

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Моторина Татьяна Геннадьевна  
магистрантка Калужского государственного университета  
им. К.Э. Циолковского, город Калуга*

Заикание определяется как нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата [1].

Судороги мышц речевого аппарата в процессе устной речи являются основным симптомом заикания. Речевые судороги возникают только в момент речи или при попытке начать речь и выражаются в непроизвольном сокращении мышц речевого аппарата. Судороги имеют различную локализацию, тип и силу выраженности. Принято выделять два основных типа речевых судорог: тонические и клонические.

Тонические речевые судороги проявляются в виде насильственного резкого повышения тонуса мышц, захватывающего обычно несколько мышечных групп (например, мышцы языка, губ, щек и т.п.). Заикающийся в эти мгновения как бы скован. Рот при этом может быть полукрытым либо, напротив, губы плотно сомкнуты. Лицо отражает большое напряжение, которое прилагает заикающийся к тому, чтобы начать или продолжить речь. Акустически тоническая судорога проявляется в виде длительной паузы в речи, либо в виде напряженной и протяжной вокализации.

Клонические речевые судороги характеризуются насильственным многократным ритмичным сокращением мышц речевого аппарата. При этом заикающийся обычно повторяет отдельные звуки либо слоги. Обычно клонические и тонические речевые судороги наблюдаются у одного и того же заикающегося.

Судороги мышц речевого аппарата могут проявляться во всех отделах речевого аппарата: артикуляционном, голосовом и дыхательном. Классическое описание речевых судорог при заикании представлено в монографии И.А. Сикорского «О заикании». Им выделено 16 форм различных речевых судорог в зависимости от их локализации [3].

### 1. Судороги дыхательного аппарата

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

### 2. Судороги голосового аппарата

Судороги голосового аппарата возникают, как правило, при попытке произнесения гласного звука. Различают три основных вида судорог голосового аппарата. Смыкательная голосовая судорога является тонической по типу, возникает внезапно, прекращая голосоподачу. Основным признаком этого вида судорог является полное отсутствие звука. В легких случаях гласные произносятся «жестко», с твердой голосоподачей, как будто «выдавливаются». Вокальная судорога возникает вследствие повышения тонуса голосовых мышц. По мнению Сикорского, наиболее часто эта форма встречается в инициальной стадии заикания у детей и может быть первым признаком начинающегося заикания, а также является предвестником будущих дыхательных и артикуляционных судорог. Дрожащий или толчкообразный гортанный спазм. Речь прерывается, возникает дрожащий или прерывистый звук, напоминающий бляение козы или полоскание горла, что сопровождается полным отсутствием артикуляции [3].

### 3. Судороги артикуляционного аппарата

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

### 4. Лицевые судороги.

Смыкательная судорога губ проявляется в виде спазма круговой мышцы рта. При этой судороге нарушается произнесение губных звуков («п», «б», «м», «в», «ф»). В тяжелых случаях судорога нарушает и произнесение звуков, которые по локализации относятся к язычным («т», «д», «к»). Верхнегубная судорога проявляется спазмом мышц, поднимающих верхнюю губу, а иногда и крылья носа. Нижнегубная судорога аналогична верхнегубной. Поражает одну или две мышцы, опускающие угол рта. Угловая судорога рта характеризуется резким оттягиванием угла рта справа или слева вместе с приподнятием его. Судорожное раскрытие ротовой полости может протекать в двух вариантах: а) рот раскрывается широко с одновременным опусканием нижней челюсти; б) при сомкнутых челюстях резко обнажаются зубы. Сложная судорога лица, по мнению Сикорского, не имеет самостоятельного значения, а представляет собой одно из проявлений выраженных в тяжелой степени различных лицевых судорог, включающих судороги лобных и ушных мышц [3].

### 5. Язычные судороги

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

судорог языка. Судорога кончика языка является наиболее часто встречаемой среди артикуляторных судорог. Кончик языка упирается с напряжением в твердое небо, в результате чего артикуляция приостанавливается, выдох (а значит, и фонация) в этот момент прекращается, возникает необоснованная пауза. Судорожный подъем корня языка выражается в насильственном подъеме корня языка вверх и оттягивании его назад. Эта судорога возникает при произнесении заднеязычных звуков («г», «к», «х»). Изгоняющая судорога языка характеризуется выталкиванием языка наружу в пространство между зубами. Она может быть тонической и клонической. Подъязычная судорога характеризуется опусканием нижней челюсти и открытием полости рта [3].

#### 6. Судорога мягкого неба.

Данная судорога изолированно встречается крайне редко. Во время судороги мягкое небо то поднимается, то опускается, в результате чего вход в ротовую полость то открывается, то закрывается, что придает звукам назализованный оттенок. Внешне судорога выражается внезапной остановкой и повторением звуков, похожих на «пм-пм» или «тн-тн», «кн-кн» и т.п. в зависимости от положения языка и губ. Субъективные ощущения заикающихся выражаются в чувстве неприятного напряжения, саднения и сухости в носу [3].

Различают два вида заикания – эволюционное, развивающееся у детей дошкольного возраста в возрасте 2-6 лет, и симптоматическое, возникающее в различном возрасте при заболеваниях центральной нервной системы - черепно-мозговых травмах, эпилепсии, энцефалитах, реактивных состояниях у истерических личностей и др. В зависимости от того, возникает ли эволюционное заикание на невротической основе или на фоне признаков органического поражения головного мозга, выделяют невротическую и неврозоподобную формы заболевания. Сочетанное действие указанных факторов характерно для смешанной формы заикания.

Невротическое заикание возникает в условиях острой или хронической психической травматизации в возрасте 2-6 лет и в дальнейшем характеризуется волнообразностью течения. Иногда до появления заикания, вслед за перенесенной ребенком острой психической травмой, некоторое время наблюдается мутизм. У детей с этой формой заикания обычно отсутствуют указания на патологию внутриутробного развития и родов. Раннее психофизическое развитие, как правило, проходит в соответствии с возрастной нормой. Моторные навыки (сидение, стояние, ходьба) формируются своевременно.

Речевой онтогенез имеет у них определенные особенности. Нередко наблюдается раннее развитие речи: первые слова появляются к 10 месяцам, фразовая речь формируется к 16-18-ти месяцам жизни. В короткий промежуток времени (за 2-3 месяца) дети начинают говорить развернутыми фразами, словарный запас бурно пополняется, рано формируется грамматический строй речи с употреблением сложных речевых конструкций.

Темп речи часто ускорен, дети как бы «захлебываются» речью, недоговаривают окончания слов и предложений, пропускают отдельные слова и предлоги, делают грамматические ошибки. Нередко отмечается «смазанность» произнесения звуков в речевом потоке. Состояние звукопроизводительной стороны речи норму не опережает.

У таких детей часто наблюдается большое количество итераций, что нередко привлекает внимание окружающих. Если в норме наибольшее количество итераций совпадает с интенсивным периодом формирования развернутой фразовой речи и ограничено во времени 2-3-мя месяцами, то у детей данной группы количество итераций может оставаться значительным на протяжении более длительного времени. Таким образом, артикуляторные механизмы устной речи остаются у них функционально незрелыми на более длительный срок, чем в норме, в то время как лексико-грамматическая сторона существенно опережает норму.

До появления заикания у таких детей отмечаются характерологические особенности типа повышенной впечатлительности, тревожности, робости, обидчивости, колебания настроения, чаще в сторону сниженного, раздражительность, плаксивость, нетерпеливость. У некоторых из них в возрасте 2-5-ти лет наблюдаются страхи (боязнь темноты, страх при отсутствии в комнате взрослых, невротический энурез и т.д.).

Заикание возникает чаще всего остро на фоне развитой фразовой речи после перенесенной психической травмы.

Помимо острой и хронической психической травматизации невротическая форма заикания у некоторых детей развивается в результате активного введения в общение второго языка в 1,5-2,5 года жизни. Это бывает у детей, которые еще в силу возрастных особенностей не овладели в достаточной степени родным языком. В этом периоде развития речевой функции овладение вторым языком связано с большим психическим напряжением, которое для ряда детей является патогенным фактором.

Неврозоподобная форма заикания чаще всего начинается у детей в возрасте 3-4 года постепенно, без видимых внешних причин. В грудном возрасте такие дети беспокойны, крикливы, плохо спят. Их физическое развитие проходит в пределах низкой возрастной нормы либо с небольшой задержкой. Они отличаются от здоровых детей плохой координацией движений, моторной неловкостью, поведение характеризуется расторможенностью, возбудимостью. Они плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте.

У детей отмечается повышенная истощаемость и утомляемость при интеллектуальной и физической нагрузке. Их внимание неустойчиво, они быстро отвлекаются. Нередко такие дети чрезмерно суетливы, непоседливы, с трудом подчиняются дисциплинарным требованиям, могут быть раздражительными и вспыльчивыми [1].

При появлении заикания имеет значение ряд факторов: определенный возраст ребенка; состояние центральной нервной системы ребенка; индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза; особенности формирования функциональной асимметрии мозга; наличие психической травматизации; генетический фактор; половой деморфизм.

#### **Список литературы**

- Белякова Л.И. Заикание / Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. – М.: В. Секачев, 1998. – 304 с.  
Левина Р.Е. Преодоление заикания у дошкольников / Р.Е. Левина, С.А. Миронова, Н.А. Тугова, М.И. Геркина, Г.С. Шукурова; под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Сфера, 2009. – 144 с.  
Сикорский И.А. О заикании / Сикорский И.А. – М.: Изд. В. Секачев, – 2017. – 320 с.