



ЗАИКАНИЕ

I – ДЕТИ

II –
ВЗРОСЛЫЕ

Учение о заикании, являясь одной из частных проблем как патопсихологии, так и дефектологии, вместе с тем представляет собой область психоневрологии и медицинской педагогики.

(В.М. ШКЛОВСКИЙ)

Заикание – нарушение речи, которое не только широко распространено среди детей и взрослых, но оно отличается многофакторностью причин возникновения, сложностью патогенетических механизмов и наличием различных клинических проявлений. В настоящее время приоритетным направлением разработки клиники заикания стало рассмотрение его в рамках пограничных нервно-психических расстройств.

В.М. Шкловский (1994) подчеркивает, что заикание является дискоординационным судорожным расстройством речи, возникающим в процессе общения по механизму системного речедвигательного невроза, и клинически представлено первичными, собственно речевыми, то есть нейромоторными расстройствами, и вторичными, невротическими, нарушениями, которые у взрослых часто становятся доминирующими. Чаще заикание возникает на органическом фоне в виде церебральной дефицитарности различного генеза. Внешние проявления заикания сводятся к нарушениям речевого ритма, темпа, расстройствам плавности, слитности.

**ЗАИКАНИЕ – это системное
нарушение речи,
характеризующееся нарушением
темпа, ритма и плавности речи,
обусловленное судорожным состоянием
речевого аппарата.**

Это заболевание, как правило, с хроническим течением, проявляющееся в физических и психических отклонениях, приводящих к тяжелым страданиям, социальной дезадаптации личности, в некоторых случаях и к значительной потере трудоспособности.

В.М. Шкловский (1994) указывает, что любое определение этого речевого дефекта, с учетом достигнутого уровня знаний, не будет ни достаточным, ни окончательным.

Темп речи – скорость
чередования метрических
единиц («мера метра» речи –
слог). Умеренный темп - 4-5
слогов в секунду.
Длительность одного слога –
200 м/сек.

Ритм речи – равномерность,
закономерное членение речевого
потока на акценты.

Н.И.Жинкин выделил два уровня
ритмической организации речи.

1 уровень - послоговой
(итеративный) ритм слова
(подкорковый уровень);

2 уровень - пословный ритм, и
целостный ритмический рисунок
синтагмы, лежащий в основе
интонации.

(височные отделы коры правого
полушария головного мозга)

Интонация – ритмико-мелодическая сторона речи, чередование повышений и понижений голоса. Интонация слов – тон и манера произношения, обусловленная высотой, громкостью, тембром; выражение чувства, отношения говорящего к предмету речи.

Интонацией называется
сложный комплекс
просодических элементов,
включающих ритм, темп,
мелодику, интенсивность,
тембр, логическое ударение,
паузы.

**В.М.Шкловским выделены следующие
компоненты в структуре синдрома
«заикание»:**

- 1. нейромоторное расстройство речи –
речевые судороги;**
- 2. «страх речи», патологическая фиксация
на речевом дефекте;**
- 3. невротические нарушения,
обусловленные сознанием собственной
речевой неполноценности;**
- 4. астенические способы реагирования в
ситуациях особой личностной и
социальной значимости;**
- 5. личностные особенности заикающихся**

Систематика заикания

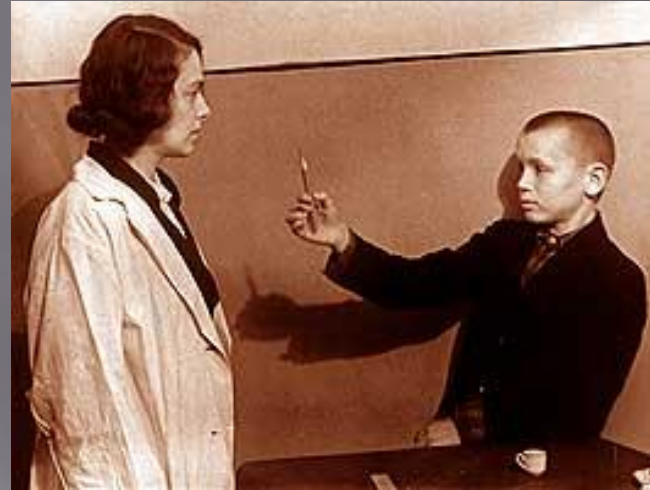
- 1. Заикание – системный речедвигательный невроз, возникает в возрасте до 5 лет (85%).**
- 2. Заикание – симптом при других заболеваниях. Возникает в любом возрасте как следствие очаговых поражений головного мозга (5-7 %).**
- 3. Заикоподобные нарушения (5-7%).**
- 4. Истерическое заикание (менее 1%).**

Классификация заикания

МКБ-10 (в РФ с 1997г.)

- Заикание – F98.5
- Речь взхлёб – F98.6

**ЗАИКАНИЕ ОТНОСИТСЯ
К ПОГРАНИЧНЫМ
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВАМ**



ПРИЧИНЫ ЗАИКАНИЯ

К предрасполагающим причинам относятся невропатическая отягощенность родителей; невропатические особенности самого заикающегося; наследственная отягощенность; последствия раннего органического поражения центральной нервной системы(гипоксический, токсический, инфекционный, механический типы поражения).

В группе провоцирующих (производящих) причин выделяют:

- **одномоментную психическую травму (испуг, страх);**
 - **многоязычие или двуязычие в семье;**
 - **ускоренный темп речи (тахилалия);**
 - **нарушение произносительной стороны речи;**
 - **подражание.**

Существует несколько пиков проявления заикания, связанных с изменением социально значимой ситуации (поступление в школу, пубертатный период, принятие самостоятельных решений в юношеском возрасте).

Механизмы заикания

Проблема заикания занимает умы не одного поколения людей, отражением этого являются многочисленные теории, претендующие на выяснение механизмов заикания.

Патогенез заикания, условно обозначаемого как органическое, близок к механизму подкорковой дизартрии. Он состоит в нарушении координации процессов дыхания, голосообразования и артикуляции.

Такое заикание можно обозначить как дизритмическую дизартрию.

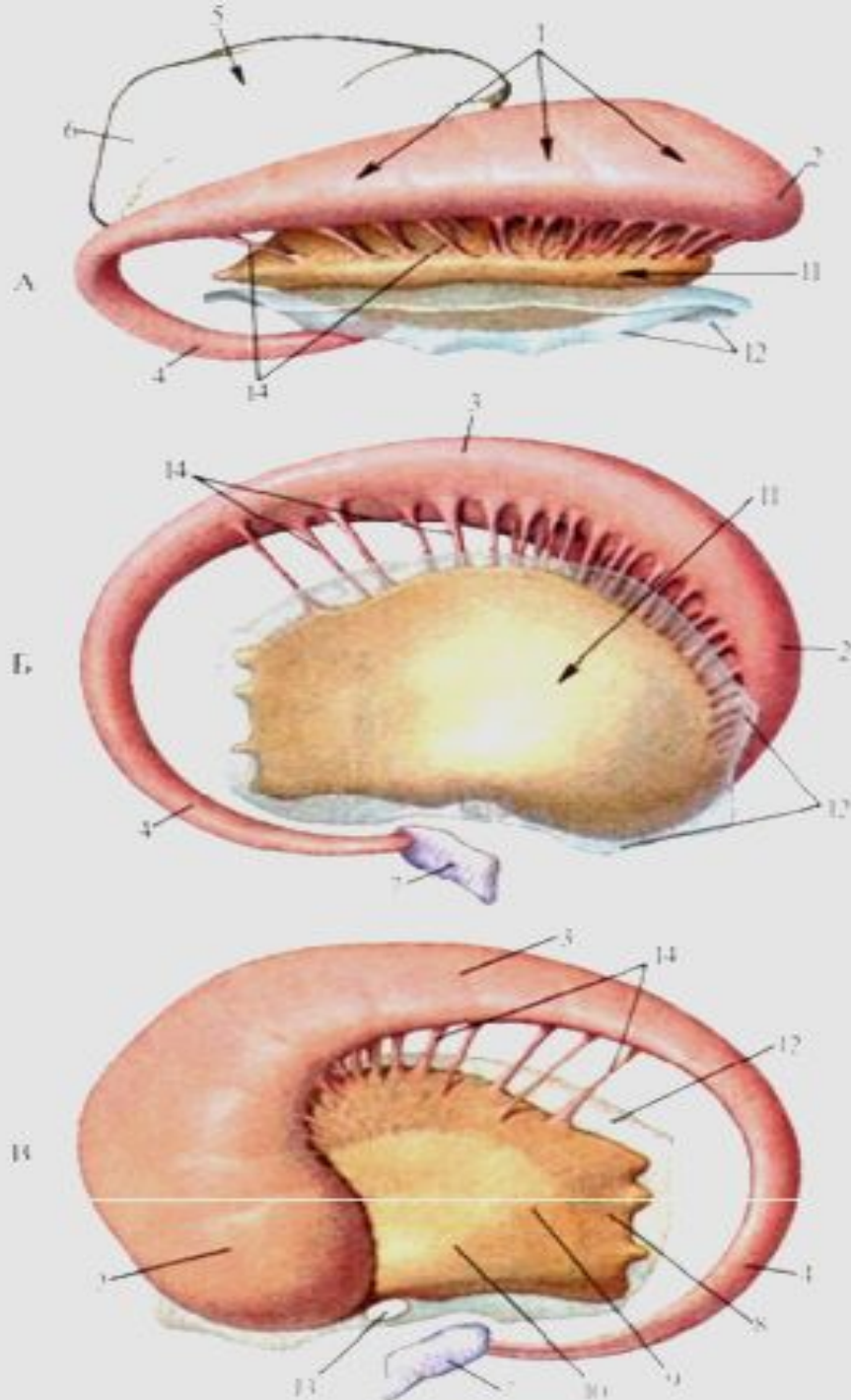
По мнению Н.И. Жинкина, М. Зеймана, В.М. Шкловского механизм заикания представляет собой случай специфической патологической формы срыва индукционных отношений между корой головного мозга и подкорковыми структурами.

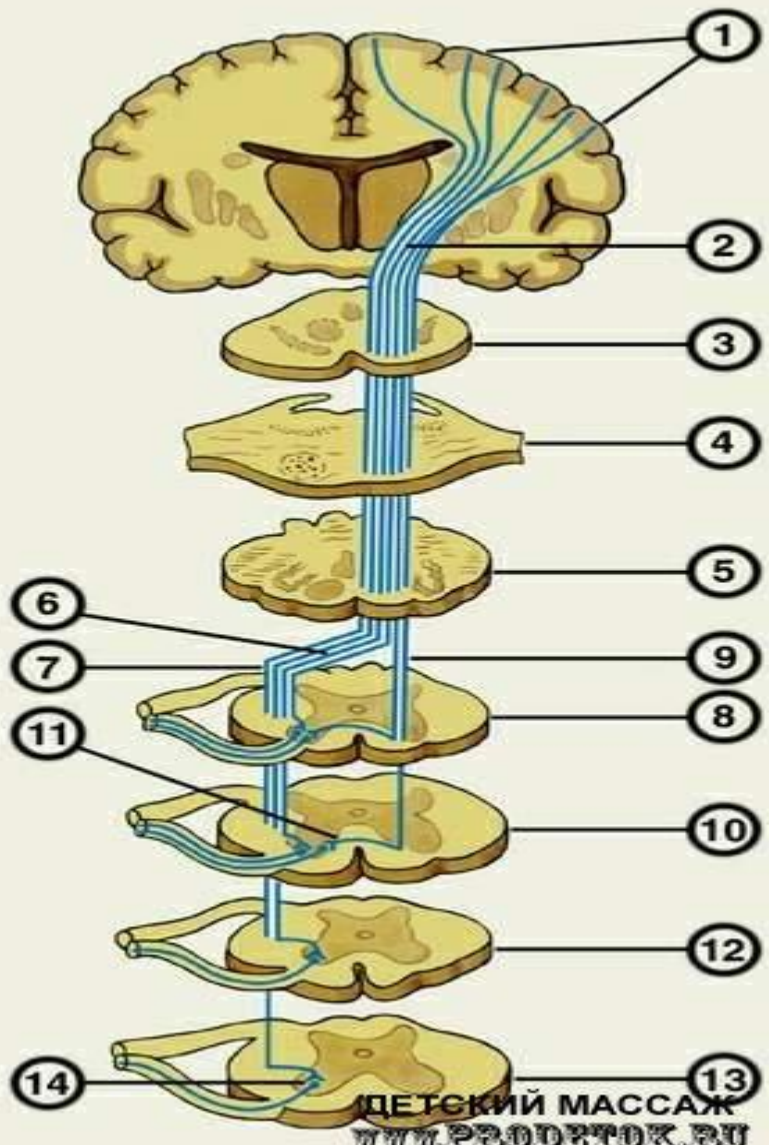
В силу создавшихся условий, при которых нарушается нормальная регуляция коры, имеют место отрицательные сдвиги в деятельности стриопаллидарной системы. Стриопаллидарная система находится в подкорковой области, в толще белого вещества больших полушарий головного мозга. Она представляет собой скопление серого вещества, образующее базальные ядра. С развитием головного мозга стриопаллидарная система перешла в подчинение к коре головного мозга. Она обеспечивает фон «предуготовности» к совершению движения; на этом фоне осуществляются контролируемые корой головного мозга быстрые, точные, строго дифференцируемые движения.

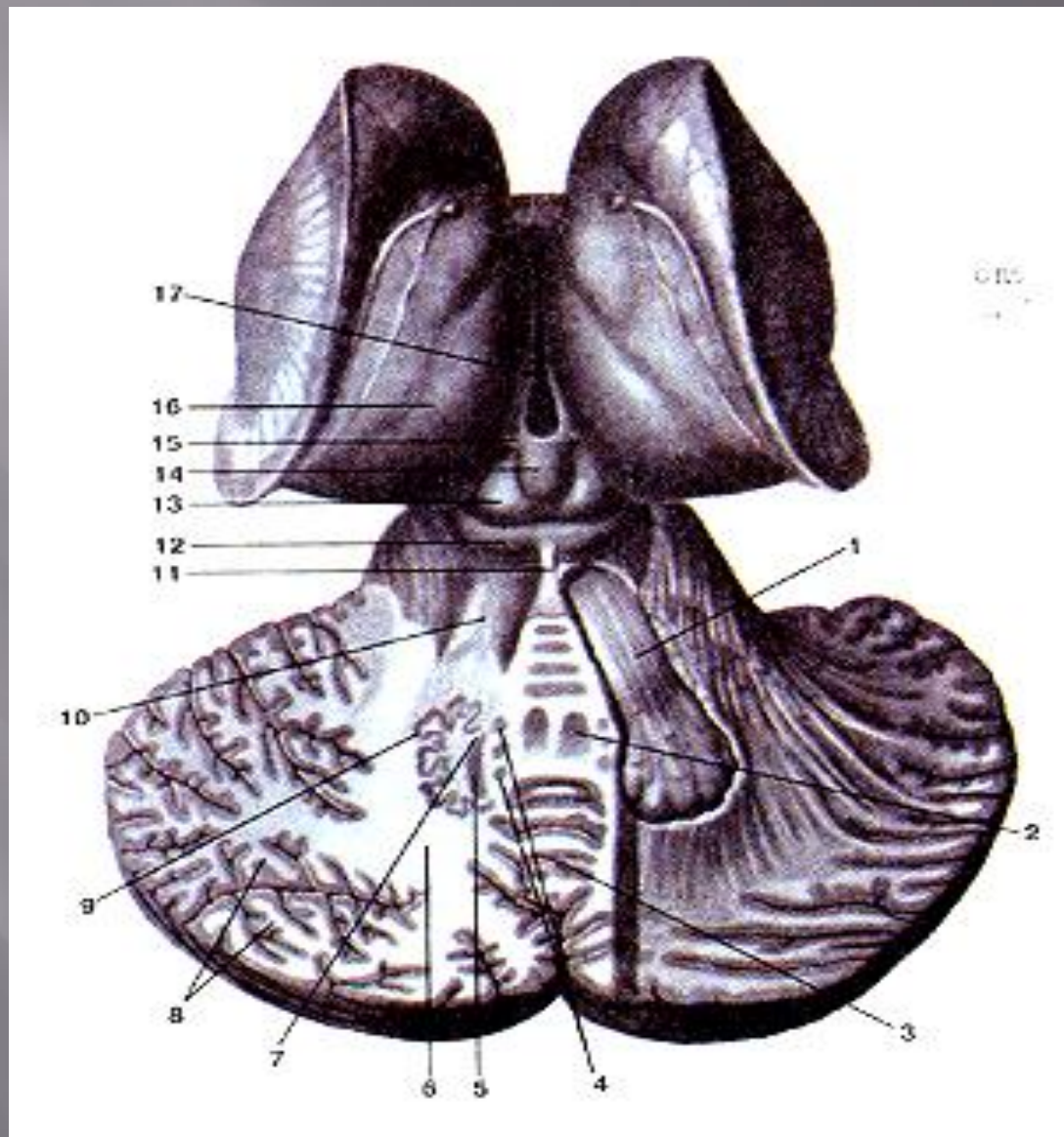
Для совершения движения необходимо, чтобы одни мышцы сокращались, а другие расслаблялись. Иными словами, необходимо точное и согласованное перераспределение мышечного тонуса. Такое перераспределение тонуса мышц как раз и осуществляется стриопаллидарной системой. Совершенствование движений в процессе обучения приводит к их автоматизации, к формированию двигательных стереотипов.

Базальные ядра конечного мозга (полусхематично).

А — вид сверху. Б — вид снаружи. В — вид изнутри. 1 — nucleus caudatus; 2 — caput nuclei caudati; 3 — corpus nuclei caudati; 4 — cauda nuclei caudati; 5 — thalamus; 6 — pulvinar thalami; 7 — corpus amygdaloideum; 8 — putamen; 9 — globus pallidus lateralis; 10 — globus pallidus medialis; 11 — nucleus lentiformis; 12 — claustrum; 13 — commissura rostralis; 14 — перемычки серого вещества между хвостатым и чечевицеобразным ядрами.









- ⌋ - EGR2
- X - MTMR2
- - NDRG1
- ▭ - NF-L и KIF1B
- Σ - PMP22
- └ - MPZ
- ▮ - Cx32
- E - GDAP1
- - LMNA/C

Заикание является следствием динамических нарушений

стриопаллидарного регулятора речи, вызванных сильными, резкими эмоциями или анатомо-патологическими повреждениями мозга. Если регулятор блокируется, то в результате нарушается равновесие мышечного тонуса артикуляционных, голосовых и дыхательных мышц, что выражается в форме клонических повторений по типу тика или тонического спазма. При нарушениях стриопаллидарной системы возникает расстройство речевого автоматизма и повышается тонус мускулатуры речевого аппарата. Постепенно патологический рефлекс закрепляется в качестве условного рефлекса.

■



Библиотека логопеда

Заикание

И.А. Сикорский

- Фундаментальный труд выдающегося русского врача Ивана Алексеевича Сикорского глорифицируется впервые с 1999 года
- Сбор авторитетных мнений по проблеме с детьми в разные времена до конца XIX века
- Классификация нейромоторных расстройств речи при заикании
- Актуальные методы лечения

Библиотека ЛОГОПЕДА

«АСТРЕЛЬ»

Библиотека логопеда

Душа ребенка

И.А. Сикорский

Этапы интеллектуального и речевого развития детей, их нарушения и методы преодоления

- Книга выдвигается русского ученого Ивана Алексеевича Сикорского переводится впервые после 1908 года!

Библиотека ЛОГОПЕДА

«АСТРЕЛЬ»

КНИГА II

НАРУШЕНИЯ ТЕМПА И РИТМА РЕЧИ

Заикание
Брадилалия
Тахилалия

Логопедия
Методические наблюдения

Владос

Библиотека учителя-дефектолога

Региональная

ДЕТСКАЯ ЛОГОПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Владос

Нейромоторные расстройства речи

Судорожные нейромоторные расстройства речи (речевые судороги) является типичным и обязательным симптомом заикания. Они различаются по форме, месту образования и частоте.

По типу речевые судороги могут быть клоническими (навязчивое повторение стереотипных речевых движений: «та-та-та-та-релка»), тоническими (сильное, длительное сковывание движений: «п...пила») и смешанными, когда одновременно встречаются тонические и клонические судороги («п...пет-ту-тух»).

Речевые судороги, их локализация

До настоящего времени общепризнано, что 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.

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.

Респираторная судорога – многократный «вдох-выдох» перед началом или в процессе произнесения фразы.

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 «выдавливается».

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.

Судороги артикуляционного аппарата

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 («Зияющая судорога») 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.

Нижнечелюстная судорога.

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.

Судорога мягкого неба

Первая фаза развития заикания (инициальная)

Заикание возникает эпизодически; периоды плавной речи сокращаются и наступают все реже, сама выраженность заикания флюктуирует по тяжести. В поздних периодах первой фазы заикание становится более постоянным и выраженным;

- # первые запинки возникают на инспирации; иногда появляется гласный «эмбол» в составе предложения ;
- # заикание усиливается под воздействием так называемого «коммуникативного давления», то есть самые большие затруднения ребенок испытывает, когда он возбужден, торопится и пытается о чем-либо рассказать;
- # ребенок обычно не реагирует на свое заикание и говорит во всех ситуациях свободно, без смущения. Заикание может спровоцировать кратковременная эмоциональная реакция. Но беспокойства, тревожности, страха речи нет. Нет переживания своего дефекта речи и неудач в общении.

Вторая фаза развития заикания

Для этой фазы характерны следующие особенности:

нарушение речи становится хроническими, иногда тяжесть заикания меняется, судорожность речи может на короткое время исчезать;

заикание проявляется при быстрой речи или в состоянии эмоционального возбуждения, чаще всего происходит на многосложных словах, значительно реже запинки встречаются на местоимениях и односложных словах. Они иногда остаются на первых словах предложения, но это уже не обязательные, а вероятные места запинок.

речевой дефект осознается, дети считают себя заикающимися, но еще говорят свободно в любых ситуациях.

Могут наблюдаться затруднения в контактах, сопутствующие движения. Речь не зависит от ситуации. Некоторые считают, что в особенно важных для них ситуациях могут «контролировать» свою речь, замедлять темп речи и тем самым уменьшить количество запинок. И, наоборот, речь ухудшается в момент расслабления, при общении с друзьями.

Третья фаза развития заикания

Эта фаза характеризуется следующими особенностями:

- # определенные ситуации становятся трудными для общения, и это четко осознается заикающимися;
- # возникают постоянные трудности, связанные с произнесением определенных слов и звуков;
- # замены одних слов другими.

В этой фазе, несмотря на уже сформировавшиеся симптомы более сложных расстройств речи, крайне редко встречаются пациенты с выраженным переживанием страха речи или какой-то неловкости, чаще всего отсутствует тенденция избегания речи.

Третья фаза развития заикания – это практически полное становление судорожного синдрома, однако без избегания ситуаций и без страха речи.

О. Bloodstein отмечает весьма характерную особенность заикающихся в третьей фазе

Четвертая фаза развития заикания

На этой стадии заикание вырастает в большую личностную проблему.

Можно указать следующие характерные его черты:

- # возникает яркая антиципация (ожидание) заикания;
- # становятся стандартными трудности при произнесении определенных слов, звуков в определенных ситуациях и при определенных слушателях;
- # появляются уклончивые ответы; отмечаются другие затруднения и проявления страха речи;
- # отмечается избегание определенных речевых ситуаций.

Отличительная черта четвертой фазы – наличие выраженных эмоциональных реакций на заикание, важнейшим проявлением чего становится избегание речевой ситуации. В этой фазе заикающийся предпочитает проехать несколько лишних остановок, чем спросить впереди стоящих людей, выйдут ли они на следующей остановке. Пациент испытывает выраженный страх перед кассиром в магазине, при разговоре по телефону. Особенно большое напряжение и страх он испытывает в школе, ожидая на уроке возможного вызова для ответа. Даже в компании друзей старается говорить меньше, чтобы избежать заикания. «Трудные» звуки и слова в этой фазе сопровождаются страхом, и если раньше заикающийся заменял слова от случая к случаю, то теперь он это делает систематически, чтобы избежать заикания. В этой фазе заикающиеся больше внимания начинают обращать на то, как окружающие реагируют на их речь, как они сами выглядят в глазах окружающих и собеседников.



**При обследовании
орального праксиса заикающегося
выявляется следующая
неврологическая симптоматика:
скорость, сила, объем движений
артикуляционного аппарата
ограничены, переключаемость с
одного артикуляционного уклада на
другой затруднена, отмечается
гипертонус, гиперметрия, тремор
языка и губ, синкинезии, иногда
гиперсаливация, нарушена
реципрокная иннервация.**

Нейромоторные нарушения
при заикании имеют единую
патогенетическую основу с
двигательными нарушениями,
характеризуются многообразием и
устойчивостью, как любой
двигательный стереотип,
закрепленный временем
и опытом.

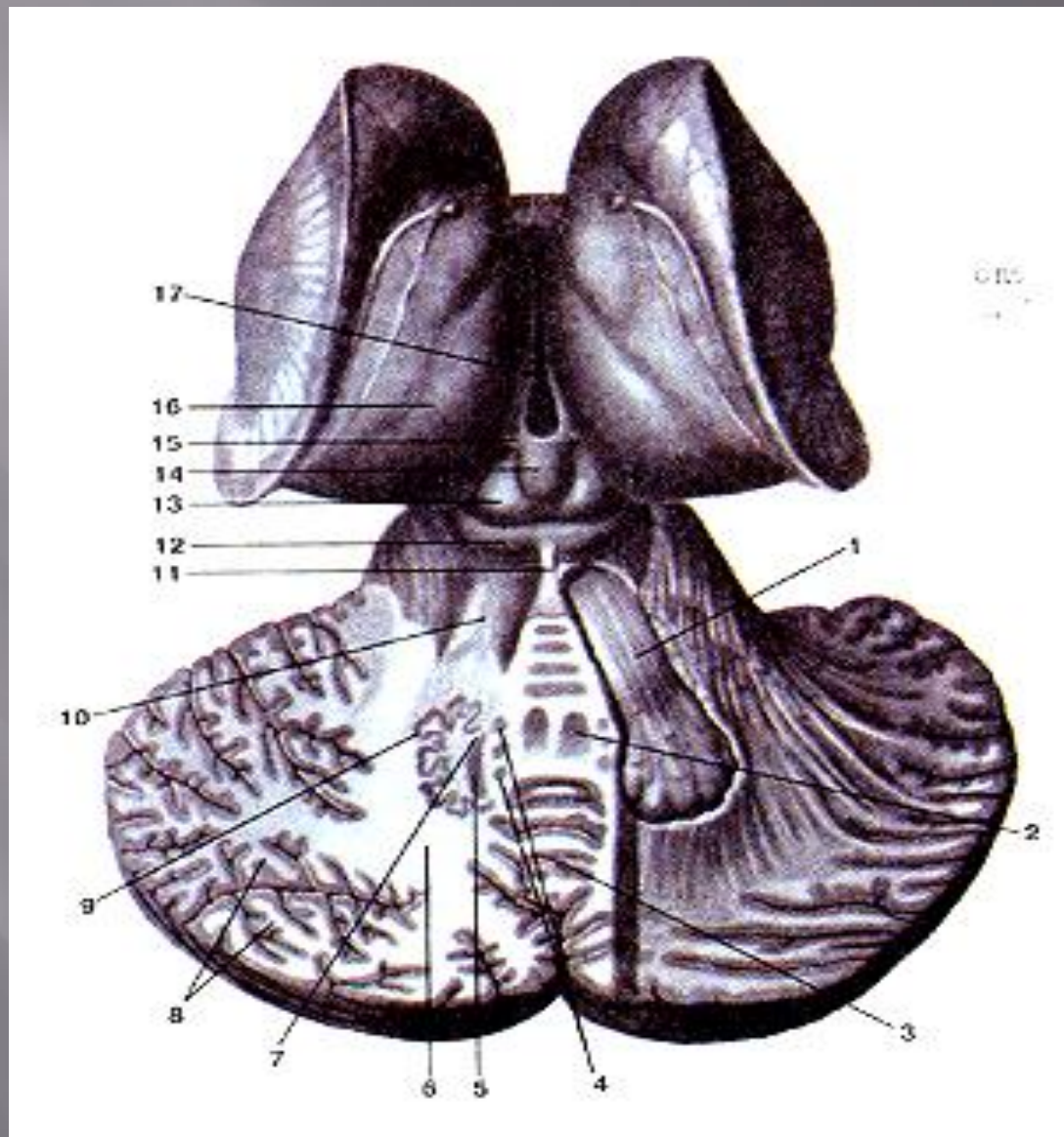
Степень тяжести заикания
зависит от выраженности
нейромоторного и
невротического компонентов.

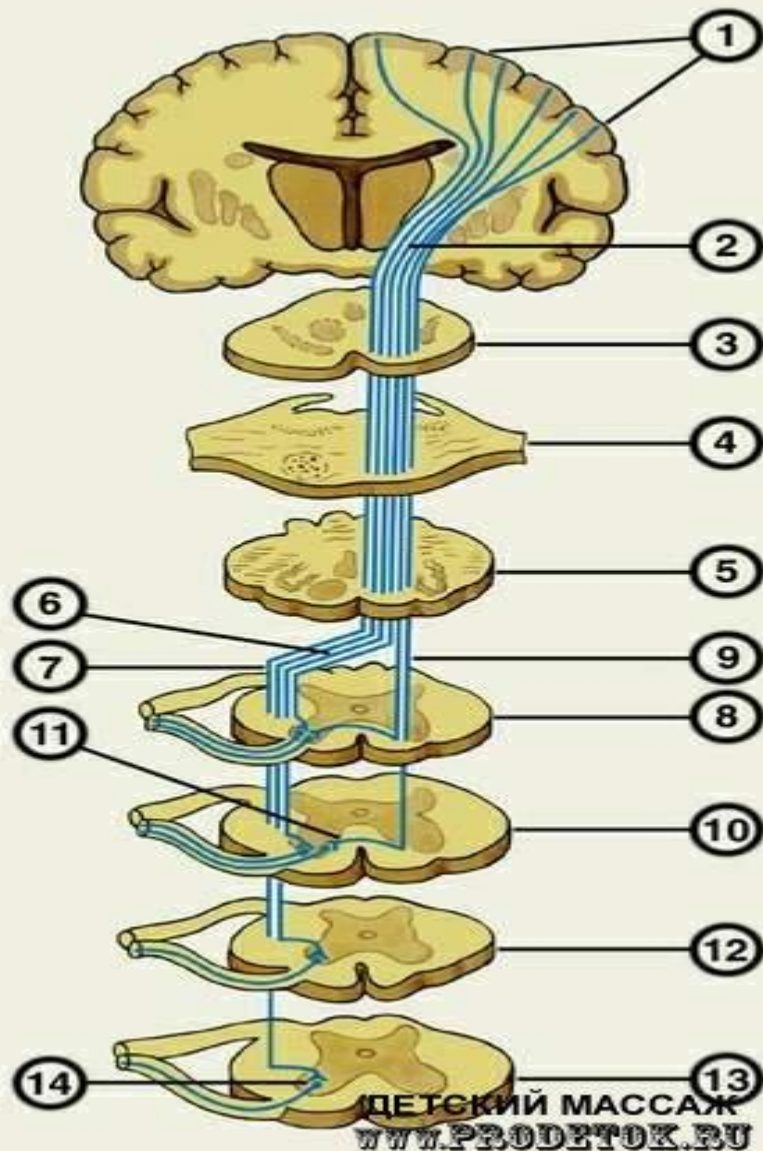
В большинстве случаев
заикание возникает на фоне
очаговых органических
расстройств и первично носит
характер нейромоторного
нарушения.

На фоне органического поражения центральной и периферической нервной системы нарушается иннервация речевого аппарата; страдает просодическая сторона речи, т.е. темп, ритм, мелодика, интонация.

Органические нарушения при заикании могут возникнуть на разных уровнях.

При поражении **подкорково-мозжечковых ядер и проводящих путей** наблюдаются изменения, связанные с повышением мышечного тонуса. Нарушается синхронность в работе артикуляционного, дыхательного, голосового аппаратов; страдает реципрокная иннервация (взаимодействие мышц антагонистов и агонистов), последовательность, сила, объем, скорость мышечных сокращений. Целевая точность движений.







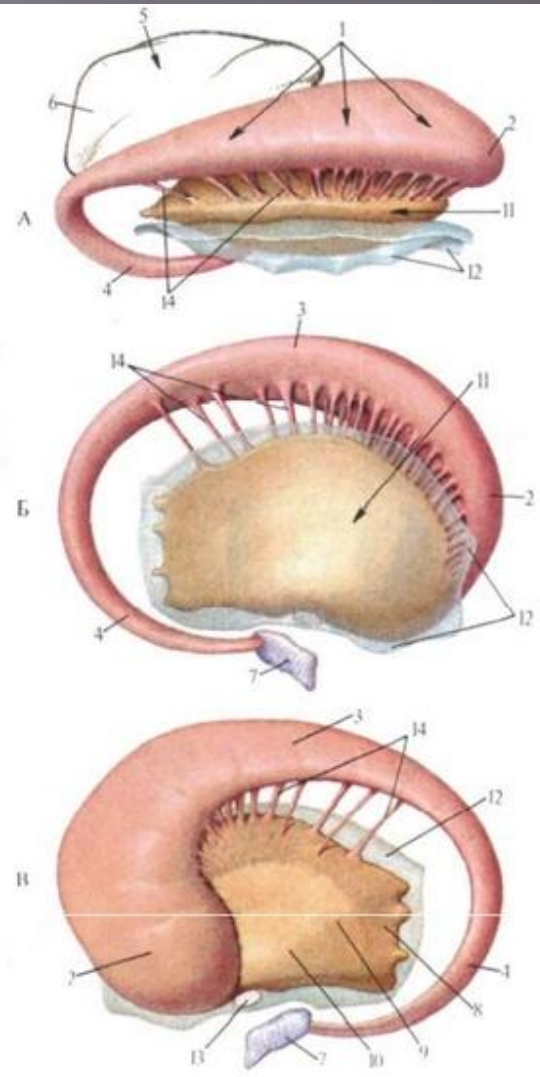
При **экстрапирамидных нарушениях**, помимо изменений мышечного тонуса, в речевой мускулатуре появляются насильственные движения (гиперкинезы).

При поражении проводящих систем от коры головного мозга к ядрам черепно-мозговых нервов в стволовой части мозга наблюдается аналогичная симптоматика: повышается мышечный тонус, нарушается просодика, усиливаются безусловные рефлексы, появляются дополнительные рефлексы.

Подкорковые структуры

Базальные ядра конечного мозга (полусхематично).

А — вид сверху. Б — вид снаружи. В — вид изнутри. 1 — nucleus caudatus; 2 — caput nuclei caudati; 3 — corpus nuclei caudati; 4 — cauda nuclei caudati; 5 — thalamus; 6 — pulvinar thalami; 7 — corpus amygdaloideum; 8 — putamen; 9 — globus pallidus lateralis; 10 — globus pallidus medialis; 11 — nucleus lentiformis; 12 — claustrum; 13 — commissura rostralis; 14 — перемычки серого вещества между хвостатым и чечевицеобразным ядрами.



На уровне периферических двигательных нервов, иннервирующих мышцы речевого аппарата (языка, губ, щек, мягкого неба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки) нарушаются обменные процессы, затрудняется поступление нервных импульсов к мышцам, исчезают некоторые рефлексy. Ограничен объем произвольных движений, при значительном повышении тонуса в отдельных группах мышц наблюдается понижение тонуса.

Периферические нервы

ПЕРЕНОСЯТ ИНФОРМАЦИЮ в
головной и спинной мозг и обратно.

Чувствительные волокна периферических нервов получают информацию из
внешнего мира, от кожи и внутренних органов.

Двигательные волокна вызы

Обонятельный нерв (I)

Зрительный нерв (II)

Глазодвигательный (III),
Блоковый (IV),
Приводящий (VI)

Улитковый (VIII)

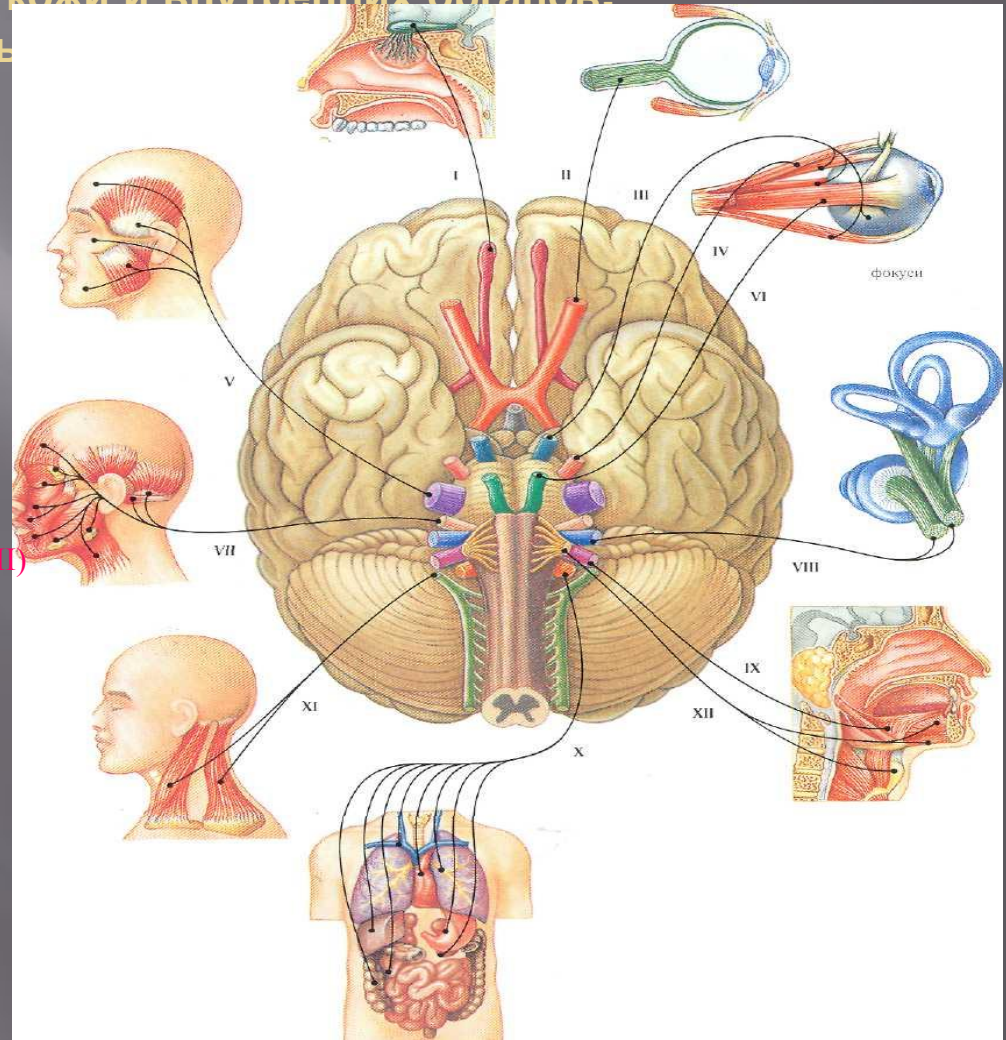
Тройничный (V)

Добавочный (XI)

Языко-глоточный (VII)
Челюстной (IX)

Подъязычный (XII)

Блуждающий нерв (X)



На фоне указанных органических нарушений возникают дыхательные, голосовые, артикуляционные судороги.

К судорогам **ДЫХАТЕЛЬНОГО АППАРАТА** относится инспираторная судорога, экспираторная и респираторная или ритмическая.

Инспираторная судорога возникает на вдохе. Характерным признаком является внезапный судорожный вдох, возникающий перед началом, в середине слова, среди двух звуков одного слова. Инспираторные судороги могут следовать непосредственно друг за другом, не прерываясь выдохом. Выдох наступает с окончанием инспираторной судороги, внезапно и несогласованно с дыхательным ритмом.

Экспираторная судорога возникает на выдохе, чаще в процессе речевого высказывания. Для экспираторной судороги характерны выраженные внезапные и сильные сокращения мускулатуры брюшного пресса. При этом субъективно возникает тягостное ощущение необычного сжатия грудной клетки.

Респираторная судорога — многократно повторяющийся вдох-выдох перед началом фразы, словосочетания, слова.

СУДОРОГИ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА возникают в момент произнесения гласного звука.

Смыкательная голосовая судорога возникает внезапно, прекращая голосоподачу. Является тонической по типу. Голосовая щель сомкнута, брюшная мускулатура напряжена, в течение всего времени судороги воздушная струя оказывает давление на гортань. Субъективно возникает ощущение препятствия при попытке говорить в области гортани.

Вокальная голосовая судорога — является наиболее тягостной для пациента, возникает в результате повышенного тонуса голосовых мышц и непроизвольной работы голосовых связок. Часто при этом меняется тембральная окраска, высота голоса

Дрожащий или толчкообразный гортанный спазм — судорога является клонической по типу. Голосовая щель то смыкается, то размыкается. Возникает дрожащий звук, иногда напоминающий бляенье козы, полоскание горла, кряхтенье и т.д.

различают *лицевые и язычные судороги. Лицевые судороги:*

- смыкательная судорога губ ограничивается круговой I мышцей рта, является тонической по типу; возникает при произнесении слов, начинающихся на губные звуки (п, б, м, в, ф);
- верхнегубная судорога поднимает верхнюю губу и крыло носа, является тонической по типу, возникает *оскал*, обезображивающий лицо; может быть как односторонней, так и двусторонней;
- нижнегубная судорога — аналогична верхнегубной;
- угловая судорога перекашивает рот в сторону судороги, иррадирует на крылья носа, мышцы век и лба, нарушается деятельность круговой мышцы рта;
- судорожное раскрытие ротовой полости («зияющая судорога») — удерживает длительное время рот в открытом состоянии, носит тонический

Язычные судороги:

- судорожный подъем кончика языка;
- судорожный подъем спинки и корня языка;
- подъязычная судорога связана с иррадиацией тонуса языка;
- изгоняющая судорога языка возникает в результате тонического или клонического напряжения мышц, выталкивающих язык в пространство между зубами;
- судорога мягкого неба приводит к назализации и палатализации

Судороги могут быть выражены как по **клоническому**, так и по **тоническому** типу.

В процессе коррекционной работы с детьми и взрослыми, страдающими заиканием, наряду с логопедическими занятиями, медикаментозным и физиотерапевтическим лечением проводится дифференцированный артикуляционный массаж.

Артикуляционный массаж

имеет большое значение в нормализации функционального состояния высшей нервной деятельности ребенка, поэтому каждое индивидуальное занятие желательно начинать с артикуляционного массажа. Его целесообразно проводить под спокойную мелодичную музыку, лучше фортепианную.

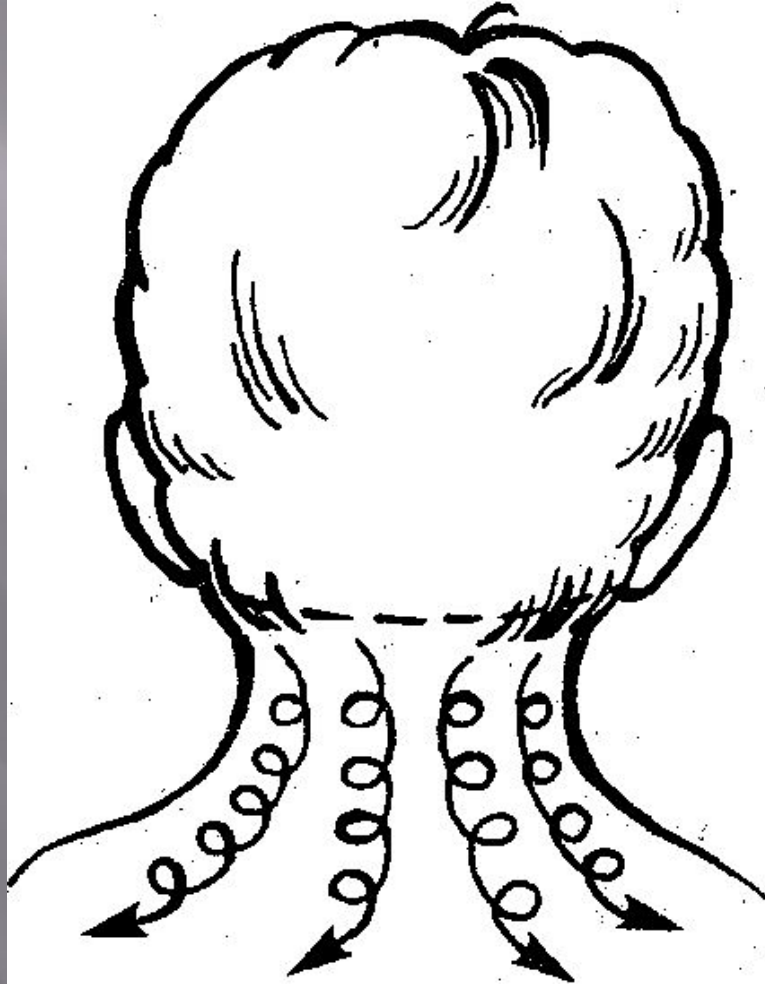
Если у заикающегося имеется выраженная подкорковая симптоматика с преобладающими тоническими судорогами при нарушении переключаемости и плавности движений, замедлении их темпа и ритма, ограничении объема движений языка, основной целью массажа является успокаивающее, расслабляющее действие на нервные окончания. Приемы, направленные на улучшение кровообращения, применяются очень осторожно, всегда чередуются с расслабляющими, поглаживающими движениями.

Если у заикающихся определяются признаки поражения **корковоядерных путей** (спастичность артикуляционной мускулатуры, ограничение объема произвольных движений, тремор губ, языка, **изгоняющая судорога языка**), в ЭТИХ случаях основной целью массажных приемов, помимо релаксации, становится повышение рецепторной активности. Это, в свою очередь, вызывает возникновение импульсов, достигающих соответствующих центров головного мозга с последующей регуляцией афферентных импульсов.

Используются в основном приемы поглаживания, точечной вибрации, иногда — разминания. При этом улучшаются обменные процессы, повышается работоспособность мышц. Дифференцированная афферентация должна подаваться логопедом на мышцы глазной щели, ротовой полости, жевательные мышцы, внешние и внутренние мышцы языка.

После массажа наблюдается **понижение тонуса спастических мышц.** Изменения со стороны мышц свидетельствуют о **повышении лабильности,** стимулирующем влиянии процедур на функциональное состояние нервно-мышечного аппарата, что могло быть обусловлено нарушением трофики.

Если у заикающегося имеется **гиперкинетическая симптоматика**:
меняющийся мышечный тонус,
насильственные движения,
нарушение реципрокной
иннервации, резкое повышение
тонуса в состоянии волнения, в
связи с чем резко нарушается
ритм и темп речи, а судороги
носят характер **клонических или
клоно-тонических**, массажные
приемы должны быть легкими.





Puc. 14

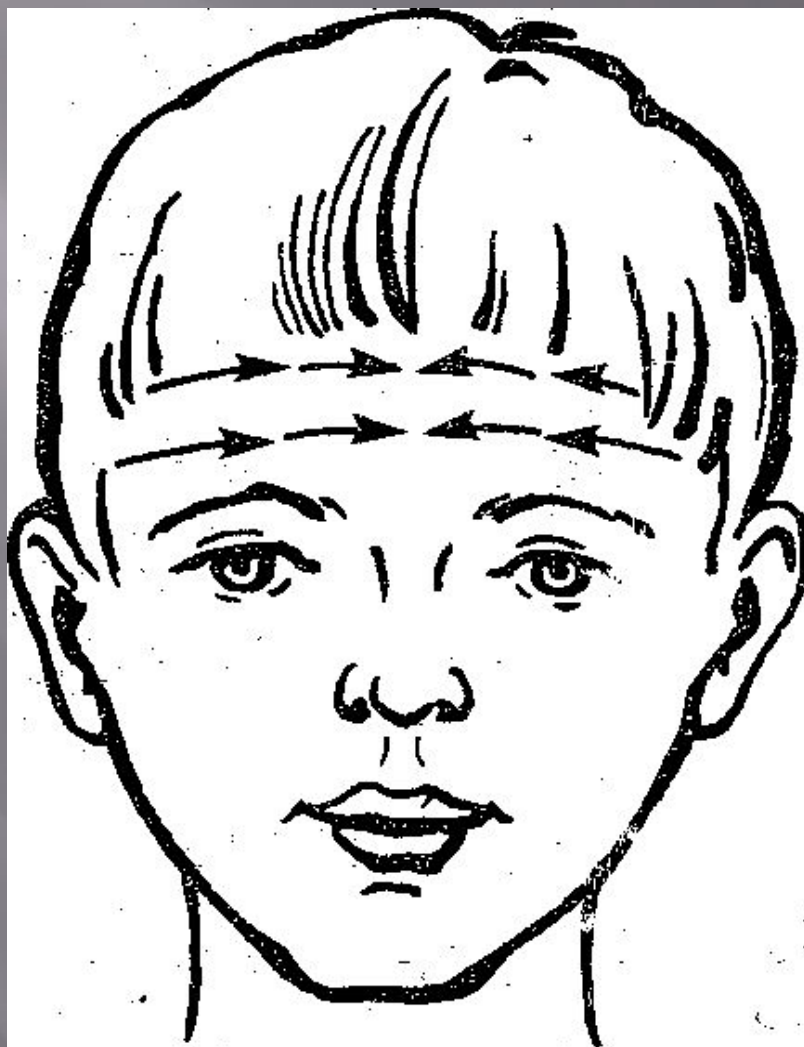


Рис. 15

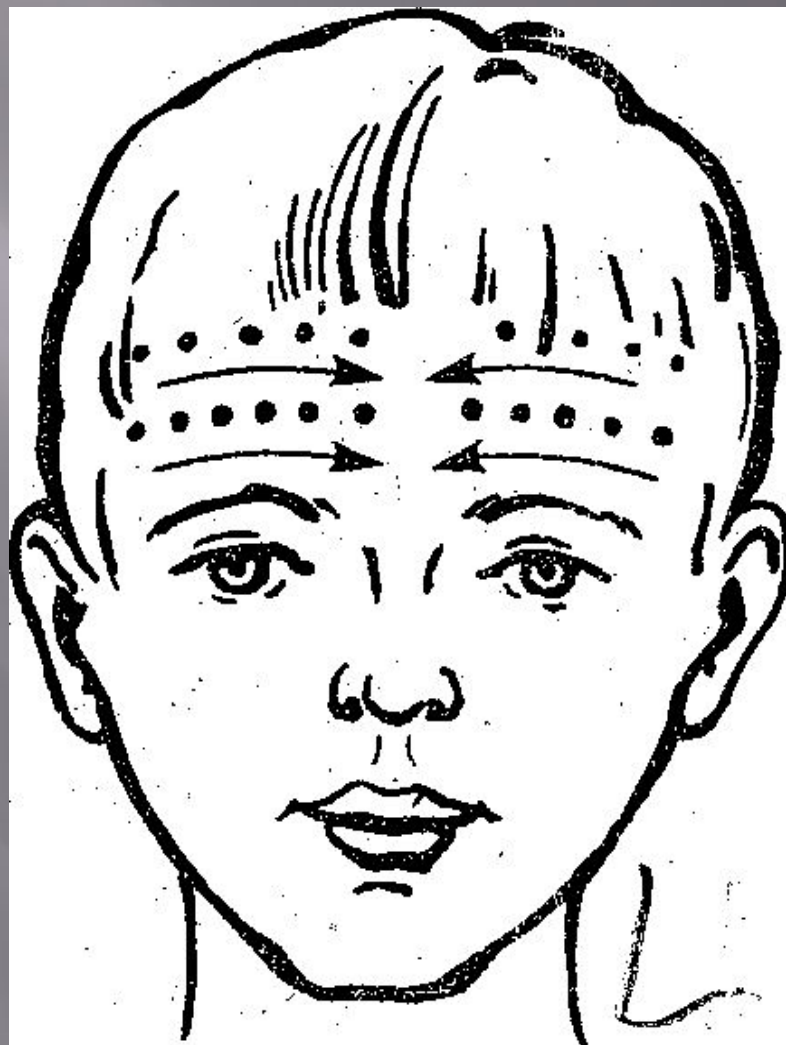


Рис. 16

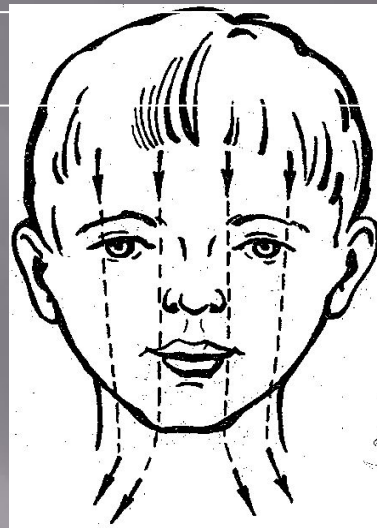


Рис. 17



Рис. 18

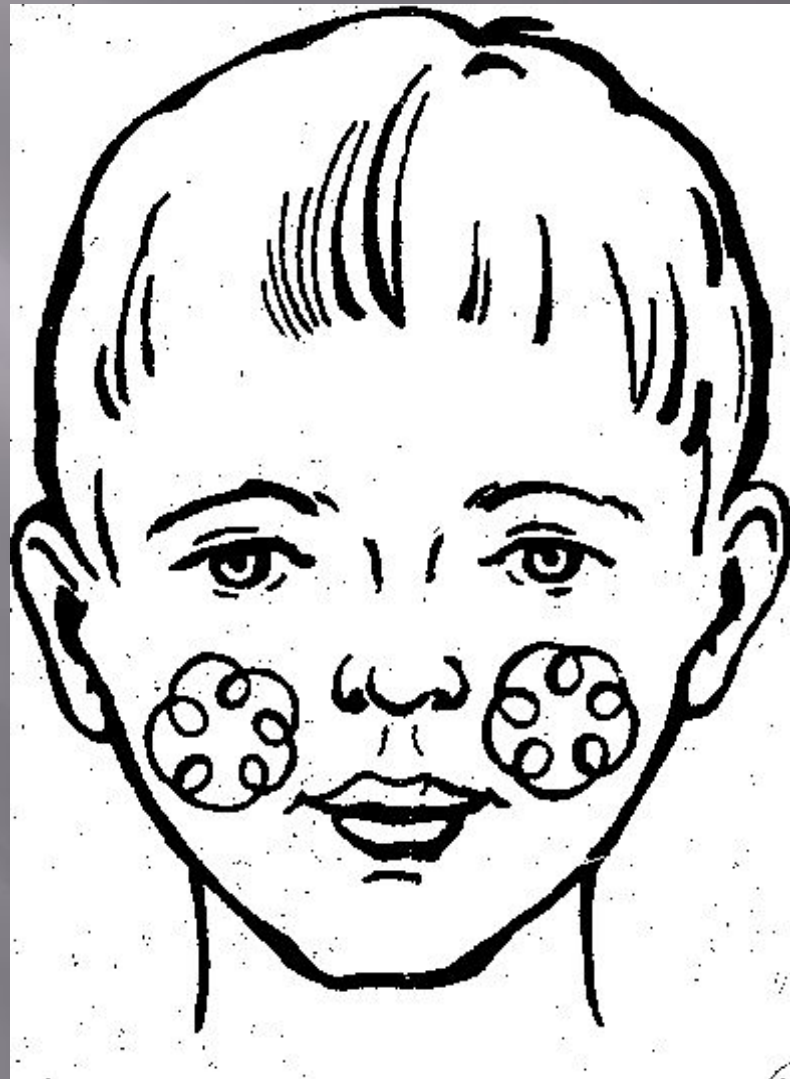


Рис. 19



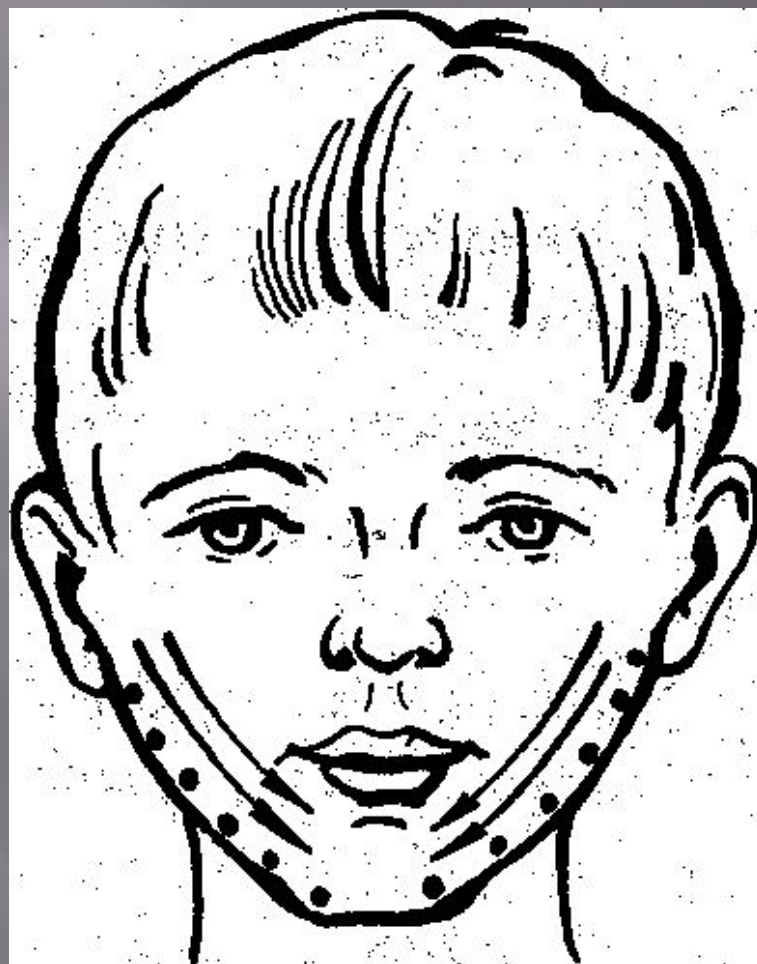
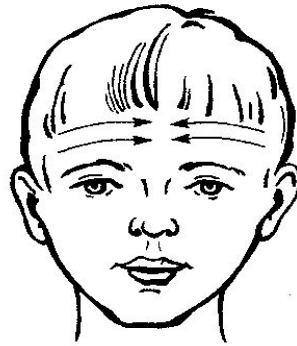
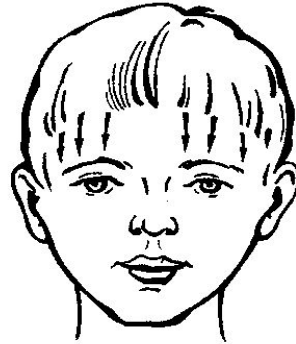


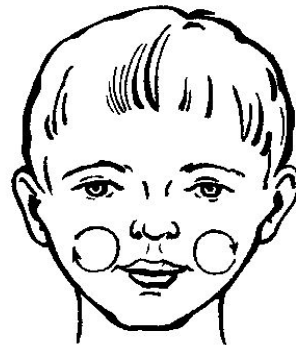
Рис. 22



Puc. 2



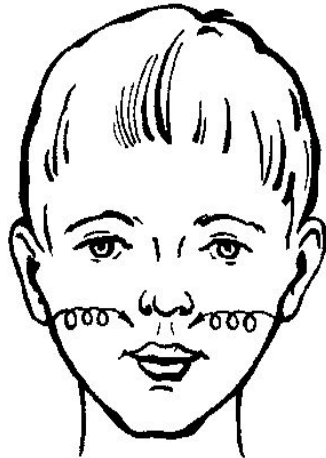
Puc. 3



Puc. 4



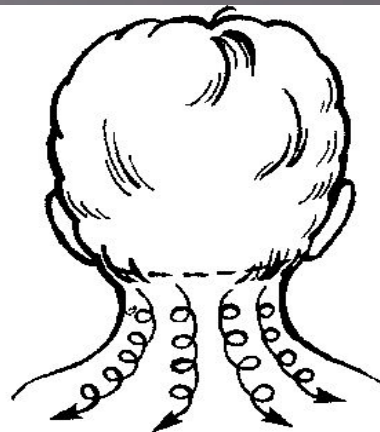
Puc. 5



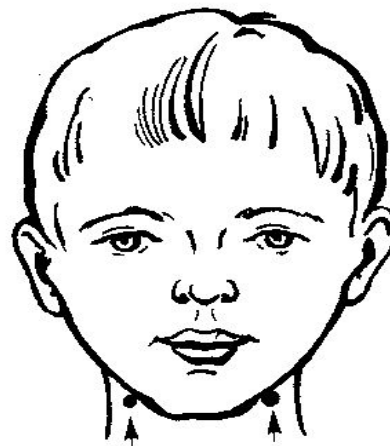
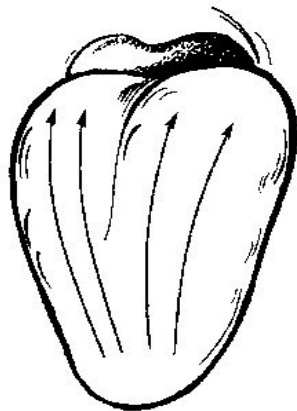
Puc. 6



Puc. 10



Puc. 13



Puc. 12

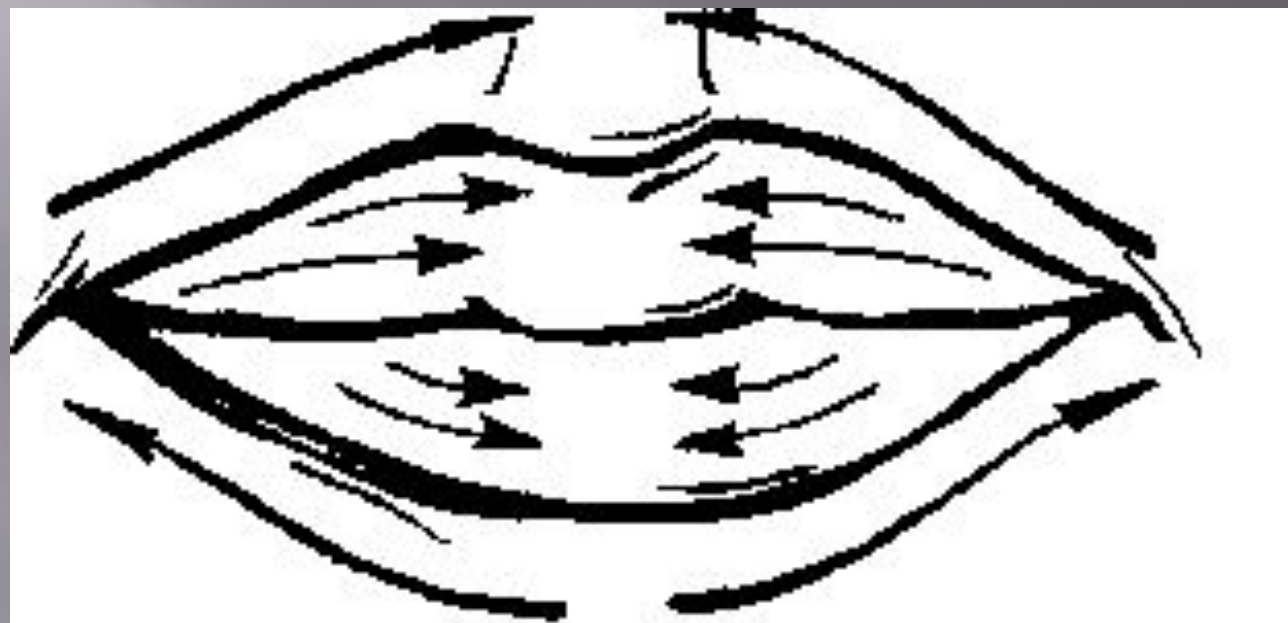
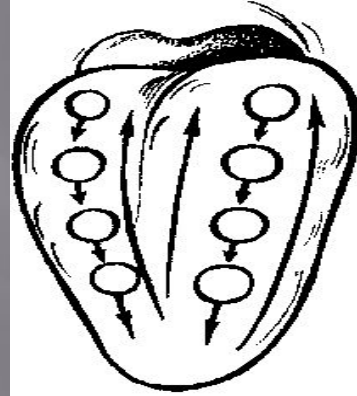
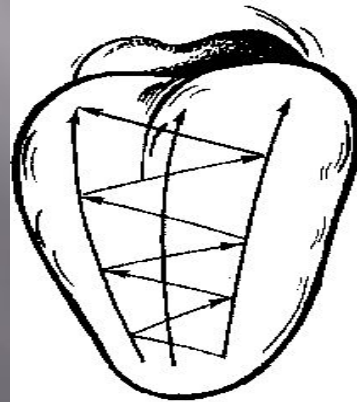


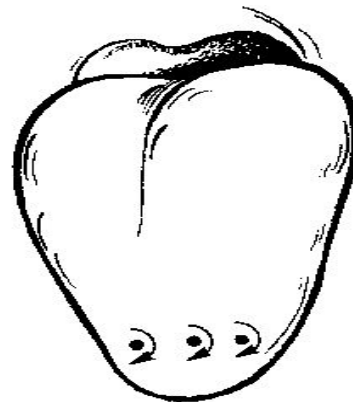
Рис. 24

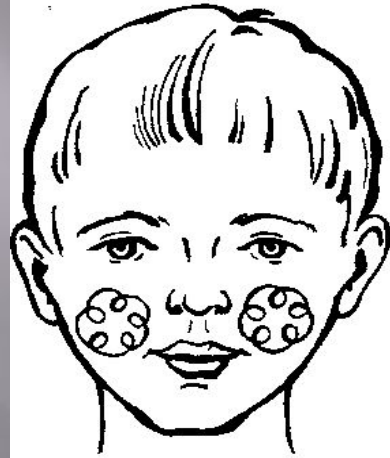


Puc. 29



Puc. 30





10

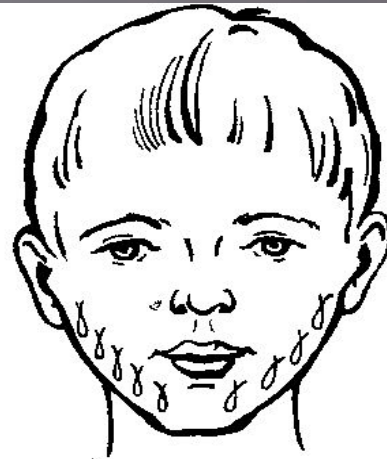
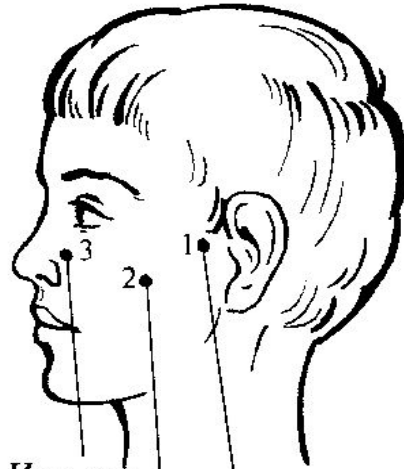


Рис. 21



Инь-сян
Са-гуань Эр-мэнь

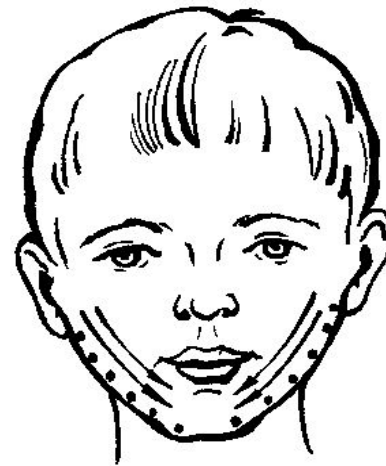
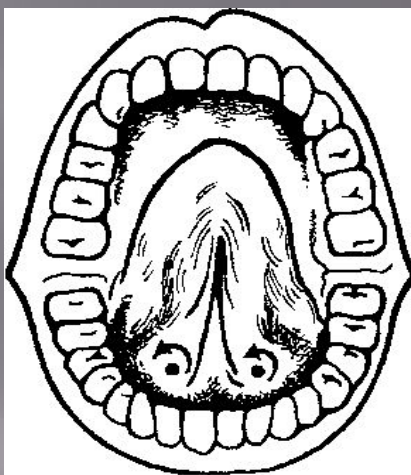


Рис. 22



Puc. 32 °



Puc. 33

Применяется главным образом **поглаживание**, направленное на расслабление. Следует поглаживать мышцы шеи, затылка, плечевого пояса, груди.

При избирательных односторонних парезах на фоне расслабляющего, успокаивающего массажа проводится работа с использованием растирающих, разминающих, толчкообразных и вибрирующих приемов массажа. Тем самым улучшается сократительная функция отдельных групп мышц, массажные движения вызывают гиперемию, усиливают кровоснабжение, активизируют афферентные импульсы

Основной прием массажа — *ПОГЛАЖИВАНИЕ*, обязательный прием, с которого начинают каждую процедуру. Этот прием чередуется с другими и завершает каждый массажный комплекс. При поглаживании усиливается кровообращение в поверхностно расположенных сосудах и даже в удаленных от массируемого участка сосудах; снижается мышечный тонус, замедляется дыхание, что само по себе расценивается как проявление процессов торможения высших отделов центральной нервной системы с последующим понижением возбудимости. Наряду с этим более глубокое и энергичное поглаживание оказывает возбуждающее воздействие на центральную нервную систему.

Расслабление мышц
артикуляционного аппарата
начинается с так называемого
«общего мышечного расслабления», а
именно с расслабления шейной,
грудной мускулатуры, мышц рук,
плечевого пояса. Затем специалист
проводит расслабляющий массаж
мышц лица. Движения рук должны
быть легкими, нежными,
скользящими, успокаивающими,
совпадающими с музыкальным
сопровождением.

Поверхностное поглаживание — мягкий, «щадящий» прием. Ладони специалиста должны быть максимально расслаблены. Этот прием применяется для снижения тонуса артикуляционной мускулатуры.

Глубокое поглаживание — более интенсивный прием. Он применяется для воздействия на рецепторы глубоко «заложенных» мышц и сосудов.

Растирание — выполняется с применением значительной силы давления на массируемую область. Оно значительно усиливает кровообращение, обменные и трофические процессы в тканях, сократительную функцию мышц, повышает тонус.

Прерывистая вибрация или поколачивание — оказывает различное действие. Слабое поколачивание повышает тонус мышц, а сильное или «стакатто» снижает повышенный тонус мышц и возбудимость нервов.

Плотное нажатие — улучшает кровообращение, лимфообращение, обменные процессы, усиливает моторные рефлексy, значительно повышает тонус мышц.

Так как при заикании отмечается повышенный тонус в артикуляционной и лицевой мускулатуре, каждый массажный прием необходимо завершать **поглаживанием**



1



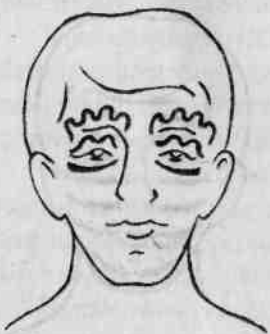
2



3



4



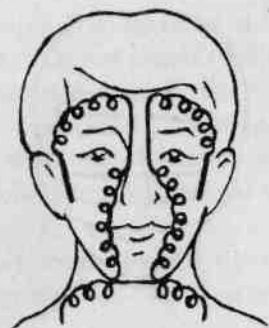
5



6



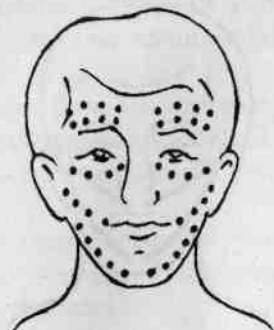
7



8



9



10



11



12

Упражнения 1, 2. ОБЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ — ПОГЛАЖИВАНИЕ ЛИЦА И ШЕИ. Вторыми, третьими, четвертыми и пятыми пальцами обеих рук одновременно производится поглаживание по массажным линиям. Заканчивается поглаживание фиксацией мочек ушных раковин.

Упражнение 3. ПОГЛАЖИВАНИЕ ЛИЦА. Третьи и четвертые пальцы располагаются на середине подбородка, вторые — над верхней губой. Производится поглаживание по массажным линиям к козелкам ушной раковины и обратно.

Упражнение 4. ПЕРЕХОДНОЕ. Вторыми, третьими и четвертыми пальцами поглаживать из-под подбородка по носогубной складке, боковым поверхностям носа и через переносицу переходить к поглаживанию по массажной линии от височных впадин к середине лба . Пальцами слегка прижимать кожу.

Упражнение 5. ВОЛНООБРАЗНОЕ ПОГЛАЖИВАНИЕ. От внутренних углов глаз пальцами легко скользить к бровям и, захватив их вторыми и третьими пальцами, производить волнообразное поглаживание по направлению к виску. Заканчивать движение легким прижиманием кожи на висках.

Упражнение 6. ПОГЛАЖИВАНИЕ КРУГОВЫХ МЫШЦ ГЛАЗ. Подушечками четвертых пальцев обеих рук одновременно производить поглаживание от виска по нижнему веку к внутреннему углу глаза. Затем плавно переходить на верхнее веко и поглаживать его очень легко, не нажимая на глазное яблоко.

Упражнение 7. ПОГЛАЖИВАНИЕ ЛОБНОЙ И ВИСОЧНОЙ ВПАДИНЫ. Вторыми, третьими и четвертыми пальцами обеих рук, согнутыми по форме лба, попеременно производить поглаживание снизу вверх, плавно передвигая пальцы к вискам. Дополнительно поглаживать подушечками пальцев виски.

Упражнение 8. ПЕРЕХОДНОЕ.

Вторыми, третьими, четвертыми и пятыми пальцами обеих рук одновременно производить поглаживание по массажным линиям.

Упражнение 9. ПОКОЛАЧИВАНИЕ.

Подчелюстную область массировать похлопыванием тыльной стороны пальцев, затем подушечками четырех пальцев обеих рук одновременно производить поколачивание по массажным линиям.

Упражнение 10. «СТАКАТТО». Резкие, отрывистые, поочередные удары подушечками пальцев. Движение производить непрерывно, обеими руками, одновременно по массажным линиям, начинать фиксацией у мочек ушных раковин.

Упражнение 11. ПЛОТНОЕ ПРИЖИМАНИЕ.

Движения выполняются двумя руками одновременно, начиная снизу, постепенно поднимаясь вверх. После каждого нажима следует немного приподнимать руки и вновь нажимать на массируемый участок. Последнее движение совершается от височной впадины к середине лба.

В конце – **пальцевой душ.**

Упражнение 12. ПОГЛАЖИВАНИЕ ПО МАССАЖНЫМ ЛИНИЯМ.

Упражнение 13. Специальное упражнение, рекомендуемое для расслабления круговой мышцы губ, с которой связана, пожалуй, самая распространенная при заикании, смыкательная губная судорога.

Указательные и третьи пальцы логопед располагает около углов рта, губы растягиваются, как при улыбке. Обратным движением губы возвращаются в исходное положение. Движения легкие, плавные, скользящие.

Аналогичные движения проводятся поочередно с верхней и нижней губой.

Подкорковая (итеративная) дизритмия

- ▣ Проявляется в неспособности воспроизведения (в заданном темпе) простого ритмически организованного ряда.
- ▣ Сочетается с дискоординациями в общей двигательной сфере.

Обследование состояния итеративного (подкоркового) ритма

- Хлопать в ладоши в заданном темпе (самопроизвольное ускорение и замедление темпа считается нарушением режима задания)
- Маршировать под музыку, барабан, бубен, попадая «в такт»
- Приседать и хлопать, попадая в сильную долю простого двудольного музыкального сопровождения

Обследование правополушарного ритма

- Пропеть знакомую песенку
- Протанцевать под музыку
- Отхлопать по образцу ритмы:
 - симметричные \\ \\ \\
 - асимметричные \
- Прочитать стихотворение
- Подобрать окончание стихотворной строки в рифму

Правополушарная (амузическая) дизритмия

- Проявляется в неспособности:
 - - двигаться, попадая «в такт» музыки (приседать, танцевать и т. п.)
 - - отхлопывать, отстукивать простые симметричные и асимметричные ритмы
 - - в наличии запинок не только в прозаической, но и в стихотворной речи

Межполушарная дизритмия

- ▣ Проявляется:
- ▣ - в наличии запинок в спонтанной прозаической речи. Тяжесть запинок прямо пропорциональна семантической и синтаксической сложности текста
- ▣ - в колебаниях степени тяжести заикания в зависимости от объективных и субъективных факторов речевой коммуникации

Обследование межполушарных ритмико- смысловых координаций

- Ответить на вопросы в диалоге
- Рассказать сказку или содержание «мультика»
- «Придумать» рассказик на заданную тему