут приложены специально, целенаправленные усилия. Иными словами, речь идет об окончательном излечении, о процессе практически необратимом.

Нарушения речи при заикании носят системный характер, и судить о состоянии речи нужно по целому ряду параметров -голосу, артикуляции, ритму, паузации и т.п. При оценке эффективности лечения необходимо учитывать не только наличие или отсутствие судорог, но и весь речевой стереотип, качество речи в целом, во всех эмоционально значимых ситуациях.

Как уже отмечалось раньше, заикание можно рассматривать как своеобразную доминанту, определяющую деятельность речевого механизма, особенности психики и поведения заикающихся. Устранить на время речевые судороги и спазматические задержки еще не значит разрушить до основания патологическую доминанту. И в бессудорожной, внешне здоровой речи обнаруживаются многочисленные следы - «хвосты доминанты», своеобразные «корешки» заикания. Здесь и нарушение темпо-ритма речи, и сглаженная, нечеткая артикуляция, и жесткая атака звука, и преобладание верхнего голосового регистра, и закрепощенность естественной мимики и жеста. Эти «хвосты доминанты» могут привести к её полному восстановлению.

На наш взгляд, именно оживление «корней» заикания на фоне действия ряда эндо и экзогенных факторов влечет за собой последующее ухудшение речи.

Критерии речевого здоровья следует искать не только в технической стороне речи, в формальной оценке сложившегося в процессе лечения нового речедвигательного навыка. Ведь заикание, как таковое, опирается на мощный психофизиологический фундамент. Поэтому мы считаем, что неперенным условием устойчивой нормализации речи является мощный отрыв и от прежнего психического состояния. Нужно сознательно формировать состояние спокойствия во время речи, постоянную готовность к ней, создавать уверенность за речь и автоматизировать эти качества точно так же, как новый речедвигательный навык.

Рассмотрим теперь, в рамках данной методики, что может помешать успешному лечению заикания и вызвать снова возврат болезни.

Внимательное изучение конкретных случаев неудач показывает, что в большинстве своём они являются результатом недоведенного до конца либо неправильно проведенного лечения. Например, когда пациенты используют в обыденном общении привычную им заикливую речь, а речь без судорог - лишь на занятиях с логопедом. Из-за неустойчивости вновь вырабатываемого речедвигательного навыка такое поведение в период, переходный от болезни к здоровью, может привести к существенному ухудшению речи, к рецидиву заикания. Во избежание этого в начале лечения вне логопедического кабинета пациентам предписывается режим молчания или в ограниченном объёме равномерная послоговая речь.

Адаптация навыка к условиям реального общения во многом зависит от создания у пациентов правильной установки уже в ходе основного курса. С первых же дней нам удается, устранив речевые судороги, значительно улучшить общее состояние пациентов. Это может породить необоснованные надежды и снизить целеустремленность лечащихся. Субъективно ощущая себя выздоровевшими, они иногда отказываются от функциональных тренировок, перестают следить за техникой речи, ускоряют ее темп, забывают о ведущей руке.

Другой типичный случай встречается у тех, кто многократно лечился и изначально не верил в возможность выздоровления, а также у пациентов, для которых речь с рукой на замедленном темпе связана с непреходящим дискомфортом. (Требуется особое внимание и кропотливая работа по преодолению этих ощущений). К этой же группе относятся пациенты, которым не сразу удаётся выработать рефлекс спокойствия в связи с актом речи. Эти обстоятельства могут вызвать чувство протеста, эмоциональную скованность и, как следствие, раннее убыстрение темпа.

Мы уже говорили, что, самый ответственный этап лечения только начинается с того момента, когда, окончив основной курс, пациент возвращается к обычной жизни. В это время ещё продолжает идти мощный отрыв от заикания. Только в условиях реальной жизни формируемый навык проверяется на прочность, происходит реадаптация пациентов, закрепление и автоматизация алгоритма бессудорожной речи. Поэтому необходимо тщательно продумать домашнее задание и обсудить его с каждым из лечащихся. Оно должно быть понято и принято ими, неуклонно и тщательно выполняться.

В домашних условиях заикающимся уже без помощи логопеда предстоит не только повторить, но и улучшить полученные результаты. Они по крупицам возвращают в себе прежде не знакомое им состояние, новое отношение к коммуникации. Здоровый в этом смысле человек к самому акту речи (говорению) относится обычно вполне индифферентно. Как бы ни был он взволнован, причины его волнения и тревог лежат за пределами речи. Постепенно такого рода безразличие становится доступным и нашим пациентам.

Наблюдая за собой в процессе вербального общения, пациенты ведут в дневниках записи, которые становятся важным источником оценки их состояния в последующих микрокурсах.

В ходе лечения чрезвычайно важно чувствовать перспективу. Разрушая привычные стереотипы поведения и речи, мы проводим пациентов через мощную дезадаптацию, требующую больших затрат психической энергии и сопряженную со стрессовыми состояниями. Всякая остановка и возвращение к симптоматике заикания вновь потребует дестабилизации, которая, в свою очередь, вызовет состояние дезадаптации.

Другой типичный случай встречается у тех, кто многократно лечился и изначально не верил в возможность выздоровления, а также у пациентов, для которых речь с рукой на замедленном темпе связана с непреходящим дискомфортом. (Требуется особое внимание и кропотливая работа по преодолению этих ощущений). К этой же группе относятся пациенты, которым не сразу удаётся выработать рефлекс спокойствия в связи с актом речи. Эти обстоятельства могут вызвать чувство протеста, эмоциональную скованность и, как следствие, раннее убыстрение темпа.

Мы уже говорили, что, самый ответственный этап лечения только начинается с того момента, когда, окончив основной курс, пациент возвращается к обычной жизни. В это время ещё продолжает идти мощный отрыв от заикания. Только в условиях реальной жизни формируемый навык проверяется на прочность, происходит реадaptация пациентов, закрепление и автоматизация алгоритма бессудорожной речи. Поэтому необходимо тщательно продумать домашнее задание и обсудить его с каждым из лечащихся. Оно должно быть понятно и принято ими, неуклонно и тщательно выполняться.

В домашних условиях заикающимся уже без помощи логопеда предстоит не только повторить, но и улучшить полученные результаты. Они по крупицам возвращают в себе прежде не знакомое им состояние, новое отношение к коммуникации. Здоровый в этом смысле человек к самому акту речи (говорению) относится обычно вполне индифферентно. Как бы ни был он взволнован, причины его волнения и тревог лежат за пределами речи. Постепенно такого рода безразличие становится доступным и нашим пациентам. Наблюдая за собой в процессе вербального общения, пациенты ведут в дневниках записи, которые становятся важным источником оценки их состояния в последующих микрокурсах.

В ходе лечения чрезвычайно важно чувствовать перспективу. Разрушая привычные стереотипы поведения и речи, мы проводим пациентов через мощную дезадаптацию, требующую больших затрат психической энергии и сопряженную со стрессовыми состояниями. Всякая остановка и возвращение к симптоматике заикания вновь потребует дестабилизации, которая, в свою очередь, вызовет состояние дезадаптации.

## 8. ОБЩИЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ МИКРОКУРСЫ

Основной курс амбулаторного лечения занимает 24 дня (два дня - подготовительных, день дестабилизации и 21 день логопедических занятий). Затем в течение года проводится пять поддерживающих микрокурсов (каждый по пять дней), первый - через месяц, остальные с интервалом два месяца.

В группе занимаются одновременно шесть - восемь человек; формируется она, в основном, по возрастному признаку. День дестабилизации длится примерно семь часов, остальные занятия - по три часа. Ориентировочно по времени занятия распределяются следующим образом: краткий опрос о состоянии речи (устный дневник) - 5 минут; планируемые беседы - 15 минут; аутогенная и речевая тренировки, постановка голоса - 1 час 20 минут; анализ письменных дневников заикающихся и спонтанно возникающие беседы - 20 минут; домашнее задание - 10 минут. После каждых 45 минут занятий - перерыв 7 минут.

Цель подготовительного этапа: вызвать дестабилизацию УПС, мобилизовать внутренние резервы, резко изменить отношение пациента к себе и своему дефекту, перевести его из состояния пассивного страдания, в состояние человека, активно борющегося с недугом.

Цель основного этапа логопедических занятий: выработать у пациентов 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, тем самым осуществив решающий отрыв от заикания.

Как правило, в процессе усвоения новых навыков у пациентов происходят глубокие внутренние изменения: замедленный темп речи, одновременно с ранее незнакомым, растущим чувством спокойствия и мышечного расслабления, не воспринимается уже как чуждый и не вызывает прежней тревоги. Мир кажется менее враждебным, возникает мироощущение человека способного преодолеть сложные ситуации, растёт вера в возможность исцеления. Всё это - ростки нового состояния, которым нужно ещё окрепнуть, чтобы вывести пациента к действительному здоровью.

После окончания основного курса и затем после каждого микрокурса лечения пациенты получают развернутое задание, которое нужно обсудить и довести до понимания каждого из них, поскольку наиболее ответственная часть работы может быть выполнена только в условиях естественного общения.

На первом микрокурсе происходит закрепление достигнутого, обсуждаются результаты адаптации нового стереотипа к условиям реальной жизни, успехи и неудачи каждого члена группы. Выясняя причины неудач, анализируя типичные ошибки, мы стремимся выработать общую стратегию поведения группы. Значительное место отводится активизирующим беседам, созданию у группы правильной установки на дальнейшую работу.

В последующих микрокурсах состояние пациентов еще более стабилизируется, увеличивается объем самостоятельной работы, так как каждый пациент нуждается уже в индивидуальной программе упражнений. Одни больше занимаются голосом, другие - техникой синхронизации речи с рукой, третьи - навыками расслабления, четвертым нужна консультация психолога или психотерапевта, некоторым показаны занятия в психотерапевтической группе.

Следующие два микрокурса отводятся в основном коррекции интонационной стороны речи на уровне синтагм и текстов. При этом мы стараемся добиться от пациентов естественной, интонационно окрашенной речи. Работа над интонацией предполагает одновременно и работу по коррекции общения.

Поскольку заикающиеся в большинстве своём не имели ранее опыта публичных выступлений, развернутых ответов, импровизаций на заданную тему и т.п., мы уделяем большое внимание развитию воображения, речевого мышления, оперативной памяти, обучению навыкам композиции и импровизации. Эта работа начинается ещё во время основного курса лечения, но в полной мере развертывается на поддерживающих микрокурсах. С расширением круга задач усложняются и функциональные тренировки. Выполняя задания, пациенты воспитывают в себе уверенность во всем, что касается речевой способности. У них увеличивается интерес к работе со словом.

Четвертый и пятый микрокурсы посвящаются закреплению интонационных и импровизационных навыков на уровне текста - как монологического, так и диалогического. Практикуется также чтение и обсуждение литературы психологического содержания. Таким образом, мы развиваем у членов группы навыки критического анализа собственных поступков, побуждений, понимания роли другого в коммуникации. Такие сведения необходимы пациентам для того, чтобы в будущем самостоятельно справляться с возможными затруднениями и сохранить при этом речевое здоровье.

Главные задачи заключительного этапа: автоматизировать новый речедвигательный навык, закрепив его в разнообразных условиях общения; окончательно преодолеть вторичные наслоения заикания (страх речи, навязчивые мысли, уловки); перейти к естественной речи без опоры на руку.

На протяжении года, в который укладывается основной курс и поддерживающие микрокурсы лечения, новые навыки речи многократно проверяются в самых разнообразных ситуациях. Постепенно речь нормализуется, устанавливается естественный темп речи, правильная интонация.

При подтверждении речевого здоровья объективными данными пациенты снимаются с диспансерного учета спустя год после начала логопедических занятий.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Подводя итоги, хотелось бы ещё раз подчеркнуть особенности нашего подхода к лечению заикания, определяющие эффективность предлагаемой методики и ее направленность на устойчивую нормализацию речи.

Как мы считаем, основу заикания образует триада: речевые судороги, постоянное состояние тревоги, связанное с актом речи, и желание скрыть дефект. Это обусловило идею «отрыва» от заикания по всем трем названным направлениям.

Рассматривая заикание как одну из форм устойчивого патологического состояния, мы приходим к выводу о необходимости его дестабилизации. Существенно, что нами был выбран путь дестабилизации УПС, связанный не со снижением, а с повышением уровня активности мозга, - через эмоциональное воздействие на пациентов. Это путь быстрого и неуклонного наращивания эмоционального напряжения при полном осознании и глубоком осмыслении лечаемого всего происходящего. Таким образом, за сравнительно короткий срок мы добиваемся изменения их отношения к себе, своему дефекту, готовности к речи в сложных ситуациях. Становится возможным уже с самого начала правильно распределить роли между логопедом и пациентом, перенести на последних весомую долю ответственности за результат лечения.

Для методики характерен системный подход к речи, как к живому целостному организму, предполагающий одновременное воздействие на различные стороны речевой системы, такие, как темп, ритм, паузирование, мелодика и пр.

Основной принцип лечения заключается в том, что мы не корригируем отдельные проявления дефекта, а ставим своей целью формирование у пациентов нового речедвигательного навыка.

Эта задача решается посредством синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки, что позволяет не только устранить речевые судороги и наладить элементы просодии, но и закрепить навыки бессудорожной речи. Обученная рука становится как бы памятью о новом стереотипе, а со временем - автоматическим контролером речи и нового внутреннего состояния пациента. В дальнейшем навык свободной нормальной речи переходит на уровень подсознания, и надобность в использовании руки отпадает.

Вырабатывая новый речедвигательный навык, мы уделяем повышенное внимание работе над интонацией, учитывая при этом неразрывную связь речи и соответствующих движений (мимики, жеста и пр.). Именно они обуславливают формирование интонационно окрашенного звучания, тогда как бездвиженность ведет к нарушениям и самой интонации, и коммуникативной функции речи. Вместе с этим мы корригируем и личность, помогая заикающимся повысить самооценку, наладить контакт с собеседником. Как правило, вместе с речевым дефектом устраняется и его невротическая составляющая.

После того как на смену прежнему устойчивому патологическому состоянию приходит новое устойчивое состояние, нормальное или близкое к норме, все компенсаторные возможности организма мобилизуются на защиту уже этого состояния при любой попытке его изменить. Только при этом условии можно говорить о достижении прочного положительного результата.

Таковы основные моменты разработанной нами методики устойчивой нормализации речи заикающихся, которую мы представляем здесь на суд специалистов. Нашей целью было описать в общих чертах стратегию борьбы с заиканием, отвечающую современным представлениям о природе этого сложного и до сих пор не до конца познанного недуга. Полагаем, что не было необходимости делать это описание ещё более детальным, выходя слишком далеко за рамки основных принципов лечения. Было бы ошибкой связывать руки логопедам, в деятельности которых столь важную роль играет творчество, вдохновение, экспромт.

Отдельные приёмы, описанные в работе, могут быть использованы и независимо, в составе других методик. Но, как показала многолетняя практика, при использовании всего комплекса взаимосвязанных мер, достигается максимальный эффект, утверждая нас каждый раз в правильности основного вывода: неизлечимых форм заикания не существует!

---

**Моё мнение по поводу методики Арлилии можно услышать в этой статье**

<https://svobodarechi.com/stati/rechevoj-czentr-arliliya-lechenie-korrekcziya-zaikaniya-logonevroza/>