Логопедия

Посвящается профессору
Михаилу Ефимовичу Хватцеву,
одному из основоположников логопедии,
автору непревзойденного учебника
«Логопедия».



М.Е. Хватцев (1883—1977)



Пятое (юбилейное) издание фундаментального учебника по логопедии подготовлено заслуженным деятелем науки, профессором Л.С. Волковой. Оно посвящено 120-летию со дня рождения профессора М.Е. Хватцева и 50-летию со дня выхода в свет его учебника «Логопедия».

КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА

Логопедия

Под редакцией профессора, заслуженного деятеля науки РФ

Л.С. Волковой

Издание пятое, переработанное и дополненное

Допущено Министерством образования и науки Российской Федерации в качестве учебника для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений

- 15814 -

Москва

ГУМАНИТАРНЫЙ ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ВЛАДОС

2006

УДК 376.36(075.8)
ББК 74.3я73
Л69

Авторы:
глава 1 — *Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова*;
глава 2 — *Е.М. Мастюкова*; глава 3 — *Б.М. Гриншпун*; глава 4 — *Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева*; глава 5 — *Е.В. Лаврова*; глава 6 — *Б.М. Гриншпун*;
глава 7 — *Г.В. Чиркина*; глава 8 — *Е.М. Мастюкова*; глава 9 — *Г.А. Волкова, В.И. Селиверстов*; глава 10 — *Г.А. Волкова, В.И. Селиверстов*;
глава 11 — *Б.М. Гриншпун, С.Н. Шаховская*; глава 12 — *М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова)*; глава 13 — *Р.И. Лалаева*; глава 14 — *Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина*;
глава 15 — *Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина*; глава 16 — *Л.Г. Парамонова*;
глава 17 — *Л.С. Волкова*; глава 18 — *Р.И. Лалаева*; глава 19 — *Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина*; глава 20 — *Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина*; глава 21 — *Л.И. Белякова*;
словарь — *С.Н. Шаховская, Т.В. Туманова*

Л69 **Логопедия** : учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л.С. Волковой. — 5-е изд., перераб. и доп. — М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006. — 703 с. : ил. — (Коррекционная педагогика).
ISBN 5-691-01357-2.

В учебнике рассматриваются методологические, теоретические и практические аспекты логопедии, а также вопросы организации логопедической работы. Описаны традиционные подходы и современные новые технологии в методике логопедической работы, излагаются достижения отечественной и зарубежной теории и практики логопедии. В книге представлены понятийно-категориальный и терминологический словарь.

Учебник предназначен для студентов дефектологических факультетов педагогических вузов и учителей-логопедов. Первое издание вышло в 1989 году.

УДК 376.36(075.8)
ББК 74.3я73

© Коллектив авторов, 1989
© Коллектив авторов, 2004, с исправлениями
© Волкова Л.С., научное редактирование, 2004
© ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2004
© Серия «Коррекционная педагогика» и серийное оформление. ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2004
© Художественное оформление. ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2004
© Макет. ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2004

ISBN 5-691-01357-2

ОГЛАВЛЕНИЕ

От научного редактора 9

Раздел I
Теоретические основы логопедии

Глава 1. Логопедия как специальная педагогическая наука 14
Глава 2. Этиология нарушений речи 41
Глава 3. Классификация нарушений речи 57
Глава 4. Методы логопедического воздействия 73

Раздел II
Виды нарушений голоса и речи и их коррекция

Глава 5. Нарушения голоса 84
Глава 6. Дислалия 115
Глава 7. Ринолалия 164
Глава 8. Дизартрия 191
Глава 9. Нарушения темпа речи 253
Глава 10. Заикание 278
Глава 11. Алалия 347
Глава 12. Афазия 401
Глава 13. Нарушения письменной речи 459

Раздел III
Логопедическая работа при фонетико-фонематическом и общем недоразвитии речи. Нарушения речи и их коррекция при сенсорной и интеллектуальной недостаточности

Глава 14. Обучение и воспитание детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи 500
Глава 15. Обучение и воспитание детей с общим недоразвитием речи 513

Глава 16. Особенности логопедической работы при нарушениях слуха 551
Глава 17. Особенности логопедической работы при нарушениях зрения 563
Глава 18. Логопедическая работа при интеллектуальной недостаточности 572

Раздел IV
Организация логопедической помощи в России. Профилактика речевых нарушений и предупреждение вторичных дефектов

Глава 19. Система специальных учреждений для детей с нарушениями речи 598
Глава 20. Отбор в специальные учреждения для детей с нарушениями речи 624
Глава 21. Профилактика речевых нарушений и предупреждение вторичных дефектов 639

Словарь

Термины и понятия логопедии 654
Персоналии 662

Без речи нет ни сознания, ни самосознания.
Л.С. Выготский

ОТ НАУЧНОГО РЕДАКТОРА

Выход настоящего, пятого издания учебника «Логопедия» приурочен к двум датам: в 2003 году исполнилось 120 лет со дня рождения профессора Хватцева, а в 2004 году — 45 лет с момента последнего выхода в свет его учебника «Логопедия».

Перед научным редактором юбилейного издания «Логопедии» Л.С. Волковой, ученицей профессора Хватцева, долгое время работавшей под его руководством, стояла задача кардинальной переработки содержания и структуры учебника с учетом требований современной науки и практики.

В работе приняли участие многие авторы, представляющие разные научные школы и направления, но объединенные общим стремлением — создать учебник нового поколения. Научный редактор выражает им всем искреннюю признательность.

Перечень внесенных в учебник изменений может быть представлен следующим образом:

1. В целях снятия неоправданного дублирования систематизированы задачи логопедии, многие из которых являются крайне актуальными.
2. Систематизированы общедидактические и специфические принципы — в главе 1 учебника они рассматриваются как теоретическая и методическая основа науки, а также анализа речевых нарушений и логопедического взаимодействия.
3. Даны методические рекомендации относительно особенностей логопедической работы с детьми, имеющими детские церебральные параличи и задержку психического

развития, в главах «Дизартрия» и «Логопедическая работа при интеллектуальной недостаточности».

4. Данные о распространенности речевой патологии сведены до минимума, так как они очень быстро устаревают. В главе 1 показана общая тенденция резкого роста различной речевой патологии. Причины же такого роста рассматриваются в главе 2 «Этиология нарушений речи».
5. Изменена последовательность глав о речевой патологии. Она приведена в соответствие с той последовательностью, которая дается в главе 3, посвященной классификации речевых нарушений.
6. В соответствии с логикой изложения материала о речевых нарушениях и организации работы переструктурированы III и IV разделы, главы «Нарушения голоса» и «Афазия».
7. Внесены изменения и дополнения в трактовку уровневого подхода речевой сформированности у детей с глубокими дефектами зрения. Они унифицированы с общепринятыми в науке уровнями, но сохраняют свою специфичность. В трактовку уровней общего недоразвития речи (раздел IV) добавлены новые исследовательские материалы по IV уровню ОНР (по Т.Б. Филичевой).
8. Изменены вопросы и задания к материалу глав, в списки литературы включены новые и дополнительные названия для того, чтобы студенты могли использовать более широкий круг исторических и современных литературных источников.
9. В словаре рассматриваются понятийно-категориальный аппарат, а также исторический справочный материал о персоналиях в логопедии.

Учебник предназначен студентам дефектологических факультетов (факультетов коррекционной педагогики) педагогических университетов и институтов и направлен на совершенствование качества подготовки учителей-логопедов, на повышение эффективности логопедической работы с детьми, подростками, взрослыми. В нем собраны материалы, позволяющие сделать вывод, что формирование правильной речи и других функциональных систем у детей с речевыми

нарушениями, коррекция их поведения представляют собой единый организованный, целенаправленный воспитательный и учебный процесс. Книга отражает современное состояние и тенденции дальнейшего развития логопедии как науки и практики коррекционного воздействия. С выходом учебника и комплекта методических пособий «Логопедия. Методическое наследие»* решаются следующие фундаментальные задачи:

- обеспечение учебного процесса учебниками и методическими материалами, которые не только расширяют круг знаний студентов, но и являются условием для формирования навыков самостоятельной работы;
- совершенствование уровня квалификации преподавателей, способных создавать фундаментальные учебники и учебные пособия.

Все это в целом отвечает задачам модернизации и развития высшей школы.

Материалы учебника представлены в соответствии с Государственным стандартом высшего профессионального образования по данной специальности, учебными планами отделений логопедии дефектологических факультетов, с программой курса логопедии. При его подготовке учитывалось, что усвоение логопедии предваряется знаниями, полученными студентами при изучении смежных дисциплин: психологии, педагогики, психолингвистики, комплекса биологических и медицинских научных дисциплин, исходя из которых речь рассматривается под определенным углом зрения в соответствии с целями, задачами и средствами этой науки. Также использованы сведения из ряда дисциплин, изучающих речь и речевую деятельность, — от физиологии высшей нервной деятельности до общей лингвистики.

Авторы настоящего учебника стремились к тому, чтобы и преобладающими при оценке дефектов речи и их преодолении были интегрированные психолого-педагогический и психолингвистический подходы, учитывая при этом, что логопедия является специальной педагогической нау-

*См.: Логопедия. Методическое наследие: Учеб. пособие для студ. вузов и логопедов / Под ред. Л.С. Волковой. — В 5 кн. — М., 2003.

кой, которая имеет свой предмет исследования, и не подлежит растворению ни в медицине, ни в каких-либо других науках.

Учебник состоит из четырех разделов и соответствующих глав (21). В разделе I рассматриваются теоретические и методологические основы логопедии. В последующих излагаются учение о различных речевых нарушениях и путях их преодоления, вопросы организации логопедической работы, истории логопедии в соответствии с каждой рассматриваемой проблемой. В конце учебника дан терминологический словарь. В каждой главе о нарушениях речи и путях их преодоления даны характеристика речевого нарушения в историческом аспекте, этиология, механизмы, симптоматика, классификация, методы и приемы логопедического обследования и воздействия, вопросы организации логопедической помощи и профилактики речевых нарушений. Все главы заканчиваются основными выводами, контрольными вопросами и заданиями, а также списком литературы. В учебнике приведены наиболее устоявшиеся определения нарушений речи, уточненные и дополненные авторским коллективом.

Основное внимание уделяется подготовке учителя-логопеда для работы с детьми дошкольного и школьного возраста. Этим подчеркивается направленность логопедии на предупреждение дальнейшего развития речевых дефектов и их влияния на формирование личности ребенка. В отдельных главах учебника рассматриваются и вопросы коррекции нарушений речи у взрослых.

Авторский коллектив выражает надежду, что материалы учебника будут способствовать повышению культуры речи студентов-дефектолов, так как роль современного логопеда чрезвычайно значима в социокультурном совершенствовании речевого развития каждого индивидуума и общества в целом.

Особую благодарность научный редактор выражает людям, способствовавшим качественному улучшению материалов учебника, прежде всего профессору С.Н. Шаховской, доценту Т.В. Тумановой.

Профессор Л.С. Волкова

РАЗДЕЛ I

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

Глава 1

ЛОГОПЕДИЯ КАК СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ НАУКА

Предмет и задачи логопедии

Логопедия — это специальная педагогическая наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания. Логопедия изучает причины, механизмы, симптоматику, течение, структуру нарушений речевой деятельности, систему коррекционного воздействия.

Термин «логопедия» происходит от греческих корней: *logos* (слово), *paideia* (воспитание, обучение) — и в переводе означает «воспитание правильной речи».

Предметом логопедии как науки являются нарушения речи и процесс обучения и воспитания лиц с расстройством речевой деятельности.

Объект изучения — состояние речевых и неречевых процессов и функций у лиц с разнообразными расстройствами речевой деятельности.

Нарушения речи изучаются физиологами, невропатологами, психологами, лингвистами и др. При этом каждый рассматривает их под определенным углом зрения в соответствии с целями, задачами и средствами своей науки. Логопедия рассматривает расстройства речи с позиций предупреждения и преодоления средствами специально организованного обучения и воспитания, поэтому ее относят к специальной педагогике.

Структуру современной логопедии составляет дошкольная, школьная логопедия и логопедия подростков и взрослых.

Основной ***целью*** **логопедии** является разработка научно обоснованной системы обучения, воспитания и перевоспитания лиц с нарушениями речи, а также предупреждения речевых расстройств.

Исходя из определения логопедии как науки можно выделить следующие ее задачи:

1. Изучение онтогенеза речевой деятельности при различных формах речевых нарушений.
2. Определение распространенности и степени проявлений нарушений речи.
3. Выяснение этиологии, механизмов, в том числе психолингвистических, структуры и симптоматики речевых нарушений.
4. Систематизация речевых расстройств.
5. Научно обоснованное соотношение нозологического (клинико-педагогического) и симптомологического (психолого-педагогического) подхода в логопедической теории и практике и в разработке номенклатурных документов.
6. Разработка методов педагогической дифференцированной диагностики речевых расстройств.
7. Разработка принципов, дифференцированных методов и средств устранения речевых нарушений.
8. Совершенствование методов ранней профилактики и устранения речевых расстройств.
9. Последовательная реализация комплексного подхода при выявлении и коррекции речевых нарушений.
10. Выявление динамики спонтанного и направленного развития детей с нарушением речевой деятельности, а также характера влияния речевых расстройств на формирование их личности, на психическое развитие, на осуществление различных видов деятельности, поведения.
11. Изучение особенностей формирования речи и речевых нарушений у детей с различными отклонениями в развитии (при нарушении интеллекта, слуха, зрения и опорно-двигательного аппарата).
12. Разработка вопросов организации логопедической помощи. Исследование особенностей логопедической службы в региональных условиях. Обеспечение преемственности в логопедической работе дошкольных, школьных и медицинских учреждений.

13. Разработка ТСО, лабораторно-экспериментального оборудования, внедрение в учебный процесс компьютерной техники и новых технологий.
14. Анализ достижений в теории и практике отечественной и зарубежной логопедии.
15. Унификация категориального аппарата.

В указанных задачах логопедии определяется как теоретическая, так и практическая ее направленность. ***Теоретический аспект*** — изучение речевых расстройств и разработка научно обоснованных методов их профилактики, выявления и преодоления. ***Практический аспект*** — профилактика, выявление и устранение речевых нарушений. Теоретические и практические задачи логопедии тесно связаны.

Для решения поставленных задач необходимо следующее:

— использование межпредметных связей и привлечение к сотрудничеству многих специалистов, изучающих речь и ее нарушения (психологов, нейропсихологов, нейрофизиологов, лингвистов, педагогов, врачей различных специальностей и др.);
— обеспечение взаимосвязи теории и практики, связь научных и практических учреждений для более быстрого внедрения в практику новейших достижений науки;
— распространение логопедических знаний среди населения для профилактики нарушений речи.

Решение задач логопедии определяет ход логопедического воздействия.

Основным направлением логопедического воздействия является развитие речи, коррекция и профилактика ее нарушений. В процессе логопедической работы предусматривается развитие сенсорных функций; моторики, особенно речевой; познавательной деятельности, прежде всего мышления, процессов памяти, внимания; формирование личности ребенка с одновременной регуляцией, а также коррекцией социальных отношений; воздействие на социальное окружение.

Организация логопедического процесса позволяет устранить или смягчить как речевые, так и психологические нарушения, способствуя достижению главной цели педагогического воздействия — воспитанию человека.

Логопедическое воздействие должно быть направлено как на внешние, так и на внутренние факторы, обусловливающие нарушения речи. Оно представляет собой сложный педагогический процесс, направленный прежде всего на коррекцию и компенсацию нарушений речевой деятельности.

Связь логопедии с другими науками

Логопедия тесно связана со многими науками. Для того чтобы успешно заниматься коррекцией и профилактикой различных речевых нарушений, всесторонне воздействовать на личность, необходимо знать симптоматику речевых нарушений, их этиологию, механизмы, соотношение речевых и неречевых симптомов в структуре нарушений речевой деятельности.

Различают ***внутрисистемные*** и ***межсистемные*** связи. К внутрисистемным относятся связи с педагогикой, различными отраслями специальной педагогики: сурдопедагогикой, тифлопедагогикой, олигофренопедагогикой; методиками обучения родному языку, математике; с логопедической ритмикой, общей и специальной психологией. К межсистемным относятся связи с медико-биологическими и лингвистическими науками, а также с психолингвистикой.

Внутрисистемные связи

Их можно рассмотреть на примере связи логопедии с общей и специальной психологией, психодиагностикой. Логопеду важно знать закономерности психического развития ребенка, владеть методами психолого-педагогического обследования детей разного возраста. Применяя эти методы, можно дифференцировать различные формы речевых расстройств и отграничивать их от речевых нарушений, связанных с интеллектуальной недостаточностью, эмоциональными и поведенческими расстройствами. Знание пси-

хологии помогает логопеду видеть не только само речевое расстройство, но прежде всего ребенка, правильно понимать взаимосвязь его речевых нарушений с особенностями психического развития в целом. Это знание поможет ему установить контакт с детьми разного возраста, выбрать адекватные методы обследования их речи, восприятия, памяти, внимания, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, а также провести более эффективную логопедическую работу.

Межсистемные связи

Естественно-научной психофизиологической основой логопедии является учение о закономерностях формирования условно-рефлекторных связей, учение П. К. Анохина о функциональных системах, учение о динамической локализации психических функций (И. М. Сеченов, И. П. Павлов, А. Р. Лурия) и современное нейропсихологическое учение о речевой деятельности.

Слово является сигналом особого свойства, средством обобщения, абстрагирования. Учет сложных нейрофизиологических механизмов речевой деятельности позволяет более эффективно строить логопедическую работу по коррекции нарушений речи, по компенсации нарушенных речевых и неречевых функций.

Логопедия использует знания общей анатомии и физиологии, нейрофизиологии о механизмах речи, мозговой организации речевого процесса, о строении и функционировании анализаторов, принимающих участие в речевой деятельности.

Речь является сложной функциональной системой, в основе которой лежит использование знаковой системы языка в процессе общения. Сложнейшая система языка является продуктом длительного общественно-исторического развития и усваивается ребенком в сравнительно короткое время.

Речевая функциональная система основывается на деятельности многих мозговых структур головного мозга, каждая из которых выполняет специфически определенную операцию речевой деятельности.

Структурно-системная организация интеграции функций мозга предполагает многоуровневое взаимодействие вертикально-организованных (подкорково-корковых) и горизонтальных (межкорковых) систем. Несмотря на то что каждая функциональная система имеет собственную программу развития и функционирования, мозг во все периоды жизни работает как единое целое. Эта интегративность определяется тесным взаимодействием и взаимосвязями как между участками мозговой коры (горизонтальными системами), так и взаимосвязями коры с нижележащими мозговыми образованиями и прежде всего подкорковыми отделами мозга (вертикальными системами). Связь речевой деятельности со структурами мозга основывается на современных представлениях о динамической локализации мозговых функций. Эти представления нашли свое наиболее полное развитие в исследованиях А. Р. Лурия. Динамическая локализация мозговых функций предполагает целостное и одновременно дифференцированное вовлечение мозга в любую из форм его активности.

Итак, *высшие, социально опосредованные психические функции человека, к которым относится и речь, являются результатом работы целого мозга, однако некоторые его отделы, в частности корковые речевые зоны, вносят существенный, специфический вклад в осуществление речевой деятельности.*

В раннем детском возрасте функциональные зоны коры перекрывают друг друга, границы их диффузны, и лишь в процессе практической деятельности происходит постепенная концентрация функциональных зон в очерченные, отдаленные друг от друга центры (Л. О. Бадалян).

Таким образом, различные зоны головного мозга по-разному участвуют в речевом процессе. Поражение какого-либо его участка приводит к специфическим симптомам нарушений речевой деятельности. Данные о мозговой организации речевого процесса дают возможность уточнить представления об этиологии и механизмах нарушений речевой деятельности. Особенно необходимы эти данные для дифференциальной диагностики различных форм расстройства речи (афазии) при локальных поражениях головного мозга, что позволяет более эффективно проводить логопедическую работу по восстановлению речи у этих больных.

Логопедия тесно связана с ***оториноларингологией, невропатологией, психопатологией, клиникой олигофрений, педиатрией.***

Так, данные патологии органов слуха и речи (например, при нарушениях голоса) не только дают возможность определить этиологию нарушений, но и позволяют правильно сочетать логопедическую работу с медицинским воздействием (медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, оперативным вмешательством и др.). Эти данные являются необходимыми при изучении и устранении расстройств голоса, ринолалии, нарушений речи при сниженном слухе и др. В частности, расстройства голоса могут вызываться различными органическими повреждениями гортани и голосовых складок (опухоли, узелки, папилломы, рубцовые изменения голосовых складок и др.). Устранение нарушений голоса в этих случаях невозможно без нормального физиологического функционирования голосового аппарата, что обеспечивается медикаментозным, хирургическим, физиотерапевтическим, психотерапевтическим воздействием.

Многие виды речевых нарушений связаны с органическим поражением центральной нервной системы, и их диагностика возможна только совместными усилиями логопеда и врача-невропатолога или психоневролога. При речевых расстройствах могут наблюдаться различные нарушения психической деятельности: отставание психического развития, поведенческие и эмоциональные нарушения, нарушения внимания, памяти, умственной работоспособности и др. Их оценка в структуре речевых расстройств, анализ механизмов их возникновения, разграничение первичных, связанных с поражением центральной нервной системы, и вторичных нарушений психической деятельности в связи с речевым дефектом являются компетенцией врача-психоневролога. Именно он дает заключение о состоянии интеллекта ребенка, устанавливает клинический речевой диагноз, проводит соответствующее лечение.

Эти данные имеют важное значение для правильного педагогического анализа речевого нарушения и организации логопедической работы, выбора профиля специального учреждения.

Многие виды речевых нарушений связаны с задержкой созревания мозга в связи с ранним органическим (иногда даже минимальным) его поражением. В этих случаях логопедическая работа оказывается эффективной только тогда, когда она сочетается со специальным медикаментозным лечением, стимулирующим созревание центральной нервной системы. Это лечение назначает врач-психоневролог. В некоторых случаях речевые нарушения сочетаются с двигательным беспокойством, повышенной эмоциональной возбудимостью и занятия логопеда эффективны только тогда, когда ребенок получит специальное лечение.

Причинами отдельных видов речевых расстройств, например, некоторых форм заикания, мутизма, могут быть острые или подострые психические травмы — испуг, волнение, изменение привычного стереотипа (разлука с близкими) и др. В момент их возникновения ребенок нуждается в соответствующем режиме и лечении, только совместная работа врача-психоневролога и логопеда будет способствовать его выздоровлению. Все эти данные свидетельствуют о том, что хотя логопедия и является педагогической наукой, свои задачи она может успешно решать только в связи с медицинскими науками и прежде всего невропатологией и детской психиатрией.

Теория обучения и воспитания аномальных детей, в том числе и детей с речевыми расстройствами, строится на основе знаний о строении нервной системы, ее функций и особенностей развития.

Логопед должен знать неврологические основы речевых расстройств, быть ориентирован в вопросах детской психопатологии, иметь представление о наиболее частых формах психических нарушений у детей, так называемых пограничных состояниях, проявляющихся в поведенческих и эмоциональных нарушениях, олигофрении и задержках психического развития. Эти знания помогут ему правильно определить структуру речевого нарушения, выбрать наиболее оптимальные методы коррекции, обучения и воспитания ребенка и предупредить аномальное развитие его личности.

Связь с невропатологией, психопатологией, клиникой олигофрении, патологией органов слуха, речи и зрения

необходима для дифференциальной диагностики нарушений речи. Так, диагностика нарушений речи при снижении слуха и сенсорной алалии требует тщательного обследования состояния слуховой функции; диагностика нарушений речи при олигофрении и алалии невозможна без определения состояния интеллекта, особенностей психического и сенсомоторного развития.

Данные медицинских наук помогают логопеду правильно подойти к пониманию этиологии, механизмов речевых нарушений, позволяют более правильно решать вопросы диагностики и дифференцированного коррекционного воздействия при устранении различных форм речевых нарушений. От точного диагноза зависит и правильное определение детей в различные типы специальных учреждений.

Логопедия тесно связана с ***лингвистическими науками*** и ***психолингвистикой***. Речь предполагает использование языковых единиц различного уровня и правил их функционирования. Они могут по-разному нарушаться при различных расстройствах речи. Знание законов и последовательности усвоения ребенком норм языка способствует уточнению логопедического заключения, является необходимым для разработки системы логопедического воздействия.

При изучении и устранении системных речевых нарушений в современной логопедии широко используются данные психолингвистики, основывающиеся на учении Л. С. Выготского, А. Р. Лурия, А. А. Леонтьева о сложной структуре речевой деятельности, об операциях восприятия и порождения речевого высказывания.

Восприятие и порождение речевого высказывания представляют собой многоуровневые процессы, имеющие сложную иерархически организованную структуру, включающую различные операции. Каждый уровень, каждая операция процесса порождения речевого высказывания имеют свой словарь, свой синтаксис объединения единиц.

При изучении речевых нарушений важно определить, какая из операций порождения речевого высказывания нарушена. В отечественной логопедии используются модели порождения речевого высказывания, разработанные Л.С. Выготским, А. А. Леонтьевым, Т. В. Рябовой.

Л. С. Выготский, рассматривая отношения между мыслью и словом как процесс движения от мысли к слову и обратно, выделял следующие планы движения: мотив — мысль — внутренняя речь — внешняя речь, различая внешний (физический) и семантический (психологический) планы речи. Во внешней речи проявляется взаимодействие грамматической и семантической (психологической) структур. Переходной структурой от семантического плана к внешней речи является внутренняя речь. Л.С. Выготский дал глубокий анализ внутренней речи, раскрыл ее характерные особенности.

Всякое речевое высказывание порождается определенным мотивом, который обусловливает возникновение речевой интенции (мысли). На этапе внутреннего программирования, соответствующего у Л. С. Выготского «опосредованию мысли во внутреннем слове», происходит опосредование речевой интенции кодом личностных смыслов, закрепленных в тех или иных субъективных кодовых единицах («код образов и схем», по Н. И. Жинкину). Создается программа как целого связного речевого высказывания, так и отдельных высказываний, в результате организуется система предикативных высказываний в коде внутренней речи. В программу отдельного высказывания включаются такие компоненты, как субъект, объект, предикат и др., которые соединены содержательной, смысловой связью («психологическое синтаксирование»). В процессе восприятия на этом этапе осуществляется операция свертывания системы объективных языковых значений во внутреннюю схему.

Этап лексико-грамматического развертывания включает две операции, принципиально отличающиеся по своим механизмам: операцию порождения синтаксической конструкции и ее лексическое наполнение, которые осуществляются в кодах определенного языка, т.е. на языковом уровне. Затем следует этап моторной реализации.

Психолингвистический подход при изучении, например, алалии позволяет глубже вскрыть механизм речевого нарушения, уточнить структуру дефекта, определить это нарушение как языковое расстройство.

Изучение состояния различных операций восприятия и порождения речевого высказывания при афазии дает возможность определить специфику их нарушения при различных ее формах.

Психолингвистический подход способствует большей эффективности логопедической работы по коррекции речевых нарушений, а также пониманию взаимодействия языковой и речевой структур в рамках единой системы.

Принципы и методы логопедии

Логопедия опирается на ***общедидактические*** и ***специфические принципы***, составляющие теоретическую и методологическую основу науки, основу анализа речевых нарушений и логопедического воздействия.

Общедидактические принципы

- Научность.
- Систематичность и последовательность.
- Доступность.
- Наглядность.
- Прочность.
- Воспитывающий характер обучения.
- Сознательность и активность.
- Индивидуальный подход.

Специфические принципы

- ***Принцип развития***. Предполагает выделение в процессе логопедической работы тех задач, трудностей, этапов, которые находятся в зоне ближайшего развития ребенка (по Л.С. Выготскому), а также эволюционно-динамический анализ возникновения дефекта.

У детей, нервно-психические функции которых находятся в процессе непрерывного развития и созревания, необходимо оценить не только непосредственные результаты первичного дефекта, но и его отсроченное влияние на формирование речевых и познавательных функций.

Анализ речевого дефекта в динамике возрастного развития ребенка, оценка истоков его возникновения и прогнозирование его последствий требуют знания особенностей и

закономерностей речевого развития, предпосылок и условий, обеспечивающих появление речевого нарушения.

В диагностике речевых нарушений принципиально важное значение имеет их анализ с позиций развития. Это позволяет выделить ведущий дефект и связанные с ним вторичные нарушения.

> Например, в развитии корковых речевых зон большая роль принадлежит речевым кинестезиям (импульсам, возникающим при движении органов артикуляции в момент речи), которые нарушаются при расстройстве артикуляции. Уменьшается поток афферентных импульсов в корковые речевые зоны, в результате задерживается их созревание, что может приводить к общему отставанию в развитии речи.
>
> При нарушениях артикуляции с недостаточностью речевых кинестезий выявляется отставание в накоплении словаря, недостаточность речевой памяти и т. д.

Таким образом, следствием затрудненного произношения может быть ограниченность активной речи ребенка. Недостаточность пассивного запаса слов, трудности в овладении звуковым составом нарушают нормальный ход овладения грамматическим строем языка, т. е. у ребенка наблюдаются проявления речевого недоразвития, которые в данном случае будут вторичными по отношению к ведущему дефекту — нарушенному звукопроизношению в результате ограниченной подвижности органов артикуляции.

Для построения логопедического воздействия огромное значение имеет учение Л.С. Выготского о соотношении процессов развития и обучения.

- ***Онтогенетический принцип***. Разработка методики коррекционно-логопедического воздействия ведется с учетом последовательности появления форм и функций речи, а также видов деятельности ребенка в онтогенезе.
- ***Принцип системности*** опирается на представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии. В связи с этим изучение речи, процесса ее

развития и коррекции нарушений предполагает воздействие на все компоненты, на все стороны речевой функциональной системы.

- ***Принцип комплексности.*** Для логопедического заключения, для дифференциальной диагностики сходных форм речевых нарушений необходим корреляционный анализ речевых и неречевых симптомов, данных медицинского, психологического, логопедического обследования, соотнесение уровней развития познавательной деятельности и речи, состояния речи и особенностей сенсомоторного развития ребенка.

Речевые нарушения во многих случаях включаются в синдром нервных и нервно-психических заболеваний (например, дизартрия, алалия, заикание и др.). Устранение речевых нарушений в этих случаях должно носить комплексный, медико-психолого-педагогический характер.

Таким образом, при изучении и устранении речевых расстройств важное значение имеет принцип комплексности.

- ***Принцип связи речи с другими сторонами психического развития ребенка.*** Его выдвинула Р.Е. Левина.

Как показали работы Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурии и других ученых, человеческие формы поведения, речь, психические функции и способности не даны ребенку от рождения. Они формируются под решающим влиянием целенаправленного воспитания и обучения, условий его жизни в обществе. Соответственно, физиологическим субстратом человеческих психических свойств являются не врожденные нервные механизмы, а прижизненно формирующиеся функциональные системы (А. В. Запорожец, Л. А. Венгер).

Все психические процессы у ребенка — память, внимание, воображение, мышление, целенаправленное поведение — развиваются при непосредственном участии речи (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, А. В. Запорожец и др.).

У ребенка с нарушениями речи при отсутствии соответствующих коррекционных мероприятий может замедляться темп интеллектуального развития. В силу дефекта речи он мало общается с окружающими, круг представлений в связи с этим значительно ограничивается, темп развития мышления замедляется.

Связь речи с другими сторонами психического развития осуществляется дифференцированно и специфично для каждого из компонентов речи.

Так, например, развитие правильного звукопроизношения зависит как от сохранности двигательно-кинестетической функции речевого аппарата, слухового восприятия и развития взаимосвязи между ними, так и от аналитико-синтетической деятельности мозга, которая определяет возможность постоянного сравнения своего произношения с эталоном (с правильным произношением) и стремления к этому эталону. При недостаточности аналитико-синтетической деятельности мозга ребенок не сравнивает свое дефектное звукопроизношение с правильным, у него отсутствует самоконтроль за своей речью.

Большую роль в процессе восприятия речи играет аналитико-синтетическая деятельность мозга. Благодаря ей ребенок начинает обобщать признаки одних фонем и отличать их от других.

Значительное место занимают мыслительные процессы в развитии лексико-грамматической и смысловой сторон речи. Усвоение словарного запаса и грамматического строя происходит успешно, когда ребенок сопоставляет и связывает услышанное слово со значением предметов и действий.

Таким образом, ***речь развивается в тесной взаимосвязи с формированием мыслительных процессов.*** Ребенок при помощи речи не только получает новую информацию, но и приобретает возможность ее по-новому усваивать. У детей первых лет жизни речь оказывает важное влияние на развитие ощущений и восприятий, на формирование гностических процессов. А. А. Люблинской было показано, что даже пассивное овладение речью в первые два года жизни способствует развитию у ребенка обобщенного восприятия, придает всем его сенсорным функциям активный поисковый характер.

Речь перестраивает все основные психические процессы ребенка: с ее участием восприятие приобретает обобщенный характер, развиваются представления, совершенствуется мнестическая деятельность. По мере развития лексико-грамматической стороны речи у ребенка также становятся

возможными также такие интеллектуальные операции, как сравнение, анализ и синтез. Это происходит в силу того, что в значении того или иного слова одновременно отражены общие и отличительные признаки предметов, обозначаемые определенным звуковым комплексом, т. е. в этом смысле каждое слово уже является понятием.

Большое значение придается речи в регуляции поведения (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, В. И. Лубовский). Подчеркивается онтогенетически раннее влияние речи как регулятора поведения (В. И. Лубовский).

Одним из начальных этапов в развитии регулирующей функции речи Л. С. Выготский считал период эгоцентрической речи, когда ребенок начинает сопровождать свои действия словесными комментариями. Чем сложнее выполняемая ребенком деятельность, тем более выраженной оказывается его речь. Таким образом, речь способствует целенаправленной деятельности ребенка.

Формирование регулирующей функции речи тесно связано с созреванием лобных отделов коры головного мозга.

Основы речевой регуляции действий устанавливаются уже к концу первого года жизни. Ребенок выполняет простые словесные инструкции типа: «*Дай ручку*», «*Покажи глазки*», если действия сохраняют свою адекватность и при замене слова, обозначающего предмет, т. е. ребенок по инструкции взрослого может дать и ручку, и ножку, и куклу, и т. д. (В. И. Лубовский). То, что глагол в этих случаях приобретает обобщенное значение раньше существительного, объясняется автором тем, что само действие, им обозначаемое, всегда имеет обобщенный характер. Первой формой словесной регуляции является побудительная функция слова. По данным В. И. Лубовского, переход к внутренней словесной регуляции (внутренней речи) начинается тогда, когда ребенок оказывается в состоянии обобщить связь сигналов и своих ответных действий. Нарушение словесной регуляции и вербализации рассматривается как общая закономерность аномального развития психики. Это значит, что у детей с различными отклонениями в развитии словесная регуляция действий и поведения оказывается недостаточной. Деятельность многих из них не всегда целенаправленна, иногда она импульсивна. Дети с трудом и не сразу подчиняются словесным инструкциям, у них часто отмечается двигательная расторможенность.

Речевые нарушения у детей могут проявляться на фоне нормального нервно-психического развития, и все представленные выше особенности могут иметь вторичный характер и быть обусловленными самим речевым дефектом.

Речевые нарушения, связанные с органическим поражением центральной нервной системы, часто сочетаются с различными отклонениями в нервно-психическом развитии ребенка, проявляющимися больше в интеллектуальной, иногда в эмоционально-волевой сфере. Так, например, все клинические формы речевых нарушений могут отмечаться как у детей с сохранным интеллектом, так и при задержке психического развития, у детей с олигофренией. Особенности проявления речевого дефекта, динамика его преодоления, пути и методы коррекционной работы определяются не только характером речевого нарушения, но и особенностями общего фона нервно-психического развития ребенка.

- ***Принцип деятельностного подхода.*** Исследование детей с нарушениями речи, а также организация логопедической работы с ними осуществляются с учетом ведущей деятельности ребенка (предметно-практической, игровой, учебной).

У ребенка первого года жизни ведущая форма деятельности — эмоционально-положительное общение со взрослым. Только на его основе развиваются голосовые реакции, их интонационная окрашенность, сенсорные функции, т.е. коммуникационно-познавательный комплекс, который имеет решающее значение в дальнейшем психическом развитии ребенка.

Если этот вид деятельности развивается слабо, например, вследствие длительной болезни у ребенка, требующей госпитализации, или недостаточного общения с окружающими, предпосылки речевого развития формируются недостаточно, и такой ребенок в первые годы жизни может отставать в развитии речи.

У ребенка второго года жизни ведущей формой деятельности, стимулирующей его речевое развитие, является

предметно-действенное общение со взрослым. Только в процессе выполнения совместно со взрослым простейших предметных действий ребенок усваивает основное назначение предметов, опыт социального поведения, накапливает необходимый запас знаний и представлений об окружающем, у него формируются пассивный и активный словари, он начинает использовать формы речевого общения. Если на этом возрастном этапе не происходит смены ведущей формы деятельности, продолжает преобладать эмоционально-положительное общение, то у ребенка возникает отставание речевого развития. Подобное наблюдается у детей с церебральным параличом.

С трех лет жизни ведущей формой деятельности становится игра, в процессе которой происходит интенсивное развитие речи. В специальных исследованиях показана связь развития речи и символической игры у детей младшего дошкольного возраста. В связи с этим ряд зарубежных авторов предлагает игру как способ оценки и прогнозирования речевого развития, а также в целях коррекции речевых расстройств (Ferrel B.I., 1984).

И наконец, в школьном возрасте ведущая учебная деятельность составляет основу совершенствования устной и развития письменной речи ребенка.

Анализ речевых нарушений и логопедическое воздействие опираются во всех случаях на этиопатогенетический принцип (учет этиологии механизмов речевого нарушения); принцип дифференцированного подхода, поэтапности, формирование речевых навыков в условиях естественного речевого общения; принцип обходного пути (формирование новой функциональной системы в обход пострадавшего звена).

Методы логопедии как науки можно условно разделить на несколько групп.

- ***Первая группа*** — организационные методы: сравнительный, лонгитюдинальный (изучение в динамике), комплексный.
- ***Вторая группа*** — эмпирические методы: обсервационные (наблюдение), экспериментальные (лабораторный, естественный, формирующий или психолого-педагогический эксперимент), психодиагностические (тесты, стандартизированные и прожективные, анкеты, беседы, интервью), праксиметрические примеры анализа деятельности, в том числе и речевой деятельности, биографические (сбор и анализ анамнестических данных).
- ***Третья группа*** — количественный (математико-статистический) и качественный анализ полученных данных, используется машинная обработка данных с применением ЭВМ.
- ***Четвертая группа*** — интерпретационные методы, способы теоретического исследования связей между изучаемыми явлениями (связь между частями и целым, между отдельными параметрами и явлением в целом, между функциями и личностью и др.).

Широко используются технические средства, обеспечивающие объективность исследования: интонографы, спектографы, назометры, видеоречь, фонографы, спирометры и другая аппаратура, а также рентгенокинофотография, глоттография, кинематография, электроммиография, позволяющие изучать в динамике целостную речевую деятельность и ее отдельные компоненты.

■ Значение логопедии

Логопедия как наука имеет важное теоретическое и практическое значение, которое обусловлено социальной сущностью языка, речи, всей психической деятельности ребенка.

Речевая функция является одной из важнейших психических функций человека.

В процессе речевого развития формируются высшие формы познавательной деятельности, способности к понятийному мышлению. Значение слова уже само по себе является обобщением и в связи с этим представляет собой не только единицу речи, но и единицу мышления. Они не тождественны и возникают в какой-то степени независимо друг от друга. Но в процессе психического развития ребенка возникает

сложное, качественно новое единство — речевое мышление, речемыслительная деятельность.

Овладение способностью к речевому общению создает предпосылки для специфических человеческих социальных контактов, благодаря которым формируются и уточняются представления ребенка об окружающей действительности, совершенствуются формы ее отражения.

Овладение ребенком речью способствует осознанию, планированию и регуляции его поведения. Речевое общение создает необходимые условия для развития различных форм деятельности и участия в коллективном труде.

Нарушения речи в той или иной степени (в зависимости от характера речевых расстройств) отрицательно влияют на все психическое развитие ребенка, отражаются на его деятельности, поведении. Тяжелые нарушения речи могут влиять на умственное развитие, особенно на формирование высших уровней познавательной деятельности, что обусловлено тесной взаимосвязью речи и мышления и ограниченностью социальных, в частности речевых контактов, в процессе которых осуществляется познание ребенком окружающей действительности.

Нарушения речи, ограниченность речевого общения могут отрицательно влиять на формирование личности ребенка, вызывать психические наслоения, специфические особенности эмоционально-волевой сферы, способствовать развитию отрицательных качеств характера (застенчивости, нерешительности, замкнутости, негативизма, чувства неполноценности).

Все это отрицательно сказывается на овладении грамотой, на успеваемости в целом, на выборе профессии. Значение логопедии заключается в том, чтобы помочь ребенку преодолеть речевые нарушения, тем самым обеспечить полноценное, всестороннее его развитие.

Выполняя функцию коррекции и совершенствования речи в современном обществе, логопедия имеет особую социокультурную значимость. Особенно велика ее роль при коррекции речи лиц голосовых профессий (учителей, журналистов, корреспондентов, артистов и т.д.), а также общественных деятелей.

Различия речевой нормы и патологии. Понятийно-категориальный аппарат логопедии

При нормальной речевой деятельности сохранными остаются психофизиологические механизмы речи. **Нарушение речи определяется как отклонение в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, обусловленное расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности.** С точки зрения коммуникативной теории, расстройство речи есть нарушение вербальной коммуникации. Расстроенными оказываются взаимоотношения, объективно существующие между индивидуумом и обществом и проявляющиеся в речевом общении.

Речевые нарушения характеризуются следующими особенностями:

- не соответствуют возрасту говорящего;
- не являются диалектизмами, безграмотностью речи и следствием незнания языка;
- связаны с отклонениями в функционировании психофизиологических механизмов речи;
- часто оказывают отрицательное влияние на дальнейшее психическое развитие ребенка;
- носят устойчивый характер и самостоятельно не исчезают;
- требуют определенного логопедического воздействия в зависимости от их характера.

Такая характеристика позволяет отличать речевые нарушения от возрастных особенностей речи, от ее временных нарушений у детей и взрослых и особенностей, обусловленных территориально-диалектными и социокультурными факторами.

К наиболее значимым дефинициям понятийно-категориального аппарата, употребляемым в отечественной логопедии, относятся следующие:

- нарушения речи и их синонимы;
- недоразвитие речи;

- общее недоразвитие речи;
- нарушения речевого развития;
- задержка речевого развития;
- распад речи;
- комбинированный (сочетанный) речевой дефект;
- симптом нарушения речи;
- симптоматика нарушений речи;
- структура речевого дефекта;
- логопедическое воздействие;
- коррекция нарушений речи;
- компенсация;
- обучение, воспитание, перевоспитание;
- восстановительное обучение (см. в словаре).

Статистические данные о речевых нарушениях, их значение для развития теории и практики логопедии

Одной из важных задач логопедии является осуществление статистических научных исследований. Только с их помощью мы можем получить необходимые сведения для определения соответствующих стратегии и тактики развития теории логопедии и организации логопедической помощи. Однако в последние десятилетия ощущается явный дефицит в исследованиях, касающихся изучения распространенности различных речевых нарушений.

В то же время именно в этот период произошли глубокие социально-экономические, экологические и другие изменения в нашей действительности, приведшие к резкому увеличению разного рода патологий у детей и взрослых, в том числе и речевых. Поэтому имеющиеся статистические данные прежних лет уже устарели, они часто лишь дезориентируют специалистов, в частности логопедов. Эти данные создают своего рода успокоительный эффект, тогда как ситуация такова, что необходимо во многих случаях принимать самые неотложные меры по выравниванию весьма тяжелого и сложного положения.

В отличие от периодической печати, учебник не дает возможности быстро реагировать на меняющуюся ситуацию с данными статистики. Поэтому наиболее правильным является изложение статистических данных не поглавно (по каждой речевой патологии), а систематизированно, отражая динамику происходящих процессов. Именно такой подход позволит проследить общую тенденцию развития и распространения речевых нарушений (в главах освещены лишь частные вопросы статистического плана).

По имеющимся в специальной литературе сведениям, дефекты звукопроизношения у детей составляли не более 17% (данные М.Е. Хватцева, относящиеся к обследованию детей в 50-х гг. XX в. в Ленинграде). Б.М. Гриншпун приводит такие показатели, как 25–30% у дошкольников 5–6 лет, 17–20% у школьников 1–2-х классов и 1% у старшеклассников. Другие же авторы приводят значительно более скромные данные. Что касается распространенности дисграфий, то, согласно данным М.Е. Хватцева, относящимся к 50-м гг. XX в., среди учащихся общеобразовательных школ они составляли лишь 6%.

Повседневная практика логопедической работы свидетельствует о том, что эти данные уже не соответствуют современной действительности. Об этом говорят исследования, проведенные в конце XX в. и в начале XXI в. психолого-педагогическим центром «Здоровье» (г. Санкт-Петербург).

Исходя из понимания того, что школьная успеваемость ребенка во многом определяется степенью его готовности к началу школьного обучения, было организовано обследование всех учащихся подготовительных групп массовых детских садов целого района (речевые детские сады из обследования были исключены). Обследование 580 детей из 44 детских садов проводилось школьными логопедами по разработанной Центром единой схеме. В ходе исследования обращалось внимание на следующее:

- состояние звукопроизношения (в частности, исчезновение или неисчезновение «возрастного косноязычия»);
- состояние словарного запаса;
- уровень сформированности грамматических систем словоизменения и словообразования;

- владение простейшими видами фонематического анализа слов, доступными детям дошкольного возраста.

Результаты исследования показали, что дефекты звукопроизношения имелись у 52,5% детей, причем 16,7% из этого числа приходилось на полные звуковые замены, свидетельствующие о неисчезновении «возрастного косноязычия» и являющиеся несомненной предпосылкой артикуляторно-акустической дисграфии. Остальные 35,8% составили в основном стертые или выраженные дизартрии. Итак, в 50-е гг. отмечается 17% нарушений звукопроизношения, а в конце XX в. и начале XXI — 52,5%.

В отношении состояния звукопроизношения тревожным фактом является и то, что даже в младших группах детских садов теперь не отмечается только «возрастное косноязычие», поскольку почти у каждого третьего ребенка имеют место и патологические формы нарушений звукопроизношения. Так, из 145 обследованных детей в возрасте от 3 до 4 лет у 20% отмечалась стертая дизартрия и у 10,3% механическая дислалия, что в общей сложности составляет 30,3%.

Наряду с этим было выявлено, что у 21,5% детей подготовительных групп отставал от нормы словарный запас, у 25% отмечалась несформированность функции словоизменения (в норме она должна быть сформирована примерно к 4 годам) и 61,6% — функция словообразования (в норме основными способами словообразования ребенок овладевает к началу школьного обучения). Кроме того, даже простейшие формы фонематического анализа слов оказались недоступными 25% обследованных.

Приведенные данные свидетельствуют о недостаточном уровне готовности детей к началу школьного обучения, об их недостаточной психофизиологической зрелости. Таким образом, неизбежно появление у детей большого числа дисграфий, что полностью подтверждается результатами еще одного исследования.

В конце 1999–2000 г. во всех 3-х классах общеобразовательных школ Петроградского района г. Санкт-Петербурга был проведен единый контрольный диктант, который писали 921 ученик. Текст диктанта соответствовал обычной

школьной программе 3-го класса и не содержал никаких дополнительных нагрузок. При анализе его результатов учитывались только дисграфические ошибки. Оказалось, что даже к концу третьего года обучения они имели место у 30% учащихся, т.е. почти у каждого третьего ученика. Если из этого числа учитывать только учеников обычных общеобразовательных школ, исключив из анализа учащихся гимназий, прошедших перед поступлением в них специальный отбор (297 человек), то процент дисграфических ошибок у детей возрастает до 37. Итак, даже на пороге средней школы распространенность дисграфий среди учащихся общеобразовательных школ составляет уже не 6% (как это было ранее), а 37%.

Исследования Т.Б. Филичевой свидетельствуют о том, что число дошкольников с недоразвитием речи составляет 40–50%. Она исследовала 5128 дошкольников, из которых 948 имели общее недоразвитие речи, 1794 — фонетико-фонематическое недоразвитие речи и другие речевые патологии.

Нарушения звукопроизношения и тембра голоса (*ринолалия*) отмечаются у детей с различного рода расщелинами нёба, губы, от нёба до маленького язычка и т.д. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 7% новорожденных детей имеют врожденные пороки черепно-лицевой области. Врожденные расщелины нёба и губы встречаются наиболее часто и составляют до 30% врожденных аномалий (А.Г. Прытко, Е.А. Соболева и др.). По данным Е.М. Мастюковой и др. исследователей (глава о дизартрии), неуклонно растет число дизартрий как следствие детского церебрального паралича. У 70–80% детей с ДЦП отмечается наличие тяжелой речевой патологии.

Все это в целом свидетельствует о тенденции к росту речевой патологии. Такое явление отмечается не только среди детского населения, но и среди взрослых. Так, в результате черепно-мозговых травм, инсультов отмечается резкое увеличение числа афазий. Афазии помолодели, они все более затрагивают людей трудоспособного возраста. Увеличилась частота хронических заболеваний голосового аппарата. По данным Ю.С. Василенко, у лиц голосоречевых профессий они достигают 55–60% в последнее десятилетие,

тогда как начиная с 30-х гг. и далее отмечалось 30–40% таких нарушений.

Все приведенные данные говорят сами за себя и свидетельствуют о необходимости тщательного продумывания и переосмысления методики и организации работы как с детьми дошкольного, младшего школьного возраста, так и со взрослыми.

Общая стратегия может быть следующей.

- Во-первых, нужно гораздо более тщательно и целенаправленно готовить детей к школе, начиная с младших и средних групп детского сада.
- Во-вторых, учитывая существенное изменение (усложнение) контингента детей, необходимо замедлить темп их начального обучения грамоте, чтобы в должной мере осуществлять компенсирующее воздействие на самых первых этапах школьного обучения. Можно полагать, что переход на четырехлетнее начальное обучение в значительной мере поможет решить эту проблему.
- В-третьих, безусловно, встает вопрос о необходимости значительного увеличения логопедических кадров, одновременно о повышении качества их подготовки, а также о подготовке воспитателей дошкольных учреждений и учителей начальных классов общеобразовательных школ. Особое внимание при этом должно быть обращено на изучение нарушений звукопроизношения, чтения и письма. Готовность к работе с проблемными детьми может повсеместно решаться на курсах повышения квалификации учителей начальных классов и родного языка. Можно быть уверенными в том, что в современных социальных условиях логопедически подготовленные учителя не поставят диагноз «безречие» (алалия) детям из семей беженцев, которые просто определенное время не могут говорить, а тем более учиться на языке того народа, среди которого они оказались.

Такая постановка вопроса особенно важна для регионов России, где отмечается еще более значительный рост речевой патологии при незначительном количестве дефектологов (в среднем от 10% до 17% по различным регионам, по данным Министерства образования РФ).

Особенно важна работа логопедов и учителей по выявлению причин речевых нарушений, а также их ранней диагностике, профилактике и предупреждению их дальнейшего развития и появления вторичных дефектов, что и будет рассмотрено в соответствующих главах учебника.

Контрольные вопрос и задания

1. Дайте определение логопедии как науки. Раскройте цели и актуальные задачи предмета логопедии.
2. С какими науками связана логопедия?
3. Раскройте теоретические основы логопедии, ее принципы и методы.
4. Покажите значение логопедии в социуме при совершенствовании речи в современном обществе.
5. Определите основной понятийно-категориальный аппарат логопедии как науки.
6. Охарактеризуйте общую тенденцию распространенности речевых нарушений и причины резкого роста речевой патологии.
7. Разработайте лекцию о социокультурном значении логопедической работы в совершенствовании речевой культуры общества.

Литература

1. Ананьев *Б.Г.* О проблемах современного человекознания. М., 1977. Раздел V.
2. *Ананьев Б.Г.* Некоторые вопросы методологии психологического исследования. С. 275—332.
3. Бадалян Л.О. Невропатология. М., 1987.
4. *Беккер К.П., Совак М.* Логопедия. М., 1981.
5. *Выготский Л.С.* Мышление и речь // Собр. соч. М., 1982. Т. 2.
6. *Жинкин Н.И.* Речь как проводник информации. М., 1982.
7. *Леонтьев А.Н.* Проблемы развития психики. М., 1981.

8. *Леонтьев А.А.* Язык, речь, речевая деятельность. М., 1969.
9. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. М., 1973.
10. Основы теории и практики логопедии // Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1968.
11. Основы логопедии // Под ред. Т.В. Волосовец. М., 2000.
12. Понятийно-терминологический словарь логопеда // Под ред. В.И. Селиверстова. М., 1997.
13. *Правдина О.В.* Логопедия. М., 1973.
14. *Хватцев М.Е.* Логопедия. М., 1959.
15. Хрестоматия по логопедии // Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997.

Глава 2

ЭТИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

Термин ***этиология*** — греческий и обозначает «учение о причинах» (*atia* — причина, *logos* — наука, учение). Проблема причинности издавна привлекала внимание человечества. Развитие этиологии как учения о причинах тесно связано с общим научным прогрессом ряда медицинских и естественных дисциплин. Понятие «этиология» является философской категорией, поэтому очевидна его связь и с развитием философии. Большой вклад в решение данной проблемы внесли исследования крупнейшего отечественного патофизиолога И. В. Давыдовского.

Проблема этиологии речевых нарушений прошла тот же путь исторического развития, что и общее учение о причинах возникновения болезненных состояний.

Еще в глубокой древности греческий философ и врач Гиппократ (460—377 гг. до н. э.) видел причину ряда речевых расстройств, в частности заикания, в поражении мозга.

Другой греческий философ Аристотель (384—322 гг. до н. э.), связывая процессы речеобразования с анатомическим строением периферического речевого аппарата, усматривал причины речевых расстройств в нарушениях последнего.

Таким образом, уже в исследованиях античных ученых наметились два направления в понимании причин речевых нарушений. Первое из них, исходившее от Гиппократа, в возникновении речевых расстройств — поражение головного мозга; второе, берущее начало от Аристотеля, — нарушение периферического речевого аппарата. На последующих этапах изучения причин речевых расстройств сохранились эти две точки зрения.

Представления об этиологии речевых расстройств на всех этапах изучения данной проблемы отражают понимание их сущности, а также общие методологические направления определенной эпохи и авторов.

В 1861 г. французский врач Поль Брока показал наличие в головном мозге поля, специально относящееся к речи, и связал потерю речи с его поражением. В 1874 г. аналогичное открытие было сделано Вернике: установлена связь понимания с сохранностью определенного участка коры головного мозга. С этого времени стала доказанной связь речевых расстройств с морфологическими изменениями определенных отделов коры головного мозга.

Наиболее интенсивно вопросы этиологии речевых нарушений начали разрабатываться с 20-х гг. прошлого столетия. В эти годы отечественные исследователи делали первые попытки классификации речевых нарушений в зависимости от причин их возникновения. Так, С. М. Доброгаев (1922) среди причин речевых нарушений выделял «заболевания высшей нервной деятельности», патологические изменения в анатомическом речевом аппарате, недостаточность воспитания в детстве, а также «общие невропатические состояния организма».

М. Е. Хватцев впервые все причины речевых нарушений разделил на внешние и внутренние, особо подчеркнув их тесное взаимодействие. Он также выделил органические (анатомо-физиологические, морфологические), функциональные (психогенные), социально-психологические и психоневрологические причины.

К ***органическим причинам*** были отнесены недоразвитие и поражение мозга во внутриутробном периоде, в момент родов или после рождения, а также различные органические нарушения периферических органов речи. Им были выделены органические центральные (поражения мозга) и органические периферические причины (поражения органа слуха, расщепление нёба и другие морфологические изменения артикуляционного аппарата). ***Функциональные причины*** М. Е. Хватцев объяснил учением И. П. Павлова о нарушениях соотношения процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. Он подчеркивал

взаимодействие органических и функциональных, центральных и периферических причин. К ***психоневрологическим причинам*** он относил умственную отсталость, нарушения памяти, внимания и другие расстройства психических функций.

Важную роль М. Е. Хватцев отводил и ***социально-психологическим причинам***, понимая под ними различные неблагоприятные влияния окружающей среды. Таким образом, им впервые было обосновано понимание этиологии речевых расстройств на основе диалектического подхода к оценке причинно-следственных связей в патологии речи.

Большие достижения в области биологии, эмбриологии, теоретической медицины в течение последних десятилетий, успехи медицинской генетики, иммунологии и других дисциплин позволили углубить представления об этиологии речевых расстройств и показать значение ***экзогенных*** (внешних) и ***эндогенных*** (внутренних) вредностей в их возникновении. Важно не только выделять органические (центральные и периферические), а также функциональные причины речевых расстройств, но и представлять себе механизм речевых нарушений под влиянием тех или иных неблагоприятных воздействий на организм ребенка. Это необходимо как для разработки адекватных путей и методов коррекции речевых расстройств, так и для их прогноза и предупреждения.

Под причиной нарушений речи понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего вредоносного фактора или их взаимодействия, которые определяют специфику речевого расстройства и без которых последнее не может возникнуть.

Вопрос о роли внешних и внутренних факторов в этиологии речевых расстройств является одним из разделов общей проблемы причинности. Установлена тесная взаимосвязь между этими факторами в возникновении речевой патологии и в формировании ее клинической картины.

В возникновении речевых нарушений большую роль играют и социальные условия, и факторы, способствующие или препятствующие возникновению расстройств

речи. Например, при возникновении заикания у ребенка психическая травма рассматривается как внешняя причина. Благоприятными условиями для возникновения заикания могут быть соматическая ослабленность ребенка, его невропатическая конституция (повышенная нервно-психическая возбудимость), остаточные явления раннего органического поражения центральной нервной системы, возраст и др. В разных случаях один и тот же фактор может играть роль то условия, то причины. Так, в приведенном выше примере возраст ребенка как благоприятствующий возникновению заикания (этап наиболее интенсивного развития речи) в сочетании с конституциональной повышенной нервно-психической возбудимостью может стать причиной возникновения заикания.

Основу для изучения этиологии речевых расстройств составляют эволюционно-динамический подход и принцип диалектического единства биологического и социального в процессе формирования психики. В этом аспекте развитие речевой деятельности ребенка определяется степенью зрелости его центральной нервной системы и в значительной степени зависит от особенностей его взаимодействия с внешним миром.

Концепция развития психики, разработанная Л. С. Выготским, составляет методологическую основу изучения причин нарушений речевого развития в детском возрасте. Подчеркивая связь психического развития с воздействием окружающей среды, он ввел понятие социальной ситуации развития. Она представляет собой сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, являющихся специфичными для каждого возрастного этапа.

В основе созревания речевой функциональной системы лежит афферентация, т. е. поступление из внешнего мира через различные анализаторы, в первую очередь слуховой анализатор, разнообразных сигналов и прежде всего — речевых. Источником слуховой афферентации является взрослый, который общается с ребенком. В связи с этим роль речевого окружения и речевого общения очень велика, и их недостаточность может быть одной из основных причин, нарушающих формирование речи.

Дети раннего возраста, воспитывающиеся в среде с ограниченным или дефектным речевым окружением (глухонемые родители или родители с дефектами речи, длительная госпитализация, ограничение социальных контактов из-за различных тяжелых заболеваний, например, дети с церебральным параличом), отстают в развитии речи.

Для нормального речевого развития ребенка общение должно быть значимым, проходить на эмоционально положительном фоне и побуждать его к ответу. Детям недостаточно просто слышать звуки (радио, магнитофон, телевизор) — необходимо прежде всего прямое общение со взрослыми на основе характерной для данного возрастного этапа ведущей формы деятельности. Важным стимулом развития речи является изменение форм общения ребенка со взрослым. Так, замена эмоционального общения, характерного для первого года жизни, на предметно-действенное в возрасте 2—3 лет является мощным стимулом развития его речи. Если же этого изменения в характере общения взрослого с ребенком не происходит, может произойти отставание в развитии речи.

Предпосылкой в развитии речи является накопление ребенком впечатлений в процессе его предметно-игровой деятельности, которые и создают основу для усвоения значений слов и формирования связи их с образами предметов окружающей действительности.

Развитие речи ребенка задерживается при неблагоприятных внешних условиях: отсутствия эмоционально положительных контактов, сверхшумном окружении. Некоторые речевые нарушения (нечеткость произношения, заикание, нарушение темпа речи и др.) могут возникнуть на основе подражания.

Речевые нарушения часто возникают при различных психических травмах (испуг, переживания в связи с разлукой с близкими, длительная психотравмирующая ситуация в семье и т.д.). Это задерживает развитие речи, а в ряде случаев, особенно при острых психических травмах, вызывает у ребенка психогенные речевые расстройства: мутизм, невротическое заикание. Эти речевые нарушения,

по классификации М. Е. Хватцева, условно могут быть отнесены к функциональным.

К функциональным нарушениям речи относят также те, что связаны с неблагоприятными воздействиями на организм ребенка: общую физическую ослабленность, незрелость, обусловленную недоношенностью или внутриутробной патологией, заболевания внутренних органов, рахит, нарушения обмена веществ.

Таким образом, любое общее или нервно-психическое заболевание ребенка первых лет жизни обычно сопровождается нарушением речевого развития.

Отсюда правомерно разграничивать ***дефекты формирования*** и ***дефекты сформированной речи***, считая трехлетний возраст их условным подразделением.

При оценке нарушений речи у детей важно учитывать так называемые критические периоды, когда происходит наиболее интенсивное развитие тех или иных звеньев речевой системы, в связи с чем появляются повышенная ранимость нервных механизмов речевой деятельности и риск возникновения нарушений ее функции даже при воздействии незначительных экзогенных вредностей. В этих случаях критический период в развитии речи является предрасполагающим условием к возникновению речевых расстройств.

Выделяют три критических периода в развитии речевой функции.

- ***Первый*** (1—2 года жизни), когда формируются предпосылки речи и начинается речевое развитие, складываются основы коммуникативного поведения и движущей их силой становится потребность в общении. В этом возрасте происходит наиболее интенсивное развитие корковых речевых зон, в частности зоны Брока, критическим периодом которого считается возраст ребенка 14—18 месяцев. Любые, даже как будто незначительные неблагоприятные факторы, действующие в этом периоде, могут отразиться на развитии речи ребенка.
- ***Второй*** (3 года), когда интенсивно развивается связная речь и происходит переход от ситуационной речи к контекстной, что требует большой согласованности в работе центральной нервной системы (речедвигательного механизма, внимания, памяти, произвольности и т. д.). Возникающая некоторая рассогласованность в работе центральной нервной системы, в нейроэндокринной и сосудистой регуляции приводит к изменению поведения, наблюдаются упрямство, негативизм и т. д. Все это определяет большую ранимость речевой системы. Могут возникать заикание, мутизм, отставание речевого развития. Ребенок отказывается от речевого общения, появляется реакция протеста на завышенные к нему требования взрослых.

Возникающее на этом этапе заикание может быть обусловлено возрастной неравномерностью созревания отдельных звеньев речевой функциональной системы и различных психических функций. В литературе они иногда обозначаются как ***эволютивные***, т. е. связанные с возрастной фазой развития: например, «эволюционное заикание».

- ***Третий*** (6—7 лет) — начало развития письменной речи. Возрастает нагрузка на центральную нервную систему ребенка. При предъявлении повышенных требований могут происходить «срывы» нервной деятельности с возникновением заикания.

Любые нарушения речевой функции, имеющиеся у ребенка, в эти критические периоды проявляются наиболее сильно. Кроме того, могут возникнуть и новые речевые расстройства. Логопед должен хорошо знать критические периоды в развитии речи ребенка и учитывать их в своей работе.

Критические периоды развития речи играют роль ***предрасполагающих условий***, они могут иметь как самостоятельное значение, так и сочетаться с другими неблагоприятными факторами — генетическими, общей ослабленностью ребенка, дисфункцией со стороны нервной системы и т. д.

Динамика возрастного развития речи в первые годы жизни значительно варьируется в зависимости от генотипа организма и от влияния на него окружающей среды.

Для развития речевой функциональной системы необходимы нормальное созревание и функционирование центральной нервной системы.

В возникновении речевых расстройств большая роль принадлежит ***экзогенно-органическим факторам***. По классификации М. Е. Хватцева они могут быть ***органическими центральными***, при поражении головного мозга, и ***органическими периферическими***, если под влиянием различных неблагоприятных внутриутробных факторов нарушается морфологическое развитие периферического речевого аппарата.

Под экзогенно-органическими факторами понимают различные неблагоприятные воздействия (инфекции, травмы, интоксикации и др.) **на центральную нервную систему ребенка и на его организм в целом**. В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют ***внутриутробную патологию***, или пренатальную (воздействие в период внутриутробного развития); ***повреждение при родах*** (натальная патология) и ***воздействие различных вредных факторов*** после рождения (постнатальная патология). Внутриутробная патология часто сочетается с повреждением нервной системы ребенка при родах. Это сочетание в современной медицинской литературе обозначается термином ***перинатальная патология***. Такие поражения нервной системы объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в первые дни после рождения. Перинатальная патология может быть обусловлена заболеваниями матери во время беременности, инфекциями, токсикозами, а также многообразной акушерской патологией (узкий таз, затяжные или стремительные роды, преждевременное отхождение вод, обвитие пуповиной, неправильное предлежание плода и др.). Имеют значение также акушерские манипуляции, которые могут повредить нервную систему плода.

Ведущее место в перинатальной патологии нервной системы занимают ***асфиксия*** и ***родовая травма***.

Возникновению внутричерепной родовой травмы и асфиксии (кислородного голодания плода в момент родов) способствует нарушение внутриутробного развития плода. Родовая травма и асфиксия усугубляют нарушения развития мозга плода, возникшие внутриутробно. Родовая травма приводит к внутричерепным кровоизлияниям и гибели нервных клеток. ***Внутричерепные кровоизлияния*** могут захватывать и речевые зоны коры головного мозга, что влечет за собой различные ***нарушения речи коркового генеза (алалия)***. У недоношенных детей внутричерепные кровоизлияния возникают наиболее легко в результате слабости их сосудистых стенок.

При локализации поражения мозга в области структур, обеспечивающих речедвигательный механизм речи, возникают преимущественные ***нарушения звукопроизносительной ее стороны — дизартрии***.

В этиологии речевых нарушений у детей определенную роль может играть ***иммунологическая несовместимость крови матери*** и ***плода*** (по резус-фактору, системе АВО и другим антигенам эритроцитов), что приводит к специфическим нарушениям речи в сочетании с нарушениями слуха.

При внутриутробных поражениях мозга отмечаются наиболее тяжелые речевые нарушения, сочетающиеся, как правило, с другими полиморфными дефектами развития (слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта). Они могут наблюдаться при заболевании беременной женщины краснухой, цитомегалией, токсоплазмозом и другими вирусными инфекциями. При этом тяжесть речевых нарушений и других дефектов развития во многом зависит от времени поражения мозга во внутриутробном периоде. Наиболее тяжелые повреждения отмечаются в первом триместре беременности, а также во время всего периода эмбриогенеза, т. е. от 4 недель до 4 месяцев беременности.

Патологические воздействия на поздних стадиях беременности обычно не вызывают тяжелых пороков развития, а ведут к задержке созревания нервной системы, к нарушению миелинизации ее структур.

У детей с аномалиями и пороками развития мозга часто наблюдаются множественные так называемые дизэм-

бриогенетические стигмы в виде асимметрии черепа, аномалии нёба (высокое «готическое» нёбо, уплощенное нёбо, несращения нёба и губы), дефекты развития верхней челюсти, аплазия нижней челюсти, микрогнатия, прогнатия и др. Примером речевых расстройств, возникающих под влиянием воздействия неблагоприятных факторов на развивающийся плод, может быть ***открытая ринолалия***, возникающая вследствие врожденной расщелины нёба.

Инфекционные и соматические заболевания матери во время беременности могут приводить к расстройствам питания и к кислородному голоданию плода. Если хроническое кислородное голодание плода выражено нерезко, оно может не нарушать, а несколько замедлять темп созревания плода. В результате этого даже при доношенной беременности ребенок рождается незрелым, с ослабленной нервной системой, процессы миелинизации нервной системы у него замедлены, нарушена дифференциация нервных клеток и их аксонов, затруднено формирование межнейрональных связей мозга. Эти факторы также влияют на формирование речевой деятельности.

Нарушения внутриутробного развития плода — ***эмбриопатии*** — могут возникать в связи с вирусными заболеваниями, приемом лекарственных препаратов, ионизирующей радиацией, вибрацией, алкоголизмом и курением во время беременности. Неблагоприятное влияние алкоголя и никотина на потомство было отмечено уже давно.

В последнее время изучена клиническая картина олигофрении алкогольно-эмбриопатического генеза, сочетающаяся с нарушениями речи, показано влияние хронического алкоголизма на возникновение различных дефектов речи. Описан алкогольный эмбриопатический синдром, включающий отставание физического, речевого и умственного развития, черепно-лицевые уродства.

При алкогольном эмбриопатическом синдроме отмечены нерезко выраженные нарушения слуха, что также неблагоприятно влияет на развитие речи ребенка.

При алкоголизме родителей отмечается более высокая частота смерти плода во внутриутробном и перинатальном

периодах, недоношенность, внутриутробная и интранатальная асфиксия, а также более высокая заболеваемость и смертность детей в первые годы жизни.

В дошкольном и школьном периоде эти дети обращают на себя внимание общей физической ослабленностью, отставанием психического развития с проявлениями общего недоразвития речи, двигательной расторможенностью, нарушениями активного внимания, зрительного и слухового восприятия. Повышенная отвлекаемость сочетается у них с малой познавательной активностью, личностной незрелостью, трудностями в обучении. В настоящее время много работ посвящено неблагоприятному влиянию курения на репродуктивную функцию женщины, а также на течение беременности и родов. Показана связь курения с недоношенностью, отставанием детей в физическом и психическом развитии.

Особенно вредное влияние на развитие плода оказывает сочетание ряда неблагоприятных факторов, действующих в период его внутриутробного развития (сочетание алкоголизма и курения с токсикозами беременности, с различными хроническими и острыми вирусными заболеваниями матери и т. д.).

Токсикозы беременности, недоношенность, недлительная асфиксия в родах вызывают нерезко выраженные ***минимальные органические повреждения мозга*** (дети с минимальной мозговой дисфункцией — ММД). Для них характерны недостаточность внимания, памяти, моторные нарушения, расторможенность, различные речевые расстройства.

В настоящее время при легкой мозговой недостаточности выделяют особый вид психического дизонтогенеза, в основе которого лежит превосходящая возрастная незрелость отдельных высших корковых функций. Она вызывает своеобразное отставание в развитии речи и неравномерность психического развития, определяющие специфические трудности обучения этих детей.

При минимальной мозговой дисфункции происходит задержка темпа развития функциональных систем мозга, требующих для своего осуществления интегративной

деятельности: речь, поведение, внимание, память, пространственно-временные представления и другие высшие психические функции.

Дети с минимально мозговой дисфункцией составляют группу риска по возникновению у них речевых расстройств. Своевременное их выявление и ранняя стимуляция психического развития могут в значительной степени улучшить речевой и умственный прогнозы данной категории детей. Логопеду и педагогу-дефектологу необходимо знать ранние проявления синдрома минимальной мозговой дисфункции.

На первом году жизни это так называемые «малые неврологические признаки»: у грудных детей —легкие нарушения мышечного тонуса, обычно не мешающие активным движениям, но отличающиеся стойкостью; нерезко выраженные непроизвольные движения в виде тремора, общих вздрагиваний; задержка сенсомоторного развития (особенно зрительно-моторной координации); отставание в развитии тонких дифференцированных движений пальцев рук, формирования предметно-манипуляторной деятельности; задержка довербального и начального вербального развития. Все эти признаки сочетаются с легкой неврологической симптоматикой.

Речевые нарушения чаще возникают у лиц мужского пола. В исследованиях последних лет показано различие развития правой и левой (речевой) гемисфер (полушарий) в зависимости от пола. Левое полушарие осуществляет в основном речевую функцию, а правое — зрительно-пространственный гнозис. У мальчиков быстрее развивается правое полушарие. У девочек же, наоборот, левое, в связи с чем у них отмечаются более ранние сроки речевого развития. Кроме того, у девочек раньше формируется более выраженное межполушарное взаимодействие, что способствует лучшей компенсации у них мозговых повреждений.

Кроме того, причиной, определяющей преобладание речевых нарушений у лиц мужского пола, могут быть интеллектуальные и речевые расстройства, связанные со специфическими изменениями в структуре Х-хромосомы.

В возникновении речевых нарушений у детей большую роль играют ранние органические поражения мозга, сочетающиеся с неблагоприятными условиями воспитания и окружения ребенка в первые годы его жизни.

Большое значение имеет эмоциональная депривация (недостаточность эмоционально положительного контакта со взрослым).

Особое внимание придается нарушениям взаимосвязи матери с ребенком в первые годы жизни. Известно, что нормальное довербальное развитие на первом году жизни, имеющее важное значение для формирования речевой функции, возможно только при адекватном взаимодействии ребенка с матерью или другим близким для него лицом.

Речевые нарушения могут возникать и в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на мозг ребенка и на последующих этапах его развития. Структура этих речевых нарушений различна в зависимости от времени воздействия вредности и локализации поражения мозга.

При повреждении незрелого мозга нет полной корреляции между локализацией, тяжестью поражения и отдаленными последствиями в аспекте речевых расстройств. Почти сто лет назад было показано и затем подтверждено последующими исследованиями, что врожденное или рано приобретенное повреждение левой гемисферы у детей не ведет столь часто к корковым речевым расстройствам (алалического или афазического характера в зависимости от того, возникает ли повреждение в доречевом периоде или в период уже сформированной речи), как это имеет место при аналогичных повреждениях у взрослых. Известно, что травмы черепа у ребенка, имеющего развитую речь, значительно реже вызывают афазию, чем у взрослого. Пластичность мозга в значительной степени определяется незрелостью мозговых структур. Этим объясняется отсутствие четкой корреляции между тяжестью и локализацией поражения мозга ребенка и частотой возникновения речевых расстройств. В литературе имеются указания, что даже полное удаление левой гемисферы у ребенка раннего возраста может не вызывать специфических речевых

расстройств. Это объясняется пластичностью детского мозга и более диффузным наличием речевых зон в незрелом мозгу ребенка, которые представлены более распространенно в обоих полушариях.

Одностороннее повреждение коры головного мозга у ребенка раннего возраста приводит к качественно иным нарушениям, чем у взрослых. Если у взрослых афазии возникают обычно при поражении доминантного левого полушария, то у детей они чаще возникают при двуполушарных повреждениях, кроме того, даже повреждение правого (обычно субдоминантного) полушария может вызвать значительные нарушения речевого развития.

Таким образом, при оценке роли экзогенно-органического фактора в возникновении речевых расстройств в детском возрасте необходимо учитывать время, характер и локализацию повреждения, особенности пластичности нервной системы ребенка, а также степень сформированности речевой функции в момент повреждения мозга.

Определенное значение в этиологии речевых нарушений у детей имеют и наследственные факторы. Часто они являются предрасполагающими условиями, реализующимися в речевую патологию под влиянием даже незначительных неблагоприятных воздействий.

В некоторых случаях наследственные факторы выступают как ведущие причины. Так, например, в литературе приводятся данные о том, что ринолалия, обусловленная расщелиной нёба, в 10—30% случаев может быть связана с наследственными факторами (П. Г. Светлов (1962), А. Я. Пискунов (1960) и др.). По данным А. Э. Гуцмана (1980), частота наследственных форм ринолалии составляет всего 1,31%.

По данным С. А. Гриднева (1976), наследственная отягощенность среди заикающихся составляет 17,5%. Отмечается роль наследственных факторов в возникновении нарушений письменной речи (дисграфии, дислексии).

Наследственные факторы в возникновении речевых расстройств обычно выступают в сочетании с экзогенно-органическими и социальными. Они могут играть также

ведущую роль в возникновении некоторых видов речевых расстройств, сочетающихся с общими изменениями со стороны нервной системы. Логопеду важно помнить о возможности подобных заболеваний, необходимости их ранней диагностики и лечения; детей с подозрениями на данную патологию целесообразно направлять в медико-генетическую консультацию.

Итак, ***этиологические факторы, вызывающие нарушения речи, сложны и полиморфны. Наиболее часто встречается сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения и повреждения или нарушения созревания мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов.***

Анализ этиологии речевых нарушений помогает разграничению «первичных» речевых расстройств, связанных с поражением или дисфункцией речевых механизмов, от «вторичных», наблюдаемых у детей с нарушениями интеллекта или сенсорными дефектами, а также при различных текущих заболеваниях центральной нервной системы.

Контрольные задания

1. Назовите основные причины речевых нарушений.
2. Охарактеризуйте предрасполагающие условия к возникновению речевых расстройств.
3. Дайте характеристику экзогенно-органических факторов как причин речевых нарушений.
4. Раскройте роль наследственных факторов в возникновении речевых расстройств.
5. Покажите роль социальных факторов в возникновении речевых нарушений.
6. При посещении специального учреждения познакомьтесь с медико-психолого-педагогической документацией и уточните возможные причины речевых нарушений у детей.
7. Сопоставьте причины недоразвития детской речи и дефектов сформированной речи.

Литература

1. *Бадалян Л.О.* Детская неврология. — М., 1975, 1998.
2. *Бадалян Л.О.* Невропатология. М., 1987.
3. *Беккер К.П., Совак М.* Логопедия. М., 1981.
4. *Мастюкова Е.М.* Ребенок с отклонениями в развитии. М., 1992.
5. Понятийно-терминологический словарь логопеда // Под ред. В.И. Селиверстова. М. 1997.
6. *Хватцев М.Е.* Логопедия. М., 1959.
7. Хрестоматия по логопедии // Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997. Ч. 1, 11.

Глава 3

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

Научно обоснованные представления о формах и видах речевых нарушений являются исходными условиями для разработки эффективных методик их преодоления. На протяжении всей истории развития логопедии исследователи стремились к созданию классификации речевых нарушений, охватывающей все их многообразие. Но и в настоящее время проблема классификации остается одной из актуальных не только для логопедии, но и для других научных дисциплин, изучающих нарушения речевой деятельности: нейрофизиологии, медицины, пато- и нейропсихологии, отраслей специальной психологии и педагогики: олигофренопедагогики, сурдопедагогики, тифлопедагогики. Сложность вопроса классификации речевых нарушений обусловлена рядом причин, среди которых ведущее место занимает недостаточная изученность самих механизмов речи, а также несовпадение во взглядах исследователей на вопрос о принципах, на основе которых она должна быть построена.

На начальных этапах своего становления логопедия не располагала собственной классификацией и даже не ставила вопроса о необходимости ее разработки, так как находилась под большим влиянием успехов европейской медицины в области изучения речевых расстройств и опиралась на сложившиеся в ней к концу XIX — началу XX в. классификации. Одной из первых была ***классификация А. Куссмауля (1877)***, который подверг критическому анализу сложившиеся ранее представления о видах речевых нарушений, систематизировал их, упорядочил терминологию. Она (ее в дальнейшем стали называть клинической) легла в основание ряда модификаций в работах зарубежных и отечественных исследователей первой четверти XX в.: ***В. Одтушевского, Г. Гутцмана, Э. Фрешельса, С. М. Доброгаева*** и др.

В этих классификациях было много общего: клинический подход, дополняемый этиопатогенетическими критериями, связь выделенных видов нарушений с теми или иными нозологическими формами заболеваний (при этом нарушения речи часто трактовались как симптомом того или другого заболевания), а также язык описания, в котором применялись термины, составленные из латинских и греческих словообразовательных элементов (многие получили международное распространение и сохранились до наших дней). Между классификациями прослеживаются и несовпадения, обусловленные разными принципами группировки нарушений, а также некоторыми расхождениями во взглядах на степень существенности для классификации того или иного критерия. Ни одному автору не удалось последовательно провести классификацию на основе какого-то одного принципа. Следствием этого явилось несовпадение как в самой номенклатуре видов и форм речевых нарушений, так и в содержании терминов: одни и те же явления нередко обозначались разными терминами, а разные явления подводились под один термин. Картина речевых нарушений оказалась представленной в них обедненно, фрагментарно и даже противоречиво; явления, относящиеся к одному типу нарушений, оказывались нередко в разных группах, а разные явления — в одной группе. Противоречия между отдельными классификациями, а также внутри одной стали особенно заметны на фоне достижений фундаментальных и прикладных наук XX столетия: физиологии высшей нервной деятельности, психологии, лингвистики, медицины, педагогики. В неврологии многие представления о видах речевых нарушений оказались пересмотренными. Логопедия не осталась в стороне от этой тенденции. ***М. Е. Хватцев, Ф. А. Рау***, а в дальнейшем ***О. В. Правдина, С. С. Ляпидевский*** и другие в клиническую классификацию стали вносить коррективы, в результате которых были значительно изменены представления об отдельных видах нарушений, относимых к одной форме. Значительно пополнилась при этом содержательная характеристика речевого расстройства. Это позволило преодолеть фрагментарность описаний начала века. Однако внесенные коррективы не по-

колебали существа клинической классификации, ее терминологический аппарат не претерпел существенных изменений. Но смысловой объем понятий и соответствующие термины, применяемые как в медицине, так и в логопедии, перестали быть однозначными. Это заметно осложнило междисциплинарные контакты, необходимые для организации совместного комплексного медико-педагогического подхода к преодолению речевых нарушений. Внесенные логопедами коррективы в клиническую классификацию породили расхождения в понимании одних и тех же терминов в рамках этой области знаний.

Вместе с тем практика логопедических исследований, анализ результативности конкретных методик, разработанных для преодоления отдельных форм речевых нарушений, выделенных в клинической классификации, вызвали обоснованные сомнения в возможности выработать единую методику коррекционного логопедического воздействия применительно к одной и той же форме речевого нарушения.

Эти сомнения поколебали уверенность в соответствии клинической классификации целям и задачам логопедического воздействия как педагогического процесса и послужили стимулом для дальнейших теоретических поисков.

В ходе последующего становления логопедии и формирования ее теоретической базы к речевым нарушениям с позиций развития и системных представлений о речевой деятельности все более стала осознаваться неприемлемость прямого переноса в теорию логопедии клинических построений, основанных на симптоматической трактовке речевых нарушений. Опора на принцип развития и углубленный анализ речевых расстройств у детей, проведенный с позиций системного подхода, убедительно показали, что нарушения речи, возникающие в процессе развития, нельзя отождествлять с нарушениями в уже сформировавшейся системе. Квалификация и типология речевых нарушений у детей должны опираться на другие принципы анализа и на более содержательные критерии, чем те, которые положены в основание клинической классификации, в которой нарушения речи у детей и взрослых не были разграничены.

Эти новые принципы анализа речевых нарушений у детей были сформулированы ***Р. Е. Левиной***, работы которой заложили основания нового раздела логопедии — ***детской логопедии.*** Детская логопедия превратилась в самостоятельный раздел в педагогической науке с собственным предметом исследования.

В связи с выделением детской логопедии в самостоятельный раздел были внесены и определенные ограничения в трактовку речевых нарушений у детей на основе критерия первичности — вторичности дефекта. Из всего многообразия дефектов речевого развития у разных типов аномальных детей объектом своего исследования она избрала тех, у которых нарушения речи обусловлены несформированностью или разладкой на ранних этапах онтогенеза речевых, психологических и физиологических механизмов при первично сохранных слухе, зрении и интеллекте. В терминах ***Р. Е. Левиной*** такие нарушения были отнесены к категории первичного недоразвития речи.

Последующая разработка вопросов классификации речевых нарушений у детей в отечественной логопедии стала осуществляться применительно к первичным нарушениям.

Нарушения речи у детей с различными (другими) аномалиями развития стали изучаться в тесной связи с основным, ведущим дефектом.

Разрабатывая вопросы классификации речевых нарушений у детей, исследователи разделились на два направления: одни сохранили традиционную номенклатуру речевых нарушений, имеющую обращение в общей логопедии, но наполнили ее новым содержанием, другие отказались от традиционной для логопедии номенклатуры речевых нарушений и ввели новую их группировку.

Таким образом, в настоящее время в отечественной логопедии в обращении находятся две классификации речевых нарушений, одна — клинико-педагогическая, вторая — психолого-педагогическая, или педагогическая *(по Р. Е. Левиной).*

Названные классификации при различии в типологии и группировке видов речевых нарушений одни и те же явления рассматривают с разных точек зрения, но они не столько

противоречат одна другой, сколько дополняют друг друга, так как ориентированы на решение разных задач единого, но многоаспектного процесса логопедического воздействия.

Клинико-педагогическая классификация опирается на традиционное для логопедии содружество с медициной, но, в отличие от чисто клинической, выделяемые в ней виды речевых нарушений не привязываются строго к формам заболеваний.

Она ориентирована в основном на коррекцию дефекта речи, на разработку дифференцированного подхода к их преодолению и нацелена на предельную детализацию видов и форм речевых нарушений, поэтому основывается на подходе от общего к частному.

В ней учитываются межсистемные взаимодействия речевых нарушений с обусловливающим их материальным субстратом. Она основывается не на одном каком-то критерии, а на совокупности психолого-лингвистических и клинических (в сочетании с этиопатогенетическими) критериев. Такой многоаспектный подход позволяет избежать односторонности представлений о речевом нарушении, так как он направлен на раскрытие нарушения в целом.

В данной классификации ведущая, определяющая роль отводится ***психолого-лингвистическим критериям***. На их основе картина речевого нарушения описывается в терминах и понятиях, направляющих внимание логопеда на те явления, которые должны стать объектом логопедического воздействия. С этой целью вводятся критерии, позволяющие выделить основные группы, а также основные формы и виды нарушений.

Исходя из потребностей логопедического воздействия, выделяют следующие критерии, позволяющие представить, что нарушено в речи, и на основе этого отграничить одно речевое нарушение от другого по признаку отграничения:

- нарушения формы речи (устной или письменной);
- нарушения вида речевой деятельности применительно к каждой из форм: для устной — говорения или слушания, для письменной — письма или чтения;
- нарушения этапа (звена) порождения или восприятия речи: применительно к продуктивным видам речевой

деятельности (говорению и письму). Существенным является разграничение нарушений, связанных с этапами внутреннего и внешнего оформления высказывания. Применительно к рецептивным видам речевой деятельности (слушанию или чтению) существенным является разграничение нарушений, относящихся к сенсорному или рецептивному этапу;

- нарушения операций, осуществляющих оформление высказывания на том или другом этапе процесса порождения или восприятия речи;
- нарушения средств оформления высказывания: существенным представляется разграничение языковых и произносительных единиц, так как каждому этапу порождения или восприятия речи присущи свои наборы единиц, по отношению к которым осуществляются операции отбора и комбинирования.

Каждый из выделенных критериев при описании того или другого речевого нарушения может быть представлен более дифференцированно, что позволит в отдельных видах обнаружить подвиды, имеющие значение для логопедического воздействия.

Клиническим (в сочетании с этиопатогенетическими) ***критериям*** в данной классификации отводится роль уточняющих, которые не могут быть ведущими для педагогической квалификации речевых нарушений, но для врача являются средством анализа. Эти критерии ориентированы не столько на само речевое нарушение, сколько на объяснение анатомо-физиологического субстрата его нарушения и причин возникновения. При нарушении одного и того же субстрата, так же как при действии одних и тех же причин, могут наблюдаться различные виды речевых нарушений. А одни и те же расстройства могут возникать в силу различных причин. Эти критерии способны оказать большую помощь при их квалификации. Дополняя картину того или иного нарушения, выделенного на основе психолого-лингвистических критериев, ориентированных на педагогический процесс логопедического воздействия, они позволяют провести ***дифференциацию сходных по внешним проявлениям дефектов*** на основе следующих данных:

- какими факторами обусловлено нарушение речи (социальными или биологическими);
- на каком фоне оно развивается (органическом или функциональном);
- в каком звене речевой функциональной системы локализуется (центральном или периферическом);
- какова глубина (степень) нарушения центральных или периферических аппаратов речи;
- время его наступления.

Эти данные важны для логопеда, так как они направляют внимание на тот анатомофизиологический механизм (субстрат нарушения), который нуждается в коррекции и вместе с тем позволяет прогнозировать сроки и возможные результаты логопедического воздействия. Эти данные указывают логопеду, в каких случаях логопедическое воздействие является достаточным для преодоления речевого нарушения, а в каких случаях необходима организация комплексного медико-педагогического воздействия.

Виды речевых нарушений, выделяемых в клинико-педагогической классификации

Все виды нарушений, рассматриваемые в данной классификации, на основе психолого-лингвистических критериев можно подразделить на две большие группы в зависимости от того, какой вид речи нарушен: ***устная*** или ***письменная.***

Нарушения устной речи

Они могут быть разделены на два типа:

- фонационного (внешнего) оформления высказывания, которые называют нарушениями произносительной стороны речи;
- структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания, которые в логопедии называют системными или полиморфными нарушениями речи.

Расстройства ***фонационного оформления высказывания*** могут быть дифференцированы в зависимости от нарушенного звена: а) голосообразования, б) звукопроизносительной организации, в) темпоритмической организации высказывания, г) интонационно-мелодической организации, д) звукопроизносительной организации. Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных комбинациях, в зависимости от чего в логопедии выделяются следующие виды нарушений, для обозначения которых существуют традиционно закрепившиеся термины:

- **Дисфония (афония) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.** Синонимы: *нарушение голоса, нарушение фонации, фоноторные нарушения, вокальные нарушения.*

Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония), может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации и возникать на любом этапе развития ребенка. Бывает изолированной или входит в состав ряда других нарушений речи.

- **Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.** Синонимы: *косноязычие* (устаревшее), *дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем.*

Проявляется в неправильном звуковом (фонемном) оформлении речи: в искаженном (ненормированном) произнесении звуков, в заменах (субституциях) звуков или в их смешении. Дефект может быть обусловлен тем, что у ребенка не полностью сформировалась артикуляторная база (не усвоен весь набор артикуляционных позиций, необходимых для произнесения звуков) или неправильно сформировались артикуляторные позиции, вследствие чего продуцируются ненормированные звуки. Особую группу составляют нарушения, обусловленные анатомическими дефектами артикуляционного аппарата. В психолингвистическом аспекте нарушения произношения рассматриваются либо как следствие несформированности операций различения и узнавания фонем (дефекты восприятия), либо как несформированность операций отбора и реализации (дефекты продуцирования), либо как нарушение условий реализации звуков.

При анатомических дефектах нарушения носят органический характер, а при их отсутствии —функциональный.

Нарушение возникает обычно в процессе развития речи ребенка; в случаях травматического повреждения периферического аппарата — в любом возрасте.

Описанные дефекты являются избирательными, и каждый из них имеет статус самостоятельного нарушения. Однако наблюдаются и такие, в которых оказываются вовлеченными одновременно несколько звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания. К таким относятся ринолалия и дизартрия.

- **Ринолалия — нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.** Синонимы: *гнусавость* (устаревшее), *палатолалия.*

Проявляется в патологическом изменении тембра голоса, который оказывается избыточно назализованным вследствие того, что голосовыдыхательная струя проходит при произнесении всех звуков речи в полость носа и в ней получает резонанс. При ринолалии наблюдается искаженное произнесение всех звуков речи (а не отдельных, как при дислалии). При этом дефекте часто встречаются и просодические нарушения, речь при ринолалии мало разборчива (невнятная), монотонная. В отечественной логопедии к ринолалии принято относить дефекты, обусловленные врожденными расщелинами нёба, т. е. грубыми анатомическими нарушениями артикуляторного аппарата. В ряде зарубежных работ такие нарушения обозначаются термином «палатолалия» (от лат. *palatum* — нёбо). Все остальные случаи назализованного произношения звуков, обусловленные функциональными или органическими нарушениями различной локализации, в этих работах называют ринолалией. В отечественных работах явления назализованного произношения без грубых артикуляционных нарушений относят к ринофонии.

До недавнего времени ринолалию определяли как одну из форм механической дислалии. Учитывая специфику нарушения, необходимо ринолалию выделить в самостоятельное речевое нарушение.

- **Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.**

Наблюдаются несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и артикуляционно-фонетические дефекты. Тяжелой степенью дизартрии является ***анартрия***, проявляющаяся в невозможности осуществить звуковую реализацию речи. В легких случаях дизартрии, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о ее стертой форме. Эти случаи необходимо отличать от дислалии.

Дизартрия является следствием органического нарушения центрального характера, приводящего к двигательным расстройствам. По локализации поражения ЦНС выделяют различные формы дизартрии. По тяжести нарушения различают степень проявления дизартрии.

Чаще всего дизартрия возникает вследствие рано приобретенного церебрального паралича, но может возникнуть на любом этапе развития ребенка вследствие нейроинфекции и других мозговых заболеваний.

- **Брадилалия — патологически замедленный темп речи.** Синоним: *брадифразия*.

Проявляется в замедленной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, может быть органической или функциональной.

- **Тахилалия — патологически ускоренный темп речи.** Синоним: *тахифразия*.

Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, органической или функциональной.

При замедленном темпе речь оказывается тягуче растянутой, вялой, монотонной. При ускоренном темпе — торопливой, стремительной, напористой. Ускорение речи может

сопровождаться аграмматизмами. Эти явления иногда выделяют как самостоятельные нарушения, выраженные в терминах ***баттаризм, парафазия.*** В случаях, когда патологически ускоренная речь сопровождается необоснованными паузами, запинками, спотыканием, она обозначается термином **полтерн.** Брадилалия и тахилалия объединяются под общим названием — нарушение темпа речи. Следствием нарушенного темпа речи является нарушение плавности речевого процесса, ритма и мелодико-интонациональной выразительности.

- **Заикание — нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.** Синонимы: *logoneurosis, laboneurosis, balbufies*.

Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развития ребенка.

Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания представлены двумя видами: ***алалией*** и ***афазией***.

- **Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.** Синонимы: *дисфазия, ранняя детская афазия, афазия развития, слухонемота* (устаревшее).

Один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания, вследствие чего оказывается несформированной речевая деятельность ребенка. Система языковых средств (фонематических, грамматических, лексических) не формируется, страдает мотивационно-побудительный уровень речепорождения. Наблюдаются грубые семантические дефекты. Нарушено управление речевыми движениями, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов. Встречается несколько вариантов алалии в зависимости от того, какие речевые механизмы не сформированы и какой из их этапов (уровней) преимущественно страдает.

- **Афазия — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.** Синонимы: *распад, утрата речи.*

У ребенка теряется речь в результате черепно-мозговых травм, нейроинфекций или опухолей мозга после того, как речь уже была сформирована. Если такое нарушение произошло в возрасте до трех лет, то исследователи воздерживаются от диагноза афазия. Если же нарушение произошло в более старшем возрасте, говорят об афазии. В отличие от афазии взрослых есть детская, или ранняя афазия.

Нарушения письменной речи

Их подразделяют на две группы в зависимости от того, какой вид ее нарушен. При нарушении ***продуктивного вида*** отмечаются расстройства ***письма***, при нарушении ***рецептивной письменной деятельности*** — расстройства ***чтения***.

Дислексия — частичное специфическое нарушение процесса чтения.

Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв; в затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова; в аграмматизме и искажении понимания прочитанного.

Дисграфия — частичное специфическое нарушение процесса письма.

Проявляется в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смешениях или пропусках букв, в искажениях звукослогового состава слова и структуры предложений. В случае несформированности процессов чтения и письма (в ходе обучения) говорят об ***алексии*** и ***аграфии***.

Нарушения письма и чтения у детей вызываются затруднениями в овладении умениями и навыками, необходимыми для полноценного осуществления этих процессов. По данным исследователей, эти затруднения обусловливаются дефектами устной речи (за исключением оптических форм), несформированностью операций звукового анализа, нестойкостью произвольного внимания.

Нарушения письма и чтения у детей необходимо отличать от утраты умений и навыков письма и чтения, т. е. дислексий (алексий) и дисграфий (аграфий), возникающих при афазиях.

Таким образом, в логопедии выделяются одиннадцать форм речевых нарушений, девять из них составляют нарушения устной речи на разных этапах ее порождения и реализации и две — нарушения письменной речи, выделяемые в зависимости от нарушенного процесса.

Нарушения устной речи: дисфония (афония), дислалия, ринолалия, дизартрия (анартрия), брадилалия, тахилалия, заикание, алалия, афазия. ***Нарушения письменной речи***: дислексия (алексия) и дисграфия (аграфия).

В приведенную классификацию включены лишь те формы речевых нарушений, которые выделены в логопедической литературе и применительно к которым разработаны методики. Внутри каждой из форм речевых нарушений существуют виды и подвиды, о которых пойдет речь в последующих главах. В этой связи следует указать, что в ряде случаев виды нарушений, относящиеся к одной форме, представляют собой не вариант, а отдельное нарушение. Например, в дислексию включены, с одной стороны, артикуляторно-фонетические нарушения, т. е. дефекты собственно звуковой реализации речи, относящиеся к уровню речевой нормы, а с другой — фонематические нарушения, обусловленные несформированностью операций, осуществляющих отбор звуков, и относящиеся к уровню структурного (языкового) оформления высказывания.

Отмеченная непоследовательность классификации стала особенно заметной в современный период развития науки в связи с возросшими знаниями о речевых (психологических и физиологических) механизмах и новыми исследованиями в логопедии. Каждый новый этап в развитии науки и новые знания требуют внесения корректив в прежние представления, поэтому дальнейшая разработка вопросов классификации речевых нарушений остается актуальной задачей логопедии.

Психолого-педагогическая классификация возникла в результате критического анализа клинической классификации с точки зрения применимости ее в педагогическом процессе, коим является логопедическое воздействие. Та-

кой анализ оказался необходимым в связи с ориентацией логопедии на обучение и воспитание детей с нарушениями развития речи.

Внимание исследователей было направлено на разработку методов логопедического воздействия для работы с коллективом детей (учебной группой, классом). Для этого потребовалось найти общие проявления дефекта при разных формах аномального развития речи у детей, особенно те, которые актуальны для коррекционного обучения. Такой подход потребовал другого принципа группировки нарушений: не от общего к частному, а от частного к общему. Это позволило строить ее на основе ***лингвистических и психологических критериев***, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной).

Нарушения речи в данной классификации подразделяются на две группы.

Первая группа — нарушение средств общения (фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи).

Фонетико-фонематическое недоразвитие — нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Общее недоразвитие речи — различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

В качестве общих признаков отмечаются позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизм, дефекты произношения, дефекты фонемообразования.

Недоразвитие может быть выражено в разной степени: от отсутствия речи или лепетного ее состояния до развернутой, но с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. В зависимости от степени сформированности речевых средств у ребенка общее недоразвитие подразделяется на три уровня.

Вторая группа — нарушения в применении средств общения: заикание, которое рассматривается как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения.

Возможен и ***комбинированный дефект***, при котором заикание сочетается с общим недоразвитием речи.

В данной классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи нарушения письма и чтения. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков. В классификации отражается последовательная опора на принцип системного подхода, на основе которого учитываются два соотношения: соотношение нарушений в системе речевой деятельности и соотношение нарушений как одного из психических процессов с другими сторонами психики ребенка, развитие которых тесно связано с речью.

Контрольные вопрос и задания

1. Какие категории положены в основание существующих классификаций речевых нарушений?
2. Назовите спорные и нерешенные вопросы классификации речевых нарушений.
3. Уточните, пользуясь словарем логопеда, значение терминов, используемых при характеристике речевых нарушений.
4. Охарактеризуйте отдельные виды речевых нарушений, дайте сопоставительный анализ нескольких нарушений.
5. При посещении специального учреждения на основе знакомства с медико-педагогической документацией, собственных наблюдений и обследования детей назовите имеющиеся у них речевые нарушения.
6. Охарактеризуйте контингент класса школы для детей с нарушениями речи (или группы специального детского сада) с позиции рассмотренных классификаций.

Литература

1. *Беккер П.К., Совак М.* Логопедия. М., 1981.
2. *Митринович-Моджеевская А.* Патофизиология речи, голоса и слуха. Варшава, 1965.
3. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной. М., 1968.
4. *Правдина О.В.* Логопедия. М., 1973.
5. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С. Ляпидевского. М., 1969.
6. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. М., 1997.
7. *Хватцев М.Е.* Логопедия. М., 1959.
8. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997.
9. Методы обследования речи детей. Пособие по диагностике речевых нарушений (научный редактор и автор Чиркина Г.В.). М., 2003.

Глава 4

МЕТОДЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Логопедическое воздействие представляет собой педагогический процесс, в котором реализуются задачи корригирующего обучения и воспитания.

В процессе организации корригирующего обучения большое значение придается общедидактическим и специфическим принципам (гл. 1).

Система логопедической работы по устранению различных форм нарушений речи носит ***дифференцированный характер*** с учетом множества определяющих его факторов. Дифференцированный подход осуществляется на основе учета этиологии, механизмов, симптоматики нарушения, структуры речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей ребенка. В процессе коррекции нарушения речи учитываются общие и специфические закономерности развития аномальных детей: уровень развития речи, познавательной деятельности, особенности сенсорной сферы и моторики.

Каждый из этапов логопедического воздействия характеризуется своими целями, задачами, методами и приемами коррекции. Последовательно формируются предпосылки для перехода от одного этапа к другому.

Большое место в логопедической работе занимает коррекция и воспитание ***личности в целом***, учитываются особенности формирования личности у детей с различными формами речевых расстройств, а также их возрастные особенности.

Особое значение имеет учет личностных особенностей при коррекции расстройства речевой деятельности, связанных с нарушением головного мозга (алалия, афазия, заикание, дизартрия). В этом случае в симптоматике нарушения отмечаются выраженные особенности формирования личнос-

ти, которые носят как первичный характер, обусловленный органическим поражением мозга, так и характер вторичных наслоений.

Воздействие на ребенка с речевым нарушением связывается с нормализацией социальных контактов с окружающими людьми.

Для закрепления правильных речевых навыков в условиях естественного речевого общения необходима тесная связь в работе логопеда, учителя, воспитателя, семьи. Логопед информирует педагогов, родителей о характере речевого нарушения у ребенка, о задачах, методах и приемах работы на данном этапе коррекции, добивается закрепления правильных речевых навыков не только в логопедическом кабинете, но и на уроках, во внеклассное время под контролем педагогов и родителей.

При устранении речевых нарушений ведущим является логопедическое воздействие, основными формами которого являются воспитание, обучение, коррекция, компенсация, адаптация, реабилитация.

Логопедическое воздействие осуществляется различными методами. **Метод обучения в педагогике рассматривается как способ совместной деятельности педагога и детей, направленный на освоение детьми знаний, навыков и умений, на формирование умственных способностей, воспитание чувств, поведения и личностных качеств.**

В логопедической работе используются различные методы: ***практические, наглядные*** и ***словесные***. Выбор и использование того или иного метода определяется характером речевого нарушения, содержанием, целями и задачами коррекционно-логопедического воздействия, этапом работы, возрастными, индивидуально-психологическими особенностями ребенка и др.

На каждом из этапов логопедической работы эффективность овладения правильными речевыми навыками обеспечивается соответствующей группой методов. Так, для этапа постановки звука характерно преимущественное использование практических и наглядных методов, при автоматизации, особенно в связной речи, широко используются беседа, пересказ, рассказ, т. е. словесные методы.

При устранении алалии для развития сенсорной сферы, моторики, познавательной деятельности ребенка также используются практические и наглядные методы. В то же время при закреплении правильных навыков грамматических форм словоизменения и словообразования наряду с наглядными методами применяются и словесные.

При устранении заикания в дошкольном возрасте эффективность логопедической работы достигается практическими и наглядными методами. Начиная со школьного возраста преимущественное использование при устранении заикания получают словесные методы, сочетающиеся с наглядными.

К **практическим методам** логопедического воздействия относятся упражнения, игры и моделирование.

Упражнение — это многократное повторение ребенком практических и умственных заданных действий. В логопедической работе они эффективны при устранении артикуляторных и голосовых расстройств, так как у детей формируются практические речевые умения и навыки либо предпосылки к их развитию, происходит овладение различными способами практической и умственной деятельности. В результате систематического выполнения артикуляторных упражнений создаются предпосылки для постановки звука, для правильного его произношения. На этапе постановки звука формируется навык его изолированного произношения, а на этапе автоматизации добиваются правильного произношения звука в словах, словосочетаниях, предложениях, связной речи.

Освоение правильных речевых навыков представляет собой длительный процесс, который требует разнообразных, систематически используемых видов деятельности.

Упражнения подразделяются на ***подражательно-исполнительские, конструктивные*** и ***творческие.***

Подражательно-исполнительские выполняются детьми в соответствии с образцом.

В логопедической работе большое место занимают упражнения практического характера (дыхательные, голосовые, артикуляторные, развивающие общую, ручную моторику). На начальных этапах усвоения используется показ действий, а при повторениях, по мере усво-

ения способа действия, наглядный показ все более «свертывается», заменяется словесным обозначением. Так, выполнение артикуляторных упражнений вначале осуществляется по наглядному показу, на основе зрительного восприятия выполнения заданий логопедом, в дальнейшем они только называются.

В логопедической работе используются различные виды ***конструирования***.

Например, при устранении оптической дисграфии детей учат конструировать буквы из элементов, создавать из одной буквы другую.

В упражнениях ***творческого характера*** предполагается использование усвоенных способов в новых условиях, на новом речевом материале.

Так, при формировании звукового анализа и синтеза определение последовательности звуков сначала дается с опорой на вспомогательные средства, а в дальнейшем только в речевом плане, так как усвоение действия звукового анализа переносится в новые условия. И наконец, действие звукового анализа считается сформированным, если оно может выполняться во внутреннем плане (ребенок самостоятельно придумывает слова с определенным звуком, количеством звуков, отбирает картинки, в названии которых имеются звуки, и т. д.).

В логопедической работе также используются ***речевые*** упражнения. Примером их могут служить повторения слов с поставленным звуком при коррекции нарушений звукопроизношения.

Использование игровых упражнений (например, имитация действия: рубят дрова, деревья качаются от ветра, имитация походки медведя, лисы) вызывает эмоционально-положительный настрой детей, снимает у них напряжение.

Выполнение любых упражнений способствует формированию практических умений и навыков лишь в том случае, когда соблюдается ряд условий.

- Осознание ребенком цели. Это зависит от четкости постановки задачи, правильного показа способов выполнения: поэтапного выполнения сложных упражнений с учетом возрастных и психологических особенностей детей.

- Систематичность, которая реализуется в многократном повторении (на логопедических занятиях, вне их, на уроке, во внеклассное время с использованием разнообразного речевого и дидактического материала и различных ситуаций речевого общения).
- Постепенное усложнение условий с учетом этапа коррекции возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка.
- Осознанное выполнение практических и речевых действий.
- Самостоятельное выполнение на заключительном этапе коррекции (хотя на начальных этапах упражнения могут выполняться с помощью логопеда, с механической помощью и т. д.).
- Дифференцированный анализ и оценка выполнения.

Игровой метод предполагает использование различных компонентов игровой деятельности в сочетании с другими приемами: показом, пояснением, указаниями, вопросами. Одним из основных компонентов метода является воображаемая ситуация в развернутом виде (сюжет, роль, игровые действия). Например, в играх «Магазин», «Вызов врача», «На лесной опушке» дети распределяют роли, а затем с помощью масок, деталей одежды, речевых и неречевых действий создают образы людей или животных, в соответствии с ролью вступают в определенные взаимоотношения в процессе игры.

В игровом методе ведущая роль принадлежит педагогу, который подбирает игру в соответствии с намеченными целями и задачами коррекции, распределяет роли, организует и активизирует деятельность детей.

С детьми дошкольного возраста используются различные игры: с пением, дидактические, подвижные, творческие, драматизации. Их использование определяется задачами и этапами коррекционно-логопедической работы, характером и структурой дефекта, возрастными и индивидуально-психологическими особенностями детей.

Моделирование — это процесс создания моделей и их использование в целях формирования представлений о структуре объектов, об отношениях и связях между элементами этих объектов.

Эффективность их использования зависит от следующих условий:

- модель должна отражать основные свойства объекта и быть по структуре аналогичной ему;
- должна быть доступной для восприятия ребенком данного возраста;
- ее назначение — облегчать процесс овладения навыками, умениями и знаниями.

Широкое применение получило знаково-символическое моделирование. Например, при формировании звукового анализа и синтеза используются графические схемы структуры предложения, слогового и звукового состава слова.

Использование модели предполагает определенный уровень сформированности умственных операций (анализа, синтеза, сравнения, абстрагирования, обобщения).

Наглядные методы представляют собой те формы усвоения знаний, умений и навыков, которые находятся в существенной зависимости от применяемых при обучении наглядных пособий и технических средств обучения.

Использование пособий облегчает усвоение материалов, способствует формированию сенсорных предпосылок для развития речевых умений и навыков. Опора на чувственные образы делает усвоение речевых умений и навыков более конкретным, доступным, осознанным, повышает эффективность логопедической работы.

К наглядным методам относятся наблюдение, рассматривание рисунков, картин, макетов, просмотр профилей артикуляций, диафильмов, кинофильмов, прослушивание пластинок, магнитофонных записей, а также показ образца задания, способа действия, которые в ряде случаев выступают в качестве самостоятельных методов.

Использование различных пособий способствует уточнению и расширению представлений детей, развитию познавательной деятельности, создает благоприятный эмоциональный фон для проведения логопедической работы.

Наглядные средства должны отвечать следующим требованиям:

- быть хорошо видны всем;

- при их подборе следует учитывать возрастные и индивидуально-психологические особенности ребенка;
- соответствовать задачам логопедической работы на данном этапе коррекции;
- сопровождаться точной и конкретной речью;
- словесное описание объекта призвано способствовать развитию аналитико-синтетической деятельности, наблюдательности, речи.

Использование пособий может преследовать различные цели: коррекцию нарушений сенсорной сферы (представлений о цвете, форме, величине и т. д.), развитие фонематического восприятия (на картине найти предметы, в названиях которых имеется отрабатываемый звук), развитие звукового анализа и синтеза (найти предметы на сюжетной картине, в названии которых 5 звуков), закрепление правильного произношения звука, развитие лексического запаса слов, грамматического строя, связной речи (составление рассказа по сюжетной картине, по серии сюжетных картин).

Воспроизведение магнитофонных записей, записей на пластинках сопровождается беседой логопеда, пересказом. Магнитофонные записи речи самих детей используются для анализа, для выявления характера нарушения, для сравнения речи на различных этапах коррекции, для воспитания уверенности в успехе работы.

Диафильмы, кинофильмы используются при автоматизации звуков речи во время беседы при пересказе содержания, для развития навыков слитной плавной речи при устранении заикания, для развития связной речи.

Особенности использования ***словесных методов*** в логопедической работе определяются возрастными особенностями детей, структурой и характером речевого дефекта, целями, задачами, этапом коррекционного воздействия.



В работе с детьми дошкольного возраста словесные методы сочетаются с практическими и наглядными. При устранении дислалии, заикания и других нарушений речи в дошкольном возрасте логопед опирается на использование игрового и наглядного методов с включением словесных

В школьном возрасте возможно использование только словесных методов без подкрепления их наглядными и практическими. Например, при устранении заикания у детей старшего школьного возраста применяются беседы о прочитанных книгах, заучивание стихотворений, пересказ прочитанного, рассказ из личного опыта, дискуссии.

Основными словесными методами являются рассказ, беседа, чтение.

Рассказ — это такая форма обучения, при которой изложение носит описательный характер. Его используют для создания у детей представления о том или ином явлении, вызова положительных эмоций, для создания образца правильной выразительной речи, подготовки детей к последующей самостоятельной работе, для обогащения словаря, закрепления грамматических форм речи.

Рассказ предполагает воздействие на мышление ребенка, его воображение, чувства, побуждает к речевому общению, обмену впечатлениями. Его желательно сопровождать демонстрацией сюжетных картин (особенно в дошкольном возрасте). Перед воспроизведением текста можно провести короткую предварительную беседу, которая подготовит детей к его восприятию. После рассказа проводятся беседа, обмен впечатлениями, пересказ, игры-драматизации в зависимости от задач логопедической работы.

Кроме рассказа используется пересказ сказок, литературных произведений (краткий, выборочный, развернутый и т.д.).

В зависимости от дидактических задач организуются ***предварительные и итоговые, обобщающие беседы.*** В ходе ***предварительной беседы*** логопед выявляет знания детей, создает установку на усвоение новой темы. Например, при дифференциации звуков ***ц — с*** в предварительной беседе выделяется звук ***с***, затем ***ц***, уточняется их артикуляция на основе имеющегося у детей опыта. Затем звуки сравниваются, обобщаются имеющиеся знания. ***Итоговая беседа*** проводится для закрепления и дифференциации речевых умений и навыков.

На основе анализа, синтеза, сравнения, обобщения вычленяются существенные свойства речи и ее элементы.

При индуктивной форме беседы сначала воспроизводятся факты, которые анализируются, сравниваются, а затем

обобщаются (от частного к общему). При дедуктивной форме сначала дается обобщение, а затем отыскиваются конкретные факты для его подтверждения.

Использование беседы в логопедической работе должно соответствовать следующим условиям:

- опираться на достаточный объем представлений, уровень речевых умений и навыков, находиться в зоне ближайшего развития ребенка;
- соответствовать логике мыслительной деятельности ребенка, учитывать особенности его мышления;
- активизировать мыслительную деятельность детей, используя разнообразные приемы, в том числе наводящие вопросы;
- вопросы должны быть ясными, четкими, требующими однозначного ответа;
- характер проведения беседы должен соответствовать целям и задачам коррекционной работы.

При проведении беседы ставятся разные задачи: развитие познавательной деятельности, закрепление правильного произношения, уточнение грамматической структуры предложений, закрепление навыков плавной слитной речи и т. д.

В процессе логопедического воздействия используются и разнообразные словесные приемы: показ образца, пояснение, объяснение, педагогическая оценка.

Пояснение и объяснение включаются в наглядные и практические методы. Например, при постановке звука наряду с показом логопед использует объяснение правильной его артикуляции, обращает внимание на положение языка, губ, сопровождает показ пояснениями.

Большое значение в логопедической работе имеет педагогическая оценка способа, хода и результата выполнения задания. Она способствует совершенствованию качества коррекционного процесса, стимулирует и активизирует деятельность ребенка, помогает формированию самоконтроля и самооценки.

При оценке деятельности ребенка необходимо учитывать его возрастные и индивидуально-психологические особенности. Неуверенных, застенчивых, остро переживающих свой дефект следует чаще поощрять, проявлять педагогический такт при оценке их работы.

Логопедическое воздействие осуществляется в следующих формах обучения: фронтальное, подгрупповое, индивидуальное занятие, урок.

По характеру направленности методы логопедической работы подразделяются на методы ***прямого воздействия*** (например, воздействие на артикуляторную моторику при устранении дислалии) и методы ***обходных путей*** (например, создание новых функциональных связей в обход нарушенных звеньев речевой функциональной системы при афазии).

Контрольные вопрос и задания

1. Какими факторами определяется выбор методов логопедического воздействия?
2. Охарактеризуйте особенности использования в логопедической работе практических методов обучения.
3. Дайте характеристику и раскройте особенности использования в логопедической работе наглядных методов обучения.
4. Определите словесные формы обучения и их особенности в коррекционно-логопедической работе.
5. Присутствуя на уроке или на логопедическом занятии, определите, какие методы были использованы при работе над речью детей.

Литература

1. *Беккер К.П., Совак М.* Логопедия. М., 1981.
2. Основы логопедии / Под ред. Т.В. Волосовец. М., 2000.
3. *Правдина О.В.* Логопедия. М., 1973.
4. *Филичева Т.Б.* Особенности формирования речи детей дошкольного возраста. М., 2000.
5. *Хватцев М.Е.* Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. М., 1957.
6. *Хватцев М.Е.* Недостатки речи у школьников. М., 1958.
7. *Хватцев М.Е.* Логопедия. — М., 1959.
8. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М. 1997. Ч. I, II.

РАЗДЕЛ II

ВИДЫ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА И РЕЧИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Глава 5

НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА

Нарушения голоса — это отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.

Существует два основных термина для обозначения патологии голоса: ***афония*** (лат. *a* — отрицательная частица и греч. ***phone*** — звук, голос) — полное отсутствие голоса и дисфония (***дис***. и греч. ***phone***) — частичные нарушения высоты, силы и тембра.

Таким образом, нарушения голоса (согласно классификации речевых нарушений — гл. 3) относятся к расстройствам фонационного оформления речевого высказывания.

Акустические основы голосообразования

Голос в нормальных условиях его развития — это совокупность разнообразных по своим характеристикам звуков, возникающих в результате колебания эластических голосовых складок.

Звук голоса — колебания частиц воздуха, распространяющих в виде волн сгущения и раздражения.

Источником звука человеческого голоса является гортань с голосовыми складками.

Высота звука — субъективное восприятие органом слуха частоты колебательных движений.

Частота основного тона измеряется в герцах и может изменяться в обычной разговорной речи у мужчин в пределах от 85 до 200 Гц, у женщин — от 160 до 340 Гц. От изменений высоты основного тона зависит выразительность речи.

Сила голоса, его энергия, мощность определяются интенсивностью амплитуды колебаний голосовых складок и измеряются в децибелах. Чем больше амплитуда колебательных движений, тем сильнее звучит голос.

Тембр, или окраска, звука является характеристикой качества голоса. Он отражает акустический состав сложных звуков и зависит от частоты и силы колебаний.

Резонанс — резкое возрастание амплитуды колебаний, возникающее при совпадении частоты колебаний внешней силы с частотой собственных колебаний системы. При фонации резонанс усиливает отдельные обертоны звука, возникающего в гортани, и вызывает совпадение колебаний воздуха в полостях грудной клетки и надставкой трубки. ***Выделяют два резонатора — основной и грудной.***

Большое значение для голоса имеет способ его подачи, так называемая ***атака звука***. Принято различать ***три типа голосоподачи***:

1) сначала идет легкий выдох, затем смыкаются и начинают колебаться голосовые складки. Голос звучит после легкого шума. Такой способ считается ***придыхательной атакой***;
2) момент смыкания голосовых складок и начало выдоха совпадают. Это ***мягкая атака*** звуков;
3) сначала смыкаются голосовые складки, а затем осуществляется выдох, приводя их в колебания. Этот тип называется ***твердой атакой***.

Развитие голоса у детей

Развитие детского голоса условно делится на несколько периодов: ***дошкольный*** до 6–7 лет, ***домутационный*** от 6–7 до 13 лет, ***мутационный*** — 13–15 лет и ***послемутационный*** — 15–17 лет.

Мутация голоса (от лат. ***mutatio*** — изменение, перемена) ***наступает в результате изменений в голосовом аппарате и во всем организме под влиянием возрастной эндокринной перестройки, возникающей в период полового созревания***. Время, в течение которого происходит переход

детского голоса во взрослый, называется *мутационным периодом*. Явление это физиологическое и наблюдается в возрасте 13–15 лет. У мальчиков голосовой аппарат в это время растет быстро и неравномерно, у девочек гортань развивается замедленно. В период полового созревания мужская и женская гортани приобретают четкие отличительные особенности. Возможны колебания мутационного периода в зависимости от сроков наступления половой зрелости.

У девочек, как правило, голос меняется, постепенно теряя детские свойства. Это скорее *эволюция* голоса, а не *мутация*.

Продолжительность мутации от одного — нескольких месяцев до 2–3 лет. Весь период мутации делят на три стадии: ***начальную, основную — пиковую*** и ***конечную***.

Конечная стадия мутации закрепляет механизм голосообразования взрослого человека.

История развития учения о голосе и его нарушениях

Изучение патологии голоса и способов его восстановления является одной из проблем логопедии. В последние годы область педагогического воздействия при различных нарушениях голосового аппарата значительно расширилась, получив наименование ***фонопедия***.

Фонопедия — комплекс педагогического воздействия, направленного на постепенную активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани специальными упражнениями, коррекцию дыхания и личности обучающегося. В процессе фонопедических занятий устанавливаются и закрепляются такие условия голосоведения, при которых голосовой аппарат работает с наименьшей нагрузкой при хорошем акустическом эффекте. Это педагогический процесс, базирующийся на физиологии голосообразования, основных дидактических и методологических принципах логопедии.

Фонопедия развивается в тесном содружестве с ***фониатрией*** — медицинской наукой, разделом оториноларингологии, изучающей причины нарушений голоса и разрабатывающей методы их лечения.

Голос и его расстройства издавна привлекали внимание специалистов. В «Каноне врачебных наук» выдающегося ученого средневековья Авиценны (980–1037) описаны заболевания и способы лечения голосового аппарата. В 1024 г. им написан специальный фонетический трактат, охватывающий многие проблемы голосообразования: причины возникновения звука и процессы его восприятия органом слуха, детальный анализ анатомии и физиологии голосоречевых органов, физиологические и акустические характеристики фонем. Особое значение в голосообразовании ученый придавал голосовым складкам, подчеркивая их активно регулирующую роль во время фонации. Он указал на взаимосвязь функций головного мозга и голосового аппарата.

Развитие театрального искусства в XVI в. потребовало от актеров большой выносливости голосового аппарата. Голосовая патология проявлялась не только у актеров, но и у всех, кому по роду своей деятельности приходилось много говорить. По данным испанского фониатра J. Perello, еще в 1600 г. медицинская литература называла дисфонию болезнью проповедников.

Интерес к процессу голосообразования и появление профессиональных заболеваний выдвинули необходимость фундаментальных знаний анатомии и физиологии гортани, потребность усовершенствования голоса, устранения его дефектов. В 1855 г. певцом и вокальным педагогом Мануэлем Гарсиа был применен ларингоскоп (небольшое зеркало, укрепленное на стержне), давший возможность обозревать гортань живого человека (рис. 1, 2). С этого момента, можно считать, начала свое развитие фониатрия.



Рис. 1. Нормальная гортань при дыхании



Рис. 2. Нормальная гортань при фонации

Основоположниками развития в нашей стране научных проблем в области физиологии и патологии голоса считаются Е.Н. Малютин, Ф.Ф. Заседателев, Л.Д. Работнов, И.И. Левидов, М.И. Фомичев, В.Г. Ермолаев. Ими разрабатывались научные основы постановки голоса, изучались причины появления и процесс развития расстройств голосового аппарата, типы дыхания и значение дыхательной системы для правильного голосообразования. И хотя исследования были направлены на изучение вокального голоса, они также имели большое теоретическое и практическое значение для постановки и устранения дефектов речевого голоса.

Среди применявшихся в разные годы методов восстановления хронических голосовых нарушений можно выделить несколько направлений.

- Механическое воздействие на гортань в виде сдавливания ее хрящей (Л.Б. Французов, 1949). Это вызывало боль, временное удушье. Больные реагировали на манипуляцию криком, и таким образом вызывался громкий голос.
- Введение в гортань различных раздражителей — механических или раздражающих веществ (В.В. Шестаков, 1952; С.К. Берченко, 1953).
- Применение наркоза (С.М. Михелович, 1932; В.Я. Гапанович, 1960) ставило своей целью получение голоса в фазе возбуждения.
- Вибрационный массаж гортани (Е.Н. Малютини, 1924; К.Л. Гарри-Пшеничникова, 1938; М.И. Фомичев, И.П. Блескина, 1944) в сочетании с психотерапевтической беседой.
- Метод заглушения трещоткой Барани или корректофоном для выключения регуляции голоса по слуху (И.И. Левидов, М.И. Фомичев, А.Ф. Сысоева, 1947; И.Я. Деражне, 1950).
- Ортофонический метод (Е.М. Воронина, 1939; Н.Ф. Лебедева, 1952; А.Т. Рябченко, 1964; Г.Т. Бекбулатов, 1969).

Все эти приемы используются и в современной практике, но самое широкое применение находит ***фонопедия***. Различные авторы давали свои названия этому методу — фонический, ортофонический, фоническая ортопедия, голосовая гимнастика. Эти понятия подразумевают восстановление голоса специальными упражнениями голосового аппарата. Новейшие достижения в изучении механизмов голосообразования дали обоснование фонопедическим приемам, подтвердили их физиологичность и эффективность при восстановлении голоса.

Методики восстановления голоса при различных его нарушениях описаны С.Л. Таптаповой (1962, 1977, 1984), Е.В. Лавровой (1975, 1977, 1984), О.С. Орловой (1978, 1981, 1985). Материалы экспериментальных исследований Н.И. Жинкина, М.С. Грачевой, В.П. Морозова, Л.Б. Дмитриева, С.Л. Таптаповой используются в практической работе логопеда.

Причины, механизмы и классификации нарушений голоса

Нарушения голоса разделяются на ***центральные*** и ***периферические***, каждое из них может быть ***органическим*** и ***функциональным***. Большинство нарушений проявляются как самостоятельные, причинами их возникновения являются заболевания и различные изменения только голосового аппарата. Но они могут сопутствовать и другим более тяжелым нарушениям речи, входя в структуру дефекта при афазии, дизартрии, ринолалии, заикании.

Механизм нарушений голоса зависит от характера изменений нервно-мышечного аппарата гортани, прежде всего — от подвижности и тонуса голосовых складок, который проявляется обычно в виде гипо- или гипертонуса, реже в сочетании того и другого.

Органические нарушения голоса

Патология голоса, возникающая вследствие анатомических изменений или хронических воспалительных процессов голосового аппарата, считается органической.

К периферическим органическим нарушениям относятся дисфонии и афонии при хронических ларингитах, парезах и параличах гортани, состояниях после удаления опухолей. Степень дефекта голоса зависит не от вида заболевания, а от его тяжести. Так, при любом из указанных заболеваний наряду с афонией может наблюдаться лишь незначительное изменение тембра (исключением является состояние после удаления гортани, которое всегда приводит к афонии).

Хронические ларингиты весьма разнообразны. Это проявляется в характерных изменениях слизистой оболочки гортани, а в дальнейшем и в поражении ее нервно-мышечного аппарата. Появляющееся несмыкание голосовых складок ведет к стойкому дефекту голоса и сопровождается субъективными неприятными ощущениями в глотке и гортани. Голос теряет нормальное звучание, появляется сильная утомляемость до полной невозможности выполнять голосовую нагрузку. Нарушения голоса, обусловленные периферическими парезами и параличами гортани, возникают при травматизации или инфекционном поражении нижнего гортанного, или возвратного, нерва. Более распространенными являются односторонние нарушения (рис. 3). Положение голосовой складки на пораженной стороне может быть ***срединным (медиальным), боковым (латеральным)*** и ***средним между указанными (интермедиальным)***. При латеральной позиции более выражен дефект



а) *б)*

Рис. 3. Паралич левого возвратного нерва:
а) при вдохе; б) при фонации

голоса, при медиальной — дыхания. Нарушение двигательной функции гортани ведет к неврогенным парезам внутренних мышц на пораженной стороне, которые в данном случае рассматриваются как органические. Голос отсутствует или резко охриплый, жалобы на сильное утомление при речи, поперхивание, рефлекторный кашель, затрудненное дыхание. Наступает дискоординация рефлекторных механизмов дыхания и голосообразования. Сочетание грубого дефекта голоса с расстройством дыхания делает нарушение особо тяжелым.

Центральные парезы и параличи гортани зависят от поражения коры головного мозга, моста, продолговатого мозга, проводящих путей. У детей они встречаются при детском церебральном параличе.

Часто причиной органических нарушений голоса являются опухоли и состояния после их удаления. Доброкачественные опухоли встречаются у детей и взрослых чаще злокачественных. Голосовая патология при локализации опухоли на голосовых складках развивается постепенно по мере ее роста. Множественные папилломы чаще наблюдается у детей, они могут распространяться по всей гортани и рецидивировать после удаления. Обширный папилломатоз и рубцовые изменения после многократных операций вызывают тяжелые нарушения дыхания и голосообразования. Этиология и патогенез данного заболевания до настоящего времени не раскрыты. Ранний папилломатоз с нарушением дыхательной и голосовой функций может отрицательно влиять на формирование всей речи и личности ребенка.

Недостаточность голосового аппарата появляется после самого щадящего удаления опухоли. Полное удаление гортани по поводу злокачественной опухоли лишает человека голоса и резко нарушает функцию дыхания, так как трахея разобщается с глоткой.

Все вышеописанные нарушения голоса относятся к хроническим и самостоятельно не исчезают. Спонтанное развитие дефекта всегда отрицательное.

Нарушения голоса, как правило, не влияют на формирование речевой системы. Только особо тяжелая патология раннего возраста отрицательно сказывается на развитии

речи. Это иногда наблюдается у детей с множественными папилломами и рубцовыми стенозами гортани, если заболевание началось до формирования речи.

Многократные операции, нарушение дыхания через естественные пути при отсутствии голоса вызывают соматическую ослабленность ребенка и могут явиться причиной задержки психического развития и речи, отклонений в эмоционально-волевой сфере. Дети чувствуют свою неполноценность, становятся замкнутыми, неуравновешенными, капризными, с трудом вступают в контакт. Они с затруднениями овладевают правильным звукопроизношением, словарь их беден, что влияет на успешность обучения в школе. Такие осложненные случаи чаще встречаются в неблагополучных семьях, где детям не уделяют должного внимания. В более легких случаях нарушения голоса дети к своему состоянию относятся спокойно. Некоторые из них критически осознают дефект, стремятся к его устранению. Другие себя не слышат, остаются равнодушны к искаженному голосу.

Взрослые независимо от степени дефекта тяжело переживают нарушения голоса. Можно выделить несколько причин, определяющих остроту этих переживаний. Одна из них — особенности личности. У лиц с лабильной нервной системой более подавленное настроение, неверие в возможность преодоления дефекта. Второй причиной является неправильная оценка своего состояния. Многие считают, что паралич и последствия удаления опухоли необратимы. Третьей психотравмирующей причиной бывает длительность расстройства голоса и многократность недостаточно эффективного лечения. Наконец, одна из главных причин — это роль голоса в трудовой деятельности. Длительное нарушение голоса создает угрозу профессиональной непригодности, которая при некоторой предрасположенности и астенизирующих факторах приводит к развитию невротического состояния. Появляется страх перед публичными выступлениями, общая утомляемость, неуверенность в себе, тревога, бессонница, пониженное настроение.

Функциональные нарушения голоса

Наиболее распространенными и многообразными являются функциональные нарушения голоса. Они не сопровождаются воспалительными или какими-либо анатомическими изменениями гортани. Встречающиеся в педагогической

литературе утверждения о более легком устранении функциональных нарушений, по сравнению с органическими, весьма спорны, так как первые представляют для специалистов значительные трудности в связи со сложностью их этиологии и патогенеза. ***Причины функциональной патологии могут быть самые разнообразные: голосовое переутомление, плохая постановка голоса, различные инфекционные заболевания и влияние психических факторов.*** Иногда несколько из перечисленных причин выступают в совокупности и определение «пускового» момента затруднительно.

Длительно протекающие функциональные изменения могут вызывать псевдоорганические наслоения в виде гиперемии (покраснения) слизистой оболочки гортани, отечности и утолщения голосовых складок. Все это затрудняет диагностику функциональных нарушений, которые могут рецидивировать, а лица, страдающие такой патологией, склонны к фиксации на своем дефекте длительное время.

К периферическим функциональным нарушениям относятся ***фонастения, гипо-*** и ***гипертонусные афонии*** и ***дисфонии.***

Фонастения — нарушение голоса в ряде случаев, особенно на начальных стадиях, не сопровождаемое видимыми объективными изменениями в голосовом аппарате. Данное нарушение имеет профессиональный характер и развивается у лиц голосоречевых профессий. Проявляется фонастения в нарушении координации дыхания и фонации, невозможности владения голосом — усиливать и ослаблять звучание, в появлении детонации и ряда субъективных ощущений. Острые формы могут сопровождаться афонией.

В литературе нет единой точки зрения на причину возникновения фонастении. Одни исследователи считают причиной психические травмы и эмоциональные перегрузки. Другие видят причину в несоблюдении охранительного голосового режима при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей.

А. Митронович-Моджеевска относит фонастению к двигательным неврозам и считает ее врожденным координаци-

онным нарушением. Аналогичные нарушения, возникающие вследствие перенапряжения и утомления голосового аппарата, она квалифицирует как ложную фонастению и четко разграничивает ее с врожденной. Отечественные исследователи такого разделения не придерживаются.

Гипотонусная дисфония (афония) обусловлена, как правило, двусторонними миопатическими парезами, т.е. парезами внутренних мышц гортани. Они возникают при некоторых инфекциях (ОРВИ, гриппе, дифтерии), а также при сильном перенапряжении голоса. Страдают мышцы, суживающие голосовые складки. При функциональных нарушениях внутренних мышц гортани повреждение затрагивает одну мышцу, чаще одну пару мышц (поскольку почти все они парные). При гипотонусе голосовые складки в момент фонации полностью не смыкаются, между ними остается щель, форма которой зависит от того, какая пара мышц страдает (рис. 4). Патология голоса может проявляться от легкой осиплости до афонии с явлениями голосового утомления, напряжения и боли в мышцах шеи, затылка и грудной клетки.

Гипертонусные (спастические) нарушения голоса связаны с повышением тонуса гортанных мышц с преобладанием тонического спазма в момент фонации. Причины их возникновения полностью не изучены, но развиваются спастические дисфонии и афонии у лиц, форсирующих голос.



а *б* *в*

Рис. 4. Парез щиточерепаловидной мышцы (а); парез поперечной черепаловидной мышцы (б); комбинированный парез щиточерепаловидной и поперечной мышцы (в)

Гипертонус может охватывать голосовые и вестибулярные складки. При попытках фонации голос или не возникает совсем, или появляется резко искаженный, глухой звук. Иногда наблюдается отсутствие смыкания голосовых складок (гипотонус) с напряженным смыканием вестибулярных (гипертонус). Образующийся при этом специфический грубый, монотонный звук называют ***ложноскладочным***.

Перегрузка голосового аппарата при несоблюдении охранительного режима в период мутации может привести к нарушению функции внутренних мышц гортани в виде гипо- и гипертонуса.

Ринофония и ***ринолалия*** стоят несколько обособленно среди других голосовых нарушений, так как их патофизиологический механизм заключается в неправильной функции мягкого нёба органического или функционального характера. При ***закрытой ринофонии*** носовые согласные приобретают ротовое резонирование, гласные теряют звучность, тембр становится неестественным.

Открытая ринофония проявляется в патологической назализации всех ротовых звуков, голос при этой слабый, сдавленный. Дефекты голоса помимо нарушенного резонирования обусловлены тем, что мягкое нёбо функционально связано с внутренними мышцами гортани и влияет на симметрию и тонус голосовых складок. По данным И.И. Ермаковой (1984), ринолалия в 70–80% сопровождается фонастенией и гипотонусной дисфонией.

К функциональным нарушениям голоса ***центрального происхождения*** относится ***функциональная***, или ***психогенная, афония***. Возникает она внезапно как реакция на психотравмирующую ситуацию у лиц, склонных к истерическим реакциям, чаще у девочек и женщин. При полном отсутствии голоса сохраняются звучный кашель и смех, это является важным диагностическим признаком. Форма несмыкания голосовых складок при обследовании очень изменчива, что тоже свидетельствует о психогенном нарушении. Функциональная афония может протекать длительно, а после восстановления голоса возможны рецидивы.

Методы исследования голосового аппарата

Для изучения голоса большое значение имеет исследование голосового аппарата, в первую очередь функции голосовых складок. Существует несколько медицинских методов исследования. Первое представление о состоянии гортани дает непрямая ***ларингоскопия*** — осмотр при помощи зеркала (ларингоскопа). Ларингоскопия выявляет анатомические изменения или воспалительные заболевания. Более детальную картину функции голосовых складок раскрывает ***ларингостробоскопия***. При помощи специального прибора, ***электронного стробоскопа***, можно наблюдать характер колебаний голосовых складок.

Рентгенография и ***томография*** отражают точную картину гортани в какой-то момент ее работы, не раскрывая характера движений голосовых складок. Применяются преимущественно для диагностики опухолей.

Электромиография дает сведения о функции наружных и внутренних мышц гортани.

В последнее время находит все большее применение новый метод исследования голосового аппарата — ***глоттография***. Глоттограф был сконструирован французским физиологом Ф. Фабром в 1957 г. Принцип работы прибора основан на изменении сопротивления токов ультравысокой частоты, подаваемых на гортань. Метод Ф. Фабра применяют физиологи, врачи, вокальные педагоги, лингвисты, логопеды. Глоттография объективно оценивает динамические изменения голосового аппарата в процессе коррекционно-восстановительного обучения и по завершении его.

Логопед, приступая к восстановительному обучению, должен иметь заключение оториноларинголога или фониатра, а также сведения о начале и течении голосового нарушения. Следует тщательно собрать анамнез, выяснить, когда впервые появились жалобы на изменения голоса, причину. Сведения об условиях работы, режима труда и отдыха дают дополнительное представление о характере нарушения. Поскольку речь — сложный психофизиологический процесс, очень важно иметь данные о состоянии центральной и периферической нервной системы. В ходе беседы выясняется, как ребенок или взрослый относится к своему дефекту, оценивает свое состояние. Логопед изучает качество звучания измененного голоса — охриплость, падение силы,

звучности, напряжение наружных мышц шеи, появление рефлекторного кашля, прорывов звучного голоса или, наоборот, полное его выпадение, тип дыхания. По характеру звучания голоса опытный логопед может определить этиологию и механизмы нарушения.

Методика коррекционной работы

Восстановление голоса необходимо начинать как можно раньше. Это предупреждает фиксацию навыка патологического голосоведения и появление невротических реакций, что значительно улучшает прогноз.

В зависимости от этиологии и механизма нарушения голоса при его восстановлении выдвигаются ***две задачи. Первая задача*** определяется необходимостью выявления и включения компенсаторных возможностей организма. Компенсация может наступать только с включением значительного числа физиологических компонентов, расположенных в различных частях нервной системы и рабочей периферии, «однако всегда функционально объединенных на основе получения конечного приспособительного эффекта, необходимого в данный момент» [1, с.79].

Второй задачей является ликвидация патологического способа голосообразования, т.е. нужно создать «такую разветвленную систему возбуждений или побуждающих мотивов, которые по силе своих возбуждений значительно превосходили бы силу возбуждения нежелательной деятельности» [1, с. 501].

Для реализации этих задач требуется:

1) активизация функции нервно-мышечного аппарата гортани;
2) предотвращение развития вторичных дефектов голосового аппарата, т.е. появление псевдоорганических наслоений при функциональных расстройствах;
3) положительное воздействие на личность обучающегося для ликвидации психогенных реакций;
4) восстановление утраченных кинестезий голосоведения, т.е. непосредственно самой фонации;
5) восстановление координации дыхания и фонации.

В зависимости от задачи восстановления применяются дифференцированные приемы обучения, однако для всех форм нарушений голоса можно определить общие этапы коррекционной работы:

- рациональная психотерапия;
- коррекция физиологического и фонационного дыхания;
- тренировка кинестезий и координации голосового аппарата фонопедическими упражнениями;
- автоматизация восстановленной фонации.

Перед началом занятий для установления контакта, взаимопонимания выясняется, что является определяющим в настроении и поведении обучающегося, как он относится к своему дефекту. Это позволяет правильно выбрать тактику поведения и приемы убеждения. При первой беседе объясняется сущность нарушения, в доступной форме раскрывается механизм голосообразования, намечаются пути восстановительной работы.

Обучающегося необходимо убедить в обратимости нарушения, вселить бодрость, надежду на успех восстановления и одновременно поставить перед ним условие активного включения в восстановительный процесс. Механическое выполнение упражнений не приведет к положительному результату. Психотерапевтическая направленность осуществляется на протяжении всего обучения. Для взрослых прогноз восстановления должен быть реалистическим. Следует заранее предупредить, что в некоторых случаях функция голосового аппарата не полностью восстанавливается, а голос не всегда достигает нормы. Но обязательно увеличивается его сила, звучность, исчезает утомляемость при речевой нагрузке, нормализуется дыхание.

Восстановление голоса при парезах и параличах гортани

После психотерапевтической подготовки начинается работа над дыханием. При поражениях нижнего гортанного нерва резко ограничена двигательная функция самой гортани, а голосовая складка на пораженной стороне может быть полностью неподвижна. Одновременно с фонацией

страдает физиологическое и фонационное дыхание. Особенно это выражено при медиальной позиции голосовой складки. Для восстановления голоса выбираются такие функциональные тренировки голосового аппарата, которые включают его компенсаторные механизмы. Тренировки должны максимально увеличить подвижность здоровой половины гортани, а на парализованной стороне хотя бы частично восстановить двигательную функцию голосовой складки. Необходима также нормализация физиологического и фонационного дыхания. Осуществление этой задачи вызовет смыкание голосовых складок за счет компенсаторного перехода здоровой половины гортани за среднюю линию и сближения ее с неподвижной половиной гортани. В этом случае при организованном дыхании и даже частичном колебании пораженной голосовой складки голос восстановится или значительно улучшится.

Тренировки для активизации двигательной функции гортани сочетаются с нормализацией дыхания, поскольку они физиологически связаны и взаимно обусловлены. Занятия начинаются с упражнения «дутье в губную гармошку». Дуть следует медленно, протяжно, втягивая и выдувая воздух на одной ноте. Физически здоровые обучающиеся начинают тренировки с 45–60 секунд за прием, постепенно увеличивая нагрузку в течение двух недель до 2 минут. Первую неделю упражнение выполняют 8–10 раз в день по 45–60 секунд. В дальнейшем число тренировок может быть доведено до 15 раз по 2 минуты за прием. Если дутье вызывает головокружение, то продолжительность упражнения сокращается до 15–20 секунд. Продолжительность каждого вдоха и выдоха через губную гармошку в начале занятия значительно укорочена даже тогда, когда упражнение совершенно не затрудняет пациента. Плавность, полнота вдоха и длительность выдоха достигаются постепенно по мере тренировок. «Дутью в губную гармошку» отводится значительная роль в функциональных тренировках голосового аппарата. Оно удлиняет выдох, необходимый для правильного голосоведения, а равномерные движения вдыхаемой и выдыхаемой воздушной струи массируют гортань. Этим приемом достигается увеличение подвижности здоровой половины гортани и некоторая активизация парализованной, т.е. под действием воздушной струи происходит стимуляция мышц гортани, участвующих в фонации.

Одновременно с «дутьем в губную гармошку» предлагается комплекс дыхательных упражнений, которые тренируют направленный удлиненный выдох.

Комплекс А. Исходное положение — сидя на стуле прямо или стоя:

1) вдох и выдох через нос (вдох быстрый, не очень глубокий, выдох продолжительный);
2) вдох через нос, выдох через рот;
3) вдох через рот, выдох через нос;
4) вдох и выдох через одну половину носа, затем через другую (попеременно);
5) вдох через одну половину носа, выдох через другую (попеременно);
6) вдох через нос, замедленный выдох через нос с усилением в конце;
7) вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы;
8) вдох через нос, выдох через нос толчками (кратковременно задерживая дыхание, выталкивать воздух маленькими порциями).

Через 7–10 дней от начала дыхательных упражнений добавляются упражнения для активизации мускулатуры шеи, наружных и внутренних мышц гортани. Такой интервал лучше соблюдать, чтобы на раннем этапе восстановления не перегружать занятия упражнениями. Последовательное включение тренировок позволяет обучающимся полностью овладеть ранее предложенными заданиями.

Комплекс Б. Упражнения выполняются сидя:

1) исходное положение — руки в замок на затылке. Отклонение головы назад с легким сопротивлением рук;
2) исходное положение — сжатые в кулак кисти упираются в подбородок. Наклоны головы вперед с легким сопротивлением рук;
3) исходное положение — ладони рук прикрывают уши. Наклоны головы в стороны к плечам с сопротивлением рук;
4) движение нижней челюсти вниз, в стороны, вперед. Сжимание челюстей;
5) надувание щек;
6) доставание кончиком языка мягкого нёба;
7) поднятие мягкого нёба при зевке.

Оба комплекса упражнений легко выполнимы. Их можно рекомендовать для самостоятельных тренировок 6 раз в течение дня по 4–5 раз каждое упражнение.

На данном этапе логопедические упражнения желательно сочетать со специальными занятиями для установления диафрагмального типа дыхания в кабинете лечебной физкультуры. Упражнения второго этапа подготавливают голосовой аппарат к фонации. В результате тренировок исчезает рефлекторный кашель, ощущение инородного тела в горле, значительно удлиняется выдох и появляются слабые колебательные движения края парализованной голосовой складки. После этого можно переходить к следующему этапу работы — голосовым упражнениям для тренировки кинестезий и координации голосового аппарата. Дыхательные упражнения и «дутье в губную гармошку» рекомендуется продолжать до завершения коррекционного обучения.

Голосовые упражнения строятся с учетом воздействия различных звуков на сам механизм голосообразования. Звонкие согласные и гласные звуки влияют на функцию голосового аппарата посредством импеданса. В момент фонации при формировании различных звуков в надставной трубе возникает различное противодавление за счет меняющихся объемов полостей и сужений в ротоглоточном канале. Устанавливается взаимосвязная система колебаний резонаторов и голосовых складок. Поскольку этот акустический механизм зависит от индивидуального анатомического строения артикуляционного и голосового аппарата, а также способа образования звуков, одни звуки всегда имеют больший импеданс, чем другие. Вместе с тем путем тренировок его можно «подобрать» для каждого голосового аппарата таким образом, что при малых затратах мышечной энергии можно добиться хорошего акустического эффекта. В этом и состоит постановка голоса.

Начинается коррекция голоса с произнесения звука ***м***. Выбор этой фонемы определяется ее лучшей физиологической основой для установления правильной фонации. Она отличается незначительной напряженностью, струя воздуха, проходящая через рот, слаба. Это звук довольно большого импеданса.

Упражнение 1. Предлагается произносить звук ***м*** кратко при спокойном положении гортани, направляя звук так, чтобы он как бы «ударился» в твердое нёбо и вызвал большую резонацию вышележащих полостей. Постепенно, по мере тренировок, длительность фона-

ции увеличивается и голос становится более ясным, звучным. Как только обучающийся без затруднений начинает выполнять это упражнение, переходят к произнесению открытых слогов.

Упражнение 2. После длительного произнесения звука ***м*** слитно с ним произносятся кратко все гласные звуки при резко опускании нижней челюсти: *ма, мо, му, мэ, мы*. Упражнения проводят со всеми звонкими согласными звуками.

Дальнейшее закрепление кинестезий голосоведения происходит при произнесении пар слогов с ударением на втором слоге.

Упражнение 3. Произнести слоги:

ма-ма́ *ма-мо́*
ма-му́ *на-на́*
на-но́ *на-ну́*

и т. д. и сочетания слов с перемещающимися ударениями.

Упражнение 4. Произнести:

ма́ма-мама́-мамама́;

на́на-нана́-нанана́ и т.д.

При достижении громкого полноценного звучания различных слоговых сочетаний переходят к упражнению 5.

Упражнение 5. Тренировка сочетаний гласных звуков с *j*.

Звук произносится с незначительным шумом, голосовые складки колеблются. Большой импеданс *j* и звучание гласных на твердой атаке оказывают активизирующее влияние на смыкание голосовых складок. Гласный звук должен звучать коротко, твердо, а *j* — длительно: *ай... яй..., ой... ей..., уй... юй..., эй... ей...*

В дальнейшем после получения звучного голоса и закрепления кинестезий необходима координация дыхания и голосообразования. Для этой цели используется произнесение гласных звуков и их сочетаний по два, три, четыре и пять на одном выдохе.

Упражнение 6. Произнести гласные звуки и их сочетания: *а, ао, ау, аэ, аи, аоу, аоэ, аои, аоуэи, аоуи* и т.д.

Сначала сочетания произносятся отраженно за логопедом, затем самостоятельно. Данный этап занятий можно считать законченным, если упражнения выполняются легко, без напряжения, нет жалоб на голосовую утомляемость, а голос достаточно громкий и звучный.

По завершении работы над звуковыми и слоговыми упражнениями начинается этап автоматизации восстановленного голоса. Для этого подбираются слова, начинающиеся с прямых ударных слогов — *ма, мо, му, мэ, мы*. При произнесении слов типа *манка, море, муха, мыло* легко включается верхний резонатор и закрепляются наилучшие условия голосоведения. Далее приступают к фразовой речи и чтению стихотворений и прозы. На завершающем этапе речевой материал подбирается не по фонетическому принципу, а с учетом возраста и интересов обучающихся.

Одновременно с работой над речевым материалом выполняются вокальные упражнения. Они позволяют закрепить восстановленную голосовую функцию в более короткие сроки, расширяют диапазон и увеличивают звучность голоса, вокальные упражнения проводятся в диапазоне одной – полутора октав, малой или первой в зависимости от высоты восстановленного голоса. Пропеваются гаммы, трезвучия, затем короткие мелодии без резких тональных переходов.

Восстановленным можно считать громкий звучный голос при организованном речевом дыхании и отсутствии жалоб на утомляемость и различные неприятные ощущения в горле. При оториноларингологическом обследовании отмечается смыкание голосовых складок за счет компенсации здоровой половины гортани и появление колебаний голосовой складки на пораженной стороне. Глоттография выявляет равномерные колебания голосовых складок с четко выраженными фазами.

Продолжительность коррекционно-логопедической работы 2–4 месяца, в зависимости от тяжести нарушения и времени начала занятий. К восстановлению голоса необходимо приступать в ранние сроки с момента заболевания. Своевременно начатые тренировки голосового аппарата при соблюдении этапов занятий и строгой дозировке нагрузок активнее мобилизуют компенсаторные возможности организма, предупреждают образование патологического навыка голосоведения и развитие невротических реакций.

Восстановление голоса при хронических ларингитах

Лица, страдающие хроническими ларингитами, являются трудным контингентом для восстановления голоса. Хро-

ническое течение ларингита с обострениями процесса требует медикаментозного и физиотерапевтического лечения. Стихание воспалительных явлений обычно сопровождается улучшением голоса, что исключает потребность его постановки. Оториноларингологи направляют больных к фоноледу, когда изменения голоса становятся уже весьма значительными, стойкими. Вторая причина — недостаточно серьезное отношение к своему заболеванию. Если парезы и параличи гортани настораживают людей, угнетают их, то хронические ларингиты не вызывают у них опасений. Страдающие хроническими ларингитами должны направляться к фоноледу независимо от степени голосовой недостаточности. Правильная постановка голоса снимает напряжение голосового аппарата, улучшает лимфо- и кровообращение в воспаленных тканях, организует фонационное дыхание. А при изменениях нервно-мышечного аппарата гортани постановка голоса приспосабливает его к голосовой нагрузке. На начальных же стадиях заболевания логопедические занятия являются профилактической мерой, предупреждающей нарушение тонуса голосовых складок.

Логопедическая работа при хронических ларингитах начинается с разъяснительной беседы. Следует объяснить, что при несоблюдении гигиенических мер, при нарушении регулярности лечения и постановки голоса хронический процесс угрожает утяжелением. В период занятий желательно соблюдать охранительный голосовой режим: уменьшить голосовую нагрузку, не форсировать голос и избегать эмоционального перенапряжения. Не следует говорить шепотом, так как при этом возникает большое напряжение мышц голосового аппарата.

Занятия начинаются с работы над дыханием. Одна из первоочередных задач — выработка дыхательной опоры, сознательного замедления выдоха. Особенностью дыхательной опоры является то, что при этом принимают участие одновременно и вдыхательные и выдыхательные мышцы, являющиеся антагонистами. Дозированное напряжение и тех и других мышц обеспечивает правильную опору и не приводит к повреждению голосового аппарата. Дыхательная опора считается неправильной, если это состояние сопровождается

ощущением перенапряжения мышц. Форсированное дыхание вызывает прилив крови к голосовому аппарату, его утомление, а недобор дыхания ведет к ослаблению мышечного аппарата, снижению качества голоса. Все обучающиеся до начала фонопедии направляются в кабинет лечебной физкультуры. Организация фонационного дыхания, нахождение опоры осуществляются на логопедических занятиях. Начинаются они с выполнения диафрагмального дыхания лежа, выдох озвучивается. Предлагается лечь на кушетке, расслабиться, положить одну руку на грудь, другую на живот для контроля за движением мышц. На вдох передняя стенка живота поднимается, грудная клетка максимально неподвижна. Выдох замедленный с произнесением глухих согласных звуков ***с, ш*** для лиц, имеющих грубое нарушение голоса. Передняя стенка живота постепенно втягивается. При постановке голоса без выраженной дисфонии рекомендуется произносить на выдохе звонкий двугубный ***в***. После того как обучающийся усвоит это упражнение в положении лежа, его следует выполнять сидя и стоя. Такие тренировки проводятся в дальнейшем самостоятельно не менее 2 раз в день продолжительностью 1–2 минуты. Если позволяют условия, количество тренировок доводится до 5–6 раз в день.

Для снятия неприятных ощущений, связанных с сенсорными расстройствами, при хроническом ларингите нужно проводить легкий массаж шеи в области наружной поверхности гортани. Начинать его следует в области корня языка большим и указательным пальцами, круговыми движениями спускать вниз. Продолжительность массажа 2–3 минуты, проводят его 3–4 раза в день.

При хроническом ларингите отмечается постоянное желание откашляться, ощущение першения, обусловленное нарушением секреторной деятельности слизистой оболочки. При длительных хронических процессах покашливание приобретает стойкий, упорный характер. Для борьбы с ним можно предложить беззвучное произнесение ***ы***. Звук имитируется на задержанном дыхании при закрытом рте с неплотно сжатыми зубами. При этом в глотке ощущается небольшое напряжение. Повторяется прием 2—3 раза. В течение дня к нему можно прибегать до 10—12 раз.

Занятие лечебной физкультурой, установление дыхательной опоры и массаж продолжаются 7–10 дней. После этого переходят к голосовым упражнениям.

Принципы постановки голоса, проведения голосовых упражнений те же, что применяются при парезах и параличах гортани.

Самостоятельные тренировки обучающиеся должны проводить дробно, не перенапрягая голосовой аппарат. Поскольку при хронических ларингитах афония встречается редко, то подготовка к смыканию голосовых складок и произнесению первого полнозвучного ***м*** идет значительно быстрее. А с произнесением громкого, звучного ***м*** в занятия быстро вводятся последующие слоговые упражнения.

Трудность восстановления голоса у лиц этой группы состоит в том, что при малейших простудах, утомлении возникают обострения процесса, в период которых проводить занятия запрещается. Восстановление, особенно на первых порах, идет как бы волнообразно: то голос заметно улучшается и исчезают все неприятные субъективные ощущения, то опять наступает ухудшение. Только систематическая работа по постановке голоса может привести к желаемым результатам.

Восстановление голоса после удаления гортани

Удаление (экстирпация) гортани при злокачественной опухоли нарушает естественный дыхательный путь и лишает полностью голоса при сохраненных артикуляционном аппарате и нефрофизиологических механизмах речи. С удалением гортани создается тяжелая психотравмирующая ситуация. Человек лишается коммуникативных возможностей. Возникают серьезные опасения по поводу прогноза заболевания и соматической ослабленности после операции и лучевого лечения. Все это вызывает не только естественные реакции на болезнь, но и собственно психические нарушения, обусловленные заболеванием и особенностями личности. Клиника психических нарушений очень разнообразна и полиморфна. Она подробно исследована психиатром М.С. Поповой (1972).

Общим для всех лиц с удаленной гортанью является осознание собственной неполноценности, «уродства», бесперспективности и страха за свою дальнейшую жизнь. Подавляющее большинство нуждается в лечении у психиатра. Занятия по восстановлению звучной речи переключаются на активную деятельность, появляется возможность вернуться к общественно полезному труду, «создается социальная доминанта, значимость которой способствует тому, что проявления витальных чувств отходят на второй план» [4, с. 56].

Восстановление звучной речи у лиц без гортани возможно только при создании компенсаторного органа голосообразования. Этим органом может быть физиологическое сужение в пищеводе на уровне IV–VI шейных позвонков, называемое псевдоголосовой щелью. При фонации происходит смыкание стенок пищевода протяженностью до 3,5 см. Ниже псевдоголосовой щели находится воздушный пузырь, который и является энергетической базой голосообразования. Образующийся таким способом голос принято называть пищеводным или псевдоголосом.

Клинико-экспериментальные исследования и методика образования пищеводного голоса разработаны С.Л. Таптаповой. Курс восстановления голоса состоит из четырех этапов.

Первый этап — подготовительный. Выясняется состояние психики больных, проводится рациональная психотерапия, консультация и лечение у психиатра. Для тренировки верхнего и среднего отделов пищевода применяется упражнение «дутье в губную гармошку» по 30 секунд за прием 10–12 раз в день. В этот же период обучающийся приступает к занятиям лечебной физкультурой для адаптации к дыханию через трахеостому — сформированное отверстие в трахее после удаления гортани.

Второй этап — формирование псевдоголосовой щели и вызывание пищеводного голоса. Специальные упражнения способствуют усилению первого сужения пищевода и образованию компенсаторного механизма.

Упражнение А. Стоя, слегка наклонив корпус вперед, опустив руки, задержав дыхание при открытом рте, имитировать рвотное движение 3 раза подряд.

Упражнение Б. Лежа, задержав дыхание и втянув живот, при открытом рте имитировать рвотное движение 3 раза подряд. После нескольких тренировок появляется пищеводный звук, который нужно использовать, чтобы успеть сказать короткое слово, начинающееся со звуков ***к*** или ***т***. Например: *как, Катя, каток, Толя, тапки* и т.д. Продолжительность занятий не должна превышать 5 минут. Дома самостоятельные тренировки можно проводить 5–8 раз в течение дня.

Третий этап — автоматизация пищеводного голоса. Обучающимся предлагаются для произнесения короткие фразы: *Кот катает клубок. Кате купили куклу. Там живет Таня.* Постепенными тренировками достигается плавность и внятность речи. Одновременно со специальными речевыми упражнениями начинается употребление обиходных слов типа *дайте, получите, спасибо.*

Речевой материал усложняется, включается произнесение скороговорок, коротких стихотворений, гласных звуков и их сочетаний.

Четвертый этап завершает формирование пищеводного голоса. Проводятся упражнения, расширяющие диапазон, увеличивающие модуляцию и улучшающие тембр. Для этого используются вокальные упражнения. Для мужского голоса они проводятся в малой октаве, а для женского — в первой. Диапазон упражнений — квинта.

Продолжительность занятия по обучению пищеводному голосу 2–4 месяца.

Восстановление голоса у детей с органическими изменениями гортани

Логопедическая работа с детьми, перенесшими многократные операции по удалению папиллом и имеющими вследствие этого рубцовые изменения гортани, состоит из коррекции дыхания, звукопроизношения и восстановления голоса.

Необходимость постановки дыхания определяется длительным нарушением дыхательного просвета гортани и вынужденным формированием трахеостомы. В послеоперационном периоде ребенка нужно вновь научить дышать естественным путем. Для этого проводятся специальные занятия лечебной физкультурой, эта проблема решается и на логопедических занятиях.

Коррекция звуков осуществляется общепринятыми приемами параллельно с работой над голосом.

Вызывание голоса у ребенка с афонией при рубцовых изменениях гортани — самый сложный момент в коррекционных занятиях. Для получения первого звучного прорыва голоса методом проб и ошибок подбирается любой звонкий согласный звук. Чаще всего такими звуками оказываются ***м*** и ***ж***, которые формируются при «стоне» и «мычании» (***м***) или жужжании (***ж***).

Помимо слухового контроля используется вибрационно-тактильный. Для лучшего закрепления голосовых кинестезий ребенок, прикладывая руку к передней поверхности шеи, ощущает колебания голосовых складок. После устойчивого получения звука его можно вводить в слоговые упражнения, слова, предложения, придерживаясь принципа постепенного увеличения нагрузки. При проведении занятий учитывается возраст детей и в соответствии с ним подбирается речевой материал, используются игровые приемы.

Процесс автоматизации восстановления голоса зависит от тяжести и длительности нарушения. Ускоряют закрепление голосовой функции вокальные упражнения. Активизации и координации голосового аппарата способствует пение.

Восстановление голоса при функциональных нарушениях

Для восстановления нормальной функции голосового аппарата при фонастении необходимо прежде всего выяснить

причину ее возникновения. Если она развилась в результате постоянного форсирования голоса, нужно ограничить и упорядочить речевую нагрузку, а также избегать психотравмирующих ситуаций, которые могут отрицательно влиять на нервную систему. Удлинению фонационного выдоха, нахождению дыхательной опоры уделяется постоянное внимание на фонопедических занятиях.

Поскольку явной охриплости при фонастении обычно не наблюдается, то функциональные тренировки сводятся к постановке голоса, нахождению удобной, комфортной его подачи с минимальной нагрузкой голосового аппарата. Правильную индивидуальную для каждого позицию фонации легко подобрать при длительном произнесении звука ***м***. Лицам с плохим музыкальным слухом можно рекомендовать пользоваться камертоном. Для этого камертон, звучащий соответственно высоте голоса, прикладывается к темени, и голос как бы подстраивается к его звучанию. Это значительно облегчает нахождение и закрепление правильных кинестезий голосоведения. Дальнейшие фонопедические упражнения не представляют трудностей и проводятся обычным порядком.

В восстановлении голоса при гипо- и гипертонусных нарушениях в первую очередь необходимо работать над дыханием, установлением дыхательной опоры. Главная задача логопедической работы заключается в активизации голосового аппарата при гипотонусных расстройствах и восстановлении координации, снятии излишнего напряжения при гипертонусе. После постановки диафрагмального дыхания, при гипотонусных расстройствах голоса можно провести упражнения комплекса Б, активизирующие внутренние мышцы гортани, а затем переходить к голосовым упражнениям в обычной последовательности. Голосовые упражнения произносятся на твердой атаке звука, затем переводятся на мягкую атаку.

При гипертонусных нарушениях вначале используется придыхательная атака звука. Она помогает ослаблению мышечного тонуса. С этой же целью выполняют дыхательные упражнения комплекса А с озвучиванием.

Исходное положение — сидя на стуле.

1) вдох через нос, выдох через нос, имитация стона;
2) вдох через нос, выдох через рот со звуком ***а***;
3) вдох через рот, выдох через нос, имитация стона;
4) вдох через нос, удлиненный выдох через нос, имитация стона с усилением в конце;
5) вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы с произнесением двугубного, слегка оглушенного звука ***в***;
6) вдох через нос, выдох через нос толчками, имитация прерывистого стона.

Параллельно с этими упражнениями проводится массаж передней поверхности шеи для уменьшения напряжения мышц. Такие тренировки подготавливают голосовой аппарат к фонации, и произнесение громкого полнозвучного соната ***м*** достигается у обучающихся данной группы довольно легко даже при афонии. После образования ясного полноценного «мычания» дальнейшие фонопедические упражнения затруднений не вызывают. Исключение составляют лица с многолетними нарушениями голоса, со стойкими навыками патологического голосообразования. В таких случаях каждая функциональная тренировка, каждое упражнение требует более длительной отработки.

Восстановление голоса при психогенно-функциональной афонии представляет значительную трудность.

После тщательно продуманной психотерапевтической подготовки энергично приступают к вызыванию звучного голоса. Легче всего голос появляется от кашлевого толчка и введением его в слоги *ка, ко, ку, ки, ке*; затем *как, кок, кук, кик, кек*. Или от «жужжания» со слогами *жа, жо, жу, жи, же; жож, жуж*.

Для закрепления полученного голоса в дальнейшем проводятся голосовые упражнения.

При различных нарушениях голоса в комплексе восстановительного обучения на некоторых этапах применяются технические средства — приборы «И-2-М», «ВИР-4», «АИР-2», слухофильтры Страхова. С помощью этих приборов улучшается контроль за тембром и силой голоса.

Профилактика нарушений голоса

Для предупреждения различных голосовых расстройств очень важна охрана и воспитание голоса с раннего детства. Каждый педагог должен знать, что развитие голоса идет постепенно, что детский голосовой аппарат еще слаб и форсирование голоса может нанести непоправимый вред. Крикливое пение в диапазоне, не соответствующем детскому голосу, вызывает перенапряжение голосового аппарата, что может привести к функциональным и органическим нарушениям. Дети с раннего возраста должны слышать мягкие мелодичные голоса с точными и выразительными интонациями. Обладая большой подражательностью, они легко усваивают интонацию и способ голосоподачи окружающих их взрослых. Основными профилактическими мерами предупреждения патологии голоса являются закаливание организма, овладение навыками наиболее рационального диафрагмального дыхания и мягкой атаки голосоподачи.

Для охраны голоса лицам голосоречевых профессий необходимо помнить, что курение, алкоголь, злоупотребление горячей и сильно охлажденной пищей недопустимы, так как при этом раздражается слизистая оболочки глотки и гортани. Следует остерегаться простудных заболеваний. Наблюдения показывают, что отрицательное влияние на голосовой аппарат оказывают «малые простуды», при которых люди продолжают работать, напрягая голос. Самой радикальной мерой по предотвращению заболеваний голосового аппарата можно считать постановку речевого голоса, в ней нуждаются все лица, которым по роду деятельности приходится много говорить.

Вторичная профилактика состоит в предотвращении дефектов и наслоений, являющихся следствием голосовой патологии. Это в первую очередь невротические реакции на дефект, которые отягощают развитие основного нарушения. Тактичная рациональная психотерапия, раннее начало коррекционно-логопедической работы, первое, даже небольшое улучшение голосовой функции снимают или заметно ослабляют невротические проявления.

Профилактические мероприятия проводятся и после завершения восстановления голоса. Продолжается диспансерное наблюдение у врача и логопеда для контроля за состоянием голосового аппарата и качеством голоса.

Все, окончившие курс восстановления, получают рекомендации по соблюдению голосового режима. Соблюдение профилактических мер, регулярное диспансерное наблюдение у специалистов предотвращает рецидивы голосовых расстройств, обеспечивает устойчивость достигнутых результатов.

Контрольные задания

1. Раскройте основы голосообразования и этапы развития детского голоса.
2. Охарактеризуйте отдельные формы функциональных и органических нарушений голоса, их причины и механизмы.
3. Определите основные задачи фонопедии.
4. Сравните задачи коррекционной работы при гипо- и гипертонусных расстройствах.
5. Сформулируйте основу профилактики нарушений голоса.

Литература

1. *Анохин П.К.* Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., 1968.
2. *Беккер К.П., Совак М.* Логопедия. — М., 1981.
3. *Вильсон Д.К.* Нарушения голоса у детей. М., 1990.
4. Восстановление звучной речи у больных после резекции или удаления гортани. М. 1985.
5. Детский голос. Экспериментальное исследование / Под ред. В.Н. Шацкой. М., 1970.
6. *Ермолаев В.Г., Лебедева Н.Ф., Морозов В.П.* Руководство по фониатрии. Л., 1970.
7. *Митринович-Моджеевска П.* Патофизиология речи, голоса и слуха. Варшава, 1965.

8. *Орлова О.С.* Система логопедической работы по коррекции и предупреждению нарушений голоса у педагогов. М., 1998.
9. *Таптапова С.Л.* Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. М., 1984.
10. *Таптапова С.Л.* Восстановление звучной речи у больных после резекции или удаления гортани. М., 1985.
11. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997. — Ч. I.
12. *Хватцев М.Е.* Как предупредить и устранить недостатки голоса и речи у детей. М., 1962.

Глава 6

ДИСЛАЛИЯ

Дислалия (от греч. *dis* — приставка, означающая частичное расстройство, и *lalio* — говорю) — **нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.**

Понятием «произносительная сторона речи», или «произношение», охватывают фонетическое оформление речи и одновременно комплекс речедвигательных навыков, которыми оно определяется. Сюда относятся навыки речевого дыхания, голосообразования, воспроизведения звуков и их сочетаний, словесного ударения и фразовой интонации со всеми ее средствами, соблюдения норм орфоэпии [2, с. 292].

Среди нарушений произносительной стороны речи наиболее распространенными являются избирательные нарушения в ее звуковом (фонемном) оформлении при нормальном функционировании всех остальных операций высказывания.

Эти нарушения проявляются в дефектах воспроизведения звуков речи: искаженном (ненормативном) их произнесении, заменах одних звуков другими, смешении звуков и — реже — их пропусках.

Термин ***дислалия*** одним из первых в Европе ввел в научное обращение профессор Вильнюсского университета врач И. Франк. В монографии, вышедшей в 1827 г., он применил его в обобщенном значении как наименование всех видов произносительных расстройств различной этиологии. Несколько позже, в 30-е годы XIX столетия, швейцарский врач Р. Шультесс также вводит в свои работы этот термин, но в более узком, нежели у И. Франка, значении: он причисляет к дислалии лишь произносительные нарушения, обусловленные анатомическими дефектами органов артикуляции. В классификации Куссмауля была принята точка зрения Шультесса, такое же понимание дислалии встречается в работах Гутцмана.

Несколько иную позицию занимал польский исследователь В. Олтушевский, который относил к дислалиям случаи нарушения произношения, не обусловленные анатомическими дефектами речевого аппарата. Он выделял две формы: ***функциональную*** и ***обусловленную снижением слуха*** (*dislalia audiogenes*). Дефекты произношения, обусловленные патологическими изменениями в артикуляционном аппарате, он обозначил термином ***дисглоссия*** и выделил четыре вида этого дефекта в зависимости от того, какой из артикуляционных отделов оказывается нарушенным: ***губную*** (*labialis*), ***язычную*** (*lingualis*), ***зубную*** (*dentalis*) и ***нёбную*** (*palatalis*).

В отечественной логопедии начала XX в. объем понятия дислалии не отличался от принятого в работах Куссмауля и Гутцмана. Но уже в 30—50-е годы это понятие претерпевает существенные изменения. М. Е. Хватцев рассматривал дислалию как одну из форм косноязычия (под этот обобщающий термин подводились все типы нарушения произношения). Он включал в нее звукопроизносительные ***нарушения, обусловленные поражением или расстройством периферических органов речи***: костно-хряще-мышечных частей, а также нарушения звукопроизношения, ***обусловленные периферической тугоухостью***. Он полагал, что не менее 10% случаев дислалий обусловлены этим дефектом.

М. Е. Хватцев выделяет три формы дислалий: ***механическую***, обусловленную грубыми анатомическими дефектами органов речи (расщелинами нёба, короткой подъязычной уздечкой); ***органическую***, обусловленную периферической тугоухостью, аномалиями челюстей, зубов, языка и нёба; ***функциональную***, обусловленную мышечной вялостью мягкого нёба, недостаточной гибкостью кончика языка, слабостью выдыхаемой струи воздуха и т. д.

В начале 50-х г. А. М. Смирнова на основе большого клинического материала публикует классификацию дефектов произношения, которая заметно отличается от классификации, предложенной М. Е. Хватцевым.

В это же время О. В. Правдина дает иную трактовку дислалии: в частности, были исключены нарушения, обусловленные дефектами слуха. Она в отличие от М. Е. Хватцева выделила только две формы: ***функциональную*** и ***механическую***. В состав последней была включена и ринолалия.

В дальнейшем в 60-е годы в работах С. С. Ляпидевского и О. В. Правдиной прослеживается тенденция к делению произносительных дефектов на дизартрию и дислалию и отказу от обобщающего термина «косноязычие». В эти же годы в работе С. С. Ляпидевского и Б. М. Гриншпуна ринолалия была выделена из механической дислалии в отдельное речевое нарушение. Это определенным образом сузило понятие дислалии и сделало его более четким. В дальнейшем деление дислалии на функциональную и механическую стало разделяться большинством авторов. Лишь в отдельных работах упоминалась органическая дислалия, хотя содержание этого словосочетания не у всех авторов совпадало: в работе Е. Ф. Рау и В. А. Синяка термин ***органическая дислалия*** просто был заменен термином ***механическая дислалия***, а в работе Л. В. Мелеховой понятием ***органическая дислалия*** охватывались случаи произносительных нарушений, переходные между дизартрией и дислалией. В последнее время такие нарушения определяются как ***стертая дизартрия***.

В настоящее время термин «дислалия» приобрел международный характер, хотя его содержание, а также виды нарушений, определяемых им, не всегда совпадают. Эти несовпадения связаны с тем, какие основания берутся исследователями при описании нарушений: анатомо-физиологические, психологические или лингвистические. В традиционных описаниях, в которых используются клинические критерии, различные произносительные нарушения типа дислалии рассматриваются нередко как рядоположные. Описания, в основу которых положены психологические и лингвистические критерии, в понятие дислалии включают то разные ее формы и виды, то фонетические и фонетико-фонематические нарушения звукопроизношения (например, в работах Р. Е. Левиной) [9, с. 108].

Критический анализ учения о дислалии с современных научных позиций требует пересмотра установившихся в логопедии представлений. Произносительные дефекты по сво-

ему нейрофизиологическому и психологическому механизму, по вызывающим их причинам, по роли в общем речевом развитии ребенка и методам преодоления нередко оказываются различными.

Дислалия является одним из наиболее распространенных дефектов произношения (см. гл. 1).

Формы дислалии

Выделяют ***две основные формы дислалии*** в зависимости от локализации нарушения и причин, обусловливающих дефект звукопроизношения: ***функциональную*** и ***механическую*** (органическую).

В тех случаях, когда не наблюдается органических нарушений (периферически или центрально обусловленных), говорят о **функциональной дислалии. При отклонениях в строении периферического речевого аппарата** (зубов, челюстей, языка, нёба) говорят о **механической** (органической) **дислалии.**

Функциональные дислалии возникают в детском возрасте в процессе усвоения системы произношения, а механические — в любом возрасте вследствие повреждения периферического речевого аппарата. При функциональных дислалиях может нарушаться воспроизведение одного или нескольких звуков, при механических обычно страдает группа звуков. В ряде случаев встречаются комбинированные функциональные и механические дефекты.

Функциональная дислалия

К функциональной дислалии относятся дефекты воспроизведения звуков речи (фонем) при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата.

Причины возникновения — биологические и социальные: общая физическая ослабленность ребенка вследствие соматических заболеваний, особенно в период активного формирования речи; задержка психического развития (минимальные мозговые дисфункции), запоздалое развитие

речи, избирательное нарушение фонематического восприятия; неблагоприятное социальное окружение, препятствующее развитию общения ребенка (ограниченность социальных контактов, подражание неправильным образцам речи, а также недостатки воспитания, когда родители культивируют несовершенное детское произношение, задерживая тем самым у него развитие звукопроизношения).

Формирование произносительной стороны речи — сложный процесс, в ходе которого ребенок учится воспринимать обращенную к нему звучащую речь и управлять своими речевыми органами для ее воспроизводства. Произносительная сторона, как и вся речь, формируется у ребенка в процессе коммуникации, поэтому ограничение речевого общения приводит к тому, что произношение формируется с задержками.

Звуки речи — это особые сложные образования, присущие только человеку. Они вырабатываются у ребенка в течение нескольких лет после рождения. В этот процесс включены сложные мозговые системы и периферия (речевой аппарат), которые управляются центральной нервной системой. Вредности, ослабляющие ее, отрицательно сказываются на становлении произношения.

Произносительная система очень сложно организована. Овладение ею может осуществляться с отклонениями, в разные сроки, с различной степенью точности, соответствия, приближения к образцу, которым овладевают дети, прислушиваясь к речи окружающих. При этом каждый ребенок встречается с затруднениями, которые большинство детей постепенно преодолевают. Но у некоторых они остаются, что часто приводит к рассогласованности между механизмами слухового контроля и приема, с одной стороны, и управления речевыми движениями — с другой.

При нормальном речевом развитии ребенок не сразу овладевает нормативным произношением. «Первоначально, — пишет Н. И. Жинкин, — центральное управление двигательного анализатора не способно подать такой верный импульс на органы речи, который вызвал бы артикуляцию и звук, соответствующий нормам контролирующего слуха. Первые попытки управления речевыми органами будут неточными, грубыми, недифференцированными. Слуховой контроль

будет их отклонять. Но управление речевыми органами никогда не наладится, если сами они не будут сообщать в управляющий центр, что ими делается, когда воспроизводится ошибочный, не принимаемый слухом звук. Такой обратный посыл импульсов от речевых органов и происходит. На основании их центральное управление может перестроить ошибочный посыл в более точный и принимаемый слуховым контролем» [4, с. 63].

Длительный путь овладения ребенком произносительной системой обусловлен сложностью самого материала — звуков речи, которые он должен научиться воспринимать и воспроизводить.

При восприятии речи ребенок сталкивается с многообразием звучаний в ее потоке: фонемы в потоке речи изменчивы. Он слышит множество вариантов звуков, которые, сливаясь в слоговые последовательности, образуют непрерывные акустические компоненты. Ему нужно извлечь из них фонему, при этом отвлечься от всех вариантов звучания одной и той же фонемы и опознать ее по тем постоянным (инвариантным) различительным признакам, по которым одна (как единица языка) противопоставлена другой. Если ребенок не научится этого делать, он не сможет отличить одно слово от другого и не сможет узнать его как тождественное. В процессе речевого развития вырабатывается ***фонематический слух***[1], так как без него, по выражению Н. И. Жинкина, невозможна генерация речи. С его помощью осуществляются операции различения и узнавания фонем, составляющих звуковую оболочку слова. Он формируется у ребенка в процессе речевого развития в первую очередь. Развивается и фонетический слух, позволяющий следить за непрерывным потоком слогов. Поскольку фонемы реализуются в произносительных вариантах — звуках (аллофонах), важно, чтобы эти звуки произносились нормированно, т. е. в общепринятых, привычных реализациях, иначе их трудно опознавать слушающим.

Непривычное для данного языка произношение оценивается фонетическим слухом как неправильное. Фонематический и фонетический слух (они совместно составляют ***речевой слух***) осуществляют не только прием и оценку чужой речи, но и контроль за собственной речью. ***Речевой слух является важнейшим стимулом формирования нормированного произношения.***

[1] Здесь и далее понятия «фонематический слух» и «фонематическое восприятие» употребляются как близкие по значению.

В ходе развития речи образуются системно управляемые слуходвигательные образования, которые и являются реальными, материальными знаками языка. Для их актуализации необходимо существование артикуляторной базы и умение образовывать слоги. Н. И. Жинкин определяет такую базу как «комплекс умений, приводящих органы артикуляции в позиции, при которых для данного языка вырабатывается нормативный звук» [5, с. 42].

С этой точки зрения дислалия может быть рассмотрена как избирательный дефект формирования артикуляторной базы звука при сложившихся умениях образовывать слог.

При ***функциональной дислалии*** нет каких-либо органических нарушений центральной нервной системы, препятствующих осуществлению движений. Несформированными оказываются специфические речевые умения произвольно принимать позиции артикуляторных органов, необходимые для произношения звуков. Это может быть связано с тем, что у ребенка не образовались акустические или артикуляционные образцы отдельных звуков. В этих случаях им оказывается неусвоенным какой-то один из признаков данного звука. Фонемы не различаются по своему звучанию, что приводит к ***замене звуков***. Артикуляторная база оказывается не полной, так как не все необходимые для речи слуходвигательные образования (звуки) сформировались. В зависимости от того, какие из признаков звуков — акустические или артикуляционные — оказались несформированными, звуковые замены будут различны.

В других случаях у ребенка оказываются сформированными все артикуляторные позиции, но нет умения различать некоторые из них, т. е. правильно осуществлять выбор звуков. Вследствие этого фонемы смешиваются, одно и то же слово принимает разный звуковой облик. Это явление носит название ***смешения,*** или ***взаимозамены звуков (фонем).***

Часто наблюдаются случаи ненормированного воспроизведения звуков в силу неправильно сформированных отдельных артикуляторных позиций. Звук произносится как не свойственный фонетической системе родного языка по своему акустическому эффекту. Это явление называется ***искажением звуков.***

Перечисленные виды нарушений: замены, смешения и искажения звуков — в традиционной логопедии рассматриваются как рядоположные. В современных логопедических исследованиях, опирающихся на положения лингвистики, они подразделяются на две разноуровневые категории. ***Замены*** и ***смешения звуков квалифицируются как фонологические*** (Ф. Ф. Рау), или (что то же самое) ***фонематические*** (Р. Е. Левина) ***дефекты***, при которых нарушена система языка. ***Искажения звуков квалифицируются как антропофонические*** (Ф. Ф. Рау), или ***фонетические дефекты***, при которых нарушена произносительная норма речи. Такое разделение углубляет представление о структуре речевого дефекта и направляет внимание на поиски адекватных методов его преодоления.

В отечественной и зарубежной литературе принято деление дислалии на две формы в зависимости от того, какие психофизиологические механизмы, участвующие в осуществлении речевых процессов, нарушены. Выделяют ***сенсорную*** и ***моторную*** дислалию (К. П. Беккер, М. Совак, М.Е. Хватцев, О. А. Токарева, О. В. Правдина и др.). Такое деление обращает внимание на механизм, коррекция которого должна быть осуществлена.

На современном этапе развития логопедии квалификация дефекта опирается на совокупность критериев разных дисциплин, изучающих речь. Вместе с тем для логопедии как педагогической отрасли знаний важным является выделение таких признаков нарушения, которые существенны для самого логопедического воздействия, т. е. учет того, каким является дефект, — фонематическим или фонетическим.

В соответствии с предложенными критериями выделяются три основные формы дислалии: акустико-фонематическая, артикуляторно-фонематическая, артикуляторно-фонетическая.

Акустико-фонематическая дислалия

К ней относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные избирательной несформированностью операций переработки фонем по их акустическим параметрам в сенсорном звене механизма восприятия речи. К таким операциям относятся ***опознания, узнавания, сличения акустических признаков звуков, и принятие решения о фонеме.***

В основе нарушения лежит недостаточная сформированность фонематического слуха, назначением которого является узнавание и различение входящих в состав слова фонем. При этом нарушении система фонем оказывается у ребенка не полностью сформированной (редуцированной) по своему составу. Он не опознает тот или другой акустический признак сложного звука, по которому одна фонема противопоставлена другой. Вследствие этого при восприятии речи происходит уподобление одной фонемы другой на основе общности большинства признаков. В связи с неопознанием того или другого признака звук узнается неправильно. Это приводит к неправильному восприятию слов (*гора — кора, жук — щук, рыба — лыба*). Эти недостатки мешают правильно воспринимать речь как самому говорящему, так и слушающему.

Неразличение, ведущее к отождествлению, уподоблению, наблюдается при дислалии преимущественно в отношении фонем с одномерными акустическими различиями. Например, в отношении шумных фонем, различающихся по признаку глухости-звонкости, некоторых сонорных фонем (***р — л***) и некоторых других. В тех случаях, когда тот или иной акустический признак является дифференциальным для группы звуков, например глухость-звонкость, дефектным оказывается восприятие всей группы. Например, звонких, шумных, которые воспринимаются и воспроизводятся как парные им глухие (***ж — щ, д — т, г — к, з — с*** и т. д.). В ряде случаев нарушенным оказывается противопоставление в группе взрывных или сонорных согласных.

При акустико-фонематической дислалии у ребенка нет нарушений слуха. Дефект сводится к тому, что у него изби-

рательно не формируется функция слухового различения некоторых фонем.

От акустико-фонематической дислалии следует отличать более грубые нарушения, распространяющиеся на перцептивный и смысловой уровни процессов восприятия речи и приводящие к ее недоразвитию.

Артикуляторно-фонематическая дислалия

К этой форме относятся дефекты, обусловленные несформированностью операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам в моторном звене производства речи. Выделяют два основных варианта нарушений. При первом — артикуляторная база оказывается не полностью сформированной, редуцированной. При выборе фонем вместо нужного звука (отсутствующего у ребенка) отбирается звук, близкий к нему по набору артикуляционных признаков. Отмечается явление ***субституции***, или замены одного звука другим. В роли заменителя выступает звук, более простой по артикуляции.

При втором варианте нарушения артикуляторная база оказывается полностью сформированной. Усвоены все артикуляторные позиции, необходимые для производства звуков, но при их отборе принимается неправильное решение, вследствие чего звуковой облик слова становится неустойчивым (ребенок может произнести слова правильно и неправильно). Это приводит в смешениям звуков в силу их недостаточной дифференциации, к неоправданному их употреблению.

Замены и смешения при этой форме дислалий осуществляются на основе артикуляционной близости звуков. Но, как и в предыдущей группе нарушений, эти явления наблюдаются преимущественно между звуками или классами звуков, различающихся по одному из признаков: свистящими и шипящими ***с — ш, з — ж*** (*крыса — «крыша»*), между взрывными шумными переднеязычными и заднеязычными ***т — к, д — г*** (*Толя — Коля, гол — дол*), между парными по артикуляции язычными твердыми и мягкими фонемами

с — с', л — л', т — т' (*сад — садь, лук — люк, тук — тюк*) и др. Эти явления могут наблюдаться среди звуков, одинаковых по способу образования, между аффрикатами ***ц*** и ***ч*** (*курича — курица, крицать — кричать*), сонорами ***р*** и ***л*** (*лыба —рыба, рапа — лапа*).

При этой форме дислалии фонематическое восприятие у ребенка чаще всего сформировано полностью. Он различает все фонемы, узнает слова, в том числе и слова-паронимы. Ребенок осознает свой дефект и пытается преодолеть его. Во многих случаях такая самокоррекция под управлением слухового контроля проходит успешно. Об этом свидетельствуют некоторые сопоставительные данные о распространенности смешений и замен звуков на разных возрастных этапах развития детей.

Например, замены ***р — л*** в 5 лет составляют 42% всех нарушений звука ***р***, в **6** лет — 34%, в 7 лет — 18%, в 8—9 лет — 18%; замены ***л — р*** в 5 лет составляют 9%, в **6** лет — 5%, в 7 лет и последующие годы не наблюдаются; замены ***ш — с, ж — з*** в 5 лет составляют 50% всех нарушений шипящих, в последующие годы — 23—26% (данные М. А. Александровской (50 — 60 г. XX в.). Тенденция к преодолению замен и смешений звуков у детей в процессе их развития отмечается в работах многих исследователей (А. Н. Гвоздева, В. И. Бельтюкова, О. В. Правдиной и др.). Вместе с тем авторы отмечают, что полного преодоления недостатков достигают не все дети. Среди учащихся общеобразовательной школы (I—II классы) недостатки произношения фонематического порядка составляют не менее 15%. К концу обучения в начальном звене они встречаются единично.

Дефектное произношение при этой форме дислалии обусловлено не собственно моторными нарушениями, а нарушением операций отбора фонем по их артикуляторным признакам. Ребенок справляется с заданиями на имитацию сложных неречевых звуков, требующих для своей реализации определенных укладов речевых органов; нередко производит более сложные в моторном отношении звуки и заменяет ими отсутствующие, наиболее простые по артикуляции звуки.

Артикуляторно-фонетическая дислалия

К этой форме относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями.

Звуки произносятся ненормированно, искаженно для фонетической системы данного языка, которая у ребенка при этой форме дислалии сформирована, но фонемы реализуются в непривычных вариантах (аллофонах). Чаще всего неправильный звук по своему акустическому эффекту близок к правильному. Слушающий без особых затруднений соотносит этот вариант произнесения с определенной фонемой.

Наблюдается и другой тип искажения, при котором звук не опознается. В таких случаях говорят о ***пропуске, элизии звука***. Случай пропусков звуков при этой форме дислалии — явление редкое (чаще встречается при других, более грубых дефектах, например, при алалии). При дислалии аналог звука, сугубо индивидуальный по своему акустическому эффекту, выполняет в речевой системе ребенка ту же фонематическую функцию, что и нормированный звук.

Нарушаются не все звуки: так, при различных индивидуальных особенностях произнесения акустический эффект при произнесении губных (взрывных и сонорных) согласных, а также переднеязычных взрывных и сонорных согласных оказывается в пределах нормы. Почти не встречаются искажения губно-зубных ***ф — ф', в — в'***.

Основную группу звуков, в которой наблюдается искаженное произношение, составляют переднеязычные не взрывные согласные. Реже наблюдается дефектное произнесение заднеязычных взрывных согласных и среднеязычного.

Переднеязычные не взрывные согласные представляют собой сложные по артикуляции звуки, овладение их правильным укладом требует тонких дифференцированных движений. При произношении ребенок не может опереться на те движения, которые у него сформировались ранее в связи с биологическими актами, например, при овладении губными согласными или взрывными переднеязычными. Эти

звуки формируются у него позже других, потому что он должен овладеть новыми комплексами движений, предназначенных для произношения.

В ходе освоения произносительных умений и навыков ребенок с помощью своего слуха постепенно нащупывает те артикуляционные позиции, которые соответствуют нормальному акустическому эффекту. Они записываются в памяти ребенка и в дальнейшем воспроизводятся по мере необходимости. При нахождении правильных укладов ребенок должен научиться различать уклады, близкие в произношении звуков, и выработать комплекс речедвижений, необходимых для воспроизводства звуков (Ф. Ф. Рау). Процесс выработки речедвижений сопряжен со специфическими трудностями, так как в качестве промежуточных звеньев выступают адекватные и неадекватные звуки, которые в русском языке не несут смыслоразличительной функции. В ряде случаев такой промежуточный для развития произношения звук-заменитель, близкий к нужному звуку по акустическому эффекту, начинает приобретать смыслоразличительную (фонематическую) функцию. Он принимается фонетическим слухом ребенка как нормированный. Его артикуляция закрепляется. В дальнейшем звук обычно не поддается самокоррекции вследствие инертности артикуляторных навыков. Эти дефекты, в отличие от дефектов предшествующих групп, имеют тенденцию к закреплению.

Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса ***-изм: ротацизм*** — дефект произношения ***р*** и ***р', ламбдацизм — л*** и ***л', сигматизм*** — свистящих и шипящих звуков, ***йотацизм*** — йот (j), ***каппацизм — к*** и ***к', гаммацизм — г*** и ***г', хитизм — х*** и ***х'***. В тех случаях, когда отмечается замена звука, к названию дефекта прибавляют приставку ***пара-: параротацизм, парасигматизм*** и др.

Группировка дефектов произношения и термины, которыми они обозначаются, не подходят для описания нарушений русской произносительной системы. Например, для обозначения нарушений заднеязычных согласных излишни два термина, но они уместны для

тех языков, в которых *г* и *к* оказываются различными по способу образования. Для характеристики ряда согласных эта система недостаточна: нет названия для дефектов фрикативных шипящих ***ш*** и ***ж***, для дефектов аффрикат. Так как в фонетической системе греческого языка не было подобных звуков, не оказалось и соответствующих названий. В связи с этим условно были объединены в группу сигматизмов, кроме дефектов произношения свистящих, и дефекты других звуков — фрикативных шипящих и аффрикат.

Для искаженного нарушения произношения характерно то, что в большинстве своем однородный дефект наблюдается в группах звуков, близких по артикуляционным признакам.

Например, в паре глухих-звонких звуков искажение оказывается одинаковым: ***з*** нарушается так же, как ***с, ж*** как ***ш***. Это же относится к парам по твердости-мягкости: ***с*** нарушается как ***с'***. Исключение составляют звуки ***р*** и ***р' л*** и ***л'***: твердые и мягкие нарушаются по-разному. Могут нарушаться твердые, а мягкие оказаться ненарушенными.

■ Простые и сложные дислалии

В зависимости от того, какое количество звуков дефектно произносится, дислалии подразделяются на ***простые*** и ***сложные***. **К простым (мономорфным) относят нарушения, при которых дефектно произносится один звук или однородные по артикуляции звуки.**

К сложным (полиморфным) относят нарушения, при которых дефектно произносятся звуки разных групп (свистящие и соноры).

Наряду с так называемыми «чистыми» формами встречаются комбинированные формы акустико-фонематических, артикуляторно-фонематических и артикуляторно-фонетических дислалий. М. Е. Хватцев определял такие нарушения как разлитое, или общее, косноязычие и указывал на его связь с недоразвитием речи. Такие комбинации нарушений представляют собой особую группу, не сводимую к дислалиям как избирательному расстройству звукового

оформления речи; они сочетаются с недоразвитием других сторон речи и наблюдаются на фоне органических поражений центральной нервной системы и психического развития.

Механическая дислалия — нарушенное звукопроизношение, обусловленное анатомическими дефектами периферического аппарата речи (органов артикуляции). Ее иногда называют ***органической***. Наиболее часто встречаются дефекты произношения, обусловленные: 1) аномалиями зубочелюстной системы: диастемы между передними зубами; 2) отсутствием резцов или их аномалиями; 3) неправильным положением верхних или нижних резцов или соотношения между верхней или нижней челюстью (дефекты прикуса). Эти аномалии могут быть из-за дефектов развития или быть приобретенными вследствие травмы, зубных заболеваний или возрастных изменений. В ряде случаев они обусловлены аномальным строением твердого нёба (высокий свод).

Среди нарушений произношения в таких случаях наиболее часто наблюдаются дефекты свистящих и шипящих звуков (они приобретают избыточный шум), губно-зубных, переднеязычных, взрывных, реже — ***р*** и ***р'***.

Довольно часто нарушается произношение и гласных звуков, которые становятся малоразборчивыми из-за избыточной зашумленности согласных и недостаточной акустической противопоставленности гласных.

Однако не всегда зубные аномалии приводят к дефектам произношения: при некоторой деформации зубов оно может оказаться нормальным.

Вторую значительную по распространенности группу составляют звукопроизносительные нарушения, обусловленные патологическими изменениями языка: слишком большой или маленький язык, укороченная подъязычная связка.

При таких аномалиях страдает произношение шипящих и вибрантов, наблюдается также боковой сигматизм. В ряде случаев страдает внятность произношения в целом.

Однако не во всех случаях язычных аномалий страдает произношение звуков. Это неоднократно отмечалось лингвистами (Р. О. Якобсон, М. В. Панов) и многими специалистами в области патологии речи.

Факты нормального звукопроизношения при аномалиях языка и зубов свидетельствуют о компенсаторных возможностях, позволяющих сформировать нормальное произношение и при нарушенных условиях реализации звуков; один и тот же акустический эффект можно получить разными путями.

Значительно реже встречаются нарушения звукопроизношения, обусловленные губными аномалиями, так как врожденные дефекты (различные деформации) преодолеваются хирургическим путем в раннем возрасте. Таким образом, логопед встречается преимущественно с последствиями деформаций травматического происхождения, при которых в основном нарушается произношение губных звуков вследствие неполного смыкания губ, а также губно-зубных звуков. Иногда наблюдаются дефекты произношения лабиализованных гласных (*о, у*).

Механическая дислалия может комбинироваться с функциональной фонематической.

Во всех случаях механических дислалий необходима консультация (а в ряде случаев и лечение) хирурга и ортодонта.

Методика логопедического воздействия при дислалии

Основной целью логопедического воздействия при дислалии является формирование умений и навыков правильного воспроизведения звуков речи. Чтобы правильно воспроизводить звуки речи (фонемы), ребенок должен уметь:

- узнавать звуки речи и не смешивать их в восприятии (т. е. узнавать звук по акустическим признакам);
- отличать нормированное произнесение звука от ненормированного;
- осуществлять слуховой контроль за собственным произнесением и оценивать качество воспроизводимых в собственной речи звуков;
- принимать необходимые артикуляторные позиции, обеспечивающие нормированный акустический эффект звука (варьировать артикуляционные уклады звуков в зависимости от их сочетаемости с другими звуками в потоке речи);
- безошибочно использовать нужный звук во всех видах речи.

Логопед должен найти наиболее эффективный путь обучения ребенка произношению.

При правильной организации логопедической работы положительный эффект достигается при всех видах дислалий. При механической дислалии в ряде случаев успех достигается в результате совместного логопедического и медицинского воздействия.

Предпосылкой успеха при логопедическом воздействии является создание благоприятных условий для преодоления недостатков произношения: эмоционального контакта логопеда с ребенком; интересной формы организации занятий, соответствующей ведущей деятельности, побуждающей познавательную активность ребенка; сочетания приемов работы, позволяющих избежать его утомления.

Логопедические занятия проводятся регулярно, не менее 3 раз в неделю. Необходимы домашние занятия с помощью родителей (по заданию логопеда). Их следует проводить ежедневно в виде кратковременных упражнений (от 5 до 15 минут) 2—3 раза в течение дня.

Для преодоления дефектов произношения широко применяется дидактический материал.

Сроки преодоления недостатков произношения зависят от следующих факторов: степени сложности дефекта, индивидуальных и возрастных особенностей ребенка, регулярности занятий, помощи со стороны родителей. В случае простой дислалии занятия продолжаются от 1 до 3 месяцев, при сложных — от 3 до 6 месяцев. У детей дошкольного возраста недостатки произношения преодолеваются в более короткие сроки, чем у детей школьного возраста, а у младших школьников — быстрее, чем у старших.

Логопедическое воздействие осуществляется поэтапно, при этом на каждом из этапов решается определенная педагогическая задача, подчиненная общей цели.

Этапы логопедического воздействия

В литературе нет единого мнения по вопросу о том, на сколько этапов подразделяется логопедическое воздействие при дислалии: в работах Ф. Ф. Рау выделяется два, в работах О. В. Правдиной и О. А. Токаревой — три, в работах М. Е. Хватцева — четыре.

Поскольку принципиальных расхождений в понимании задач логопедического воздействия при дислалии нет, выделение количества этапов не носит принципиального характера.

Исходя из цели и задач логопедического воздействия, представляется оправданным выделить следующие этапы работ: подготовительный этап; этап формирования первичных произносительных умений и навыков; этап формирования коммуникативных умений и навыков.

I. Подготовительный этап

Основная его цель — включить ребенка в целенаправленный логопедический процесс. Для этого необходимо решить ряд общепедагогических и специальных логопедических задач.

Одной из важных общепедагогических задач является формирование установки на занятия: логопед должен установить с ребенком доверительные отношения, расположить его к себе, адаптировать к обстановке логопедического кабинета, вызвать у него интерес к занятиям и желание в них включиться. У детей нередко наблюдается скованность, стеснительность, замкнутость, а иногда и боязнь встреч с незнакомыми сверстниками и взрослыми. От логопеда требуется особая тактичность, доброжелательность; общение с ребенком должно осуществляться без официальности и излишней строгости.

Важной является задача формирования произвольных форм деятельности и осознанности отношения к занятиям. Ребенок должен усвоить правила поведения на занятиях, научиться выполнять инструкции логопеда, активно включаться в общение.

В задачи подготовительного этапа входит развитие произвольного внимания, памяти, мыслительных операций, особенно аналитических операций, операций сравнения и вывода.

К специальным логопедическим задачам относятся умение опознавать (узнавать) и различать фонемы и формирование артикуляторных (речедвигательных) умений и навыков.

В зависимости от формы дислалии эти задачи могут решаться параллельно или последовательно. При артикуляторных формах (фонематической или фонетической) в тех случаях, когда нет нарушений в восприятии, они решаются параллельно. Формирование рецептивных умений может быть сведено к развитию осознанного звукового анализа и контролю за собственным произношением. При акустико-фонематической форме дислалии главная задача заключается в том, чтобы научить детей различать и узнавать фонемы с опорой на сохранные функции. Не решив эту задачу, нельзя перейти к формированию правильного произношения звуков. Чтобы работа над правильным произношением звука принесла успех, ребенок должен уметь его слышать, так как регулятором нормированного употребления является слух.

При смешанных и комбинированных формах дислалии работа над развитием рецептивных умений предваряет формирование артикуляторной базы. Но в случае грубых нарушений фонематического восприятия она проводится и в процессе формирования артикуляторных умений и навыков.

Работа над формированием восприятия звуков речи строится с учетом характера дефекта. В одних случаях работа направляется на формирование фонематического восприятия и на развитие слухового контроля. В других — в ее задачу входит развитие фонематического восприятия и операций звукового анализа. В третьих — ограничивается формированием слухового контроля как осознанного действия.

При этом нужно учитывать следующие положения.

- Умение опознавать и различать звуки речи как осознанные. Это требует от ребенка перестройки отношения к собственной речи, направленности его внимания на внешнюю, звуковую сторону, которая ранее им не

осознавалась. Ребенка нужно специально обучать операциям осознанного звукового анализа, не полагаясь на то, что он спонтанно ими овладеет.

- Исходными единицами речи должны быть слова, так как звуки — фонемы — существуют лишь в составе слова, из которого путем специальной операции они выделяются при анализе. Лишь после этого ими можно оперировать как самостоятельными единицами и проводить наблюдение за ними в составе слоговых цепочек и в изолированном произнесении.
- Операции звукового анализа, на основе которых формируются умения и навыки осознанного опознания и дифференцирования фонем, проводятся в начале работы на материале с правильно произносимыми ребенком звуками. После того как ребенок научится узнавать тот или другой звук в слове, определять его место среди других звуков, отличать один от другого, можно перейти к другим видам операций, опираясь на умения, сложившиеся в процессе работы над правильно произносимыми звуками.
- Работу по формированию восприятия неправильно произносимых звуков нужно проводить так, чтобы собственное неправильное произношение ребенка не мешало ему. Для этого в момент осуществления операций звукового анализа нужно исключить собственное проговаривание, перенеся всю нагрузку на слуховое восприятие материала.
- Проговаривания ребенка желательно подключать на последующих занятиях, когда возникает необходимость сравнения его собственного произношения с нормированным.
- При фонематических дислалиях необходимо сформировать недостающие движения органов артикуляции; внести коррекцию в неправильно сформировавшееся движение. В тех случаях, когда звук искажается за счет нарушений в способе или месте его образования, необходимо сочетание обоих приемов.
- Формирование артикуляционной базы звуков при функциональной дислалии осуществляется в более коротких сроки, чем при механической дислалии. Прежде чем формировать артикуляционный уклад при механической дислалии, нужно провести работу, которая помогла бы определить такое положение органов артикуляции, при котором звучание окажется ближе всего к акустическому эффекту нормированного звука.
- Для формирования артикуляционной базы разработаны типы упражнений, дидактические требования и методические рекомендации, пособия по исправлению произношения.
- При дислалии нет грубых моторных нарушений. У ребенка с дислалией не сформированы некоторые специфические для речи произвольные движения органов артикуляции. Процесс формирования артикуляционных движений осуществляется как произвольный и осознанный: ребенок учится производить их и контролировать правильность выполнения. Необходимые движения сначала формируются по зрительному подражанию: логопед перед зеркалом показывает ребенку правильную артикуляцию звука, объясняет, какие движения следует произвести, предлагает ему повторить. В результате нескольких проб, сопровождаемых зрительным контролем, ребенок добивается нужной позы. При затруднениях логопед помогает ребенку шпателем или зондом. На последующих занятиях можно предложить выполнить движение по устной инструкции без опоры на зрительный образец. Правильность выполнения в дальнейшем ребенок проверяет на основе кинестетических ощущений. Артикуляция считается усвоенной, если она выполняется безошибочно и не нуждается в зрительном контроле.
- При работе по формированию правильного произношения необходимо избегать упоминаний о том звуке, над которым ведется работа.
- Логопед в ходе выполнения ребенком задания проверяет, правильно ли он выбрал позу для произношения нужного звука. Для этого он просит ребенка произвести выдох («сильно подуть»), не изменяя позы. При сильном выдохе возникает интенсивный шум. Если

шум будет соответствовать акустическому эффекту нужного глухого согласного, значит, поза принята правильно. Если нет, тогда логопед просит ребенка несколько изменить позу органов артикуляции (чуть-чуть поднять, опустить, продвинуть язык) и снова подуть. Поиски наиболее удачной позы проводятся до тех пор, пока не будет получен положительный результат.

- В ряде случаев, прислушиваясь к производимому шуму, ребенок отождествляет его с нормированным звуком и даже пытается самостоятельно включить в речь. Поскольку это не всегда приводит к положительным результатам, логопеду следует в таких случаях отвлечь внимание от звука, переключив на другой объект.
- При дислалии нет необходимости в обилии упражнений для органов артикуляции, достаточно тех, в результате которых окажутся сформированными необходимые движения. Работа ведется над отдельными собственно речевыми движениями, которые не сформировались у ребенка в процессе развития.

Требования, которые необходимо предъявлять к проведению артикуляционных упражнений

- Выработать умения принимать требуемую позу, удерживать ее, плавно переключаться с одной артикуляционной позы на другую.
- Система упражнений по развитию артикуляционной моторики должна включать как статические упражнения, так и упражнения, направленные на развитие динамической координации речевых движений.
- Необходимы упражнения на сочетание движений языка и губ, так как при произношении звуков эти органы включаются в совместные действия, взаимно приспосабливаясь друг к другу (это явление носит название коартикуляции).
- Занятия должны быть кратковременными, но проводиться многократно, чтобы ребенок не утомлялся. В паузах можно переключить его на другой вид работы.
- Уделять внимание формированию кинестетических ощущений, кинестетического анализа и представлений.

- По мере овладения движением, необходимым для реализации звука, логопед переходит к отработке движений, обязательных для других звуков.

Виды артикуляционных упражнений

Упражнения для губ

1. Углы рта слегка оттянуты, видны передние зуба, объем движения, как при артикуляции звука ***и***.
2. Губы нейтральны, как при произнесении ***а***.
3. Губы округлены, как при ***о***, при ***у***.
4. Чередование движений от ***а*** к ***и***, от ***а*** к ***у*** и обратно.
5. Плавный переход от ***и*** к ***а***, от ***а*** к ***о***, от ***о*** к ***у*** и обратно.

Артикулирование ряда с плавным переходом: ***и — а — о — у*** и в обратном порядке.

В момент артикулирования можно подключать проговаривание. В ходе выполнения упражнений логопед перед зеркалом дает пояснения ребенку, в каком положении находятся губы при произнесении того или другого звука.

Упражнения для языка

1. Кончик языка упереть в нижние резцы при оттянутых углах рта. Спинка языка выгнута в направлении к верхним резцам. Позиция углов рта и челюсти не фиксируется в сознании ребенка как артикуляторная позиция: это положение необходимо лишь для облегчения зрительного контроля.
2. Боковые края языка подняты, образуется круглая щель, необходимая для произнесения свистящих звуков; эта поза называется «язык желобком» или «язык трубочкой». Чтобы облегчить ребенку выполнение упражнения, можно предложить высунуть распластанный язык между зубами, после чего округлить губы и таким образом загнуть боковые края языка. Можно воспользоваться круглым зондом («спицей»), нажать им на основание языка (вдоль средней линии) и попросить ребенка округлить губы.
3. Язык поднят к альвеолам, боковые края прижаты к коренным (верхним) зубам. Язык как бы присасывается к верхней челюсти.
4. Последовательное чередование верхних и нижних положений языка: язык поднимается, плотно прижимается (присасыва-

ется) к верхней челюсти, вслед за этим резко отводится в нижнее положение. В момент отрыва языка издается щелкающее звучание, упражнение называется «пощелкивание», «игра в «лошадки».

При выполнении упражнения логопед обращает внимание ребенка на опущенную неподвижную нижнюю челюсть.

5. Кончик и передняя часть спинки языка подняты к альвеолам («язык ложечкой», или «чашечкой»). Упражнение предназначено для произнесения звуков, при артикулировании которых средняя часть спинки языка прогибается, а передняя часть и корень языка слегка подняты.
6. Ритмичные движения языком влево-вправо, кончик языка касается верхних альвеол или проходит по границе между верхними резцами и альвеолами.
7. Совместные движения языка и губ: кончик языка упирается в нижние резцы, губы осуществляют плавный переход от одной артикуляционной позы к другой, зубы слегка раздвинуты. Особое внимание обращается на сочетание положения языка с позицией губ для звука ***и***; кончик языка находится в верхнем положении, губы осуществляют плавный переход от одной артикуляционной позы к другой. Обращается внимание на сочетание верхней позиции кончика и передней части спинки языка с позицией губ для лабиализованных гласных (***о*** и ***у***).

II. Этап формирования первичных произносительных умений и навыков

Цель данного этапа заключается в том, чтобы сформировать у ребенка первоначальные умения правильного произнесения звука на специально подобранном речевом материале. Конкретными задачами являются постановка звуков, формирование навыков правильного их использования в речи (автоматизация умений), а также умений отбирать звуки, не смешивая их между собой (дифференцировать звуки).

Необходимость решения указанных задач в процессе логопедической работы вытекает из закономерностей онтогенетического овладения произносительной стороной речи.

В ряде исследований показано, что от момента появления того или другого звука у ребенка, т.е. его первого правильного произнесения до включения его в речь проходит довольно длительный период времени. А.Н. Гвоздев назвал его периодом овладения звуком. Он длится 30–45 и более дней и имеет свои особенности. Сначала новый звук употребляется параллельно со старым, который был его заменителем (субститутом), при этом прежний звук употребляется чаще, чем новый. В дальнейшем новый звук начинает употребляться чаще своего бывшего субститута, а через некоторое время он теснит субститут по всем позициям и употребляется даже в тех случаях, когда последний выступает в собственной функции, т.е. он его полностью вытесняет из речи, и только после этого начинается процесс разграничения (дифференциации) нового звука и того, который выступал в качестве субститута.

Постановка звука достигается путем применения технических приемов, подробно описанных в специальной литературе. В работах Ф.Ф. Рау выделяются три способа: ***по подражанию*** (имитативный), ***с механической помощью*** и ***смешанный***.

Первый способ основан на сознательных попытках ребенка найти артикуляцию, позволяющую произнести звук, соответствующий услышанному от логопеда. При этом помимо акустических опор ребенок использует зрительные, тактильные и мышечные ощущения. Подражание дополняется словесными пояснениями логопеда, какую позицию должен принять артикуляционный орган. В тех случаях, когда необходимые для данного звука артикуляционные позиции выработаны, достаточно их вспомнить. Можно воспользоваться приемом постепенного нащупывания нужной артикуляции. Поиск часто приводит к положительным результатам при постановке шипящих звуков, парных звонких, а также парных мягких. Некоторые звуки, например, сонорные ***р*** и ***р'***, а также ***л***, аффрикаты ***ч*** и ***ц***, заднеязычные ***к, г, х*** и более успешно ставятся другими способами.

Второй способ основывается на внешнем, механическом воздействии на органы артикуляции специальными зондами или шпателями. Логопед просит ребенка произнести звук, повторить его несколько раз, и во время повторения

он при помощи зонда несколько меняет артикуляционный уклад звука. В результате получается другой звук: например, ребенок произносит несколько раз слог *са*, логопед помещает шпатель или зонд под язык и слегка приподнимает его в направлении верхних альвеол, слышится шипящий, а не свистящий звук. При данном способе ребенок сам не осуществляет поиск, его органы артикуляции только подчиняются действиям логопеда. После длительных тренировок он без механической помощи принимает необходимую позу, помогая себе шпателем или пальцем.

Третий способ основывается на совмещении двух предыдущих. Ведущую роль в нем играют подражание и объяснение. Механическая помощь применяется в дополнение: логопед объясняет ребенку, что нужно сделать, чтобы получить нужный звук, например поднять кончик языка (в тех случаях, если данное движение выполнено ребенком не совсем так, как это нужно для нормированного звука). При этом способе ребенок оказывается активным, а приобретенная им с помощью логопеда поза фиксируется в его памяти и легко воспроизводится в дальнейшем без механической помощи.

Постановка звука (при его искажении) осуществляется с опорой на нормированно произносимые звуки, в артикуляционном укладе которых имеются общие признаки с нарушенным звуком. При этом учитывается их артикуляционное «родство», которое может быть не одинаково в разных группах звуков. Так, при работе над звонкими согласными опираются на их глухие парные звуки и задача логопедической работы сводится к тому, чтобы дополнить общую артикуляторную позу работой голосового аппарата. При работе над заднеязычными взрывными в работу включают корневую часть языка, а в качестве исходной берется позиция переднеязычного взрывного и от нее осуществляется переход к заднеязычной артикуляции.

При постановке звука в качестве его исходной основы следует обращаться не к изолированному сохранному варианту, а к звуку в слоговом сочетании, так как слог — это естественная для звука форма его реализации в речи. Ставится не звук ***ш***, потом включающийся в слоговое окружение, а сразу ставится звук в составе слова *ша*. Это положение является

очень важным в связи с тем, что при постановке изолированного звука переход к слогу нередко оказывается затрудненным. Необходимо предусматривать возможные динамические перестройки артикуляции одной и той же фонемы в разном звуковом окружении. Это достигается без особого труда, так как схемы (программы) сочетаний звуков у ребенка с дислалией не нарушены. Он легко может внести новый звук в эти схемы по аналогии с уже включенными в них базовыми звуками. Исходными для постановки твердых звуков следует избирать звуки в слоге с гласным ***а***, а для мягких следует брать звуки в слоге с гласным ***и***. В дальнейшей работе подключаются согласные в позициях перед остальными гласными. При этом внимание обращается на лабиализованные гласные, так как перед ними многие согласные претерпевают существенные артикуляторные изменения.

По мере того как звук оказывается поставленным в одной из слоговых позиций, ведется работа по ***автоматизации звука*** и ***включению его в речь***.

Процесс автоматизации звука заключается в тренировочных упражнениях со специально подобранными словами, простыми по фонетическому составу и не содержащими нарушенных звуков. Для тренировок подбираются слова, в которых звук находится в начале, в конце или середине. В первую очередь отрабатывается звук в начале (перед гласным), затем в конце (если звук глухой) и в последнюю очередь — в середине, так как эта позиция оказывается наиболее трудной. От отработки звука в словах простой слоговой структуры переходят к произнесению звука в словах, содержащих сочетание отрабатываемого звука с согласными (эти согласные должны быть ранее сформировавшимися у ребенка или достаточно упроченными). Для автоматизации звука используют приемы отраженного повторения, самостоятельного называния слов по картинке. Полезны задания, направляющие ребенка на поиск слов, содержащих данный звук (придумывание слов с данным звуком). Большую помощь приносит работа по звуковому анализу и синтезу. Не следует ограничиваться только тренировкой звуков в словах, нужно вводить творческие упражнения, игры, от произнесения отдельных слов переходить к построению словосочетаний с ними и коротких высказываний.

В работу по автоматизации обычно вовлекается один звук. В случаях сложных дислалий могут вовлекаться и два звука, если они артикуляционно контрастны; в противном случае может возникнуть ***интерференция***.

Когда у ребенка нарушено противопоставление звуков по глухости-звонкости, то в процесс автоматизации могут включаться все звонкие звуки одновременно. Если ребенок испытывает затруднения, то в первую очередь отрабатываются фрикативные звонкие, затем — глухие.

Нередко оказывается, что уже в процессе автоматизации ребенок начинает свободно включать в спонтанную речь поставленный звук. Если он его не смешивает с другими, нет необходимости в последующей работе над ним. В логопедической практике встречаются случаи, когда требуется дальнейшее продолжение работы над звуком, в частности по его разграничению с другими звуками, т.е. ***дифференциации***.

Ребенку предъявляются на слух попарно слова, содержащие новый звук, а также звук, который был ранее его заменителем, или слова, содержащие звуки, которые ребенок смешивает в своем произношении. Узнав предъявляемое слово, ребенок называет звук, услышанный в нем, и воспроизводит его в том же слове. Полезны тренировки в произношении слов-паронимов, при этом важно включить каждое из слов в минимальный контекст. Проводится работа по классификации слов: отобрать картинки, в названии которых содержится звук ***с***, потом отобрать те, в которых есть звук ***ш***; разложить картинки по группам: слева картинки со звуком ***с***, а справа — ***ш***. Полезны упражнения на самостоятельный подбор слов, содержащих тот или другой звук, а также слов, в которых находятся оба смешиваемых звука. С детьми школьного возраста используется письменная речь: чтение слов с дифференцируемыми звуками, нахождение их в тексте, правильное произношение, записывание, проведение анализа (предшествующего или сопутствующего записи). Работа над дифференциацией звуков способствует нормализации операции их отбора.

При работе над дифференциацией звуков одновременно подключается не более пары звуков. Если необходимо большее количество звуков одной артикуляционной группы, их

все равно объединяют попарно. Например, при смешиваниях ***ц, ч, щ*** звуки объединяются в пары: ***ц — ч, ч — щ, ц — щ***. Это объясняется тем, что процесс дифференциации строится на операциях сравнения, которые проводятся детьми наиболее успешно.

III. Этап формирования коммуникативных умений и навыков

Цель его — сформировать у ребенка умения и навыки безошибочного употребления звуков речи во всех ситуациях общения.

На занятиях широко используются тексты, а не отдельные слова, применяются различные формы и виды речи, используются творческие упражнения, подбирается материал, насыщенный теми или иными звуками. Подобный материал больше подходит для занятий по автоматизации звуков. Но если на данном этапе ребенок будет работать только на специально подобранном материале, то он не овладеет операцией отбора, так как частотность этого звука в специальных текстах превышает нормальное их распределение в естественной речи. А ребенок должен научиться оперировать ими.

Случаи сложных или комбинированных функциональных и механических дислалий требуют четкого планирования занятий, разумной дозировки материала, определения последовательности в исправлении звуков, а также представление о том, какие звуки могут быть включены в работу одновременно, а какие должны отрабатываться последовательно.

Недостатки произношения отдельных звуков и приемы их постановки

1. Недостатки произношения звуков р и р' (искажения — ротацизм, замены — параротацизм)

Уклад органов артикуляции. Губы разомкнуты и принимают положение следующего гласного звука, расстояние между зубами 4–5 мм. Кончик языка поднимается к основанию верхних зубов. Он напряжен и вибрирует в проходя-

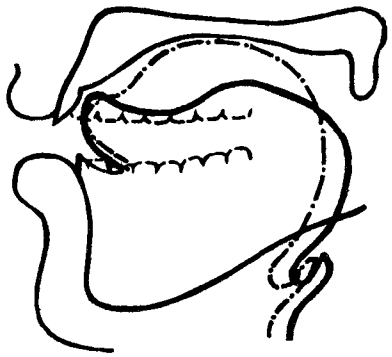


Рис. 5. Артикуляция звуков р, р': —— р; - - - - р'

щей воздушной струе. Переднесредняя часть спинки языка прогибается. Задняя часть языка отодвинута назад и слегка поднимается к мягкому нёбу. Боковые края языка прижаты к верхним коренным зубам, голосовыдыхательная струя проходит посередине. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос, голосовые складки колеблются, производя голос.

Мягкий звук *р* отличается от твердого тем, что при его артикулировании средняя часть спинки языка поднимается к твердому нёбу (примерно как при гласном *и*), кончик языка находится несколько ниже, чем при *р*, задняя часть спинки языка вместе с корнем продвинута вперед (рис. 5).

Нарушение твердого *р* бывает ***велярное*** или ***увулярное***. При велярной артикуляции щель образуется на месте сближения корня языка с мягким нёбом, выдыхаемый воздух, проходя через эту щель, вызывает беспорядочную многоударную вибрацию мягкого нёба. Вследствие этого возникает шум, который примешивается к тону голоса. При увулярном *р* вибрирует только маленький язычок; вибрация носит гармонический характер и не сопровождается шумом.

Сложным и трудно поддающимся исправлению является боковое артикулирование *р* (боковой ротацизм). Вибрирует один из боковых краев языка, смычка между языком и коренными зубами разрывается, и через нее выходит голосовыдыхательная струя, как при звуке *л*, в результате произносится звук, в котором как бы сливаются *р* и *л*.

При щечном произношении *р* щель для выдыхаемой струи воздуха образуется между боковым краем языка и верхними коренными зубами, вследствие чего колеблется (вибрирует) щека. При этом на тон голоса накладывается шум. Изредка нарушение бывает двусторонним.

Несколько реже встречается одноударное *р*, при котором отсутствует вибрация, но место артикуляции оказывается таким же, как при нормально произносимом звуке; его иногда называют *проторным*.

Еще реже встречается *кучерское р*, когда вибрируют сближенные губы.

Среди параротацизмов встречаются замены звука *р* парным мягким *р'*, а также *л' j* (йот), *г*, *д* и др.

Мягкий *р'* может нарушаться так же, как и твердый, но вместе с тем нередки случаи, когда нарушается только твердый звук, а мягкий оказывается ненарушенным.

Приемы постановки звука

По подражанию. Этот прием лишь изредка приводит к положительным результатам, поэтому чаще приходится применять другие.

Наиболее распространенным приемом является ***постановка звука р*** от *д*, повторяющегося на одном выдохе: *ддд, ддд*, с последующим более форсированным произнесением последнего. Применяется также чередующееся ***произношение звуков т*** и *д* в сочетании *тд, тд* или *тдд, тдд* в быстром темпе, ритмично. Они артикулируются при слегка открытом рте и при смыкании языка не с резцами, а с деснами верхних резцов или альвеолами. При многократном произнесении серий звуков *д* и *т* ребенка просят сильно подуть на кончик языка, и в этот момент возникает вибрация.

Однако этот прием не всегда приводит к успеху. При заднеязычной артикуляции *р* или его велярном (увелярном) артикулировании возможно появление двухфокусной вибрации: задней и новой, передней. Одновременное сочетание двух видов вибрации создает грубый шум, и ребенок отказывается такой звук принять. Кроме того, в случае достижения передней вибрации звук нередко оказывается излишне длительным (раскатистым) и зашумленным.

Постановка р в два этапа. На первом этапе ставится фрикативный *р* без вибрации от звука *ж* при его протяжном произнесении без округления губ и с перемещением переднего края языка несколько вперед, к деснам верхних зубов или альвеолам. При этом звук произносится со значительным

напором воздуха (как при произнесении глухого звука) и минимальной щелью между передним краем языка и деснами.

Полученный фрикативный звук закрепляется в слогах. Можно, не закрепляя звук в слогах, перейти ко второму этапу постановки: с механической помощью, применяя шариковый зонд. Его вводят под язык и, прикасаясь к нижней поверхности передней части языка, быстрыми движениями зонда вправо и влево вызывают колебания языка, передние его края попеременно смыкаются и размыкаются с альвеолами. Эти движения можно осуществлять и обычным плоским шпателем (деревянным или пластмассовым) или зондом № 1 (рис. 12). Домашние тренировки ребенок может проводить с помощью черенка чайной ложки или чистого указательного пальца. Во время тренировок выдыхаемая струя должна быть сильной.

Описанным приемом пользуются в тех случаях, когда шипящие звуки у ребенка не нарушены.

Данный прием приводит к положительным результатам. Однако его недостатки в том, что звук оказывается раскатистым, произносится изолированно и ребенок с трудом овладевает переходом от него к сочетаниям звука с гласными.

Наиболее эффективным является прием постановки ***р*** от слогового сочетания *за* с несколько удлиненным произнесением первого звука из слога: *ззза*. В ходе многократного повторения слогов ребенок по инструкции логопеда перемещает переднюю часть языка вверх и вперед к альвеолам до получения акустического эффекта фрикативного ***р*** в сочетании с гласным ***а***. После этого вводится зонд, с его помощью проводят быстрые движения слева направо и справа налево. В момент возникающей вибрации слышится достаточно чистый звук ***р*** нормальной протяженности без избыточного раската. При этом способе постановки звука не требуется специального введения звука в сочетание с гласным, так как сразу получается слог. В последующей работе важно провести тренировки в вызывании слогов ***ра, ру, ры***.

При постановке мягкого ***р'*** применяется тот же прием, но с помощью слога зи, а в дальнейшем *зе, зя, зё, зю*.

Обычно при нарушениях твердого и мягкого звука ***р*** сначала ставится твердый, а потом мягкий звук, но такой порядок не является жестким, его можно произвольно менять; не рекомендуется лишь вести одновременную их постановку во избежание смещения.

2. Недостатки произношения звуков *л* и *л'* (искажения — *ламбдацизм*, замены — *параламбдацизм*)

Уклад органов артикуляции. При ***л*** губы нейтральны и принимают положение следующего гласного. Расстояние между верхними и нижними резцами — 2–4 мм. Кончик языка поднят и прижат к основанию верхних резцов (но может занимать и более нижнее положение). Переднесредняя часть спинки языка опущена, корневая часть поднята по направлению к мягкому нёбу и оттягивается назад, посередине образуется ложкообразная вдавленность. Боковые края языка опущены, через них проходит выдыхаемая струя воздуха, слабая, как при произнесении всех звонких согласных. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос. Голосовые складки колеблются, производя голос.

Артикуляция мягкого ***л'*** отличается от твердого тем, что губы при его произнесении несколько оттягиваются в стороны (что свойственно мягким согласным). Переднесредняя часть спинки языка поднимается по направлению к твердому нёбу и несколько продвигается вперед, задняя часть спинки языка вместе с корнем значительно продвинута вперед и опущена (рис. 6).

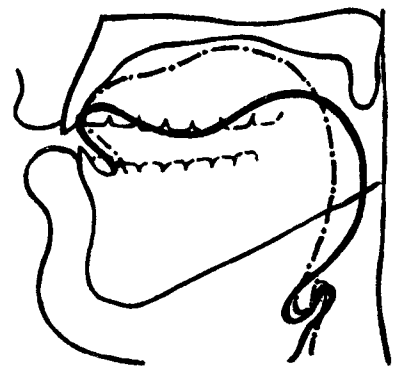


Рис. 6. Артикуляция звуков л, л':
——л; – – – л'

Среди нарушений ***л*** распространено искажение звука, при котором произносится двугубный сонорный звук наподобие краткого ***у***, встречающегося в некоторых диалектах, или звука ***w***, свойственного фонетическому строю английского языка. Более многочисленными являются случаи параламбдацизма в виде замен его крат-

ким гласным *ы*, фрикативным *г* (как в южнорусских диалектах), мягким и полумягким *л, j* (йот), изредка встречается замена звуком *р* и некоторыми другими.

Мягкий *л'* нарушается очень редко: наблюдается полумягкое произнесение или замена звуком *j* (йот).

Приемы постановки звука. Ребенку предлагается слегка раскрыть рот и произнести сочетание *ыа*. При этом *ы* произносится кратко, с напряжением органов артикуляции (как бы на твердой атаке голоса). Образец произнесения показывает логопед. Как только ребенок усвоит нужное произнесение, логопед просит его вновь произнести это сочетание, но при зажатом между зубами языке. В этот момент четко слышится сочетание *ла*. При выполнении задания логопед следит за тем, чтобы кончик языка у ребенка оставался между зубами.

Можно воспользоваться и другим приемом. Используя в качестве базового звука мягкий *л'*, попросите ребенка несколько раз повторить слог *ля*, затем введите зонд № 4 (см. рис. 12) так, чтобы он оказался между твердым нёбом и средней частью спинки языка; нажмите зондом на язык вниз — вправо или влево и попросите ребенка произнести несколько раз сочетание *ля*. В момент произнесения регулируйте движение зондом, пока не будет получен акустический эффект твердого *л*.

Основная трудность в постановке звука *л* заключается в том, что, произнося звук правильно, ребенок продолжает слышать прежний свой звук. Поэтому нужно привлекать слуховое внимание ребенка к тому звуку, который получается в момент его постановки. Звук *л* удается получить по слуховому подражанию, если на подготовительном этапе ребенок научился узнавать его и отличать правильное звучание от неправильного.

3. Недостатки произношения звуков *с — с', з — з', ц* (искажения — *сигматизм*, замены — *парасигматизм*)

Уклад органов артикуляции при произношении звуков *с, с', з, з'*. При произнесении звука *с* губы слегка растянуты в улыбку, видны передние зубы. Перед лабиализованными

гласными губы округляются, зубы сближены до расстояния в 1—2 мм. Кончик языка упирается в нижние резцы, передняя часть спинки языка выгнута. Боковые его края прижаты к коренным зубам. При таком укладе образуется узкий проход (круглая щель) между кончиком языка и передними верхними зубами. Вдоль языка по его средней линии образуется желобок. Сильная струя выдыхаемого воздуха, проходя через эту щель, вызывает свистящий шум. Чем уже щель, тем шум выше, чем шире щель — тем шум более низкий, переходящий в «шепелявый» (звук произносится с «пришепетыванием»). Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в полость носа; голосовые складки разомкнуты и не производят голос.

При произнесении мягкого *с'* губы растягиваются больше, чем при *с*, и напрягаются. Переднесредняя часть спинки поднимается выше к твердому нёбу и несколько перемещается вперед в направлении альвеол, вследствие чего еще больше сужается, а шум становится более высоким (рис. 7).

При артикуляции *з* и *з'* в дополнение к парным им глухим добавляется голос и напор воздушной струи ослабевает.

Уклад органов артикуляции при произнесении звука ц. Губы нейтральны и принимают положение следующего гласного. Расстояние между зубами — 1–2 мм. Для звука характерна сложная язычная артикуляция: он начинается со смычного элемента (как при *т*), при этом кончик языка опущен и касается нижних зубов. Передняя часть спинки языка поднимается к верхним зубам или альвеолам, с которыми производит смычку. Боковые его края прижаты к коренным зубам; звук заканчивается щелевым элементом (как при *с*), который звучит очень кратко. Граница между взрывным и щелевым элементами не улавливается ни на слух, ни артикуляционно, так как они слиты воедино. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос, голосовые складки разомкнуты, звук глухой, выдыхаемая струя воздуха сильная (рис. 8).

Основные виды сигматизма. Межзубный сигматизм наиболее распространен в данной группе нарушений. Характерный для звука *с* свист отсутствует. Вместо него слышится

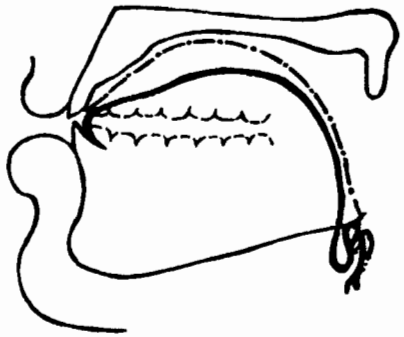


Рис. 7. Артикуляция звуков с, с', з, з':
——— с, с'; - - - - з, з'

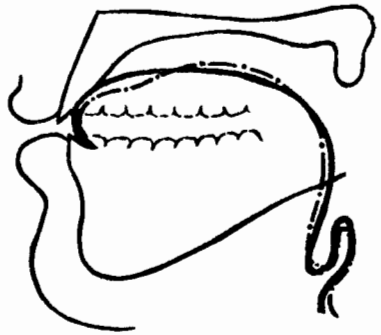


Рис. 8. Артикуляция звука ц:
——— момент смычки;
- - - - щель

более низкий и слабый шум, обусловленный положением языка, просунутого между зубами: круглая щель при этом заменяется плоской. Этот же недостаток распространяется на парный звонкий ***з*** и аффрикат ***ц***.

- ***Губно-зубной сигматизм.*** При нем в образовании щели участвует, кроме языка, нижняя губа, которая сближается с верхними резцами (как при образовании звука ***ф***), поэтому акустический эффект при искажении ***с*** близок к звуку ***ф***. Подобный дефект наблюдается при произнесении остальных свистящих.
- ***Боковой сигматизм.*** Выдыхаемая струя воздуха проходит не по средней линии языка, а через боковую щель, одностороннюю или двустороннюю, так как боковые края языка не прилегают к коренным зубам. Кончик языка и передняя часть спинки образуют смычку с резцами и альвеолами. При такой артикуляции вместо ***с*** слышится шум. Такой же шум, только озвученный голосом, слышится при произнесении ***з***. С боковой артикуляцией может произноситься и ***ц***. Дефект распространяется и на соответствующие парные мягкие свистящие звуки.
- ***Призубный парасигматизм.*** Язык приобретает переднюю смычную артикуляцию вместо щелевой, слышится звук типа взрывного ***т*** или, при звонком, — ***д***. При звуке ***ц*** артикуляция его упрощается и он становится одноэлементным, произносится как ***с*** или как ***т***.
- ***Шипящий парасигматизм.*** Язык принимает артикуляцию, характерную для ***ш***, или артикуляцию смягченного шипящего звука, напоминающего укороченный ***щ***.

Приемы постановки свистящих звуков

Постановка обычно начинается с глухого твердого ***с***.

При губно-зубном сигматизме нужно снять губную артикуляцию. Это достигается демонстрацией правильной позы губ при артикулировании этого звука либо с механической помощью (шпателем или пальцем отводят нижнюю губу от зубов). В других случаях ребенка просят улыбнуться, оттянуть несколько углы рта так, чтобы были видны зубы, и подуть на кончик языка для получения свистящего шума, типичного для ***с***. Можно воспользоваться механической помощью. Ребенок произносит многократно слог *та*, логопед вводит зонд № 2 (см. рис. 12) между альвеолами и кончиком (а также передней частью спинки языка) и слегка нажимает им вниз. Образуется круглая щель, проходя через которую выдыхаемая струя воздуха производит свистящий шум. Управляя зондом, логопед может изменять величину щели до получения нужного акустического эффекта.

При межзубном сигматизме можно воспользоваться вышеописанным приемом. Чтобы избежать ассоциаций с нарушенным свистящим звуком, нужно произносить слог *са* со сжатыми зубами в начале его произнесения или несколько удлинить произнесение согласного, а на гласном ***а*** опустить челюсть. Особое внимание обращается на зрительный и слуховой контроль.

При боковом сигматизме необходима специальная подготовительная работа по активизации мышц боковых краев языка, которые в результате проведенных упражнений могут подниматься до плотного соприкосновения с боковыми зубами.

Для получения чистого произношения применяют двухэтапный метод постановки этого звука: вызывают межзубное произношение, чтобы избавиться от хлюпающего шума, а затем переводят язык в зазубное положение.

Звук *ц* ставится от звука *т* при опущенном кончике языка к нижним резцам и прижатой к верхним резцам передней части спинки языка. Ребенка просят произнести звук *т* с сильным выдохом. При этом как бы последовательно произносят *т* и *с*. Элемент свистящего звука оказывается протяженным. Чтобы получить слитный звук с укороченным свистящим элементом, ребенку предлагают произносить обратный слог с гласным *а*. При произнесении слышится как бы сочетание *атс*. Затем нужно теснее сблизить переднюю часть спинки языка с зубами (до соприкосновения одновременно с верхними и нижними резцами) и вновь произнести сочетание *атс* с сильным выдохом в момент перехода от *а* к *тс*. В тех случаях, когда ребенку трудно удержать кончик языка у нижних резцов, применяется механическая помощь. Шпателем или зондом № 2 (см. рис. 12) логопед удерживает кончик языка у нижних резцов или помещает зонд между передней частью спинки языка и зубами и просит ребенка произнести с сильным выдохом слог *та*. В момент произнесения ребенком взрывного элемента слога логопед слегка нажимает на язык. Слышится фрикативный шум, присоединяющийся без интервала к взрывному шуму, в результате слышится слитный звук *ц*.

В тех случаях, когда дефектными оказываются все свистящие звуки, постановку обычно начинают с глухого твердого *с*. В дальнейшем он становится базовым для постановки других свистящих, а также шипящих. В ряде случаев при нарушенных фрикативных свистящих звук *ц* у детей произносится без искажений. В таких ситуациях можно вызывать звук *с* от звука *ц*. Логопед просит ребенка удлиненно произнести *ц*, слышится протяженное *с*: *тссс*. Затем логопед просит произнести этот элемент без смыкания языка с зубами. Условием, облегчающим артикуляцию, является позиция *ц* в начале открытого слога, например *ца*.

4. Недостатки произношения шипящих звуков ш, ж, щ, ч

В ряде случаев они аналогичны недостаткам свистящих: ***межзубное, щечное, боковое*** произношение. Кроме этого наблюдаются дефекты, присущие произнесению только шипящих звуков.

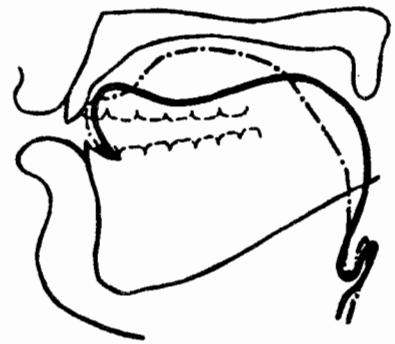


Рис. 9. Артикуляция звуков ш, ж, щ:
——ш, ж; – – – – щ

Уклад органов артикуляции. При произнесении звука *ш* губы вытянуты вперед и округлены (перед *а* — округление минимально, перед *ы (и)* округления может и не быть). Расстояние между зубами больше, чем при свистящих, — 4—5 мм. Кончик языка поднят по направлению к началу твердого нёба или альвеолам, средняя часть спинки языка прогибается, а задняя — поднимается по направлению к мягкому нёбу и оттягивается к стенке зева. Боковые края языка прижаты к верхним коренным зубам; нёбная занавеска поднята и закрывает проход в нос. Голосовые складки разомкнуты; сильная выдыхательная струя воздуха проходит через две щели: между задней частью языка и мягким нёбом, а также между кончиком языка и твердым нёбом. При этом производится сложный шум, более низкий, чем при произнесении свистящих, напоминающий шипение.

При образовании звонкого *ж* та же артикуляция, что и при образовании звука *ш*; она дополняется работой сомкнутых и колеблющихся голосовых складок, производящих голос. Выдыхаемая струя воздуха несколько слабее и щель между кончиком языка и твердым нёбом меньше, чем при образовании *ш* (рис. 9).

Основные виды нарушений звуков ш и ж

Среди нарушений этих звуков отмечается несколько видов искаженного произношения.

- ***«Щечное» произношение ш и ж.*** Язык не принимает участия в артикуляции, выдыхаемая струя воздуха встречает препятствие не между языком и губами, а между сближенными (иногда сжатыми) между собой зубами и прижатыми к ним с боков углами рта. Образуется «тупой» шум, а при произнесении звонкого ***ж*** к шуму прибавляется голос; произнесение звука сопровождается раздуванием щек.
- ***«Нижнее» произношение ш и ж.*** Щель образуется не сближением кончика языка с твердым нёбом, а передней частью его спинки. При таком артикулировании шипящие приобретают мягкий оттенок, напоминая звук ***щ***, произносимый без присущей ему долготы. В некоторых случаях при таком артикулировании может произноситься твердый звук.
- ***Заднеязычное произношение ш и ж.*** Щель образуется сближением задней части спинки языка с твердым нёбом. В этом случае получается шум, напоминающий шум при звуке ***х*** или звонком фрикативном ***г***, как в южно-русских областях.

Кроме случаев искаженного произношения ***ш*** и ***ж*** наблюдаются различные замены шипящих другими звуками. Среди них наиболее частыми оказываются замены шипящих свистящими. Замена шипящих свистящими не всегда бывает полной, так как очень часто наблюдаются акустические отличия свистящего заменителя от нормированного звука ***с***.

Приемы постановки звуков ш и ж

Сначала ставится звук ***ш***, а затем на его базе ставится ***ж***.

Постановка звука ***ш*** осуществляется рядом приемов.

Ребенок несколько раз произносит слог *са* и во время его произнесения постепенно (плавно) поднимает кончик языка по направлению к альвеолам. По мере подъема языка меняется характер шума согласного звука. В момент появления шипящего шума, соответствующего акустическому эффекту нормированного ***ш***, логопед фиксирует внимание ребенка с помощью зеркала на этой позе. Затем

просит сильно подуть на кончик языка, присоединяя к выдоху звук ***а*** (в результате слышится слог *ша*). Ребенок произносит слог *са* при верхнем положении языка и внимательно прислушивается к тому, какой звук при этом получается.

Ребенок произносит несколько раз слог *са*, и логопед вводит под языка зонд № 5 (см. рис. 12). С его помощью переводит кончик языка в верхнее положение и регулирует степень его подъема до появления нормально звучащего ***ш***. Логопед фиксирует зонд в этом положении, просит ребенка вновь произнести тот же слог и внимательно вслушаться. После нескольких тренировок в произнесении *ша* с помощью зонда логопед фиксирует внимание ребенка на положении языка и выясняет, может ли он самостоятельно поставить языка в нужную позицию.

При ненарушенном произнесении ***р*** можно поставить ***ш*** и ***ж*** от этого звука. Ребенок произносит слог *ра* и в этот момент логопед прикасается шпателем или зондом № 5 (см. рис. 12) к нижней поверхности его языка, чтобы затормозить вибрацию. При шепотном произнесении *ра* слышится *ша*, а при громком — *жа*.

Звук ***ж*** ставится обычно от звука ***ш*** включением голоса при его произнесении, но он может быть поставлен и от звука ***з***, как ***ш*** от ***с***.

Недостатки произношения звука щ

Звук ***щ*** в русском языке произносится как долгий мягкий фрикативный шипящий, для которого характерен следующий уклад органов артикуляции: губы, как и при ***ш***, вытянуты вперед и округлены, кончик языка поднят до уровня верхних зубов (ниже, чем при ***ш***). Передняя часть спинки языка несколько прогибается, средняя часть приподнимается к твердому нёбу, задняя часть опущена и продвинута вперед; нёбная занавеска поднята, голосовые складки разомкнуты. Сильная струя выдыхаемого воздуха проходит через две щели: между средней частью спинки языка и твердым нёбом и между кончиком языка и передними зубами или альвеолами. Образуется сложный шум, более высокий, чем при ***ш*** (см. рис. 9).

Среди недостатков произношения звука *щ* имеется укороченное произношение (длительность такого звука такая же, как при *ш*), замена мягким свистящим звуком *с*, а также произнесение *щ* с аффрикативным элементом в завершающей фазе, как сочетание *ш'ч* (*ш'ч'ука* вместо *щ'ука*).

Для постановки звука *щ* можно воспользоваться звуком *с*. Ребенок несколько раз произносит слог *с'и* или *с'а* с протяженным свистящим элементом: *с'и, с'и...* Затем логопед вводит шпатель или зонд под язык и в момент произнесения слогов слегка приподнимает его, несколько отодвигая назад. Тот же акустический эффект можно получить, не поднимая языка, а лишь несколько отодвигая его назад прикосновением шпателя.

Если правильно произносится звук *ч*, то от него легко получить звук *щ*, протянув завершающий звук *ч* как фрикативный элемент. Слышится долгий звук *щ*, который в дальнейшем без труда отделяется от взрывного элемента. Звук сразу же вводится в слоги, а затем в слова.

Недостатки произношения звука ч

При произношении звука *ч* губы, как при всех шипящих, вытянуты и округлены. Расстояние между зубами 1—2 мм. Звук имеет сложную язычную артикуляцию: он начинается со смычного элемента (как при звуке *т'*). Кончик языка опущен и касается нижних резцов. Передняя часть спинки языка прижата к верхним резцам или альвеолам. Средняя ее часть выгнута по направлению к твердому нёбу. Весь язык несколько продвигается вперед. Звук заканчивается щелевым элементом (как при *щ*), который звучит кратко. Граница между взрывным и щелевым (фрикативным) элементами не улавливается ни на слух, ни артикуляционно, так как элементы слиты воедино. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос, голосовые складки разомкнуты, звук глухой (рис. 10).

Среди недостатков произношения звука *ч* помимо тех, которые являются общими для всех шипящих, следует отметить замену *ч* мягкой свистящей аффрикатой *ц'*, не свойственной фонетической системе русского литературного языка, а также *т'* или *ш'*.

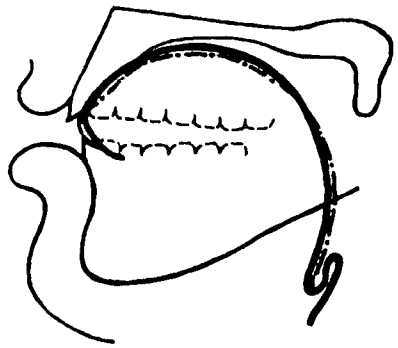


Рис. 10. Артикуляция звука ч:
—— момент смычки;
– – – – щель

Звук *ч* можно поставить от мягкого *т'*, произносимого в прямом слоге (*т'и*) или обратном (*ат'*). Ребенок произносит несколько раз какой-нибудь из этих слогов с некоторым усилением выдоха на согласном элементе. В момент произнесения логопед с помощью шпателя или зонда № 5 (см. рис. 12) слегка отодвигает назад кончик языка (как для артикуляции *щ*). Тот же акустический эффект может быть получен при введении зонда под язык. В момент произнесения логопед слегка приподнимает язык и одновременно несколько отодвигает его назад. Звук *ч* легче вызывается в обратных слогах.

В ряде случаев наблюдаются нарушения всех свистящих и шипящих звуков. Отмечены случаи, когда все эти звуки реализуются только в одном артикуляционном варианте — смягченном шипящем звуке. Встречаясь с подобными случаями, логопед анализирует дефект, чтобы правильно организовать логопедическое воздействие. Если нарушение квалифицировано как дислалия, необходимо определить последовательность в постановке звуков. Принято сначала ставить свистящие звуки (в первую очередь глухие), а на их базе — звонкие. Шипящие звуки ставят после постановки свистящих: сначала — твердые, затем — мягкие. При постановке шипящих последовательность отрабатываемых звуков более свободная. Она определяется логопедом исходя из особенностей проявления дефекта.

5. Недостатки произношения звука *j* (йот) *(йотоцизм)*

Уклад органов артикуляции. Губы несколько растянуты, но меньше, чем при *и*. Расстояние между резцами 1—2 мм. Кончик язык лежит у нижних резцов. Средняя часть спинки языка сильно поднята к твердому нёбу. Задняя ее

часть и корень продвинуты вперед. Края упираются в верхние боковые зубы. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в полость носа. Голосовые складки колеблются и образуют голос. В зависимости от фонетического положения звука он может артикулироваться при более узкой или более широкой щели. Выдыхаемая струя воздуха слабая.

Звук *j* (йот) нарушается реже, чем описанные выше звуки. Его дефектное произношение чаще всего сводится к замене мягким *л'* (в его нижней или верхней артикуляции).

Исправить звук можно, опираясь на гласный *и*: ребенок произносит несколько раз сочетание *иа* или *аиа*. Выдох несколько усиливается в момент произнесения *и*, и сразу без перерыва произносится *а*. После того как усвоено такое произнесение, логопед дает установку на более краткое произнесение *и*. Помимо сочетания *иа* полезно произносить *аи*, *ои* и т.д. В результате у ребенка вырабатывается дифтонгоидное их произнесение.

Другим примером постановки звука *j* (йот) является постановка его от мягкого *з'* с механической помощью. Ребенок произносит слог *з'а* (*зя*), повторяя его несколько раз.

Во время произнесения логопед шпателем нажимает на переднюю часть языка и отодвигает его несколько назад до получения нужного звучания.

6. Недостатки произношения звуков *к, г, х, к', г', х'* (*каппацизм, гаммацизм, хитизм*)

Уклад органов артикуляции. При произнесении звука *к* губы нейтральны и принимают положение следующего гласного. Расстояние между верхними и нижними резцами до 5 мм. Кончик языка опущен и касается нижних резцов, передняя и средняя части спинки языка опущены, задняя часть смыкается с нёбом. Место смычки языка с нёбом меняется при разных фонетических условиях: при *ка* оно оказывается на границе твердого и мягкого нёба, при сочетании с лабиализованными гласными *о* и *у* смычка оказывается ниже (с мягким нёбом). Боковые края языка прижаты к задним верхним зубам. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в полость носа. Голосовые складки разомкнуты. Выдыхаемая

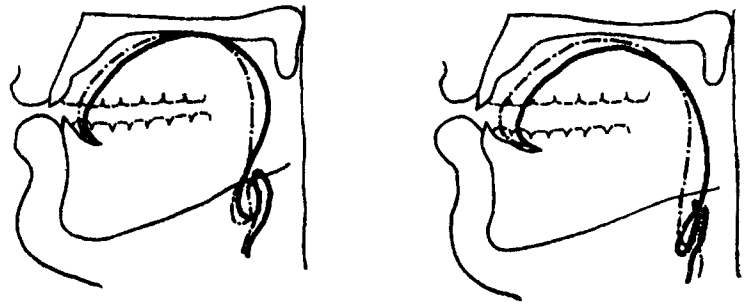


Рис. 11. Артикуляция звуков к, к', г, г', х, х':
——к', г'; ——х; - - - -х'

струя взрывает смычку между языком и нёбом, в результате образуется характерный шум.

При артикуляции *г* добавляется участие голосовых складок, ослабляется сила выдоха и напряжение органов артикуляции по сравнению с *к*.

При артикуляции звука *х* в отличие от *к* задняя часть спинки языка неполностью смыкается с нёбом: по средней линии языка создается щель, проходя через которую выдыхаемый воздух производит шум.

При произнесении мягких *к', г', х'* язык подвигается вперед и производит смычку с небом (а для *х'* — щель). Средняя часть спинки языка приближается к твердому нёбу. Передняя часть (как и твердых *к, г, х*) опущена. Кончик языка находится несколько ближе к нижним зубам, но не касается их. Губы несколько растягиваются и открывают зубы (рис. 11).

При каппацизме и гаммацизме наблюдаются следующие нарушения: звук образуется смыканием голосовых складок, которые резко расходятся в момент прохождения через них воздушной струи повышенного давления. Воздух с шумом прорывается через голосовую щель. Вместо *к* слышится гортанный щелчок. При произнесении звонкого — к шуму добавляется голос. При хитизме слышится слабый гортанный шум.

Встречаются случаи замены заднеязычных взрывных *к* и *г* переднеязычными взрывным *т* и *д*, которые носят название паракаппацизма и парагаммацизма. Изредка

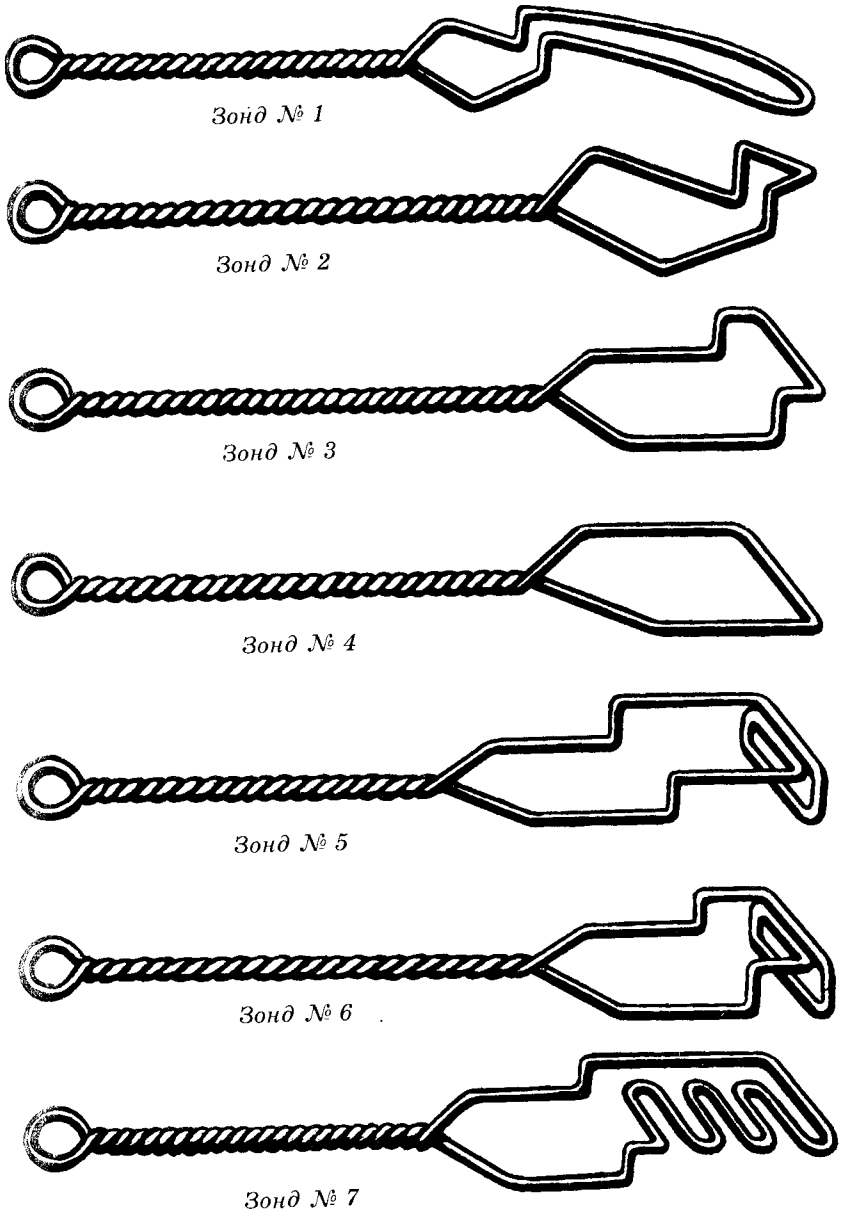


Рис. 12. Набор зондов для постановки звуков

встречается разновидность паракаппацизма, когда звук ***к*** заменяется ***х***. При гаммацизме замена фрикативным заднеязычным или фарингальным ***г*** обозначается в транскрипции греческой буквой (гамма).

Нарушения мягких ***г'***, ***к'***, ***х'*** аналогичны нарушениям твердых ***г***, ***к***, ***х***, но в некоторых случаях наблюдается боковое произношение ***к'*** и ***г'***.

Приемы исправления этих звуков сводятся к постановке взрывных заднеязычных от взрывных переднеязычных, а фрикативных заднеязычных от фрикативных переднеязычных. Мягкие звуки ставятся от мягких, а твердые — от твердых. Постановка звуков производится с механической помощью. Ребенок несколько раз произносит слог *та*, в момент произнесения логопед шпателем постепенно отодвигает язык назад нажимом на переднюю часть спинки языка. По ходу движения языка вглубь слышится сначала слог *тя*, потом *кя*, а вслед за ним *ка*. Так же ставится звук ***г*** от слога *да*, но его можно получить и озвончением ***к***. Звук ***х*** ставится от звука с аналогичным приемом: сначала слышится *ся*, вслед за ним *хя* и наконец *ха*.

Описанные приемы постановки звуков используются как при функциональной, так и механической дислалии. Постановке звуков при механической дислалии должна предшествовать большая подготовительная работа, чем при функциональных дислалиях. В процессе нее большое внимание уделяется «произносительным пробам».

В разном фонетическом окружении одна и та же фонема реализуется в разных артикуляционных вариантах, поэтому должны отрабатываться наиболее частотные варианты сочетаний.

Условием, способствующим выработке нормированных звуков и облегчающим ребенку процесс овладения умениями и навыками звукового оформления речи, является адекватно выбранный путь постановки звука. Наиболее оправданным является тот, при котором учитывается артикуляторная близость звуков и естественные, присущие речи способы его реализации.

Опираясь на тот или другой звук как базовый, логопед при его постановке должен исходить из того, что только слог

является той минимальной единицей, в которой он реализуется. Поэтому о постановке звука можно говорить только в том случае, если он оказывается в составе слога. Все попытки ставить звуки на основе подражания окружающим шумам (шипению гуся, шуму поезда, треску пулемета и многим другим) для работы над произношением при дислалии могут иметь только вспомогательное значение.

Контрольные задания

1. Сравните определения дислалии в работах М.Е. Хватцева, О.В. Правдиной, О.А. Токаревой, К.П. Беккера и М. Совака. Установите их сходства и различия.
2. Назовите основные формы дислалии, укажите критерии их выделения.
3. Назовите основные виды нарушений отдельных звуков.
4. Опишите артикуляцию звука (по выбору).
5. Опишите дефекты произношения звука (по выбору).
6. При посещении специального учреждения уточните состояние звукопроизношения у детей, определите выявленные нарушения.
7. Присутствуя на логопедическом занятии, отметьте приемы и пособия, используемые для устранения дефектов звукопроизношения.

Литература

1. *Бельтюков В.И.* Об усвоении детьми звуков речи. М., 1994.
2. Дефектологический словарь. М., 1970.
3. *Матусевич М.И.* Современный русский язык. Фонетика. М., 1976.
4. *Жинкин Н.И.* Механизмы речи. М., 1959.
5. *Жинкин Н.И.* Сенсорная абстракция // Проблемы общей, возрастной и педагогической психологии. М., 1978.

6. Основы логопедии // Под ред. Т.В. Волосовец. М., 2000.
7. *Правдина О.В.* Логопедия. 2-е изд. М., 1973.
8. *Рау Ф.Ф.* Приемы исправления недостатков произношения фонем // Основы теории и практики логопедии. М., 1968.
9. Расстройства речи у детей и подростков // Под ред. С.С. Ляпидевского. М., 1969.
10. *Фомичева М.Ф.* Воспитание правильного произношения. М., 1971.
11. *Хватцев М.Е.* Логопедия. М., 1959.
12. Хрестоматия по логопедии // Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997. Ч. I.

Глава 7

РИНОЛАЛИЯ

Ринолалия (от греч. *rhinos* — нос, *lalia* — речь) — **нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.**

Ринолалия по своим направлениям отличается от дислалии наличием измененного назализованного (от лат. *nasus* — нос) тембра голоса.

При ринолалии артикуляция звуков, фонация существенно отличаются от нормы.

При нормальной фонации во время произнесения всех звуков речи, кроме носовых, у человека происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой.

Эти полости разделяются нёбно-глоточным смыканием, вызываемым сокращением мышц мягкого нёба, боковых и задних стенок глотки.

Одновременно с движением мягкого нёба при фонации происходит утолщение задней стенки глотки (валик Пассавана), которое способствует контакту задней поверхности мягкого нёба с задней стенкой глотки.

Во время речи мягкое нёбо непрерывно опускается и поднимается на разную высоту в зависимости от произносимых звуков и темпа речи. Сила нёбно-глоточного смыкания зависит от произносимых звуков. Она меньше для гласных, чем для согласных. Самое слабое нёбно-глоточное смыкание наблюдается при согласном ***в***, самое сильное — при ***с***, обычно в 6–7 раз сильнее, чем при ***а***.

При нормальном произнесении назальных звуков ***м, м', н, н'*** воздушная струя свободно проникает в пространство носового резонатора.

В зависимости от характера нарушения функции нёбно-глоточного смыкания выделяются различные формы ринолалии.

Открытая ринолалия

При открытой форме ринолалии ротовые звуки приобретают назальность.

Наиболее заметно изменяется тембр гласных ***и*** и ***у***, при артикуляции которых ротовая полость больше всего сужена. Наименьший назальный оттенок имеет гласный ***а***, так как при его произнесении ротовая полость широко раскрыта.

Значительно нарушается тембр при произнесении согласных. При произнесении шипящих и фрикативных прибавляется хриплый звук, возникающий в носовой полости. Взрывные ***п, б, д, т, к*** и ***г*** звучат неясно, так как в ротовой полости не образуется необходимое воздушное давление вследствие неполного перекрытия носовой полости. Ринофонически звучат ***л*** и ***р***. Воздушная струя в ротовой полости настолько слаба, что недостаточна для колебания кончика языка, необходимого для образования звука ***р***.

Для определения открытой ринолалии существуют разные методы функционального исследования. Самый простой — так называемая проба Гутцмана. Ребенка заставляют попеременно повторять гласные ***а*** и ***и***, при этом то зажимают, то открывают носовые ходы. При открытой форме наблюдается значительная разница в звучании этих гласных. С зажатым носом звуки, особенно ***и***, заглушаются и одновременно пальцы логопеда чувствуют сильную вибрацию на крыльях носа.

Можно использовать фонендоскоп. Обследующий вводит одну «оливу» себе в ухо, другую в нос ребенка. При произнесении гласных, особенно ***у*** и ***и***, слышится сильный гул.

Функциональная открытая ринолалия обусловлена разными причинами. Объясняется она недостаточным подъемом мягкого нёба при фонации у детей с вялой артикуляцией.

Одна из функциональных форм — «привычная» открытая ринолалия. Она наблюдается часто после удаления аденоидных разращений или, реже, в результате постдифтерийного пареза, из-за длительного ограничения подвижного мягкого нёба.

Обследование при открытой форме не выявляет каких-либо изменений твердого или мягкого нёба. Признаком функциональной открытой ринолалии служит более выраженное нарушение произношения гласных звуков. При согласных же нёбно-глоточное смыкание хорошее.

Прогноз при функциональной открытой ринолалии обычно благоприятный. Она исчезает после фониатрических упражнений, а нарушения звукопроизношения устраняются обычными методами, применяемыми при дислалии.

Органическая открытая ринолалия может быть приобретенной или врожденной.

Приобретенная открытая ринолалия образуется при перфорации твердого и мягкого нёба, при рубцовых изменениях, парезах и параличах мягкого нёба.

Причиной могут быть повреждения языкоглоточного и блуждающего нервов, ранения, давление опухоли и др.

Наиболее частой причиной врожденной открытой ринолалии является врожденное расщепление мягкого или твердого нёба, укорочение мягкого нёба.

Ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами губы и нёба, представляет собой серьезную проблему для различных отраслей медицины и логопедии. Она является предметом внимания хирургов-стоматолов, ортодонтов, детских оториноларингологов, психоневрологов и логопедов. Расщелины принадлежат к наиболее частым и тяжелым порокам развития.

Расщелина лица — это пороки сложной этиологии, т.е. мультифакторные пороки. В их возникновении играют роль генетические и внешние факторы или их совместное действие в раннем периоде развития эмбриона (Е.М. Немчинова, 1970; В.М. Мессина, 1971; Г.В. Кручинский, 1974; Ю.М. Берданский и соавт.). Различают биологические факторы (грипп, паротит, коревая краснуха, токсоплазмоз и др.); химические факторы (ядохимикаты, кислоты и др.); эндокринные заболевания матери, психические травмы и профессиональные вредности. Имеются сведения о влиянии алкоголя и курения. Критическим периодом для несращения верхней губы и нёба является 7–8-я недели эмбриогенеза.

Наличие врожденной расщелины губы или нёба является общим признаком для многих нозологических форм наследственных заболеваний. Генетический анализ показывает, что семейный характер расщелин губы и нёба достаточно редок. Однако большое значение имеет медико-генетическое консультирование семей в целях диагностики и профилактики. В настоящее время выделены у родителей микропризнаки расщелины губы и нёба: борозда на нёбе или язычке (*uvula*) мягкого нёба, расщелина язычка нёба, несимметричный кончик носа, несимметричное расположение оснований крыльев носа (Н.И. Каспарова, 1981).

У детей с врожденными расщелинами имеются серьезные функциональные расстройства (сосания, глотания, внешнего дыхания и др.), которые снижают сопротивляемость к различным заболеваниям. Они нуждаются в систематическом врачебном наблюдении и лечении.

В настоящее время принята следующая классификация:

Врожденные расщелины верхней губы

- скрытая расщелина;
- неполная расщелина: а) без деформации кожно-хрящевого отдела носа; б) с деформацией кожно-хрящевого отдела носа;
- полная расщелина (рис. 13).

Врожденные расщелины нёба:

- расщелина мягкого нёба: скрытые (субмукозные); неполные; полные (рис. 14);

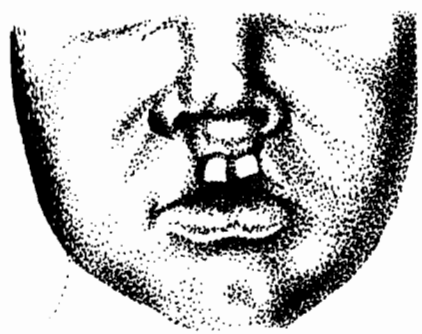


Рис. 13. Врожденная расщелина верхней губы



Рис. 14. Полная расщелина мягкого нёба



Рис. 15. Полная расщелина твердого нёба



Рис. 16. Односторонняя расщелина губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба

- расщелины мягкого и твердого нёба: скрытая; неполная; полная;
- полная расщелина альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба: односторонняя; двусторонняя (рис. 15, 16);
- полная расщелина альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба: односторонняя; двусторонняя.
- полная расщелина альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба: односторонняя; двусторонняя.

Логопеду наиболее трудно обнаружить субмукозную (подслизистую), или скрытую, расщелину. Для ее выявления следует обратить внимание на заднюю поверхность нёба, которая при утрированном произнесении звука ***а*** с широко открытым ртом слегка втягивается в форме небольшого треугольника. Слизистая оболочка в этой области истончена и имеет более бледную окраску.

Нарушения нёба могут сочетаться с расщелинами губы. Частичные расщелины встречаются в несколько раз чаще полных, а односторонние — чаще, чем двусторонние (по данным М.Д. Дубова).

Расщелины обычно сочетаются с различными зубочелюстными деформациями. Продолжительность и объем лечебных мероприятий зависят от тяжести врожденной патологии, так как требуется длительное согласованное лечение у хирурга и ортодонта.

Хирургическое лечение детей с несращением верхней губы и нёба осуществляется в несколько этапов. Несращение губы в зависимости от формы дефекта и состояния организма ребенка оперируется в сроки от 10 дней до одного года. Операции на нёбе, как правило, осуществляют до 5 лет. Работа по устранению остаточных дефектов верхней губы, носа и деформации нёба проводится в возрасте от 7 до 14 лет. Одного хирургического лечения для полной реабилитации большинства (около 75%) детей с расщелиной губы и нёба недостаточно. Эти больные нуждаются в помощи со стороны ряда специалистов (стоматологов, ортодонтов, ортопедов, оториноларингологов, логопедов, невропатологов и др.). Помощь им оказывается в рамках системы диспансерного наблюдения и лечения.

Диспансеризация таких больных получила значительное развитие за последние годы (активно после IV съезда стоматологов (1962) по проблеме врожденных расщелин верхней губы и нёба). Идея диспансеризации появилась еще в 1950 г. (М.Д. Дубов). Научное обоснование и широкое применение на практике современного принципа диспансеризации осуществила Б.Я. Булатовская (1958 — 1971). По ее предложению были проведены мероприятия, которые положили в нашей стране начало диспансерному наблюдению и лечению детей с расщелинами. Организованный в г. Свердловске (Екатеринбурге) в 1956 г. Б.Я. Булатовской консультативно-методический центр явился прообразом межобластных лечебно-консультативных центров, которые продолжают создаваться в настоящее время в различных городах.

В Республиканском научно-практическом центре медико-социальной реабилитации детей и подростков с врожденной челюстно-лицевой патологией (г. Екатеринбург) функционирует многоуровневая система выявления таких детей (с первых дней жизни), диагностики и лечебно-коррекционной работы. Модульная система позволяет осуществить психолого-педагогическое тестирование, специализированное развивающее обучение, работу с семьей, использовать компьютерную технологию. Центр координирует работу всех специалистов, в помощи которых нуждаются дети с расщелинами.

Диспансеризация осуществляется следующим образом: при первичном обращении ребенка медицинская сестра ставит его на учет, заводит диспансерную карту. Ребенка осматривают хирург, ортодонт, педиатр. Собирается подробный анамнез со слов родителей. Устанавливается первоначальный диагноз. Родителей знакомят с этапами и сроками лечения, разъясняют их роль в комплексном лечении ребенка. Для выявления и предупреждения сопутствующих отклонений и деформаций челюстно-лицевой области и соответственного лечения организуются комплексные осмотры.

В зависимости от характера и тяжести патологии детям рекомендуется амбулаторное наблюдение или стационирование. Важным звеном является ортодонтическая помощь, которая оказывается с грудного возраста.

По состоянию психического развития дети с расщелинами составляют весьма разнородную группу: дети с нормальным психическим развитием; с задержкой умственного развития; с олигофренией (разной степени). У некоторых из них имеются отдельные неврологические микропризнаки: нистагм, легкая асимметрия глазных щелей, носогубных складок, повышение сухожильных и перистальных рефлексов. В этих случаях ринолалия осложняется ранним поражением центральной нервной системы. Значительно чаще у детей наблюдаются функциональные нарушения нервной системы, выраженные психогенные реакции на свой дефект, повышенная возбудимость и др. Характерным для детей с ринолалией является изменение оральной чувствительности в ротовой полости.

Значительные отклонения в стереогнозе у детей с расщелинами в сравнении с нормой отмечены М. Эдвардс (1973). Причина заключается в дисфункции сенсомоторных проводящих путей, обусловленных неполноценными условиями вскармливания в грудном возрасте.

Патологические особенности строения и деятельности речевого аппарата обусловливают многообразные отклонения в развитии не только звуковой стороны, в разной степени страдают и другие различные структурные компоненты речи.

В устной речи отмечаются обедненность и аномальные условия протекания долингвистического развития детей с ринолалией. В связи с нарушением речедвигательной периферии ребенок лишается интенсивного лепета, артикуляционной «игры», тем самым обедняется этап подготовительной настройки речевого аппарата. Наиболее типичные лепетные звуки ***п, б, т, д*** артикулируются ребенком беззвучно или очень тихо в связи с утечкой воздуха через носовые ходы и тем самым не получают слухового подкрепления. Активность лепета постепенно уменьшается (Т.В. Волосовец, 1995).

Страдает не только артикуляция звуков, но и развитие просодических элементов речи.

Отмечается позднее начало речи, значительный временной интервал между появлением первых слогов, слов и фраз уже в ранний период, являющийся сензитивным для формирования не только звукового, но и смыслового ее содержания, т.е. начинается искаженный путь развития речи в целом. В наибольшей степени дефект проявляется в нарушении фонетической ее стороны.

В результате периферической недостаточности артикуляционного аппарата формируются приспособительные (компенсаторные) изменения уклада органов артикуляции при производстве звуков; высокий подъем корня языка и сдвиг его в заднюю зону ротовой полости; недостаточное участие губ при произнесении лабиализованных гласных, губно-губных и губно-зубных согласных; чрезмерное участие корня языка и гортани; напряжение мимической мускулатуры.

Наиболее существенными проявлениями дефектности фонетического оформления устной речи являются нарушения всех оральных звуков речи за счет подключения носового резонатора и изменения аэродинамических условий фонации. Звуки становятся назальными, т.е. изменяется характерный тон согласных.

Помимо этого выявляется специфическая окраска некоторых согласных звуков (чаще задненёбных) за счет подключения глоточного резонатора. Фарингализация, т.е. дополнительная артикуляция за счет напряжения стенок глотки, возникает как компенсаторное средство.

Встречаются также и явления дополнительной артикуляции в полости гортани, что придает речи своеобразный «щелкающий» призвук.

Выявляется множество и других более частных дефектов:

- опускание начального согласного (*ак, ам — так, там*);
- нейтрализация зубных звуков по способу образования;
- замена взрывных звуков фрикативными;
- свистящий фон при произношении шипящих звуков или наоборот (*с^{ш}* или *ш^{с}*);
- отсутствие вибранта *р* или замена звуком *ы* при сильном выдохе;
- наложение дополнительного шума на назализованные звуки (шипение, свист, придыхание, храп, гортанность и т.п.);
- перемещение артикуляции в более задние зоны (влияние высокого положения корня языка и малого участия губ при артикуляции). В некоторых случаях отмечаются явления гиперкоррекции, т.е. перемещение артикуляции в передние зоны. Например, звук *с* заменяется звуком *ф* без изменения способа артикуляции. Характерно понижение разборчивости звуков в стечении согласных в конечной позиции.

Взаимосвязь назализации речи и искажений в артикуляции отдельных звуков весьма разнообразна.

Нельзя установить прямого соответствия между величиной нёбного дефекта и степенью искажения речи. Слишком разнообразны компенсаторные приемы, которыми пользуются дети для производства звуков. Многое зависит также от соотношения резонирующих полостей и от многообразия индивидуальных особенностей конфигурации ротовой и носовой полости. Имеются факторы, менее специфические, но также влияющие на степень внятности звукопроизношения (возрастные, индивидуально-психологические свойства, социально-психологические и др.).

Речь ребенка с ринолалией в целом мало разборчива.

М. Момеску и Э. Алекс показали, что разговорная речь детей с расщелиной нёба содержит только 50% информации по сравнению с нормой, возможность передачи речевого сообщения ребенком уменьшена вдвое. Это является причиной серьезных коммуникативных затруднений.

Таким образом, механизм нарушения при открытой ринолалии определяется следующим:

- отсутствие нёбно-глоточного затвора и вследствие этого — нарушение противопоставлений звуков по признаку ротовой-носовой;
- изменение места и способа артикуляции большинства звуков по причине дефектов твердого и мягкого нёба, вялость кончика языка, губ, отодвигание языка вглубь ротовой полости, высокое положение корня языка, участие в артикуляции мышц глотки и гортани.

Особенности устной речи детей с ринолалией во многих случаях являются причиной отклонения в формировании других речевых процессов.

Особенности письма обусловлены искажением и несформированностью фонематической системы языка вследствие нарушения произношения. Поэтому звуковые образы, накопленные в их речевом сознании, неполноценны и не расчленены для формирования правильного письма.

Вторично обусловленные особенности восприятия речевых звуков являются основным препятствием к овладению правильным письмом.

Связь нарушений письма с дефектами артикуляционного аппарата имеет разнообразные проявления. Если к моменту обучения ребенок с ринолалией овладел внятной речью, умеет четко произносить большинство звуков родного языка и в его речи остается лишь незначительный назальный оттенок, то развитие звукового анализа, необходимого для обучения грамоте, протекает успешно. Однако, как только возникают у ребенка с ринолалией дополнительные препятствия для нормального речевого развития, проявляются специфические нарушения письма. Позднее начало речи, длительное отсутствие логопедической помощи, без которой ребенок продолжает произносить малопонятные искаженные слова, отсутствие речевой практики, в ряде случаев сниженная психическая активность влияют на всю его речевую деятельность.

Дисграфические ошибки, которые наблюдаются в письменных работах детей с расщелинами нёба, разнообразны.

Специфическими для ринолалии являются замены ***п, б*** на ***м, т, д*** и ***н*** и обратные замены ***н — д, т, м — б, п***, обусловленные отсутствием фонологического противопоставления соответствующих звуков в устной речи. Например: *придет — «принет», дал — «нал», «ландыш» — «ланныш»*, «ладныш», *огненные — «огнедные»* и т.д.

Выявляются пропуски, замены, употребление лишних гласных: *«в сенем» — в синем, «крельца» — крыльца, «гри бими» — грибами, «голубятя» — голубятня, «пршел» — пришел.*

Распространены замены и смешения шипящих-свистящих *«зелезо» — железо, «закрузились» — закружились.*

Отмечаются трудности употребления аффрикат. Звук **ч** на письме заменяется ***ш, с*** или ***ж; щ*** на **ч**: *«прящутся» — прячутся, «щулан» — чулан, «щитала» — читала, «се рез» — через.*

Звук ***ц*** заменяется на ***с***; *«скворес» — скворец.*

Характерны смешения звонких и глухих согласных: *«из правь» — исправь, «в портвеле» — в портфеле.*

Нередки ошибки на пропуск одной буквы из стечения: *«расвел» — расцвел, «конату» — комнату.*

Звук ***л*** заменяется ***р, р*** на ***л***: *«проварился» — провалился, «подпрыла» — подплыла.*

Степень нарушения письма зависит от ряда факторов: глубины дефекта артикуляционного аппарата, особенностей личности и компенсаторных возможностей ребенка, характера и сроков логопедического воздействия, влияния речевой среды.

Необходимо проводить специальную работу, включающую развитие фонематического восприятия с одновременным воздействием на произносительную сторону речи.

Коррекция нарушений речи у детей с ринолалией осуществляется дифференцированно в зависимости от возраста, состояния периферического отдела артикуляционного аппарата и от особенностей речевого развития в целом.

Основным дифференцирующим показателем для определения детей в логопедические учреждения является развитие речевых процессов. Детям дошкольного возраста с нарушением фонетической стороны речи оказывается логопедическая помощь амбулаторно в детской поликлинике или в стационаре (в послеоперационный период). Дети, имеющие недоразвитие других речевых процессов, зачисляются в специальные детские сады в группы для детей с фонетико-фонематическим или общим речевым недоразвитием.

Дети школьного возраста, имеющие выраженные нарушения фонематического восприятия, получают помощь на логопедических пунктах при общеобразовательных школах. Однако они составляют специфическую группу из-за выраженности и стойкости первичного дефекта и тяжести нарушения письма. Поэтому часто коррекционное воздействие в условиях специальных школ оказывается для них более эффективным.

Для детей школьного возраста с ринолалией, имеющих общее недоразвитие речи, характерна недостаточность в развитии лексики и грамматического строя. Обусловленность ее различна: сужение социальных и речевых контактов детей из-за грубого дефекта звуковой речи, позднее ее начало, осложненность основного дефекта проявлениями дизартрии или алалии.

Речевые ошибки отражают низкий уровень усвоения языковых закономерностей, нарушение лексической и синтаксической сочетаемости, нарушение норм литературного языка. Они обусловлены прежде всего малым объемом речевой практики. Словарь детей недостаточно точный по употреблению, с ограниченным количеством слов, обозначающих отвлеченные и обобщенные понятия. Этим объясняется стереотипность их речи, замены близких по значению слов.

В письменной речи типичными являются случаи неправильного употребления предлогов, союзов, частиц, ошибки в падежных окончаниях, т.е. проявления аграмматизма в письме. Распространенными оказываются замены и пропуски предлогов, слияния предлогов с существительными и местоимениями, неправильное членение предложений.

Чтение также отражает несформированность устной речи. Выявляется смешение элементов слов, недостаточное различение форм слова, медленный темп чтения. В разной степени страдает и понимание прочитанного на уровне недостаточного понимания значения отдельных слов; выявляются нарушения связи между фразами, между частями текста, нарушения понимания переносного смысла.

Методика коррекционной работы

Коррекционное обучение детей, имеющих отклонение только с фонетической стороны, ведется по следующим направлениям:

- активизация деятельности артикуляционного аппарата (различными приемами в зависимости от состояния врожденного дефекта);
- формирование артикуляции звуков;
- устранение назального оттенка голоса;
- дифференциация звуков с целью предупреждения нарушения звукового анализа;
- нормализация просодической стороны речи;
- автоматизация приобретенных навыков в свободном речевом общении.

Коррекционное обучение детей, имеющих фонетико-фонематическое недоразвитие, включает перечисленные выше направления, а также систематические упражнения по коррекции фонематического восприятия, формированию морфологических обобщений, преодолению дисграфии.

Коррекционное обучение детей с общим недоразвитием речи направлено на формирование полноценной фонетической стороны речи, развитие фонематических представлений, овладение морфологическими и синтаксическими обобщениями, развитие связной речи. Все это можно осуществить в условиях специальной школы для детей с тяжелыми нарушениями речи.

В отечественной логопедии разработаны методические приемы по устранению ринолалии (Е.Ф. Рау, 1933; Ф.А. Рау, 1933; З.Г. Нелюбова, 1938; В.В. Куколь, 1941; А.Г. Ипполитова, 1955, 1963; З.А. Репина, 1970; И.И. Ермакова, 1984; Г.В. Чиркина, 1987; Т.В. Волосовец, 1995).

Большую значимость имеет система, разработанная ***А.Г. Ипполитовой***. Эта система высоко результативна при коррекции звукопроизношения у детей, не имеющих отклонений в фонематическом развитии. А.Г. Ипполитова одна из первых рекомендовала занятия в дооперационном периоде. Характерным для ее методики является со-

четание дыхательных и артикуляционных упражнений, последовательность отработки звуков, обусловленная артикуляционной взаимосвязанностью.

Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является произвольным базисом для формирования следующих. Используются так называемые ***опорные звуки***.

Подготовка артикуляционной базы звука проводится при помощи специальной артикуляционной гимнастики, которая сочетается с развитием речевого дыхания ребенка. Своеобразие метода А.Г. Ипполитовой состоит в том, что при вызывании звука первоначальное внимание ребенка направлено только на артикулему.

Содержание логопедических занятий по методике А.Г. Ипполитовой включает следующие разделы.

- Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха.
- Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулем гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных.
- Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании сонорных звуков и аффрикат.
- Формирование мягких звуков.

Л.И. Вансовская (1977) предложила начинать устранение назализации не с традиционного звука ***а***, а с передних гласных ***и*** и ***э***, так как именно они позволяют фокусировать выдыхаемую струю воздуха в переднем отделе ротовой полости и направлять язык к нижним резцам. При этом усиливается четкость кинестезий при соприкосновении с нижними резцами; при произнесении звука ***и*** стенки глотки и мягкое нёбо участвуют более активно.

От ребенка требуется произнесение звуков негромким голосом, с несколько выдвинутой вперед челюстью, с полуулыбкой, с усиленным напряжением мягкого нёба и глоточных мышц. После устранения назализации гласных проводится работа над сонорами (***л***, ***р***), затем щелевыми и смычными согласными.

На совершенствование методов коррекции дефектов речи при ринолалии оказало влияние исследование ***методом рентгенографии***. Оно позволило прогнозировать возможность восстановления функции нёба логопедическими приемами (Н.И. Сереброва, 1969).

Анализ рентгенограмм выявил зависимость эффективности логопедической работы от подвижности мягкого нёба и задней стенки глотки; от расстояния между задней стенкой глотки и мягким нёбом; от ширины средней части глотки.

Сопоставление этих данных еще до начала логопедической работы дает возможность решить вопрос о степени компенсации речевого дефекта общепринятыми средствами.

Приемы дифференцированной логопедической работы в зависимости от анатомических и функциональных особенностей артикуляционного аппарата разработаны ***Т.Н. Воронцовой*** (1966).

Применительно к взрослым разработана методика ***С.Л. Таптаповой*** (1963), которая предлагает своеобразный режим молчания — произношение про себя гласных звуков. Это снимает гримасы и подготавливает произношение без назализации.

Рекомендуются вокальные упражнения.

И.И. Ермакова (1980) разработала поэтапную методику коррекции звукопроизношения и голоса. Ею установлены возрастные особенности функциональных расстройств голосообразования у детей с врожденными расщелинами и применительно к ним модифицированы ортофонические упражнения. Специальное внимание уделено послеоперационному периоду и рекомендованы приемы развития подвижности мягкого нёба, предотвращающие его укорочение после хирургической пластики.

Устранение нарушений звуковой стороны речи базируется на тщательном логопедическом обследовании детей.

Устанавливаются наличие и степень нёбно-глоточной недостаточности, рубцовые изменения твердого и мягкого нёба, его длина; характер контакта с задней стенкой глотки (пассивный, активный, функциональный); зубочелюстные аномалии, особенности моторики артикуляционного аппарата; наличие компенсаторных мимических движений.

Эффективность логопедической работы находится в тесной связи с анатомическим и функциональным состоянием речевого аппарата. Большое значение придается также психофизическому состоянию ребенка, его поведению и личности в целом.

Система коррекционной работы по развитию фонетически правильной речи включает следующие разделы: развитие движений мягкого нёба, устранение назального оттенка, постановка звуков и развитие фонематического восприятия.

Содержание первого раздела меняется в зависимости от того, оперирован или нет ребенок. Если операция произведена, большое внимание уделяется массажу мягкого нёба для сглаживания и большей эластичности послеоперационного рубца.

Для массажа используется зонд для звука ***с*** (см. рис. 2, № 2), который осторожно двигается вперед-назад по твердому нёбу. При поглаживании и растирании слизистой оболочки на границе твердого и мягкого нёба в поперечном направлении возникает рефлекторное сокращение мышц глотки и мягкого нёба. Также эффективен массаж при произнесении звука ***а*** — в это время производится легкий нажим на мягкое нёбо. Полезно производить точечный и толчкообразный массаж пальцем.

Массаж должен продолжаться 1,5–2 минуты, т.е. нужно произвести 40–60 быстрых ритмических движений по нёбу (2 раза в день в течение 6–12 месяцев за 2 часа до или после еды).

Существенной в послеоперационный период является работа по активизации мягкого нёба. Для этого применяют следующие упражнения.

Гимнастика для нёба

Глотание воды маленькими порциями, что вызывает наиболее высокое поднятие мягкого нёба. При следующих друг за другом глотательных движениях удлиняется время удержания мягкого нёба в поднятом положении. Детям предлагается пить из маленького стаканчика или пузырька. Можно капать воду на язык из пипетки по нескольку капель воды.

Позевывание при открытом рте; имитация позевывания.

Полоскание горла теплой водой маленькими порциями.

Покашливание, которое вызывает энергичное сокращение мышц валика Пассавана (на задней стенке глотки). Валик Пассавана может увеличиваться до 4–5 мм и в значительной степени возмещает нёбно-глоточную недостаточность. При покашливании происходит полный затвор между носовой и ротовой полостью. Активные движения нёба и задней стенки глотки могут ощущаться детьми (рука прикасается к мышцам шеи под подбородком и «чувствует» подъем нёба).

Произвольное покашливание производится два-три раза или больше на одном выдохе. В это время сохраняется контакт нёба с задней стенкой глотки, а воздушный поток направляется через ротовую полость. Первое время рекомендуется производить покашливание с высунутым языком. Затем — покашливание с произвольными паузами, во время которых от ребенка требуют сохранить контакт нёба с задней стенкой глотки. Постепенно ребенок приучается активно поднимать его и направлять воздушную струю через рот.

Производится четкое энергичное утрированное произнесение гласных звуков (на твердой атаке) высоким тоном голоса. При этом увеличивается резонанс в ротовой полости и уменьшается носовой оттенок.

Перечисленные упражнения дают положительные результаты в дооперационном периоде и после операции. Систематическое их проведение в течение длительного времени в дооперационный период подготавливает ребенка к операциям и сокращает сроки последующей коррекционной работы.

Работа над дыханием является необходимой для воспитания правильной звуковой речи. У детей с ринолалией очень короткий неэкономный выдох, расходующийся через рот и носовые ходы. Для воспитания направленной ротовой воздушной струи используются следующие упражнения: вдох и выдох носом; вдох носом, выдох ртом; вдох ртом, выдох носом; вдох и выдох ртом.

При систематическом выполнении этих упражнений ребенок начинает ощущать разницу в изменении фонации и учится правильно направлять выдыхаемый воздух. Это способствует также воспитанию правильных кинестетических ощущений движения мягкого нёба.

При выполнении упражнений важно постоянно контролировать ребенка, так как ему трудно ощутить утечку воздуха через носовые

ходы. Используются различные приемы контроля: приставляется к носовым ходам зеркало, ватка, полоска тонкой бумаги и т.п.

Воспитанию правильной воздушной струи способствуют упражнения с дутьем на ватку, на полоску бумаги, на бумажные игрушки и т.п.

Более трудным и не всегда оправданным упражнением является игра на детских духовых инструментах. Подобные упражнения необходимо чередовать с более легкими, так как они вызывают быстрое утомление.

Одновременно осуществляется цикл упражнений, основная цель которых — нормализация речевой моторики. Повседневное их применение устраняет высокий подъем корня языка, недостаточную губную артикуляцию и увеличивает подвижность кончика языка. В связи с этим уменьшается чрезмерное участие корня языка и гортани в произношении звуков.

Гимнастика для губ и щек

Надувание обеих щек одновременно.

Надувание щек попеременно.

Втягивание щек в ротовую полость между зубами.

Сосательные движения — сомкнутые губы вытягиваются вперед хоботом, затем возвращаются в нормальное положение. Челюсти при этом сомкнуты.

Оскал: губы сильно растягиваются в сторону, вверх, вниз, обнажая оба ряда зубов.

«Хоботок» с последующим оскалом при сжатых челюстях.

Оскал с раскрыванием и закрыванием рта с последующим смыканием губ.

Оскал при раскрытом рте с последующим закрыванием губами обоих рядов зубов (***п, б, м***).

Вытягивание губ широкой воронкой при раскрытых челюстях.

Вытягивание губ узкой воронкой (имитация свиста).

При широко раскрытых челюстях губы втягиваются внутрь рта, плотно прижимаясь к зубам.

Поднимание плотно сжатых губ вверх и вниз при плотно сжатых челюстях.

Поднимание верхней губы — обнажаются верхние зубы.

Оттягивание вниз нижней губы — обнажаются нижние зубы.

Имитация полоскания зубов (воздух сильно давит на губы).

Вибрация губ.

Движения губ хоботком влево-вправо.

Вращательные движения губ хоботком.

Сильное надувание щек (губами удерживается воздух в ротовой полости, увеличивается внутриротовое давление).

Удерживание губами карандаша или резиновой трубочки.

Гимнастика для языка

Высовывание языка лопатой, жалом.

Поочередное высовывание языка распластанного и заостренного.

Поворачивание сильно высунутого языка вправо-влево.

Поднимание и опускание задней части языка — кончик языка упирается в нижнюю десну, а корень языка то поднимается вверх, то опускается вниз.

Присасывание спинки языка к нёбу сначала при закрытых челюстях, а затем при открытых.

Высунутый широкий язык смыкается с верхней губой, а затем втягивается в рот, касаясь спинкой верхних зубов и нёба и загибаясь кончиком вверх у мягкого нёба.

Присасывание языка к верхним альвеолам с раскрыванием и закрыванием рта.

Проталкивание языка между зубами, так что верхние резцы «скоблят» спинку языка.

Круговое облизывание кончиком языка губ.

Поднимание и опускание широко высунутого языка к верхней и нижней губам при раскрытом рте.

Поочередное загибание кончика языка жалом к носу и подбородку, верхней и нижней губам, к верхним и нижним зубам, к твердому нёбу и дну ротовой полости.

Кончик языка касается верхних и нижних резцов при широко открытом рте.

Высунутый язык удерживать желобком, лодочкой, чашечкой.

Язык в форме чашечки удерживать внутри рта.

Закусывание зубами боковых краев языка.

Упираясь боковыми краями языка в боковые верхние зубы, при оскале поднимать и опускать кончик языка, касаясь им верхних и нижних десен.

При том же положении языка многократно барабанить кончиком языка по верхним альвеолам (***т-т-т-т***).

Проделать движения одно за другим — язык жалом, чашечкой, вверх и т.д.

Таким образом воспитываются движения, необходимые для правильного произнесения звуков.

Проводятся голосовые упражнения на гласных звуках. Гласные звуки ***а, о, у, э*** ставятся в первую очередь и затем регулярно (ежедневно) включаются в упражнения. Гласные звуки сначала артикулируются без голоса (беззвучно). Это особенно полезно для детей, у которых выражены компенсаторные дополнительные движения лица (втягивание у крыльев носа). Эти дети должны ежедневно заниматься перед зеркалом беззвучной артикуляцией гласных, а затем переходить к громкому произнесению. Постепенно увеличивается число повторений гласных на одном выдохе.

Например: ***а*** : ***э***

а а : ***э э***

а а а : ***э э э*** и т.д.

Следующий этап — отрывистое четкое произнесение гласных по два и три звука в разной последовательности. Помимо артикуляционной тренировки это развивает удерживание последовательности звуков и овладение слоговой структурой слова.

Например: ***ао аоэ***

ау ауэ

аэ эау и т.п.

Затем от детей требуется произнесение гласных с небольшими паузами, во время которых должно сохраняться высокое положение мягкого нёба. Паузы постепенно увеличиваются от одной до трех секунд.

Например: ***а -; а - -; а - - -*** и т.д.

Длительное слитное произнесение гласных звуков: ***а- -э- -а - -у- -и*** и т.д.

Воспитание правильного звукопроизношения проводится обычными коррекционными методами. Специфичным является постоянный контроль за направлением воздушной струи. В трудных случаях можно применять временное зажимание носовых ходов для более внятного и звучного произнесения звука. Специфическим также является порядок постановки звуков. Из согласных первым вырабатывается звук ***ф*** — глухой фрикативный звук, к произнесению которого легко перейти от упражнений, связанных с продуванием воздушной струи через рот. От ребенка требуется осуще-

ствление длительного правильного выдоха, во время которого верхние зубы касаются нижней губы, получается звук ***ф***. Учащиеся упражняются в произнесении звука изолированно (***ф***—·, ***ф***—·), в обратных слогах (аф, эф, иф), затем в прямых слогах (***фа, фу, афа, афу***).

К артикуляции звука ***п*** учащиеся подготовлены упражнениями по надуванию щек, требующими хорошего нёбно-глоточного затвора. Далее дети должны произвести взрыв смычки губ для звука ***п***. Если у них не получается, тогда логопед размыкает плотно сжатые губы ребенка, отодвигает нижнюю губу вниз. Достаточный взрыв может получиться только при отсутствии утечки воздуха через носовые ходы, поэтому в дальнейшем произнесение звука ***п*** может применяться для тренировочных упражнений по устранению назальности.

При постановке звука ***т*** внимание ребенка главным образом фиксируется на правильности ротового выдоха, во время осуществления которого кончик языка прижимается к верхним зубам. Все элементы артикуляции звуков должны быть подготовлены и автоматизированы заранее в артикуляционных упражнениях и автоматически включаются при наличии достаточно сильной воздушной ротовой струи.

Звук ***к*** представляет определенную трудность для детей и не всегда получается по подражанию, несмотря на упражнения в покашливании. Поэтому может использоваться механический способ постановки от звука ***т***.

Логопедические занятия в дооперационный период предотвращают возникновение серьезных патологических изменений в функционировании органов речи. Одновременно подготавливается активность мягкого нёба; нормализуется положение корня языка; усиливается мышечная деятельность губ; вырабатывается направленный ротовой выдох. Тем самым создаются условия для более эффективных результатов операции и последующей коррекции.

Рано начатое логопедическое воздействие уменьшает дегенеративные изменения мышц глотки (И.И. Ермакова, 1984).

После операции (через 15–20 дней) многие специальные упражнения повторяются. Основная их цель в этом периоде — развитие эластичности и подвижности смыкания. В значительном ряде случаев возникает необходимость «растягивания» мягкого нёба, так как оно может в послеоперационный период уменьшиться в длину за счет рубцевания.

Для растяжения свежих рубцов применяется прием, имитирующий проглатывание. Одновременно проводится и массаж.

В послеоперационный период необходимо развить подвижность мягкого нёба, устранить неправильный уклад органов артикуляции и подготовить произношение всех звуков без назального оттенка.

Дети с ринолалией, посещающие специальный детский сад, под руководством логопеда овладевают правильным произношением звуков. Занятия проводятся как в группе, так и индивидуально. На индивидуальных занятиях применяются специальные упражнения, направленные на устранение специфических для этой аномалии дефектов.

При составлении индивидуального плана логопед должен придерживаться следующих направлений: ***нормализация звуковой стороны речи и устранение лексико-грамматического недоразвития***.

Включается ряд специальных разделов:

- Звуки, подлежащие постановке, коррекции, уточнению или дифференциации. Обращается внимание на нарушение собственно артикуляции звуков и на степень назализации при их произнесении.
- Ритмико-слоговая структура. Вычленяются трудности произношения звуков в сложных позициях (типа ССГ), а также в многосложных словах и в конце фразы.
- Фонематическое восприятие и состояние слухового контроля за собственной речью.

В первом периоде обучения в детском саду на индивидуальных занятиях проводится уточнение произношения гласных звуков ***а, э, о, у, ы*** и согласных ***п, п'; ф, ф': в, в'; т, т'***; постановка и первоначальное закрепление звуков: ***к, к'; х, х'; с, с'; г, г'; д, д'; б, б'***.

Во втором периоде озвучиваются звуки: ***и; д, д'; з, з'; ш; р.***

В третьем периоде отрабатываются звук ***ж***, аффрикаты и продолжается работа над уточнением артикуляции пройденных ранее звуков. Одновременно ведется интенсивная работа над устранением назального оттенка.

Большое место отводится дифференциации ротовых и носовых звуков: ***м — п; м' — п'; н — д; н — т; м — б; м' — б'***.

В школе для детей с тяжелыми нарушениями речи специфические дефекты устраняются на индивидуальных логопедических занятиях.

В процессе коррекционной работы над нормализацией фонетической стороны речи необходимо контролировать эффективность логопедических упражнений.

Предложенные Л.И. Вансовской критерии дают возможность более четко расчленить комплексные нарушения речи при ринолалии и оценить коррекционное воздействие по двум аспектам — устранение назализации и дефектов артикуляции.

Установлены следующие оценки речи:

1. Нормальная и близкая к норме, т.е. сформировано звукопроизношение и устранена назализация.
2. Значительное улучшение речи — сформировано звукопроизношение, имеется умеренная назализация.
3. Улучшение речи — сформирована артикуляция не всех звуков, имеется умеренная назализация.
4. Без улучшения — не сформирована артикуляция звуков,сохраняется гиперназализация.

На результативность коррекционного воздействия большое влияние оказывает активное участие родителей в воспитании нормальной речи у детей с расщелиной.

Среди некоторых факторов, оказывающих влияние на результаты коррекции (возраст, в котором сделана операция, ее качество; возраст, в котором началось логопедическое обучение; продолжительность обучения), выделяется и фактор сотрудничества с семьей ребенка. Логопед рассказывает родителям об используемых приемах коррекции и значительную часть хорошо отработанных упражнений рекомендует для систематического применения в домашних условиях.

Закрытая ринолалия

Закрытая ринолалия образуется при пониженном физиологическом носовом резонансе во время произнесения звуков речи.

Самый сильный резонанс у носовых ***м, м', н, н'***. При нормальном их произнесении носоглоточный затвор остается открытым и воздух проникает прямо в носовую полость. Если для назальных звуков носовой резонанс отсутствует, они звучат как ротовые ***б, б', д, д'***. В речи исчезает противопоставление звуков по признаку назальный-неназальный, что влияет на ее разборчивость. Меняется также звучание гласных звуков из-за заглушения отдельных тонов в носоглоточной и носовой полостях. При этом гласные звуки приобретают в речи неестественный оттенок.

Причина закрытой формы — чаще всего органические изменения в носовом пространстве или функциональные расстройства нёбно-глоточного смыкания. Органические изменения вызываются болезненными явлениями, в результате которых затрудняется носовое дыхание.

М. Зееман различает два вида закрытой ринолалии (ринофонии): ***переднюю закрытую*** — при непроходимости носовых полостей и ***заднюю закрытую*** — при уменьшении носоглоточной полости.

Передняя закрытая ринолалия наблюдается при хронической гипертрофии слизистой носа, главным образом, задних нижних раковин; при полипах в носовой полости; при искривлении перегородки носа и при опухолях носовой полости.

Задняя закрытая ринолалия у детей может быть следствием аденоидных разрастаний, реже носоглоточных полипов, фибромы или иных носоглоточных опухолей.

Функциональная закрытая ринолалия наблюдается у детей часто, но не всегда правильно распознается. Она возникает при хорошей проходимости носовой полости и ненарушенном носовом дыхании. Однако тембр назальных и гласных звуков при этом может быть нарушен сильнее, чем при органических формах.

Мягкое нёбо при фонации и при произношении назальных звуков сильно поднимается и закрывается доступ зву-

ковым волнам к носоглотке. Это явление чаще наблюдается при невротических расстройствах у детей.

При ***органической закрытой ринолалии*** прежде всего должны быть устранены причины непроходимости носовой полости. Как только наступает правильное носовое дыхание, исчезает и дефект. Если же после устранения непроходимости (например, после аденотомии) ринолалия продолжает проявляться, прибегают к таким же упражнениям, как при функциональных нарушениях.

Эффективность логопедической работы по устранению ринолалии зависит от состояния носоглотки, функции *uvula*, от возраста ребенка. Важным фактором является и способность ребенка различать назальный тембр голоса от нормального. На начальном этапе занятий рекомендуются дыхательные упражнения, цель которых состоит в дифференциации носового и ротового вдоха и выдоха. Это достигается сначала упражнениями с дутьем, а затем чередованием краткого и длительного носового выдоха. Одновременно осуществляется активизация мышц мягкого нёба и задней стенки глотки. Следующим этапом является работа над дифференциацией ротового и носового выдохов. Это подготавливает возможность постановки и автоматизации назальных звуков: губно-губного смычного ***м*** и переднеязычного смычного ***н***.

Детей обучают протяжному утрированному произнесению, чтобы ощущалась сильная вибрация на крыльях и основании носа. Таким же образом упражняют гласные перед назальными звуками (*ам, ом, ум, ан*). При произнесении этих звуков и слогов мягкое нёбо пассивно, логопед контролирует движение губ (при ***м***) или языка (при ***н***), а также силу носового выдоха. После этого назальные звуки закрепляются в словах. Их необходимо произносить усиленно и протяжно, с сильным носовым резонансом. Для коррекции дефекта детям школьного возраста можно вводить тонкую резиновую трубку в носовой ход, другой ее конец — в наружный слуховой канал, чтобы ребенок «слышал носом» и сам контролировал голосовые вибрации при образовании носовых звуков. Заключительным этапом является работа над звучностью гласных звуков и над противопоставлением звуков по признаку назальность-неназальность (***п, б — м; д — н***).

Смешанная ринолалия

Некоторые авторы (М. Зееман, А. Митронович-Моджеевска) выделяют ***смешанную ринолалию*** — состояние речи, характеризующееся пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра (назализованного голоса). Причиной является сочетание непроходимости носа и недостаточность нёбно-глоточного контакта функционального и органического происхождения.

Наиболее типичными являются сочетания укороченного мягкого нёба, подслизистого его расщепления и аденоидных разрастаний, которые в таких случаях служат препятствием для утечки воздуха через носовые ходы во время произнесения оральных звуков.

Состояние речи можут ухудшиться после аденотомии, так как возникает нёбно-глоточная недостаточность и проявляются признаки открытой ринолалии. В связи с этим логопеду следует тщательно обследовать строение и функцию мягкого нёба, установить, какая форма ринолалии (открытая или закрытая) сильнее нарушает тембр речи, совместно с врачом обсудить необходимость устранения носовой непроходимости и предупредить родителей о возможности ухудшения тембра голоса. После операции используются приемы коррекции, разработанные применительно к открытой ринолалии.

Контрольные вопрос и задания

1. Охарактеризуйте ринолалию и ее основные формы у детей.
2. В чем заключается влияние врожденных расщелин нёба на речевое развитие ребенка?
3. Охарактеризуйте специфику нарушений устной и письменной речи у детей школьного возраста, имеющих ринолалию.
4. Опишите приемы дыхательных и голосовых упражнений и коррекции звуковой стороны речи у детей, страдающих ринолалией.

5. При посещении специальных дошкольных и школьных учреждений обратите внимание на детей с ринолалией. Сравните их с детьми, имеющими дизартрию и алалию.

Литература

1. *Волосовец Т.В.* Особенности общения детей дошкольного возраста с врожденными расщелинами нёба. СПб., 2001.
2. *Ермакова И.И.* Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. М., 1984.
3. *Ипполитова А.Г.* Открытая ринолалия. М., 1983.
4. *Соболева Е.А.* Особенности логопедической работы с детьми с сочетанной речевой патологией. СПб., 2001.
5. Хрестоматия по логопедии // Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997. Ч. I.
6. *Чиркина Г.В.* Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. М., 1969.

Глава 8

ДИЗАРТРИЯ

Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

Дизартрия — термин греческий, в переводе означает расстройство членораздельной речи — произношения (*dis* — нарушение признака или функции, *arthroo* — расчленяю). При определении дизартрии большинство авторов не исходят из точного значения этого термина, а трактуют его более широко, относя к дизартрии расстройства артикуляции, голосообразования, темпа, ритма и интонации речи.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, «смазанная речь», в более тяжелых — наблюдаются искажения, замены и пропуски звуков, страдает темп, выразительность, модуляция, в целом произношение становится невнятным.

При тяжелых поражениях центральной нервной системы речь становится невозможной из-за полного паралича речедвигательных мышц. Такие нарушения называются *анартрией* (*a* — отсутствие данного признака или функции, ar + throo — расчленяю).

Дизартрические нарушения речи наблюдаются при различных органических поражениях мозга, которые у взрослых имеют более выраженный очаговый характер. У детей частота дизартрии прежде всего связана с частотой перинатальной патологии (поражением нервной системы плода и новорожденного). Наиболее часто дизартрия наблюдается

при детском церебральном параличе, по данным различных авторов, от 65 до 85% (М.Б. Эйдинова и Е.Н. Правдина-Винарская, 1959; Е.М. Мастюкова, 1969, 1971). Отмечается взаимосвязь между степенью тяжести и характером поражения двигательной сферы, частотой и тяжестью дизартрии. При наиболее тяжелых формах детского церебрального паралича, когда отмечается поражение верхних и нижних конечностей и ребенок практически остается обездвиженным (двойная гемиплегия), дизартрии (анартрии) наблюдаются практически у всех детей. Отмечена взаимосвязь между тяжестью поражения верхних конечностей и поражением речевой мускулатуры (Е.М. Мастюкова, 1971, 1977).

Менее выраженные формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую травму или имеющих в анамнезе влияние других нерезко выраженных неблагоприятных воздействий во время внутриутробного развития или в период родов. В этих случаях легкие (стертые) формы дизартрии сочетаются с другими признаками минимальной мозговой дисфункции (Л.Т. Журба и Е.М. Мастюкова, 1980).

Нередко дизартрия наблюдается и в клинике осложненной олигофрении, но данные о ее частоте крайне противоречивы.

Клиническая картина дизартрии впервые была описана более ста лет назад у взрослых в рамках псевдобульбарного синдрома (Lepine, 1977; A. Oppenhaim, 1885; G. Pezitz, 1902 и др.).

В дальнейшем в 1911 г. H. Gutzmann определил дизартрию как нарушение артикуляции и выделил две ее формы: ***центральную*** и ***периферическую***.

Начальное изучение данной проблемы проводилось в основном невропатологами в рамках очаговых поражений мозга у взрослых больных. Большое влияние на современное понимание дизартрии оказали работы М.С. Маргулиса (1926), который впервые четко отграничил дизартрию от моторной афазии и разделил ее на ***бульбарную*** и ***церебральную*** формы. Он предложил классификацию церебральных форм дизартрии на основе локализации очага поражения

головного мозга, что в дальнейшем нашло отражение в неврологической литературе, а затем в учебниках логопедии (О.В. Правдина, 1973).

Важным этапом в развитии проблемы дизартрии является изучение локально-диагностических проявлений дизартрических расстройств (работы Л.Б. Литвака, 1959 и Е.Н. Винарской, 1973). Е.Н. Винарской впервые было проведено ***комплексное нейролингвистическое изучение дизартрий*** при очаговых поражениях мозга у взрослых больных.

В настоящее время проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом направлениях. Наиболее подробно она описана у детей с церебральным параличом (М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская, 1959; К.А. Семенова, 1968; Е.М. Мастюкова, 1969, 1971, 1979, 1983; И.И. Панченко, 1979; Л.А. Данилова, 1975 и др.). В зарубежной литературе она представлена работами G. Bohme, 1966; M. Climent, T.E. Twitchell, 1959; R.D. Neilson, N,O' Dwer, 1984.

Патогенез дизартрии определяется органическим поражением центральной и периферической нервной системы под влиянием различных неблагоприятных внешних (экзогенных) факторов, воздействующих во внутриутробном периоде развития, в момент родов и после рождения. Среди причин важное значение имеют асфиксия и родовая травма, поражение нервной системы при гемолитической болезни, инфекционные заболевания нервной системы, черепно-мозговые травмы, реже — нарушения мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, пороки развития нервной системы, например врожденная аплазия ядер черепно-мозговых нервов (синдром Мебиуса), а также наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем.

Клинико-физиологические аспекты дизартрии определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Анатомическая и функциональная взаимосвязь в расположении и развитии двигательных и речевых зон и проводящих путей определяет частое сочетание дизартрии с двигательными нарушениями различного характера и степени выраженности.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи.

К таким структурам относятся:

- периферические двигательные нервы к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки);
- ядра этих периферических двигательных нервов, расположенные в стволе головного мозга;
- ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловно-рефлекторные речевые реакции типа плача, смеха, вскрикивания, отдельных эмоционально-выразительных восклицаний и др.

Поражение перечисленных структур дает картину периферического паралича (пареза): нервные импульсы к речевым мышцам не поступают, обменные процессы в них нарушаются, мышцы становятся вялыми, дряблыми, наблюдается их атрофия и атония, в результате перерыва спинальной рефлекторной дуги рефлексы с этих мышц исчезают, наступает ***арефлексия***.

Двигательный механизм речи обеспечивается также более высоко расположенными следующими мозговыми структурами:

- подкорково-мозжечковыми ядрами и проводящими путями, которые осуществляют регуляцию мышечного тонуса и последовательность мышечных сокращений речевой мускулатуры, синхронность (координированность) в работе артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата, а также эмоциональную выразительность речи. При поражении этих структур наблюдаются отдельные проявления центрального паралича (пареза) с нарушениями мышечного тонуса, усилением отдельных безусловных рефлексов, а также с выраженным нарушением просодических характеристик речи — ее темпа, плавности, громкости, эмоциональной выразительности и индивидуального тембра;
- проводящими системами, обеспечивающими проведение импульсов от коры мозга к структурам нижележащих функциональных уровней двигательного аппарата речи (к ядрам черепно-мозговых нервов, расположенных в стволе головного мозга). Поражение этих структур вызывает центральный парез (паралич) речевой мускулатуры с повышением мышечного тонуса в мышцах речевого аппарата, усилением безусловных рефлексов и появлением рефлексов орального автоматизма с более избирательным характером артикуляторных расстройств;
- корковыми отделами головного мозга, обеспечивающими как более дифференцированную иннервацию речевой мускулатуры, так и формирование речевого праксиса. При поражении этих структур возникают различные центральные моторные расстройства речи.

Патологоанатомические изменения при дизартрии описаны многими авторами (R. Thurell, 1929; В. Слонимская, 1935; Л.Н. Шендрович, 1938; A. Oppenheim, 1885 и др.).

Особенностью дизартрии у детей часто является ее смешанный характер с сочетанием различных клинических синдромов. Это связано с тем, что при воздействии вредоносного фактора на развивающийся мозг повреждение чаще имеет более распространенный характер, и тем, что поражение одних мозговых структур, необходимых для управления двигательным механизмом речи, может способствовать задержке созревания и нарушению функционирования других. Этот фактор определяет частое сочетание дизартрии у детей с другими речевыми расстройствами (задержкой речевого развития, общим недоразвитием речи, моторной алалией, заиканием). У детей поражение отдельных звеньев речевой функциональной системы в период интенсивного развития может приводить к сложной дезинтеграции всего речевого развития в целом. В этом процессе определенное значение имеет поражение не только собственно двигательного звена речевой системы, но и нарушения кинестетического восприятия артикуляционных поз и движений.

Роль речевых кинестезий в развитии речи и мышления впервые была показана И.М. Сеченовым и в дальнейшем развита в исследованиях И.П. Павлова, А.А. Ухтомского, В.М. Бехтерева, М.М. Кольцовой,

А.Н. Соколова и других авторов. Большую роль кинестетических ощущений в развитии речи отмечал Н.И. Жинкин (1958): «Управление речевыми органами никогда не наладится, если сами они не будут сообщать в управляющий центр, что ими делается, когда воспроизводится ошибочный, не принимаемый слухом звук... Таким образом, кинестезии есть не что иное, как обратная связь, по которой центральное управление осведомляется, что выполнено из тех приказов, которые посланы на исполнение... Отсутствие обратной связи прекратило бы всякую возможность накопления опыта для управления движением речевых органов. Человек не смог бы научиться речи. Усиление обратной связи (кинестезий) ускоряет и облегчает выучку речи» [5, с. 63].

Кинестетическое чувство сопровождает работу всех речевых мышц. Так, в полости рта возникают различные дифференцированные мышечные ощущения в зависимости от степени мышечного напряжения при движении языка, губ, нижней челюсти. Направления этих движений и различные артикуляционные уклады ощущаются при произнесении тех или иных звуков.

При дизартрии четкость кинестических ощущений часто нарушается и ребенок не воспринимает состояние напряженности или, наоборот, расслабленности мышц речевого аппарата, насильственные непроизвольные движения или неправильные артикуляционные уклады. Обратная кинестетическая афферентация является важнейшим звеном целостной речевой функциональной системы, обеспечивающей постнатальное созревание корковых речевых зон. Поэтому нарушение обратной кинестетической афферентации у детей с дизартрией может задерживать и нарушать формирование корковых мозговых структур: премоторно-лобной и теменно-височной областей коры — и замедлять процесс интеграции в работе различных функциональных систем, имеющих непосредственное отношение к речевой функции. Таким примером может быть недостаточное развитие взаимосвязи слухового и кинестетического восприятия у детей с дизартрией.

Аналогичная недостаточность интеграции может отмечаться в работе двигательно-кинестетической, слуховой и зрительной систем.

Клинико-психологическая характеристика детей с дизартрией

Дети с дизартрией по своей клинико-психологической характеристике представляют крайне неоднородную группу. При этом нет взаимосвязи между тяжестью дефекта и выраженностью психопатологических отклонений. Дизартрия, и в том числе наиболее тяжелые ее формы, могут наблюдаться у детей с сохранным интеллектом, а легкие, «стертые» проявления встречаются как у детей с сохранным интеллектом, так и у детей с олигофренией.

Дети с дизартрией по клинико-психологической характеристике могут быть условно разделены на несколько групп в зависимости от их общего психофизического развития:

- дизартрия у детей с нормальным психофизическим развитием;
- дизартрия у детей с церебральным параличом (клинико-психологическая характеристика этих детей описана в рамках детского церебрального паралича многими авторами: Е.М. Мастюкова, 1973, 1976; М.В. Ипполитова и Е.М. Мастюкова, 1975; Н.В. Симонова, 1967 и др.);
- дизартрия у детей с олигофренией (клинико-психологическая характеристика соответствует детям с олигофренией: Г.Е. Сухарева, 1965; М.С. Певзнер, 1966);
- дизартрия у детей с гидроцефалией (клинико-психологическая характеристика соответствует детям с гидроцефалией: М.С. Певзнер, 1973; М.С. Певзнер, Л.И. Ростягайлова, Е.М. Мастюкова, 1983);
- дизартрия у детей с задержкой психического развития (М.С. Певзнер, 1972; К.С. Лебединская, 1982; В.И. Лубовский, 1972 и др.);
- дизартрия у детей с минимальной мозговой дисфункцией. Эта форма дизартрии встречается наиболее часто среди воспитанников специальных дошкольных и школьных учреждений. У них наряду с недостаточностью звукопроизносительной стороны речи наблюда-

ются обычно нерезко выраженные нарушения внимания, памяти, интеллектуальной деятельности, эмоционально-волевой сферы, легкие двигательные расстройства и замедленное формирование ряда высших корковых функций.

Двигательные нарушения обычно проявляются на более поздних сроках формирования двигательных функций, особенно таких, как развитие возможности самостоятельно садиться, ползать с попеременным одновременным выносом вперед руки и противоположной ноги и с легким поворотом головы и глаз в сторону вперед вынесенной руки, ходить, захватывать предметы кончиками пальцев и манипулировать с ними.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. На первом году жизни такие дети беспокойны, много плачут, требуют к себе постоянного внимания. У них отмечаются нарушения сна, аппетита, предрасположенность к срыгиванию и рвотам, диатезу, желудочно-кишечным расстройствам. Они плохо приспосабливаются к изменяющимся метеорологическим условиям.

В дошкольном и школьном возрасте дети с дизартрией двигательно беспокойны, склонны к раздражительности, колебаниям настроения, суетливости, часто проявляют грубость, непослушание. Двигательное беспокойство усиливается при утомлении, некоторые склонны к реакциям истероидного типа: бросаются на пол и кричат, добиваясь желаемого. Другие пугливы, заторможены в новой обстановке, плохо к ней приспосабливаются, избегают трудностей.

Несмотря на то что у детей не наблюдаются выраженные параличи и парезы, моторика их отличается общей неловкостью, недостаточной координированностью, они беспомощны в навыках самообслуживания, отстают от сверстников по ловкости и точности движений, у них с задержкой развивается готовность руки к письму, поэтому долго не проявляется интерес к рисованию и другим видам ручной деятельности, в школьном возрасте отмечается плохой почерк. Выражены нарушения интеллектуальной деятельности: низкая умственная работоспособность, нарушения памяти, внимания.

Для многих детей характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптико-пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса. Клинико-психические особенности этих детей описаны в литературе (Е.М. Мастюкова, 1977; Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, 1978; Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, 1980, 1985).

Психолингвистические аспекты дизартрии

Определение структуры дефекта при дизартрии на современном уровне развития науки невозможно без привлечения данных психолингвистики о процессе порождения речи. При дизартрии нарушается реализация двигательной программы за счет несформированности операций внешнего оформления высказывания: голосовых, темпоритмических, артикуляционно-фонетических и просодических нарушений. В последние годы внимание многих лингвистов привлекается к просодическим средствам высказывания (расстановка пауз, выделение отдельных элементов высказывания акцентом, включение нужной интонации) в аспекте изучения соотношения семантики и синтаксиса. При дизартрии просодические нарушения могут вызывать своеобразные семантические нарушения и затруднять коммуникацию.

Трудность развернутого высказывания при дизартрии может быть обусловлена не только моторными затруднениями, но и нарушениями языковых операций на уровне процессов, связанных с выбором нужного слова. Нарушения речевых кинестезий приводят к недостаточной упроченности слов, и в момент речевого высказывания нарушается максимальная вероятность всплывания именно нужного слова. Ребенок испытывает проблемы при нахождении нужного слова. Это проявляется в затруднениях введения лексической единицы в систему синтагматических связей и парадигматических отношений.

При дизартрии за счет общих нарушений мозговой деятельности могут возникать специфические трудности в выделении существенных и торможении побочных связей, что приводит к недостаточности формирования общей схемы высказывания, которые усиливаются за счет недостаточного подбора нужных лексических единиц.

При дизартрии, сочетающейся с более локальным поражением (или дисфункцией) теменно-затылочных отделов левого полушария, отмечается недостаточная сформированность симультанных пространственных синтезов, что затрудняет формирование сложных логико-грамматических отношений. Это проявляется в затруднениях формирования высказывания и его декодирования.

Классификации дизартрии

В ее основу положены принцип локализации, синдромологический подход, степень понятности речи для окружающих. Наиболее распространенная классификация в отечественной логопедии создана с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи (О.В. Правдина и др.).

Различают следующие формы дизартрии: ***бульбарную, псевдобульбарную, экстрапирамидную*** (или подкорковую), ***мозжечковую, корковую.***

Наиболее сложной и спорной в этой классификации является ***корковая дизартрия.*** Существование ее признается не всеми авторами. У взрослых больных в ряде случаев корковую дизартрию иногда смешивают с проявлением моторной афазии. Спорный вопрос о корковой дизартрии в значительной степени связан с терминологической неточностью и отсутствием одной точки зрения на механизмы моторной алалии и афазии.

Согласно точке зрения Е.Н. Винарской (1973), понятие корковой дизартрии является собирательным. Автор допускает существование различных ее форм, обусловленных как спастическим парезом артикуляционных мышц, так и апраксией. Последние формы обозначаются как ***апраксическая дизартрия.***

На основе синдромологического подхода выделяют следующие формы дизартрии применительно к детям с церебральным параличом: ***спастико-паретическую, спастико-ригидную, спастико-гиперкинетическую, спастико-атактическую, атактико-гиперкинетическую*** (И.И. Панченко, 1979).

Такой подход частично обусловлен более распространенным поражением мозга у детей с церебральным параличом и в связи с этим преобладанием осложненных ее форм.

Синдромологическая оценка характера нарушений артикуляционной моторики представляет значительную сложность для неврологической диагностики, особенно когда эти нарушения проявляются без четких двигательных расстройств. Поскольку в основе этой классификации лежит тонкая дифференциация различных неврологических синдромов, она не может быть проведена логопедом. Кроме того, для ребенка, в частности для ребенка с церебральным параличом, характерна смена неврологических синдромов под влиянием терапии и эволютивной динамики развития, в связи с чем классификация дизартрии по синдромологическому принципу также представляет определенные трудности.

Однако в ряде случаев при тесной взаимосвязи в работе логопеда и врача-невропатолога может быть целесообразным сочетание обоих подходов к выделению различных форм дизартрии. Например: осложненная форма псевдобульбарной дизартрии; спастико-гиперкинетический или спастико-атактический синдром и т.д.

Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом G. Tardier (1968) применительно к детям с церебральным параличом. Автор выделяет четыре степени тяжести речевых нарушений у таких детей.

Первая, самая легкая степень, когда нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка.

Вторая — нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих.

Третья — речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих.

Четвертая, самая тяжелая — отсутствие речи или речь почти непонятна даже близким ребенка (***анартрия***).

Под анартрией понимается полное или частичное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц. По тяжести проявлений анартрия может быть различной: тяжелая — полное отсутствие речи и голоса; среднетяжелая — наличие только голосовых реакций; легкая — наличие звукослоговой активности (И.И. Панченко, 1979).

Симптоматика

Основными признаками (симптоматикой) дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной моторики и речевого дыхания. При дизартрии, в отличие от дислалии, может нарушаться произношение как согласных, так и гласных звуков. Нарушения гласных классифицируются по рядам и подъемам, нарушения согласных — по их четырем основным признакам: наличию и отсутствию вибрации голосовых складок, способу и месту артикуляции, наличию или отсутствию дополнительного подъема спинки языка к твердому нёбу.

В зависимости от типа нарушений все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на ***антропофонические*** (искажение звука) и ***фонологические*** (отсутствие звука, замена, недифференцированное произношение, смешение). При фонологических дефектах наблюдается недостаточность противопоставлений звуков по их акустическим и артикуляторным характеристикам. Поэтому наиболее часто отмечаются нарушения письменной речи.

Для всех форм дизартрии характерны нарушения артикуляционной моторики, которые проявляются рядом признаков. Нарушения мышечного тонуса, характер которых зависит прежде всего от локализации поражения мозга. Выделяют следующие его формы в артикуляционной мускулатуре: спастичность артикуляционных мышц — постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, в лицевой и шейной мускулатуре. Повышение мышечного тонуса

может быть более локальным и распространяться только на отдельные мышцы языка.

При выраженном повышении мышечного тонуса язык напряжен, оттянут кзади, спинка его изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Напряженная спинка языка, приподнятая к твердому нёбу, способствует смягчению согласных звуков. Поэтому особенностью артикуляции при спастичности мышц языка является палатализация, что может способствовать фонематическому недоразвитию. Так, произнося одинаково слова *пыл* и *пыль*, *мол* и *моль*, ребенок может затрудняться в дифференцировке их значений.

Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта. Активные движения при этом ограничены. Невозможность или ограничение объема движения языка вперед может быть связано со спастичностью подбородочно-язычной, челюстно-подъязычной и двубрюшной мышц, а также мышц, прикрепляющихся к подъязычной кости.

Все мышцы языка иннервируются подъязычными нервами, за исключением язычно-нёбных мышц, которые иннервируются языко-глоточными нервами.

Повышение мышечного тонуса в мышцах лица и шеи еще более ограничивает произвольные движения в артикуляционном аппарате.

Следующим видом нарушения мышечного тонуса является ***гипотония***. При гипотонии язык тонкий, распластанный в полости рта, губы вялые, отсутствует возможность их полного смыкания. В силу этого рот обычно полуоткрыт, выражена ***гиперсаливация***.

Особенностью артикуляции при гипотонии является назализация, когда гипотония мышц мягкого нёба препятствует достаточному движению нёбной занавески вверх и прижатию ее к задней стенке зева. Струя воздуха выходит через нос, а струя воздуха, выходящая через рот, чрезвычайно слаба. Нарушается произношение губно-губных смычных шумных согласных ***п, п', б, б'***. Затруднена палатализация, в связи с чем произношение глухих смычных согласных нарушено, кроме того, при образовании глухих смычных необходима более энергичная работа губ, которая также

отсутствует при гипотонии. Легче произносятся губно-губные смычные носовые сонанты ***м, м'***, а также губно-зубные щелевые шумные согласные, артикуляция которых требует неплотного смыкания нижней губы с верхними зубами и образования плоской щели — ***ф, ф', в, в'***.

Нарушается произношение и переднеязычных смычных шумных согласных ***т, т', д, д'***; искажается артикуляция переднеязычных щелевых согласных ***ш, ж***.

Нередко наблюдаются различные виды сигматизма, особенно часто межзубный и боковой.

Нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре при дизартрии могут проявляться также в виде ***дистонии*** (меняющегося характера мышечного тонуса): в покое отмечается низкий мышечный тонус в артикуляционном аппарате, при попытках речи он резко нарастает. Характерной особенностью этих нарушений является их динамичность, непостоянство искажений, замен и пропусков звуков.

Нарушение артикуляционной моторики при дизартрии является результатом ограничения подвижности артикуляционных мышц, которое усиливается нарушениями мышечного тонуса, наличием непроизвольных движений (гиперкинезов, тремора) и дискоординационными расстройствами.

При недостаточной подвижности артикуляционных мышц нарушается звукопроизношение. При поражении мышц губ страдает произношение как гласных, так и согласных звуков. Особенно нарушается произношение лабиализованных звуков (***о, у***), при их произнесении требуются активные движения губ: округление, вытягивание. Нарушается произношение губно-губных смычных звуков ***п, п', б, б', м, м'***. Ребенок затрудняется вытянуть губы вперед, округлить их, растянуть углы рта в стороны, поднять вверх верхнюю губу и опустить нижнюю и выполнить целый ряд других движений. Ограничение подвижности губ нередко нарушает артикуляцию в целом, так как эти движения меняют размер и форму преддверия рта, оказывая тем самым влияние на резонирование всей ротовой полости.

Может отмечаться ограниченная подвижность мышц языка, недостаточность подъема кончика языка вверх в полости рта. Обычно это связано с нарушением иннервации

шилоязычной и некоторых других мышц. В этих случаях страдает произношение большинства звуков.

Ограничение движения языка вниз связано с нарушением иннервации ключично-подъязычной, щитовидно-подъязычной, челюстно-подъязычной, подбородочно-язычной и двубрюшной мышц. Это может нарушать произношение шипящих и свистящих звуков, а также гласных переднего ряда (***и, э***) и некоторых других звуков.

Ограничение движения языка назад может зависеть от нарушений иннервации подъязычно-глоточной, лопаточно-подъязычной, шило-подъязычной, двубрюшной (заднее брюшко) и некоторых других мышц. При этом нарушается артикуляция заднеязычных звуков (***г, к, х***), а также некоторых гласных, особенно среднего и нижнего подъема (***э, о, а***).

При парезах мышц языка, нарушениях их тонуса часто оказывается невозможным изменение конфигурации языка, его удлинение, укорочение, выдвижение, оттягивание назад.

Нарушения звукопроизношения утяжеляются ограниченной подвижностью мышц мягкого нёба (натягивающих и поднимающих его: нёбно-глоточных и нёбно-язычных мышц). При парезах этих мышц подъем нёбной занавески в момент речи затруднен, происходит утечка воздуха через нос, голос приобретает носовой оттенок, искажается тембр речи, недостаточно выражены шумовые признаки звуков. Иннервация мышц мягкого нёба осуществляется веточками тройничного, лицевого и блуждающего нервов.

Парезы мышц лицевой мускулатуры, часто наблюдаемые при дизартрии, также влияют на звукопроизношение. Парезы височных мышц, жевательной мускулатуры ограничивают движения нижней челюсти, в результате чего нарушается модуляция голоса, его тембр. Эти нарушения становятся особенно выраженными, если имеется неправильное положение языка в полости рта, недостаточная подвижность нёбной занавески, нарушения тонуса мышц дна полости рта, языка, губ, мягкого нёба, задней стенки глотки.

Характерным признаком нарушений артикуляционной моторики при дизартрии являются дискоординационные расстройства. Они проявляются в нарушении точности и соразмерности артикуляционных движений. Особенно нарушено

выполнение тонких дифференцированных движений. Так, при отсутствии выраженных парезов в артикуляционной мускулатуре произвольные движения выполняются неточно и несоразмерно, часто с ***гиперметрией*** (чрезмерной двигательной амплитудой). Например, ребенок может выполнить движение языком вверх, касаясь им почти кончика носа, и одновременно не может поместить язык над верхней губой в место, точно обозначенное логопедом. Эти нарушения обычно сочетаются с трудностями в чередовании движений, например хоботок — оскал, а также с трудностями сохранения определенных артикуляционных поз за счет появления насильственных движений — ***тремора*** (мелкого дрожания кончика языка).

При дискоординационных расстройствах звукопроизношение расстраивается больше не на уровне произношения изолированных звуков, а при произнесении автоматизированных звуков в слогах, словах и предложениях. Это связано с запаздыванием включения некоторых артикуляционных движений, необходимых для произнесения отдельных звуков и слогов. Речь становится замедленной и скандированной.

Существенным звеном в структуре нарушений артикуляционной моторики при дизартрии является патология реципрокной иннервации.

Роль ее в осуществлении произвольных движений впервые экспериментально была показана Шерингтоном (1923, 1935) на животных. Было установлено, что в произвольном движении наряду с возбуждением нервных центров, приводящих к сокращению мышц, большую роль играет торможение, возникающее в результате индукции и уменьшающее возбудимость центров, контролирующих группу мышц-антагонистов — мышц, выполняющих противоположную функцию.

Во многих мышцах языка наряду с волокнами, выполняющими основное движение, имеются антагонистические группы. Совместная работа тех и других обеспечивает точность и дифференцированность движений, необходимых для нормального звукопроизношения. Так, для высовывания языка из полости рта и особенно для поднимания кончика языка вверх должны быть сокращены нижние пучки подборочно-язычной мышцы, но расслаблены ее же волокна, тянущие язык назад и вниз. Если этой избирательной иннервации не происходит, нарушается выполнение данного движения и звукопроизношение ряда переднеязычных звуков.

При движении же языка кзади и книзу должны быть расслаблены нижние пучки этой мышцы. Средние пучки подборочно-язычной мышцы являются антагонистами волокон верхней продольной мышцы, выгибающей спинку языка вверх.

В движении языка вниз подъязычно-язычная мышца является антагонистом шило-язычной мышцы, но в движении языка назад обе мышцы работают синхронно, как антагонисты. Боковые движения языка в одну сторону происходят только при расслаблении парных мышц другой стороны. Для симметричных движений языка по средней линии во всех направлениях (вперед, назад, вверх, вниз) мышцы правой и левой сторон должны работать как антагонисты, иначе язык будет отклоняться в сторону.

Изменение конфигурации языка, например его сужение, требует сокращения волокон поперечных мышц языка при одновременно расслаблении волокон вертикальных мышц и пучков подъязычно-язычных и шило-язычных мышц, участвующих в уплотнении и расширении языка.

Наличие насильственных движений и оральных синкинезий в артикуляционной мускулатуре — частый признак дизартрии. Они искажают звукопроизношение, делая речь малопонятной, а в тяжелых случаях — почти невозможной; обычно усиливаются при волнении, эмоциональном напряжении, поэтому нарушения звукопроизношения различны в зависимости от ситуации речевого общения. При этом отмечаются подергивания языка, губ, иногда в сочетании с гримасами лица, мелкое дрожание (тремор) языка, в тяжелых случаях — непроизвольное открывание рта, выбрасывание языка вперед, насильственная улыбка. Насильственные движения наблюдаются и в покое, и в статических артикуляционных позах (например, при удержании языка по средней линии), усиливаясь при произвольных движениях или попытках к ним. Этим они отличаются от синкинезий — непроизвольных сопутствующих движений, которые возникают только при произвольных движениях. Например при

движении языка вверх часто сокращаются мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, а иногда напрягается вся шейная мускулатура и ребенок выполняет это движение одновременно с разгибанием головы. Синкинезии могут наблюдаться не только в речевой мускулатуре, но и в скелетной, особенно в тех ее отделах, которые анатомически и функционально наиболее тесно связаны с речевой функцией. При движении языка у детей с дизартрией нередко возникают сопутствующие движения пальцев правой руки (особенно часто большого пальца).

Характерным признаком дизартрии является нарушение проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата. Дети слабо ощущают положение языка, губ, направление их движений, они затрудняются по подражанию вопроизвести и сохранить артикуляционный уклад, что задерживает развитие артикуляционного праксиса.

Частым признаком дизартрии является недостаточность артикуляционного праксиса (диспраксия). Она может быть как вторичной, за счет нарушений проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата, так и первичной, в связи с локализацией поражения мозга. На основе работ А.Р. Лурии выделяют два типа диспраксических расстройств: ***кинестетический*** и ***кинетический***. При ***кинестетическом*** отмечаются трудности и недостаточность в развитии обобщений артикуляционных укладов, главным образом согласных звуков. Нарушения непостоянны, замены звуков неоднозначны.

При кинестетическом типе диспраксических расстройств отмечается недостаточность временной организации артикуляционных укладов. При этом нарушается произношение как гласных, так и согласных звуков. Гласные нередко удлиняются, их артикуляция приближается к нейтральному звуку *а*. Начальные или конечные согласные произносятся с напряжением или удлинением, отмечаются специфические их замены: щелевых звуков на смычке (*з-д*), имеют место вставки звуков или призвуков, упрощения аффрикат и пропуски звуков при стечениях согласных.

При дизартрии могут выявляться рефлексы орального автоматизма в виде сохранившихся сосательного, хоботкового, поискового, ладонно-головного и других рефлексов, характерных в норме для детей раннего возраста. Их наличие затрудняет произвольные ротовые движения.

Нарушения артикуляционной моторики, сочетаясь между собой, составляют первый важный синдром дизартрии — синдром артикуляционных расстройств. Он видоизменяется в зависимости от тяжести и локализации поражения мозга и имеет свои специфические особенности при различных формах дизартрии.

При дизартрии за счет нарушения иннервации дыхательной мускулатуры нарушается речевое дыхание. Ритм дыхания не регулируется смысловым содержанием речи, в момент речи оно обычно учащенное, после произнесения отдельных слогов или слов ребенок делает поверхностные судорожные вдохи, активный выдох укорочен и происходит обычно через нос, несмотря на постоянно полуоткрытый рот. Рассогласованность в работе мышц, осуществляющих вдох и выдох, приводит к появлению тенденции говорить на вдохе. Это еще больше нарушает произвольный контроль над дыхательными движениями, а также координацию между дыханием, фонацией и артикуляцией.

Второй синдром дизартрии — синдром нарушений речевого дыхания.

Следующей характерной особенностью дизартрии является нарушение голоса и мелодико-интонационные расстройства. Нарушения голоса связаны с парезами мышц языка, губ, мягкого нёба, голосовых складок, мышц гортани, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением их подвижности.

Спастическое сокращение мышц голосового аппарата может полностью исключить возможность вибрации голосовых складок, что будет резко нарушать процесс образования звонких согласных.

Вибрация голосовых складок нарушается также при слабости и паретичности мышц голосового аппарата, сила голоса в этих условиях становится минимальной.

При дизартрии нарушения голоса крайне разнообразны, специфичны для разных ее форм. Наиболее часто они характеризуются недостаточной силой голоса (голос слабый, тихий, исякающий в процессе речи), нарушениями тембра голоса (глухой, назализованный, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый; может быть гортанным, форсированным, напряженным, прерывистым и т.д.), слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона).

Таким образом, основные симптомы дизартрии — нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи — определяются характером и степенью выраженности проявлений артикуляционных, дыхательных и голосовых расстройств. При дизартрии нарушается низший фонологический уровень языка.

Поражение фонологического уровня языка в период интенсивного развития речевой функции в некоторых случаях может приводить к сложной дезинтеграции и патологии всего речевого развития ребенка. В связи с этим у отдельных детей с дизартрией имеет место задержка темпов речевого развития, речевая инактивность, вторичные нарушения лексико-грамматического строя речи.

При дизартрии наряду с речевыми выделяют и неречевые нарушения. Это проявления бульбарного и псевдобульбарного синдромов в виде расстройств сосания, глотания, жевания, физиологического дыхания в сочетании с нарушениями общей моторики и особенно тонкой дифференцированной моторики пальцев рук. Диагноз «дизартрия» ставится на основе специфики речевых и неречевых нарушений.

Обследование детей с дизартрией. Вопросы диагноза

Обследование строится на общем системном подходе, разработанном в отечественной логопедии, с учетом специфики описанных выше речевых и неречевых нарушений, об-

щего психоневрологического состояния ребенка и возраста. Чем меньше ребенок и чем ниже общий уровень его речевого развития, тем большее значение в диагностике имеет анализ неречевых нарушений.

В настоящее время на основе оценки неречевых нарушений разработаны приемы ранней диагностики дизартрии.

Наиболее частым первым проявлением дизартрий является наличием ***псевдобульбарного синдрома***, первые признаки которого можно отметить уже у новорожденного. Это — слабость крика или его отсутствие (афония), нарушения сосания, глотания, отсутствие или слабость некоторых врожденных безусловных рефлексов (сосательного, поискового, хоботкового, ладонно-рото-головного). Крик у таких детей длительное время остается тихим, плохо модулированным, нередко с носовым оттенком, иногда виде отдельных всхлипываний, которые производятся в момент вдоха.

Они плохо берут грудь, вяло сосут, при сосании захлебываются, синеют, иногда молоко вытекает из носа. В тяжелых случаях дети в первые дни жизни вообще не берут грудь, их кормят через зонд, отмечаются и нарушения глотания. Дыхание поверхностное, нередко учащенное и аритмичное.

Эти нарушения сочетаются с асимметрией лица, подтеканием молока из одного угла рта, отвисанием нижней губы, что препятствует захвату соски или соска.

По мере роста все больше выявляется недостаточная интонационная выразительность крика, голосовых реакций. Звуки гуления, лепета отличаются однообразием и появлением в более поздние сроки. Ребенок длительное время не может жевать, кусать, давится твердой пищей, не может пить из чашки.

Врожденные безусловные рефлексы, которые были угнетены в период новорожденности, проявляются в значительной степени, затрудняя развитие произвольной артикуляционной моторики.

По мере роста ребенка в диагностике дизартрии все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: стойкие дефекты произношения, недостаточность произвольных артикуляционных движений, голосовых реакций,

неправильное положение языка в полости рта, его насильственные движения, нарушения голосообразования и речевого дыхания, задержанное развитие речи.

Особую сложность представляет диагностика стертых или минимальных проявлений дизартрии.

Основные критерии диагностики:

- наличие слабо выраженных, но специфических артикуляционных нарушений в виде ограничения объема наиболее тонких и дифференцированных артикуляционных движений, в частности недостаточность загибания кончика языка вверх, а также асимметричное положение вытянутого вперед языка, его тремор и беспокойство в этом положении, изменения конфигурации;
- наличие синкинезий (движение нижней челюсти при движении языка вверх, движений пальцев рук при движениях языка);
- замедленный темп артикуляционных движений;
- трудность удержания артикуляционной позы;
- трудность в переключении артикуляционных движений;
- стойкость нарушений звукопроизношения и трудность автоматизации поставленных звуков;
- наличие просодических нарушений.

В ряде случаев для диагностики минимальных проявлений дизартрии помогают функциональные пробы.

Проба 1. Ребенка просят открыть рот, высунуть язык вперед и удерживать его неподвижно по средней линии и одновременно следить глазами за перемещающимся в боковых направлениях предметом. Проба является положительной и свидетельствует о дизартрии, если в момент движений глаз отмечается некоторое отклонение языка в эту же сторону.

Проба 2. Ребенка просят выполнять артикуляционные движения языком, положив при этом руки на его шею. При наиболее тонких дифференцированных движениях языка ощущается напряжение шейной мускулатуры, а иногда и видимое движение с закидыванием головы, что свидетельствует о дизартрии.

Диагноз ставится совместно врачом и логопедом. Важно правильно описать речевые и неречевые проявления дизартрии, отметить особенности общего речевого развития,

определить уровень речевого развития, а также дать качественную характеристику структуры дефекта, отметив, является ли у ребенка дефект только фонетическим или фонетико-фонематическим. В школьном возрасте отмечается влияние речедвигательного дефекта на письменную речь, наличие фонематической или артикуляторно-акустической дисграфии.

В речевой карте ребенка с дизартрией наряду с клиническим диагнозом, который ставит врач, отражая по возможности и форму дизартрии, необходимо логопедическое заключение, основанное на принципе системного подхода к анализу речевых нарушений. Например:

1. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи у ребенка с псевдобульбарной дизартрией.
2. Фонетико-фонематическое недоразвитие. Артикуляторно-акустическая дисграфия у ребенка с псевдобульбарной дизартрией (для детей школьного возраста).
3. Общее недоразвитие речи (III уровень) у ребенка с псевдобульбарной дизартрией (логопедическое заключение см. в гл. 15).

При обследовании детей с дизартрией особое внимание обращается на состояние артикуляционной моторики в покое, при мимических и общих движениях, прежде всего артикуляционных. При этом отмечаются не только основные характеристики самих движений (их объем, темп, плавность переключения, истощаемость и т.д.), но и их точность и соразмерность, состояние мышечного тонуса в речевой мускулатуре, наличие насильственных движений и оральных синкинезий.

Состояние артикуляционной моторики соотносится с общими моторными возможностями ребенка, отмечаются даже незначительные двигательные расстройства.

Для дифференциальной диагностики дизартрии и дислалии необходимо сопоставить произношение звуков в словах (у дошкольника — при назывании картинок, у школьника — при дополнении слов и предложений, а также при чтении отраженно вслед за логопедом в словах и изолированно в звуках) и сопоставить эти данные с особенностями спонтанного произношения. Логопед опреде-

ляет характер нарушений артикуляционных движений, приводящих к неправильному звукопроизношению. Наиболее частыми нарушениями при дизартрии являются: недостаточный подъем кончика языка, нарушенная скорость в образовании смычки, неправильные структуры, используемые в контакте, недостаточное напряжение, короткая продолжительность контакта, замедленное ослабление или выход из контакта, неправильное направление воздушного потока.

Запись кинетического анализа

Ошибки фонетические	*Кинетический анализ*:
в — б	недостаточное натяжение
в — ч	скольжение губ вместо скольжения языка
б — м	слабое сокращение мягкого нёба
и — ф	слабое сокращение мышц губ

Подобная оценка позволяет определить моторный механизм нарушенного звукопроизношения и обосновать дифференцированные приемы артикуляционной гимнастики и массажа.

Нарушения звукопроизношения оцениваются в зависимости от характера коммуникационного материала, скорости произношения и ситуации общения. Они сопоставляются с особенностями фонематического восприятия и звукового анализа.

Важно отметить, определяет ли ребенок нарушения звукопроизношения в чужой и в собственной речи, как он дифференцирует на слух нормально и дефектно произносимые им звуки (в словах, слогах и изолированно).

Обследование лексико-грамматической стороны речи проводится общепринятыми в логопедии приемами.

Логопедическое обследование позволяет выявить структуру и тяжесть фонетико-фонематического нарушения, сопоставив его с тяжестью поражения артикуляционной и общей моторики, а также общим психическим и речевым развитием ребенка.

Характеристика различных форм дизартрии

Корковая дизартрия представляет собой группу моторных расстройств речи разного патогенеза, связанных с очаговым поражением коры головного мозга.

Первый вариант корковой дизартрии обусловлен односторонним или чаще двусторонним поражением нижнего отдела передней центральной извилины. В этих случаях возникает избирательный центральный парез мышц артикуляционного аппарата (наиболее часто языка). Избирательный корковый парез отдельных мышц языка приводит к ограничению объема наиболее тонких изолированных движений: движения кончика языка вверх. При этом варианте нарушается произношение переднеязычных звуков.

Для диагностики корковой дизартрии необходим тонкий нейролингвистический анализ, позволяющий определить, какие из переднеязычных звуков страдают в каждом конкретном случае и каков механизм их нарушений.

При первом варианте корковой дизартрии среди переднеязычных звуков в первую очередь нарушается произношение так называемых какуминальных согласных, которые образуются при поднятом и слегка загнутом вверх кончике языка (*ш, ж, р*). При тяжелых формах дизартрии они отсутствуют, при более легких — заменяются другими переднеязычными согласными, наиболее часто дорсальными, при произнесении которых передняя часть спинки языка поднимается горбом к нёбу (*с, з, с', з', т, д, н*).

Трудными для произношения при корковой дизартрии являются и апикальные согласные, образующиеся при сближении или смычке кончика языка с верхними зубами или альвеолами (*л*).

При корковой дизартрии может нарушаться также произношение согласных по способу их образования: смычных, щелевых и дрожащих. Наиболее часто — щелевых (*л, л'*).

Характерно избирательное повышение мышечного тонуса, главным образом в мышцах кончика языка, что еще более ограничивает его тонкие дифференцированные движения.

В более легких случаях нарушается темп и плавность этих движений, что проявляется в замедленном произнесении переднеязычных звуков и слогов с этими звуками.

Второй вариант корковой дизартрии связан с недостаточностью кинестетического праксиса, что наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного (обычно левого) полушария мозга в нижних постцентральных отделах коры.

В этих случаях страдает произношение согласных звуков, особенно шипящих и аффрикатов. Нарушения артикуляции непостоянны и неоднозначны. Поиск нужного артикуляционного уклада в момент речи замедляет ее темп и нарушает плавность.

Отмечается трудность ощущения и воспроизведения определенных артикуляционных укладов. Наблюдается недостаточность лицевого гнозиса: ребенок затрудняется в четкой локализации точечного прикосновения к определенным участкам лица, особенно в области артикуляционного аппарата.

Третий вариант корковой дизартрии связан с недостаточностью динамического кинетического праксиса, это наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного полушария в нижних отделах премоторных областей коры. При нарушениях кинетического праксиса затруднено произнесение сложных аффрикатов, которые могут распадаться на составные части, наблюдаются замены щелевых звуков на смычные (***з — д***), пропуски звуков в стечениях согласных, иногда с избирательным оглушением звонких смычных согласных. Речь напряженная, замедленная.

Отмечаются трудности при воспроизведении серии последовательных движений по заданию (по показу или по словесной инструкции).

При втором и третьем вариантах корковой дизартрии особенно затруднена автоматизации звуков.

Псевдобульбарная дизартрия возникает при двустороннем поражении двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола.

Для псевдобульбарной дизартрии характерно повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре по типу

спастичности — ***спастическая форма псевдобульбарной дизартрии***. Реже на фоне ограничения объема произвольных движений наблюдается незначительное повышение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах или понижение мышечного тонуса — ***паретическая форма*** псевдобульбарной дизартрии. При обеих формах отмечается ограничение активных движений мышц артикуляционного аппарата, в тяжелых случаях — почти полное их отсутствие.

При отсутствии или недостаточности произвольных движений отмечается сохранность рефлекторных автоматических движений, усиление глоточного, нёбного рефлексов, а также в ряде случаев сохранение рефлексов орального автоматизма. Имеются синкинезии. Язык при псевдобульбарной дизартрии напряжен, оттянут кзади, спинка его закруглена и закрывает вход в глотку, кончик языка не выражен. Произвольные движения языка затруднены, ребенок обычно может высунуть язык из полости рта, однако амплитуда этого движения ограничена, он с трудом удерживает высунутый язык по средней линии; язык отклоняется в сторону или опускается на нижнюю губу, загибаясь к подбородку.

Боковые движения высунутого языка отличаются малой амплитудой, замедленным темпом, диффузным перемещением всей его массы, кончик при всех его движениях остается пассивным и обычно напряженным.

Особенно трудным при псевдобульбарной дизартрии является движение высунутого языка вверх с загибанием его кончика к носу. При выполнении движения видно повышение мышечного тонуса, пассивность кончика языка, а также истощаемость движения.

Во всех случаях при псевдобульбарной дизартрии нарушаются в первую очередь наиболее сложные и дифференцированные произвольные артикуляционные движения. Непроизвольные, рефлекторные движения обычно сохранны. Так, например, при ограниченности произвольных движений языка ребенок во время еды облизывает губы; затрудняясь в произнесении звонких звуков, он их производит в плаче, громко кашляет, чихает, смеется.

Диссоциацией в выполнении произвольных и непроизвольных движений при псевдобульбарной дизартрии опре-

деляются характерные нарушения звукопроизношения — избирательные трудности в произношении наиболее сложных и дифференцированных по артикуляционным укладам (***р, л, ш, ж, ц, ч***). Звук ***р*** утрачивает вибрирующий характер, звонкость, часто заменяется щелевым звуком. Для звука ***л*** характерно отсутствие определенного фокуса образования, активного прогибания спинки языка вниз, недостаточная приподнятость краев языка и отсутствие или слабость смычки кончика с твердым нёбом. Все это определяет звучание ***л*** как плоскощелевого звука.

Таким образом, при псевдобульбарной дизартрии, так же как и при корковой, нарушается произношение наиболее сложных по артикуляции переднеязычных звуков, но в отличие от последней нарушение носит более распространенный характер, сочетается с искажением произношения и других групп звуков, нарушениями дыхания, голоса, интонационно-мелодической стороны речи, часто — слюноотделением.

Особенности звукопроизношения при псевдобульбарной дизартрии в отличие от корковой в значительной степени также определяются смещением спастически напряженного языка в задний отдел полости рта, что искажает звучание гласных, особенно передних (***и, э***).

При диффузной спастичности мышц речевого аппарата отмечается озвончание глухих согласных звуков (в основном при спастической псевдобульбарной дизартрии). При этом же варианте спастическое состояние мышц речевого аппарата и шеи нарушает резонаторные свойства глотки с изменением величин глоточно-ротового и глоточно-носового отверстий, что наряду с чрезмерным напряжением глоточной мускулатуры и мышц, поднимающих мягкое нёбо, способствует появлению носового оттенка при произношении гласных, особенно заднего ряда (***о, у***), и твердых сонорных (***р, л***), твердых шумных (***з, ш, ж***) и аффрикаты ***ц***.

При паретической псевдобульбарной дизартрии страдает произношение смычных губных звуков, требующих достаточных мышечных усилий, особенно двугубных (***п, б, м***) ***язычно-альвеолярных***, а также нередко и ряда ***гласных звуков***, особенно тех, которые требуют подъема спинки языка вверх (***и, ы, у***). Отмечается носовой оттенок голоса. Мягкое нёбо провисает, подвижность его при произношении звуков ограничена.

Речь при паретической форме псевдобульбарной дизартрии медленная, афоничная, затухающая, плохо модулированная, выражены слюнотечение, гипомимия и амимия лица. Часто имеет место сочетание спастической и паретической форм, т.е. наличие спастико-паретического синдрома.

Бульбарная дизартрия представляет собой симптомокомплекс речедвигательных расстройств, развивающихся в результате поражения ядер, корешков или периферических отделов VII, IX, X и XII черепно-мозговых нервов.

При бульбарной дизартрии имеет место периферический парез речевой мускулатуры. В детской практике наибольшее значение имеют односторонние избирательные поражения лицевого нерва при вирусных заболеваниях или при воспалениях среднего уха. В этих случаях развиваются вялые параличи мышц губ, одной щеки, что приводит к нарушениям и нечеткости артикуляции губных звуков. При двусторонних поражениях нарушения звукопроизношения наиболее выражены. Грубо искажается произношение всех губных звуков по типу приближения их к единому глухому щелевому губно-губному звуку. Все смычные согласные также приближаются к щелевым, а переднеязычные — к единому глухому плоскощелевому звуку, звонкие согласные оглушаются. Эти нарушения произношения сопровождаются назализацией.

Разграничение бульбарной дизартрии от паретической псевдобульбарной проводится в основном по следующим критериям:

- характер пареза или паралича речевой мускулатуры (при бульбарной — периферической, при псевдобульбарной — центральный);
- характер нарушения речевой моторики (при бульбарной нарушены произвольные и непроизвольные движения, при псевдобульбарной — преимущественно произвольные);
- характер поражения артикуляционной моторики (при бульбарной дизартрии — диффузный, при псевдобуль-

барной — избирательный с нарушением тонких дифференцированных артикуляционных движений);
- специфика нарушений звукопроизношения (при бульбарной дизартрии артикуляция гласных приближается к нейтральному звуку, при псевдобульбарной — отодвинута назад; при бульбарной — гласные и звонкие согласные оглушены, при псевдобульбарной — наряду с оглушением согласных наблюдается их озвончение);
- при псевдобульбарной дизартрии даже при преобладании паретического варианта в отдельных мышечных группах отмечаются элементы спастичности.

Экстрапирамидная дизартрия

Экстрапирамидная система автоматически создает тот фон предуготовности, на котором возможно осуществление быстрых, точных и дифференцированных движений. Она имеет важное значение в регуляции мышечного тонуса, последовательности, силы и двигательности мышечных сокращений, обеспечивает автоматизированное, эмоционально выразительное выполнение двигательных актов.

Нарушения звукопроизношения при экстрапирамидной дизартрии определяются следующими факторами:
- изменениями мышечного тонуса в речевой мускулатуре;
- наличием насильственных движений (гиперкинезов);
- нарушениями проприцептивной афферентации от речевой мускулатуры;

нарушениями эмоционально-двигательной иннервации.

Объем движений в мышцах артикуляционного аппарата при экстрапирамидной дизартрии, в отличие от псевдобульбарной, может быть достаточным. Особые трудности ребенок испытывает в сохранении и ощущении артикуляционной позы, что связано с постоянно меняющимся мышечным тонусом и насильственными движениями. Поэтому при экстрапирамидной дизартрии часто наблюдается ***кинестетическая диспраксия***. В спокойном состоянии в речевой мускулатуре могут отмечаться легкие колебания мышечного тонуса (***дистония***) или некоторое его снижение (***гипотония***), при попытках к речи в состоянии волнения, эмоционального напряжения наблюдаются резкие повышения мышечного тонуса и насильственные движения. Язык собирается в комок, подтягивается к корню, резко напрягается. Повышение тонуса в мышцах голосового аппарата и в дыхательной мускулатуре исключает произвольное подключение голоса, и ребенок не может произнести ни одного звука.

При менее выраженных нарушениях мышечного тонуса речь смазанная, невнятная, голос с носовым оттенком, резко нарушена просодическая сторона речи, ее интонационно-мелодическая структура, темп. Эмоциональные оттенки в речи не выражены, речь монотонная, однообразная, немодулированная. Наблюдается затухание голоса, переходящее в неясное бормотание.

Особенностью экстрапирамидной дизартрии является отсутствие стабильных и однотипных нарушений звукопроизношения, а также большая сложность при автоматизации звуков.

Экстрапирамидная дизартрия нередко сочетается с нарушениями слуха по типу нейросенсорной тугоухости, при этом прежде всего страдает слух на высокие тона.

Мозжечковая дизартрия

При этой форме дизартрии имеет место поражение мозжечка и его связей с другими отделами центральной нервной системы, а также лобно-мозжечковых путей.

Речь при мозжечковой дизартрии замедленная, толчкообразная, скандированная, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы. Отмечается пониженный тонус в мышцах языка и губ, язык тонкий, распластанный в полости рта, подвижность его ограничена, темп движений замедлен, отмечается трудность удержания артикуляционных укладов и слабость их ощущений, мягкое нёбо провисает, жевание ослаблено, мимика вялая. Движения языка неточные, с проявлениями гипер- или гипометрии (избыточности или недостаточности объема движения). При более тонких целенаправленных движениях отмечается мелкое дрожание языка. Выражена назализация большинства звуков.

Дифференциальная диагностика дизартрии проводится в двух направлениях: отграничение дизартрии от дислалии и от алалии.

Отграничение от дислалии проводится на основании выделения трех ведущих синдромов (синдромы артикуляторных, дыхательных и голосовых расстройств), наличия не только нарушения звукопроизношения, но и расстройств просодической стороны речи, специфических нарушений звукопроизношения с трудностью автоматизации большинства звуков, а также с учетом данных неврологического обследования (наличие признаков органического поражения ЦНС) и особенностей анамнеза (указания на наличие перинатальной патологии, особенности доречевого развития, крика, голосовых реакций, сосания, глотания, жевания и т.д.).

Отграничение от алалии проводится на основе отсутствия первичных нарушений языковых операций, что проявляется в особенностях развития лексико-грамматической стороны речи.

Система коррекционно-педагогической работы

Тесная взаимосвязь развития речи, сенсорных функций, моторики и интеллекта определяет необходимость коррекции нарушений речи при дизартрии у детей в сочетании со стимуляцией развития всех ее сторон, сенсорных и психических функций, осуществляя тем самым формирование речи как целостной психической деятельности.

Система логопедического воздействия при дизартрии имеет комплексный характер: коррекция звукопроизношения сочетается с формированием звукового анализа и синтеза, развитием лексико-грамматической стороны речи и связного высказывания. Спецификой работы является сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Успех логопедических занятий во многом зависит от их раннего начала и систематичности проведения.

Работа над звукопроизношением строится с учетом следующих положений.

- Зависимость от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка.
- Развитие речевой коммуникации. Формирование звукопроизношения должно быть направлено на развитие коммуникации, школьной и социальной адаптации ребенка.
- Развитие мотивации, стремления к преодолению имеющихся нарушений, развитие самосознания, самоутверждения, саморегуляции и контроля, чувства собственного достоинства и уверенности в своих силах.
- Развитие дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа.
- Усиление перцепции артикуляционных укладов и движений путем развития зрительно-кинестетических ощущений.
- Поэтапность. Начинают с тех звуков, артикуляция которых у ребенка является более сохранной. Иногда звуки выбирают по принципу более простых моторных координаций, но обязательно с учетом структуры артикуляционного дефекта в целом, в первую очередь работают над звуками раннего онтогенеза.
- При тяжелых нарушениях, когда речь полностью не понятна для окружающих, работа начинается с изолированных звуков и со слогов. Если речь ребенка относительно понятна и в отдельных словах он может произносить дефектные звуки правильно, работа начинается с этим «ключевых» слов. Во всех случаях необходима автоматизация звуков во всех контекстах и в различных речевых ситуациях.
- У детей с поражением центральной нервной системы важное значение имеет предупреждение тяжелых нарушений звукопроизношения путем систематической логопедической работы в доречевом периоде.

Логопедическая работа при дизартрии проводится поэтапно.

Первый этап, подготовительный. Основные его цели: подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, у ребенка раннего возраста — воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса.

Важной задачей на этом этапе является развитие сенсорных функций, особенно слухового восприятия и звукового анализа, а также восприятия и воспроизведения ритма.

Методы и приемы работы дифференцируются в зависимости от уровня развития речи. При отсутствии речевых средств общения у ребенка стимулируют начальные голосовые реакции и вызывают звукоподражания, которым придают характер коммуникативной значимости.

Логопедическая работа проводится на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

Второй этап — формирование первичных коммуникативных произносительных навыков. Основная цель его: развитие речевого общения и звукового анализа. Проводится работа по коррекции артикуляционных нарушений: при спастичности — расслабления мышц артикуляционного аппарата, выработка контроля над положением рта, развитие артикуляционных движений, развитие голоса; коррекция речевого дыхания; развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса.

Работа по расслаблению мышц артикуляционного аппарата начинается с общего мышечного расслабления, расслабления шейной, грудной мускулатуры, мышц рук. Затем проводится расслабляющий массаж мышц лица. Движения начинаются с середины лба по направлению к вискам. Они производятся легкими поглаживающими равномерными движениями кончиками пальцев в медленном темпе.

Расслабляющий массаж проводится дозированно, распространяется только на те области лица, где имеется повышение мышечного тонуса, в группах же мышц вялых, ослабленных применяется тонизирующий, укрепляющий массаж.

Вторым направлением расслабляющего массажа лица является движение от бровей к волосистой части головы. Движения проводятся равномерно обеими руками с двух сторон.

Третьим направлением движения является движение вниз от линии лба, через щеки к мышцам шеи и плеча.

Затем приступают к расслаблению мышц губ. Логопед помещает свои указательные пальцы на точку, находящуюся между серединой верхней губы и углом рта с обеих сторон. Движения идут к средней линии, так что верхняя губа собирается в вертикальную складку. Такое же движение проделывается с нижней губой, затем с обеими губами вместе.

В следующем упражнении указательные пальцы логопеда помещаются в то же положение, но движения идут вверх по верхней губе, обнажая верхние десны, и вниз по нижней губе, обнажая нижние десны.

Затем указательные пальцы логопеда помещаются в углы рта и губы растягиваются (как при улыбке). Обратным движением с образованием морщинок губы возвращаются в исходное положение.

Эти упражнения проводятся при различном положении рта: рот закрыт, приоткрыт, полуоткрыт, широко открыт.

После расслабления, а при низком тонусе — после укрепляющего массажа губ тренируют их пассивно-активные движения. Ребенка учат захватывать и удерживать губами леденцы, палочки различного диаметра, учат пить через соломинку.

После общего мышечного расслабления и описанных выше упражнений приступают к тренировке мышц языка. При их расслаблении важно учитывать, что они тесно связаны с мышцами нижней челюсти. Поэтому движение вниз в полости рта спастически приподнятого языка проще всего достигается при одновременном движении вниз нижней челюсти (открывание рта). Детям школьного возраста подобные упражнения предлагаются в виде аутотренинга: «Я спокоен, совершенно расслаблен, язык спокойно лежит во рту. Медленно опускаю его вниз, когда опускается нижняя челюсть».

Если этих приемов недостаточно, полезно на кончик языка положить кусочек стерильной марли или стерильную пробку. Возникающее тактильное ощущение помогает ребенку понять, что что-то мешает свободным движениям языка, т.е. ощутить состояние спастичности. После этого логопед шпателем или языковым депрессором производит легкие горизонтальные нажимы.

Следующим приемом являются легкие плавные покачивающие движения языка в стороны. Логопед осторожно захватывает язык

кусочком марли и плавно ритмично двигает его в стороны. Постепенно пассивная помощь логопеда уменьшается, и ребенок сам начинает выполнять эти упражнения. Массаж проводит специалист (ЛФК), однако элементы его используются логопедом, родителями под обязательным контролем врача с соблюдением необходимых гигиенических правил.

Выработка контроля за положением рта

Отсутствие контроля за положением рта у детей с дизартрией значительно затрудняет развитие произвольных артикуляционных движений. Обычно рот у ребенка приоткрыт, выражено слюнотечение.

Первый этап работы — упражнения для губ, способствующие их расслаблению и усилению тактильных ощущений в сочетании с пассивным закрыванием рта ребенка. Внимание фиксируется на ощущении закрытого рта, ребенок видит это положение в зеркале.

На втором этапе закрывание рта производится пассивно-активным путем. Вначале ребенку легче закрыть рот в положении наклона головы и легче его открыть в положении слегка запрокинутой головы. На начальных этапах работы используются эти облегченные приемы. Переход от пассивных движений открывания рта к активным становится возможным через рефлекторное зевание.

На третьем этапе тренируют активное открывание и закрывание рта по словесной инструкции: «Открой рот широко», «Вытяни губы вперед», «Собери губы в трубочку и возврати их в исходную позицию».

Предлагаются различные задания по имитации положения рта, представленного на картинках. Постепенно упражнения несколько усложняются: ребенка просят дуть через расслабленные губы, производить вибрационные движения.

Артикуляционная гимнастика

При ее проведении большое значение имеет тактильно-проприоцептивная стимуляция,развитие статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезий.

На начальных этапах работу проводят с максимальным подключением других, более сохранных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Многие упражнения проводят с закрытыми глазами, привлекая внимание ребенка к проприоцептивным ощущениям. Артикуляционная гимнастика дифференцируется в зависимости от формы дизартрии и тяжести поражения артикуляционного аппарата.

Перед работой по развитию подвижности речевой мускулатуры проводят упражнения для мимических мышц лица. Уже с дошкольного возраста у ребенка развивают произвольность и дифференцированность мимических движений и контроль за своей мимикой. Его учат по инструкции закрывать и открывать глаза, хмурить брови, надувать щеки, проглатывать слюну, закрывать и открывать рот.

Для развития достаточной силы мышц лица, губ используют специальные упражнения с сопротивлением, применяя стерильные салфетки, трубочки. Ребенок обхватывает трубочку губами и старается ее удержать, несмотря на попытки взрослого вытянуть ее изо рта.

Артикуляционная гимнастика языка начинается с воспитания активного прикосновения кончиком языка к краю нижних зубов. Затем развивают общие, менее дифференцированные движения языка — вначале в пассивном плане, затем в пассивно-активном и, наконец, активные движения.

Стимуляция мышц корня языка начинается с их рефлекторных сокращений путем раздражения корня языка шпателем. Закрепление осуществляют произвольными покашливаниями. Важным разделом артикуляционной гимнастики является развитие более тонких и дифференцированных движений языка, активизация его кончика, отграничение движений языка и нижней челюсти. Полезны упражнения по стимуляции движений кончика языка при открытом рте, неподвижной челюсти. Развитие артикуляционной моторики ведется систематически, длительно с использованием комплекса и специфических упражнений. Работу облегчает использование игр, которые подбираются в зависимости от характера и степени тяжести поражения артикуляционной моторики, а также с учетом возраста ребенка. С некоторой адаптацией могут быть использованы игры, опубликованные в литературе.

Развитие голоса

Для развития и коррекции голоса у детей с дизартрией используются различные ортофонические упражнения, направленные на развитие координированной деятельности дыхания, фонации и артикуляции.

Работа над голосом начинается после артикуляционной гимнастики и массажа, расслабления шейной мускулатуры, специальных упражнений по выполнению движений головой во все стороны (мышцы шеи расслаблены) с одновременным произнесением цепочек гласных звуков: *и-э-о-у-а-ы*.

Большое значение для коррекции голоса имеет активизация движений мягкого нёба: глотание капель воды, покашливание, зевота, произнесение гласного *а* на твердой атаке. Упражнения проводятся перед зеркалом, под счет. Используются следующие приемы: стимуляция задней части языка и нёба легкими похлопывающими движениями с помощью языкового депрессора; обучение произвольному глотанию: логопед из пипетки капает против задней стенки глотки капли воды, голова ребенка несколько откинута назад. Стимулируются каплеподобные движения, зевание, нёбный и глоточный рефлексы.

Для голосообразования большое значение имеют движения челюстей: открывание и закрывание рта, имитация жевания. Используют челюстной дрожательный рефлекс: легкие постукивающие ритмичные движения по подбородку вызывают движение нижней челюсти вверх.

Используются также специальные упражнения по опусканию нижней челюсти. Вначале на фоне мышечного расслабления логопед помогает в выполнении данного движения, добиваясь опускания нижней челюсти примерно на 1–1,5 см (закрывание рта ребенок делает самостоятельно).

Вырабатывают произвольный контроль за объемом и темпом выполнения движения, используя различные наглядные приемы (рисунок с изображением опускания ведра в колодец, шарик, привязанный к веревке).

Затем эти упражнения выполняются по словесной инструкции с одновременным произношением различных звуковых сочетаний: *дон-дон, кар-кар, ав-ав* и т.д.

Для укрепления мышц нёбной занавески используются упражнения в чередовании ее расслабления и напряжения. Ребенка просят

до окончания зевательного движения отрывисто произнести звук *а*, а при широко открытом рте перейти от произношения звука *а* к звуку *п*, задерживая воздух во рту под давлением. Внимание ребенка привлекается к ощущению состояния нёбной занавески. Используют упражнения по развитию силы, тембра и высоты голоса: прямой счет десятками с постепенным усилением голоса и обратный счет с постепенным его ослаблением. Для развития высоты тембра и интонаций голоса большое значение имеют различные игры, чтение сказок по ролям, инсценировки и т.д.

Коррекция речевого дыхания

Дыхательная гимнастика начинается с общих дыхательных упражнений, цель которых увеличить объем дыхания и нормализовать его ритм.

Ребенка учат дышать при закрытом рте, попеременно зажимая то одну, то другую ноздрю, для усиления глубины вдоха перед ноздрями ребенка создается «веер воздуха».

Проводятся упражнения по тренировке носового выдоха. Ребенку дается инструкция не открывать рот: «Вдыхай глубоко и выдыхай длительно через нос».

Следующее упражнение направлено на развитие преимущественно ротового вдоха. Логопед закрывает ноздри ребенка и просит его вдыхать через рот до того момента, когда он его попросит произнести отдельные гласные звуки или слоги.

Используются упражнения с сопротивлением. Ребенок вдыхает через рот. Логопед кладет руки на грудную клетку ребенка, как бы препятствуя вдоху в течение 1–2 секунд. Это способствует более глубокому и быстрому вдоху и более удлиненному выдоху.

Ребенка просят задерживать вдох, добиваясь быстрого и глубокого вдоха и медленного продолжительного выдоха.

Упражнения проводят ежедневно по 5–10 минут. Во время этих упражнений в момент выдоха логопед произносит различные цепочки гласных звуков, стимулируя ребенка к подражанию, варьируя при этом громкость и тональность голоса. Затем ребенка стимулируют к произнесению щелевых согласных изолированно и в сочетании с гласными и другими звуками, осуществляют динамическую и статическую дыхательную гимнастику.

При дыхательной гимнастике стараются не переутомлять ребенка, следят, чтобы он не напрягал плечи, шею. Все дыхательные движения должны проводиться плавно, под счет или под музыку.

Дыхательная гимнастика проводится до еды, в хорошо проветренном помещении.

Развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса

Для развития двигательно-кинестетической обратной связи необходимо проводить следующие упражнения: потряхивание верхней и нижней губы; расправление щек (приподнимание их от губной арки), опускание и поднимание нижней челюсти.

Помещение языка над нижними и верхними резцами. Вначале логопед проводит их перед зеркалом, затем без него, глаза ребенка закрыты, логопед проделывает то или иное движение, а ребенок называет его.

Необходима тренировка следующих артикуляторно-сенсорных схем:

- ***двугубная***: губы пассивно смыкаются, удерживаются в этом положении. Внимание ребенка фиксируется на сомкнутых губах, затем его просят дуть через губы, разрывая их контакт;
- ***губно-зубная***: указательным пальцем левой руки логопед приподнимает верхнюю губу ребенка, обнажая верхние зубы, указательным пальцем правой руки поднимает нижнюю губу до уровня верхних резцов и просит ребенка дуть;
- ***язычно-зубная***: язык помещается и удерживается между зубами;
- ***язычно-альвеолярная***: кончик языка прижимается и удерживается у альвеолярного отростка, ребенка просят дуть, разрывая контакт;
- ***язычно-нёбная***: голова ребенка несколько закидывается назад, задняя часть языка приподнимается к твердому нёбу, ребенка просят производить кашлевые движения, фиксируя его внимание на ощущениях языка и нёба.

Для развития артикуляционного праксиса большое значение имеет рано начатая логопедическая работа, расширение и обогащение речевого опыта ребенка, а также преобладание специальных слоговых упражнений над чисто артикуляционными. Подбираются серии слогов, которые требуют последовательной смены различных артикуляционных движений.

Коррекция звукопроизношения

Используется принцип индивидуального подхода. Способ постановки и коррекции звука выбирается индивидуально. При нарушениях произношения нескольких звуков важна последовательность в работе. В первую очередь для коррекции отбираются те фонемы, которые в определенных контекстах могут произноситься правильно, а также те, моторные координации которых наиболее просты. Или выбирается звук, который отраженно произносится правильно.

Перед вызыванием и постановкой звуков важно добиваться их различения на слух. Моделируя ребенку тот или иной артикуляционный уклад, логопед стимулирует вызывание изолированного звука, затем его автоматизируют в слогах, словах и в контекстной речи. Необходима тренировка слухового восприятия. Ребенок должен научиться слушать самого себя, улавливать разницу между своим произношением и нормализованным звуком.

Существует несколько приемов постановки звуков при дизартрии. Наиболее распространенным является метод так называемой фонетической локализации, когда логопед языку и губам ребенка пассивно придает необходимую позицию для произнесения того или иного звука. Используются зонды, плоские пластинки для языка и целый ряд других приспособлений. Внимание ребенка привлекается к ощущению положений артикуляционных органов. Затем он выполняет движения самостоятельно при некоторой помощи логопеда и без нее.

При работе над звукопроизношением опираются на знание артикуляционных укладов родного языка, анализ структуры нарушений звукопроизношения у каждого ребен-

ка (кинетический анализ) и на специфические приемы по
становки отдельных звуков.

Основными методами работы являются: двигательно-ки
нестетический и слухо-зрительно-кинестетический. В процес
се логопедической работы устанавливаются межанализатор
ные связи между движением артикуляционных мышц и их
ощущением, между восприятием звука на слух, зрительным
образом артикуляционного уклада данного звука и двигатель
ным ощущением при его произнесении. Все методы коррек
ционной работы основаны на закономерностях развития фо
нетико-фонематической системы языка в норме.

При формировании звукопроизносительных умений и
навыков в различных ситуациях речевой коммуникации,
предупреждении и преодолении вторичных нарушений речи
логопед проводит работу по автоматизации и дифференциа
ции звуков, формированию произносительных навыков в
различных ситуациях общения. Звуки закрепляются в сло
вах и предложениях.

Для автоматизации используется прием одновременного
проговаривания звука и изображения его символа — писа
ние и говорение. Эти упражнения способствуют усилению
звука, обогащению его моторным действием.

Для детей, которые не могут писать, звук произносится
одновременно с похлопыванием пальцами или постукива
нием ногой.

Затем новый звук закрепляется в различных слогах.

Постепенно переходят от простых упражнений к более
сложным, убыстряя темп упражнений.

При работе над звукопроизношением важно выявить со
хранные компенсаторные возможности ребенка (сохранные
звуки, артикуляционные движения, специальные звуко
сочетания и слова, в которых дефектные звуки произно
сятся правильно). Работа строится с опорой на эти сохран
ные звенья.

Коррекция звукопроизносительной стороны речи соче
тается с работой над ее выразительностью. Работа проводит
ся путем подражания. Ребенка учат ускорять и замедлять
темп речи в зависимости от содержания высказывания, рав
номерно чередовать ударные и безударные слоги, выделять

паузами или повышением голоса отдельные слова или груп
пы слов.

Содержание и методы работы видоизменяются в зависи
мости от характера и тяжести дизартрии, от общего уровня
речевого развития. При сочетании дизартрии с речевым не
доразвитием осуществляется комплексная программа лого
педических занятий, включающая фонетическую работу,
развитие фонематического слуха, работу над словарем, грам
матическим строем, а также специальные мероприятия, на
правленные на предупреждение или коррекцию нарушений
письменной речи. В других случаях проводится работа над
звукопроизношением и уточнением фонематического слуха.

Во всех случаях основной задачей логопедической работы
при дизартрии является развитие и облегчение речевой ком
муникации, а не только формирование правильного произ
несения звуков. Используются приемы игровой терапии в со
четании с индивидуальной работой над артикуляцией,
дыханием, фонацией и коррекцией звукопроизношения,
а также над личностью ребенка в целом. Наиболее часто встре
чается псевдобульбарная дизартрия, при которой важное зна
чение имеет применение дифференцированного массажа (рас
слабляющего и укрепляющего) с учетом состояния мышечного
тонуса в отдельных мышцах артикуляционного аппарата, а
также артикуляционной гимнастики. Логопедическая работа
включает развитие речевого дыхания, интонационно-методи
ческой стороны речи, фонематического восприятия.

Работа с лицами, страдающими дизартрией, проводится
в различных типах логопедических учреждений: детских
садах и школах для детей с тяжелыми нарушениями речи,
в школах для детей с нарушением опорно-двигательного ап
парата (последствиями полиомиелита и церебральным па
раличом), в речевых отделениях психоневрологических
больниц. При более легких (стертых) формах дизартрии ра
бота проводится в поликлиниках, на логопедических пунк
тах общеобразовательных школ.

При дизартрии требуется ранняя, длительная и система
тическая логопедическая работа. Успех ее в значительной
степени зависит от взаимосвязи в работе логопеда и врача
невропатолога или психоневролога, логопеда и родителей,

а при явных двигательных нарушениях — логопеда и массажиста, специалиста по лечебной физкультуре.

Важное значение имеет ранняя диагностика патологии и логопедическая работа с этими детьми в первые годы жизни. В нашей стране разработана система комплексных мероприятий по предупреждению дизартрии у детей с перинатальным поражением мозга. Эта система включает комплексную медико-педагогическую работу с детьми начиная с первых месяцев их жизни. Работа проводится в специальных неврологических стационарах для детей с перинатальной патологией.

Для профилактики дизартрии имеют значение профилактические осмотры детей первых лет жизни с перинатальной патологией, а также детей группы риска, т.е. не имеющих признаков поражения мозга, но у которых отмечалась патология со стороны нервной системы в первые месяцы жизни или которые родились в асфиксии, от патологически протекавшей беременности и т.д. Врач и логопед дают обоснованные рекомендации родителям по лечению, обучению, воспитанию детей, по развитию артикуляционной моторики.

Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе

Детский церебральный паралич — заболевание центральной нервной системы при ведущем поражении двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга.

Двигательные нарушения влияют на весь ход психического развития ребенка. Независимо от степени этих расстройств у детей могут быть нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, наблюдаются снижение интеллекта, слуха, судорожный синдром и нарушения зрения.

Для большинства детей с церебральным параличом характерны нарушения умственной работоспособности в виде повышенной утомляемости. В процессе целенаправленной деятельности они быстро становятся вялыми или раздражительными, с трудом сосредоточиваются на задании.

У некоторых из них в результате утомления возникает двигательное беспокойство. Ребенок начинает суетиться, усиленно жестикулировать, гримасничать, у него усиливаются насильственные движения, появляется слюнотечение. Организованность произвольной деятельности у таких детей формируется с большим трудом.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью, обидчивостью, болезненно реагируют на тон голоса, замечания, чутко подмечают изменения в настроении окружающих, у них возникают страхи, недержание мочи, рвота и другие нарушения.

Особое место в клинике детского церебрального паралича занимают расстройства речи. Частота нарушений речи при детском церебральном параличе составляет 80%.

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. Наряду с повреждением определенных мозговых структур большое значение в механизмах речевых расстройств у детей с церебральным параличом имеет вторичное недоразвитие или более позднее формирование тех отделов коры головного мозга, которые наиболее интенсивно развиваются уже после рождения. Это — онтогенетически молодые отделы мозга, имеющие важнейшее значение в психической и речевой деятельности человека: премоторно-лобная, теменно-височная области коры головного мозга.

Отставание в развитии речи у детей с церебральным параличом связано не только с замедленным темпом созревания поздно формирующихся корковых отделов мозга, и в частности корковых речевых зон, но и с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов. Ошибки воспитания могут еще более утяжелять отставание в развитии речи. Ребенок с церебральным параличом в первые годы жизни часто находится в различных лечебных учреждениях, и если педагогической работе не уделяется достаточного внимания, он может отставать в развитии речи. Кроме того, отрицательный эмоциональный фон, реактивные состояния, которые нередко наблюдаются у этих детей при отрыве их от матери, состояния дезадапта-

ции на новую обстановку создают неблагоприятные предпосылки для развития речи.

Для правильной организации логопедической работы с детьми с церебральным параличом важное значение имеет понимание клинической и патогенетической общности речевых и двигательных нарушений. Особенностью нарушений моторики при детском церебральном параличе является не только несформированность произвольных движений, но и сохранение врожденных примитивных двигательных автоматизмов: позотонических рефлексов — тонического лабиринтного, шейного тонического и асимметричного шейного тонического рефлексов. При нормальном развитии эти рефлексы проявляются рудиментарно у детей первых двух месяцев жизни. Обратное развитие этих рефлексов при детских церебральных параличах задержано, что значительно затрудняет развитие произвольных двигательных функций.

При проведении логопедической работы с детьми с церебральным параличом важно учитывать, что тонические рефлексы оказывают влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата.

ЛТР повышает мышечный тонус корня языка.

СШТР повышает мышечный тонус спинки и кончика языка.

АШТР вызывает асимметричное повышение тонуса в речевой мускулатуре: тонус больше повышается на стороне, противоположной повороту головы ребенка.

Влияние указанных тонических рефлексов определяет специфику артикуляционных расстройств при детском церебральном параличе.

Следующей специфической особенностью нарушений артикуляционной моторики при детском церебральном параличе является задержка обратного развития ряда врожденных рефлексов орального автоматизма: сосательного, хоботкового, поискового рефлексов, рефлекторного глотания, кусания и некоторых других. Наличие этих рефлексов препятствует развитию произвольных артикуляционных движений.

Органическое поражение речедвигательного анализатора при детском церебральном параличе приводит к нарушениям артикулирования звуков речи, расстройствам голоса, дыхания, темпа и ритма речи, ее интонационной выразительности. Ведущими являются фонетико-фонематические нарушения. Характерные особенности дизартрии при детском церебральном параличе проявляются прежде всего во влиянии тонических рефлексов на речевую мускулатуру. Это определяет специфику логопедической работы при дизартрии у детей с церебральным параличом. Логопедические занятия проводятся в таких положениях ребенка, при которых влияние тонических рефлексов на речевую моторику было бы минимальным.

Такие позы и положения носят название «рефлекс запрещающих позиций» и для проведения занятий подбираются логопедом совместно с невропатологом.

Если ребенок сидит, то при проведении логопедических занятий надо обратить внимание на положение его головы: она должна находиться по средней линии, не опускаться на грудь, не поворачиваться в сторону и не откидываться назад. При необходимости правильное положение головы фиксируется головодержателем. Надо избегать наклона туловища вперед (для этого в ряде случаев необходимо применение специального стула), перекреста ног, приведения бедер, свисания стоп. При проведении занятий важно, чтобы зеркало и лицо логопеда находились на уровне глаз ребенка.

Выбрав положение ребенка, после общего расслабления приступают к массажу и гимнастике артикуляционной мускулатуры.

При проведении логопедической работы у ребенка необходимо подавлять сосательные и другие рефлекторные движения, постепенно обособлять артикуляционные, дыхательные движения и голосовые реакции от общих движений.

Особенностью дизартрий при детском церебральном параличе является общность нарушений общей и речевой моторики, связь разных форм дизартрии с определенными формами детского церебрального паралича. Наиболее частой формой является ***спастическая диплегия***, при которой имеет место двустороннее, иногда асимметричное поражение или недоразвитие центрального двигательного нейрона. При

этой форме поражаются и верхние, и нижние конечности, причем ноги в большей степени. Важной задачей на подготовительном этапе работы является общее мышечное расслабление и снижение тонуса в речевой мускулатуре.

Сходные, но часто менее выраженные речевые расстройства наблюдаются при ***гемипаретических формах*** детского церебрального паралича, когда имеет место одностороннее поражение центрального двигательного нейрона. У ребенка наблюдаются односторонние двигательные расстройства, менее выраженные в нижней конечности и в проксимальных отделах верхней конечности, т.е. отмечается более тяжелое поражение кисти руки.

Псевдобульбарная дизартрия при спастической диплегии наблюдается примерно в 80%, при гемипаретической форме — у одной трети больных (30–35%).

Гиперкинетическая форма детского церебрального паралича связана с поражением подкорковых отделов мозга. Двигательные нарушения и речедвигательные расстройства утяжеляются за счет наличия тонических спазмов, которые могут распространяться на артикуляционную, дыхательную мускулатуру и на мышцы гортани, обусловливая своеобразные расстройства голосообразования и дыхания. При гиперкинетической форме церебрального паралича отмечается экстрапирамидная или, иначе, подкорковая дизартрия, которая наблюдается более чем в 90% случаев. Для гиперкинетической формы детского церебрального паралича характерно частое (от 5 до 20%) снижение слуха преимущественно на высокие тона.

При ***атонически-атактической форме*** церебрального паралича имеет место поражение мозжечка и его связей с другими структурами мозга, прежде всего с лобными отделами коры больших полушарий. Нарушения общей и артикуляционной моторики определяются низким мышечным тонусом, отсутствием точности и соразмерности движений, нарушением их синхронности и ритма. При этой форме церебрального паралича наблюдается мозжечковая дизартрия. Ее частота составляет 70–75%.

Самой тяжелой формой детского церебрального паралича является ***двойная гемиплегия***, возникающая при наибо-

лее распространенном поражении мозга, прежде всего его больших полушарий. При этом поражены все конечности, причем руки в большей степени, чем ноги. Дети не овладевают статическими и локомоторными функциями. Речевые нарушения проявляются в виде тяжелой псевдобульбарной дизартрии, иногда анартрии, в некоторых случаях в сочетании с проявлениями бульбарных расстройств. Обычно наблюдается повышение мышечного тонуса в общей и речевой мускулатуре с выраженным и стойким влиянием лабиринтного и шейных тонических рефлексов.

В некоторых случаях можно наблюдать сочетание различных форм детского церебрального паралича у ребенка. В этих случаях отмечаются смешанные формы дизартрии. Логопеду совместно с невропатологом важно определить ведущий тип речевого расстройства.

Особенностью дизартрии при детском церебральном параличе, отражающей общность нарушений скелетной и речевой мускулатуры, является ***недостаточность кинестетического восприятия***. Задачей логопедической работы при детском церебральном параличе является развитие ощущений артикуляционных поз и движений, преодоление и предупреждение оральной диспраксии. Для улучшения ощущений артикуляционных движений используются упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми глазами со зрительным контролем движений с помощью зеркала и с закрытыми глазами. Цель — сосредоточение на проприоцептивных ощущениях. Выполнение любых движений с усилением вызывает повышение мышечного тонуса в общей и речевой мускулатуре. Во время занятий не следует требовать от ребенка чрезмерных усилий, ибо они могут способствовать диффузному повышению мышечного тонуса и усилению нарушений звукопроизносительной стороны речи. Для развития речевого дыхания рекомендуются различные упражнения на дутье. Однако для детей с церебральным параличом, особенно в раннем возрасте, они не всегда полезны в тех случаях, когда ребенок их производит с чрезмерным усилием, что вызывает общее мышечное напряжение.

Нарушения артикуляционной моторики при детском церебральном параличе не только затрудняют формирование

произносительной речи ребенка, но и вторично нередко вызывают нарушение фонематического восприятия. Это может вызывать у ребенка трудности звукового анализа слов и искажения их звуко-слоговой структуры.

Однако не у всех детей трудности в овладении звуковым составом слова выражены в одинаковой степени. Одни испытывают выраженные трудности даже в расчленении слов на отдельные звуковые элементы; другие справляются лишь с простыми формами звукового анализа. Чаще наблюдается трудность звукового анализа слов лишь с дефектно произносимыми звуками. И наконец, в более резких случаях у детей может не отмечаться выраженных трудностей звукового анализа слов даже с дефектно произносимыми звуками. Это определяет необходимость дифференцированного подхода при коррекции фонетико-фонематических нарушений. Специфические нарушения речевых кинестезий при детском церебральном параличе препятствуют формированию слуходвигательно-кинестетических связей, что затрудняет процесс письма. Все дети с церебральным параличом и дизартрией нуждаются в комплексной системе логопедических мероприятий, направленных на развитие артикуляционных навыков, фонематического восприятия и анализа.

Для детей с церебральным параличом характерны специфические трудности в усвоении лексической системы языка.

Н.Н. Малофеев (1985) изучил частоту употребления младшими школьниками с церебральным параличом имен существительных и глаголов. Он установил, что имя существительное, глагол и предлог составляют суммарно более 90% всего лексического запаса, а все другие части речи представлены в словаре крайне недостаточно. Характерным было многократное повторение одних и тех же слов, недостаточная степень владения глаголами, незнание точного их значения. Лексико-семантические и грамматические нарушения у младших школьников с церебральным параличом были изучены Л.Б. Халиловой (1984, 1991). Установлено, что дети не знают значения многих слов; заменяют значение одного слова значением другого, совпадающим с ним по звучанию: смешивают семантику исходного слова с лексическим

значением других слов, находящихся с ним в отношениях синонимической зависимости; иногда вычленяют в слове лишь конкретное значение, не понимая истинного смысла. Дети затрудняются в установлении функциональной общности между значениями многозначного слова, у них крайне ограничены семантические представления, недостаточны языковые абстракции и обобщения. Эти нарушения являются стойкими и в школьном возрасте препятствуют развитию мышления (Л.Б. Халилова, 1991).

Количественные нарушения проявляются в ограниченном словарном запасе, в более медленном темпе его формирования.

Характерные нарушения лексики у детей с церебральным параличом обусловлены спецификой самого заболевания. В силу двигательных нарушений, ограниченности социальных контактов активное познание окружающего мира у них ограничено. Знания и представления о предметах и явлениях окружающей действительности у детей неполные и несистематизированные, а порой и ошибочные. Это связано с общим нарушением развития анализаторной деятельности при детском церебральном параличе, трудностями формирования комплексных ассоциаций, что в значительной степени определяется дефектностью двигательно-кинестетического анализатора. Отмечаются специфические трудности в формировании целостного представления о предмете, а также восприятия его основных качеств, в развитии восприятия формы предмета (дети не улавливают объемности тела, с трудом соотносят объемные и плоские фигуры).

Словесное обозначение окружающих предметов закрепляется с трудом ввиду слабости ощущения «двигательного образа» слова органами артикуляции. Ребенок не может самостоятельно найти сходное в разном и отличить похожие предметы друг от друга. Только в процессе практической деятельности возможно образование комплексных ассоциаций, составляющих основу целостного восприятия предметов окружающей действительности. Лишь с помощью практической деятельности обогащается и закрепляется комплекс образующихся временны́х связей.

Развитие восприятия и представлений у дошкольника осуществляется в разных видах деятельности (предметно-практической, трудовой, изобразительной), в игре. Спонтанная игра ограничена в силу специфики самого заболевания.

Таким образом, важной предпосылкой развития и обогащения словаря является формирование восприятия и представлений об окружающих предметах и явлениях. Восприятие необходимо развивать в повседневной жизни путем специальной организации разных видов деятельности, в которых ребенка учат смотреть, наблюдать, слушать, т.е. осмысленно воспринимать предметы и явления окружающего мира. Все это обогащает кругозор, формирует функцию активного внимания, а главное, развивает у детей обобщенный способ умственной деятельности.

Спецификой работы по развитию лексики является сочетание коррекционных мероприятий по совершенствованию восприятия и представлений со словесным обозначением предметов и явлений окружающей действительности.

Слова, обозначающие элементарные понятия, вводятся на основе обучения различению и обобщению предметов по существенным признакам.

Детей дошкольного возраста, а также и более старших с первым уровнем речевого развития обучают понимать и произносить названия окружающих предметов и действий с ними, различать и называть части предметов (части лица и тела человека; части у предметов обихода, игрушек: карман у платья, колеса у машины и т.д.).

В младшем дошкольном возрасте, а также в более старшем при первом — втором уровне речевого развития у детей уточняют и пополняют словарь названиями предметов, с которыми они сталкиваются и действуют в быту: посуда, мебель, одежда, игрушки. Одновременно уточняют и дифференцируют восприятие и представления ребенка, знакомят с особенностями предметов, их назначением, учат выделять и обозначать словесно (или понимать словесное обозначение при выраженном недоразвитии речи) качества и свойства предметов.

В среднем и старшем возрасте при третьем уровне речевого развития содержание словарной работы расширяется:

наряду с развитием понимания и введения в активный словарь ребенка названий окружающих его предметов (предметов обихода, продуктов питания, овощей, фруктов и др.) его учат ориентироваться в пространстве (*вперед, назад, далеко, близко*), развивают временны́е представления (*утро, вечер, сначала, потом* и т.д.) с использованием соответствующего словаря.

На специальных занятиях детей учат различать сходные предметы по существенным признакам и обозначать их словом (например, *у грузовой машины — кузов в отличие от легковой* и т.п.), группировать предметы по одному существенному признаку — по назначению.

Все содержание словарной работы опирается на расширение, углубление и обобщение знаний детей об окружающем, особое внимание уделяется усвоению глаголов.

Для развития словаря большое значение имеют ранние коррекционные мероприятия, направленные на расширение практического и чувственного опыта ребенка. Уже с первых лет жизни необходимо формировать у них активные предметно-практические действия, стремиться к тому, чтобы, несмотря на двигательный дефект, уже со второго года жизни формировалось предметно-действенное общение со взрослым. Логопед должен обучить мать совместной игре с ребенком, в процессе которой стимулировалось бы развитие его речи.

Работа по формированию словаря производится поэтапно. ***На первом этапе*** осуществляется первичное ознакомление детей с предметами, их изображениями и действиями с ними. Используется ряд методических приемов, способствующих привлечению и организации внимания ребенка: неожиданное появление и исчезновение предмета, его движение, а главное — действия самого ребенка с предметом. Как только ребенок сосредоточивает внимание на предмете или действии, логопед называет их.

Полезно создавать поисковые ситуации, задавая вопросы: «Где кукла?», «Где машина?» и т.д. Как только ребенок начинает активно искать предмет, логопед показывает и называет его. Таким путем постепенно слово связывается с самим предметом. Важно стимулировать ребенка к повторению слов при появлении и исчезновении предметов.

На втором этапе работы осуществляется более углубленное ознакомление детей с предметами, их качествами и свойствами. У ребенка развивают целостное представление о предметах, понимание взаимосвязи назначения предмета и его строения, осознание его частей.

Основное требование к занятиям — широкое опосредование их практическими задачами с опорой на игровые приемы, активизирующие познавательную деятельность ребенка. В процессе проведения занятий детей специально обучают способам сенсорного обследования предметов. При этом подключают дефектный двигательно-кинестетический анализатор, т.е. ощупывание и узнавание их наощупь.

Обучая ребенка исследовательским действиям, выделению нужного качества предмета, вводят новые слова, их обозначающие. Для более четкого вычленения каждого качества и свойства ребенка учат сравнивать их с противоположным: например, тяжелый с легким, твердый с мягким, холодный с теплым и т.д. Качества и свойства предметов только тогда приобретут для ребенка определенную значимость, когда они будут включены в результативную практическую деятельность, игру, успех которой зависит от учета данного качества.

На третьем этапе работы занятия усложняются за счет увеличения набора выделяемых качеств и свойств предметов. Задача словарной работы заключается в умении более точно подбирать слова для характеристики выделяемых особенностей и свойств предметов.

На четвертом этапе формируются обобщения и понятия. У детей развиваются видовые и родовые обобщения на основе освоения слова, выделяющего существенные признаки предметов.

Предпосылкой подобного освоения слова являются совершенствование процессов высшей нервной деятельности ребенка, развитие двух взаимно обусловленных процессов: дифференцировки и обобщения.

Особенно большие сложности дети испытывают в освоении относительных понятий, отражающих пространственно-временные отношения (*больше — меньше, дальше — ближе, раньше — позже* и др.), а также при овладении понятием числа.

Используются упражнения по описанию предметов, отгадыванию и загадыванию загадок. Закрепление и активизация словаря проводятся также в процессе повседневного общения, различных дидактических игр и игровых упражнений.

Таким образом, спецификой работы над лексикой детей с церебральным параличом является ее опосредование предметно-практической и игровой деятельностью, тесная взаимосвязь с развитием и коррекцией сенсорных функций и познавательной деятельности.

Важное значение имеет особое направление логопедической работы над словом как единицей языка и особенно над его многозначностью. Это обеспечивает развитие качественной стороны лексики, возможности сознательного выбора для каждого высказывания наиболее адекватных языковых средств, т.е. собственно языковое развитие. Задачами этого направления работы являются обучение ребенка пониманию многозначности слова, овладение синонимами и антонимами, умению правильно понимать, выбирать и употреблять слова в различных контекстах.

Эта работа начинается в дошкольном и наиболее интенсивно проводится в школьном возрасте. Дети учатся распознавать многозначность слова с использованием одновременно синонимов и антонимов. Для этого в логопедические занятия включают специальные лексические упражнения по подбору синонимов к словосочетаниям, составлению предложений с отдельными словами и со словами синонимического ряда. Такие упражнения особенно затрудняют детей с церебральным параличом, поэтому их нужно проводить длительно и систематически, обучая их умению ориентироваться на смысловые оттенки, находить в синонимах не только сходство, но и оттенки различий.

При работе над антонимами необходимо научить сопоставлять предметы и явления по различным признакам, стимулируют активный словарь.

Таким образом, работа над смысловой стороной речи включает ряд приемов, сочетание которых обеспечивает эффективность работы в целом и способствует развитию связной речи.

При работе над лексикой необходимо учитывать и психолингвистический аспект механизма возникновения специфических затруднений в овладении словарным запасом. Описанные выше артикуляционно-фонетические, голосовые, темпо-ритмические и просодические нарушения осложняют

двигательную программу речевого высказывания у детей. При детском церебральном параличе просодические и семантические расстройства взаимосвязаны. Трудности речевого высказывания обусловлены не только чисто моторными нарушениями, но и недостаточностью языковых операций на уровне процессов, связанных с выбором нужного слова. Нарушения речевых кинестезий приводят к недостаточной упроченности слов. Кинестетические связи, стоящие за отдельными словами, уравниваются, и ребенок испытывает выраженные затруднения в нахождении нужного слова, что проявляется в своеобразных псевдоамнестических расстройствах. Это объясняет затруднения, которые испытывает ребенок при введении лексических единиц в систему синтагматических связей и парадигматических отношений.

В связи с этим логопедическая работа при дизартрии у детей с церебральным параличом должна иметь комплексный системный характер и быть направленной как на коррекцию фонетико-фонематических расстройств, так и на развитие лексики, грамматики и грамматического мышления.

Системный принцип речевого развития позволяет понять особенности нарушений грамматического строя речи у детей с церебральным параличом. Известно, что каждое слово в речи функционирует как словоформа, т.е. в нем одновременно воспринимается лексическое и грамматическое значение. Грамматические значения слов обусловлены их лексическим значением. При этом лексическое значение становится предельно обобщенным, абстрактным понятием.

Учащиеся с церебральным параличом нередко затрудняются в правильном употреблении отдельных грамматических форм и категорий, нарушают структуру предложений (пропускают предлоги, второстепенные члены, не соблюдают порядок слов). Подобные трудности наблюдаются у детей, страдающих общим недоразвитием речи.

Все специальные занятия по развитию грамматического строя сочетаются с обогащением разговорного опыта.

Формирование лексико-грамматической стороны речи осуществляется как единый неразрывный процесс. При этом обращается особое внимание на усвоение ребенком

однокоренных слов, подготовку его к овладению морфологическим анализом.

Успешное формирование грамматических навыков и умений у детей с церебральным параличом возможно только при комплексном подходе к умственному и речевому развитию.

Методы работы дифференцируются в зависимости от структуры речевого нарушения.

Формирование связной речи требует тесного взаимодействия фонологических, грамматических и лексических умений и навыков. При этом ведущим является развитие грамматических умений. Они возникают в процессе речевого общения по мере созревания речевых механизмов мозга. В силу двигательных и речедвигательных расстройств общение ребенка с окружающими ограничено, это определяет специфические трудности развития у них связной речи.

Для ее формирования необходим новый уровень развития ассоциативной функции мозга. Темп развития связной речи в норме более медленный по сравнению с темпом формирования фразовой речи. Так, если здоровый ребенок обычно к 3 годам владеет фразовой речью, то связная речь у него и к 5 годам еще развита недостаточно. Д.Б. Эльконин отмечает, что отдельные фразы усваиваются детьми значительно легче, чем принципы построения целого сообщения, где важным является выделение смысловой связи. М.М. Кольцова механизм этого явления видит в том, что отдельные фразы усваиваются как стереотипы, которые ребенок может воспроизводить в значительной степени на основе подражания, целое же сообщение требует образования более сложных систем, нового уровня интеграции. Дети испытывают затруднения в назывании предметов, как бы забывают слова, с трудом подбирая нужные. Вместе с тем они недостаточно понимают логико-грамматические отношения. Развернутая связная речь упрощается, почти не используются более сложные формулировки, выражающие логико-грамматические отношения, употребляются в основном заученные фразеологические образования.

У детей с церебральным параличом эти нарушения наблюдаются при тех его формах, когда наиболее выражена задержка созревания лобных отделов мозга (гиперкинети-

ческая и атонически-астатическая форма детского церебрального паралича, а также некоторые формы спастической диплегии, возникающие у недоношенного ребенка). В этих случаях нарушаются мотивы речевого высказывания, последовательная программа сообщения, страдает направленность речевой деятельности. Кроме того, при гиперкинетической форме церебрального паралича расстройства связной речи определяются общими двигательно-тоническими нарушениями в виде отсутствия плавности речи, ее замедленности, остановок, трудностей перехода от фразы к фразе.

Специально проведенное обследование понимания речи учащимися с церебральным параличом (Е.М. Мастюкова, 1983) выявило три варианта его особенностей. Несмотря на то что при всех вариантах нарушения понимания речи были выражены нерезко, они значительно затрудняли усвоение детьми школьной программы.

При ***первом варианте*** отмечались трудности в различении фраз с правильным и неправильным синтаксическим согласованием слов, а также в понимании сложных грамматических конструкций. Это сочеталось с общей низкой психической активностью учащихся, узким пониманием значений отдельных слов, а также сложных форм контекстной речи, скрытого смысла рассказов.

При ***втором варианте*** учащиеся затруднялись в переводе последовательно поступающей информации в целостно обозреваемую симультанную схему. Это проявилось в нарушениях понимания обратных конструкций. Такие дети, как правило, испытывают трудности в понимании при чтении рассказов, условий задач, особенно косвенных, и другого программного материала.

При ***третьем варианте*** трудности понимания обращенной речи имели менее специфический характер и были связаны в первую очередь с малым словарным запасом, ограниченным пониманием значений отдельных слов, недостаточным объемом знаний и представлений об окружающем, бедностью практического опыта. Дети плохо понимали значения глаголов, обозначающих передвижение, особенно тех, которые показывают изменения действий при помощи

приставок. Например: *шел — перешел; вошел — подошел; ушел — пришел* и т.д. Эти нарушения также преимущественно наблюдаются при спастической диплегии, т.е. при двуполушарном поражении мозга.

При детском церебральном параличе ввиду разнообразной локализации поражения мозга, а также нарушений его созревания и недостаточности интегративной деятельности могут отмечаться все известные формы ***дисграфии*** и ***дислексии***. Важную роль в механизме этих нарушений играет недостаточное функционирование различных анализаторных систем. Нарушения письменной речи у детей с церебральным параличом могут зависеть от бедности их зрительных впечатлений и представлений, несформированности оптико-пространственного гнозиса (буквы не узнаются, долго не запоминаются и не осознаются как графемы). Это затрудняет их соотнесение с определенными звуками — звукобуквенный анализ формируется с большим трудом. На письме буквы, особенно сходные по начертанию, смешиваются, искажается смысл слов. Если эти нарушения определяются недостаточностью зрительных представлений, то списывание остается сохранным. Если же в их основе лежит несформированность оптико-пространственных представлений, то и списывание претерпевает определенные трудности.

Особенностью нарушений письма у детей с церебральным параличом является его зеркальность, наиболее часто проявляющаяся на начальных этапах обучения. Очень часто она наблюдается у детей с правосторонним гемипарезом при письме левой рукой. Дети рисуют и пишут справа и асимметричные буквы изображают зеркально. Они путают сходные по написанию графемы.

В ряде случаев нарушения при письме проявляются в виде пропусков слогов и букв, в смешениях и заменах согласных звуков, близких по месту и способу артикуляции.

Специфические затруднения при письме у детей с церебральным параличом чаще всего обусловлены недостаточностью взаимосвязи зрительных образов слов с их звуковыми и артикуляционными образами, с несформированностью зрительно-моторной координации. Ребенок не может плавно

прослеживать движения пишущей руки, это затрудняет слитное написание слов или отдельных слогов, чаще со стечениями согласных. В результате возникают пропуски, перестановки слогов и слов, в некоторых случаях повторение одних и тех же букв или слогов, а иногда и слов.

Предупреждению дисграфии у детей с церебральным параличом способствует ранняя коррекционная работа, направленная как на развитие всех сторон речи, так и на развитие зрительного и слухового восприятия, зрительно-моторной координации.

Таким образом, при детском церебральном параличе наиболее частым расстройством будет ***дизартрия***. Сложной для диагностики и коррекции является ***алалия***, так как недоразвитие символической языковой системы сочетается со специфическими особенностями мыслительной деятельности детей. Локальное повреждение корковых речевых зон при алалии сопровождается специфической неврологической симптоматикой, часто находит свое подтверждение при электроэнцефалографическом обследовании.

При моторной алалии речь детей с церебральным параличом без специального обучения практически не развивается и остается на уровне звукоподражательных и лепетных слов.

Алалия чаще наблюдается при двуполушарных поражениях мозга у детей со спастической диплегией при вовлечении в патологический процесс и верхних конечностей. Общая частота алалии у детей с церебральным параличом относительно невелика и составляет около 3–5%. Патогенез связан с двумя факторами:

- повреждением корковых механизмов речи под влиянием различных экзогенных вредностей, являющихся также и причиной детского церебрального паралича (гипоксический и травматический факторы во внутриутробном периоде и при родах, перинатальные энцефалиты и т.д.);
- вторичным недоразвитием корковых механизмов речи в результате двигательно-кинестетической депривации или патологической афферентации в периферических отделах речевой системы в связи с поражением речевой моторики, а также в связи с нарушением формирования

слухо-кинестетической интеграции у детей, у которых детский церебральный паралич осложняется нарушениями слуха (гиперкинетическая форма заболевания).

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте общую характеристику дизартрии.
2. В чем состоит отличие дизартрии от дислалии и алалии?
3. Дайте классификацию дизартрии.
4. Почему при дизартрии важно оценить состояние фонематического слуха и лексико-грамматической стороны речи?
5. Назовите основные направления коррекционной работы при дизартрии.
6. Составьте план работы с ребенком 5 лет, имеющим псевдобульбарную дизартрию. (Фонетико-фонематическое недоразвитие. Интеллект нормальный.)
7. В чем проявляется общность двигательных и речевых расстройств при детском церебральном параличе?
8. Дайте характеристику фонетико-фонематических нарушений при детском церебральном параличе.
9. Назовите основные формы нарушений речи у детей с церебральным параличом.
10. Покажите специфику логопедической работы при детском церебральном параличе.

Литература

1. *Винарская Е.Н., Пулатов А.М.* Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. Ташкент, 1973.
2. *Винарская Е.Н.* Премоторная корковая дизартрия и ее значение для топической диагностики // Тр. объединенной конференции нейрохирургов. Ереван, 1965.
3. *Власова Т.А., Певзнер М.С.* О детях с отклонениями в развитии. М., 1973.

4. *Данилова Л.А.* Методы коррекции речевого и психического развития детей с церебральным параличом. — Л., 1977.
5. *Жинкин Н.Н.* Механизмы речи. М., 1958.
6. *Кольцова М.М.* Развитие сигнальных систем действительности у детей. Л., 1988.
7. *Лурия А.Р.* Основные проблемы нейролингвистики. М., 1975.
8. *Малофеев Н.Н.* Характеристика лексического запаса у учащихся с церебральным параличом // Дефектология. 1985. № 1.
9. *Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я.* Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972.
10. *Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В.* Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М., 1985.
11. *Мастюкова Е.М.* Речевые нарушения у учащихся с гиперкинетической формой церебрального паралича и медицинское обоснование логопедических мероприятий // Дефектология. 1979. № 3.
12. *Халилова Л.Б.* Основные направления лексической работы в специальной школе для детей с церебральным параличом // Дефектология. 1986. № 5.
13. *Халилова Л.Б.* Некоторые аспекты развития грамматического мышления детей с церебральным параличом: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. М., 1991.
14. Хрестоматия по логопедии // Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1998. Ч. I.

Глава 9

НАРУШЕНИЯ ТЕМПА РЕЧИ

К нарушениям темпа речи относятся ***брадилалия*** и ***тахилалия***. При указанных расстройствах нарушается развитие как внешней, так и внутренней речи. Речь малопонятна для окружающих. Своевременное устранение этих нарушений в раннем возрасте исключает отрицательное их влияние на формирование речи и личности ребенка в дальнейшем, а также способствует профилактике заикания.

Названные виды речевых нарушений могут выражаться в разной степени. Легкая и средняя степени расстройства мало беспокоят ребенка. При тяжелой степени нарушается процесс коммуникации и расстройства речи определяются как патологические.

Патогенез, клиника и методы коррекции этих расстройств речи различны.

Брадилалия — патологически замедленный темп речи. Термин произошел от греческих слов *bradys* — медленный, *lalia* — речь. Синонимы: *bradyphrasia* (брадифразия), *bradyarthria* (брадиартрия), bradylogia (брадилогия).

В истории изучения нарушений темпа и ритма речи брадилалия описывалась в синдроме какого-либо соматического, неврологического или психического заболевания.

С конца XIX в. ее определили как отдельное нарушение темпа речи. В этиологии исследователи выделяют наследственную природу (Ю.А. Флоренская, 1934; Д. Вейс, 1950; М. Зееман, 1962; М.Е. Хватцев, 1959), экзогенные факторы (интоксикация, астенизация и др.), психологические причины (воспитание, подражание и др. — А. Либманн, 1900; А. Гутцман, 1900; М. Надолечны, 1926; Э. Фрешельс, 1936).

По мнению некоторых авторов, в патогенезе брадилалии большое значение имеют патологическое усиление тормозного процесса, который начинает доминировать над процессом возбуждения (М.Е. Хватцев, Ю.А. Флоренская, В.С. Ко-

чергина); центральные, преимущественно экстрапирамидные моторные нарушения (М. Зееман), а также неправильное течение кортикальных возбуждений во времени, лежащих в основе элементарных актов, из которых возникает речь (А. Куссмауль).

Брадилалия может быть самостоятельным нарушением темпа речи, а также наблюдаться в клинике некоторых форм психических заболеваний: при олигофрении, в неврологической клинике у больных с последствиями менингоэнцефалита, при дистрофических, органических заболеваниях центральной нервной системы, травмах, опухолях головного мозга и т.д. В этих случаях она сочетается с брадикинезией (замедленностью всех движений), астенизацией, общей заторможенностью, вялостью, слабостью и пр.

Как самостоятельное нарушение брадилалия встречается чаще всего у лиц флегматичных, медлительных, вялых. Сходные с брадилалией особенности речи наблюдаются у жителей северных стран, где они являются обычной формой речи.

Речевая характеристика (симптоматика) брадилалии многообразна: замедленность темпа внешней (экспрессивной) и внутренней речи, замедленность процессов чтения и письма, монотонность голоса, интер- и интравербальное замедление (удлинение пауз между словами или замедленное, растянутое произношение звуков речи и удлинение пауз между звуками слова).

Звуки и слова сменяют друг друга менее быстро, чем при нормальных условиях, хотя образуются правильно. Если слоги разделяются между собой короткими паузами, речь становится скандированной. Может нарушаться артикулирование звуков, но не расстраивается координация слогов или слов.

При брадилалии голос монотонный, теряет модуляцию, сохраняет постоянно одну и ту же высоту, иногда появляется носовой оттенок. Музыкальный акцент меняется и при произношении отдельных слогов, высота голоса колеблется кверху или книзу.

Дети с брадилалией произносят фразу с паузами между словами, растягивая слоги на гласных звуках, смазывая

артикуляцию. Такая речь неэстетична и мешает общению с окружающими, так как вызывает у них напряжение и истощение внимания, неприятные ощущения и утомление.

Указанные выше симптомы наблюдаются в различных формах самостоятельной речи: в диалоге, пересказе по картинке и по серии картин, пересказе текста, рассказе на заданную тему, чтении. Зрительное восприятие текста не способствует нормализации темпа речи при чтении. Дети произносят слова правильно, но медленно. Также медленно они записывают слова и тем более фразы.

Неречевая симптоматика при брадилалии выражается в нарушениях общей моторики, тонкой моторики рук, пальцев, мимических мышц лица. Движения замедленные, вялые, недостаточно координированные, неполные по объему, наблюдается моторная неловкость. Лицо амимичное. Отмечаются особенности и психической деятельности: замедленность и расстройства восприятия, внимания, памяти, мышления. Сосредоточившись на одном предмете, дети с трудом переключаются на другой. Воспринимая инструкцию, выполняют ее не сразу, а после нескольких повторений. Наблюдается склонность к стереотипиям, персеверациям, нарушениям ориентировки.

При слабой выраженности брадилалии указанные речевые и неречевые симптомы самими детьми не замечаются. В более тяжелых случаях появляется осознание нарушения речи и связанные с ним психологические переживания.

Тахилалия — патологически ускоренный темп речи. Термин произошел от греческих слов *tachys* — быстрый, *lalia* — речь. Синоним: *tachyphrasia* (тахифразия).

Тахилалия рассматривалась в синдроме сложных речевых расстройств, характеризующихся нарушением других сторон речи помимо просодии.

С конца XIX в. тахилалию включили в группу расстройств под названием ***дизфразии*** (А. Куссмауль, 1879). Отмечалось преимущественное нарушение дыхания в столь сильной степени («втягивание воздуха в себя»), что появлялось некоторое сходство с заиканием. Как самостоятельная форма нарушения речи с преимущественным расстройством ее темпа впервые выделена Ю.Ф. Флоренской в 1934 г.

Причины и механизмы тахилалии тщательно исследовались, поскольку это нарушение могло служить причиной возникновения заикания.

D. Weiss (1950) считает ускоренную речь органически обусловленным нарушением центрального речевого механизма. Значительную роль в этом он отводит наследственности и указывает также на генетическую связь ускоренной речи с заиканием. М. Зееман в 1950 г. высказал мнение о том, что ускоренная речь возникает при неправильной функции экстрапирамидной системы.

М.Е. Хватцев (1959) основной причиной тахилалии считал врожденную речедвигательную недостаточность речевого аппарата, а также неряшливую, неровную речь окружающих, отсутствие внимания и своевременного исправления быстрой речи ребенка. А. Либман различал недостатки моторного и акустического восприятия, лежащие в основе тахилалии. Г. Гутцман утверждал, что это расстройство — следствие нарушения восприятия. По мнению Э. Фрешельса, ускоренная речь возникает вследствие того, что мысли мчатся чрезвычайно быстро и одно понятие вытесняется следующим раньше, чем первое может быть произнесено. М. Недолечны считал причиной ускоренной речи недостаточность артикуляции, поскольку больные испытывают трудности при произношении необычных и длинных слов.

Центральным звеном в патогенезе тахилалии является расстройство темпа внешней и внутренней речи за счет патологического преобладания процессов возбуждения (В.М. Бехтерев, 1926; М.Е. Хватцев, 1959). В.М. Бехтерев считал, что ускорение речи может быть связано с устранением тормозящих влияний, осуществляемых церебральными связями мозжечка, а также с ослаблением тормозных процессов, играющих роль в каждом движении, при котором сокращение одной группы мышц сменяется сокращением другой группы.

Психологический аспект механизма тахилалии предполагает учет нарушений восприятия, дискоординацию процессов мышления и речи, особенности поведения, эмоционально-волевой сферы.

Различают ***чистые формы тахилалии, функциональную тахилалию***, протекающую с вторичными явлениями

заикания (Ю.А. Флоренская, 1936; Н.П. Тяпугин, 1966); ***параллельную форму*** в ряду энцефалитов, где она часто переплетается с полилалическим симптомокомплексом или с дизартрическими и дизритмическими расстройствами (В.М. Бехтерев, Ю.А. Флоренская).

Речевая симптоматика тахилалии характеризуется следующими признаками: ненормально быстрый темп (вместо 10—12 звуков в секунду произносится 20—30) речи без резких искажений фонетики и синтаксиса. Речь отличается неудержимой стремительностью. При торопливости могут появляться расстройства речевого внимания, запинки, повторения, проглатывания, перестановки слогов, слов, искажения предложений, неясность произношения фраз и т.д. При привлечении внимания к речи у страдающих тахилалией происходит быстрое восстановление равновесия между внутренней и внешней речью, хотя темп ее остается быстрым по сравнению с речью окружающих, запинки исчезают. М. Зееман выделяет в симптоматике тахилалии интервербальную акцелерацию (ускорение темпа речи), которая проявляется в многосложных словах, длинных фразах и длинных связных текстах. Длинное слово или словосочетание, название из нескольких слов и т.д. произносятся настолько стремительно, что из словесного нагромождения выпадают некоторые слоги, искажаются звуки из-за неточных и быстрых артикуляторных движений. Интервербальную акцелерацию можно объяснить тем, что при построении речи временно выключается регулирующее влияние коры головного мозга на течение речи.

Наряду с нарушением внешней речи наблюдаются сходные расстройства внутренней речи, чтения и письма. В памяти человека возникает именно требуемое слово, но оно тотчас же, еще до произнесения, вытесняется другим. На письме и в чтении наблюдаются замены, перестановки букв, звуков, слогов. Целые слова заменяются другими, родственными по звучанию или по написанию.

При тахилалии затрагивается операция построения речи в целом. В речи сохраняется ряд отдельных целеустановок, не объединенных ясной целеустремленностью.

Неречевая симптоматика проявляется в нарушениях общей моторики, вегетативной нервной системы, психичес-

ких процессов, эмоционально-волевой сферы, в отклонениях поведения.

У человека с тахилалией нарушается темп общих движений: движения быстрые и стремительные (быстрая ходьба, быстрый старт и остановка, гиперактивность, тики). Моторное беспокойство отмечается даже во время сна (дети мечутся в постели). Внимание неустойчивое, переключаемость с объекта на объект повышенная, недостаточный объем зрительной, слуховой и моторной памяти. Течение мысли быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления. Дети с тахилалией вспыльчивы, легко возбудимы. Во время возбуждения появляются вазомоторные реакции: покраснение лица, ушей, появление пота на лице, похолодание и потливость рук. Они становятся эмоционально лабильными и недисциплинированными. Быстрая речь производит на незнакомых неблагоприятное впечатление, что отражается и на дальнейшей жизни ребенка, формировании его личности. В старшем возрасте проявляется разное отношение к дефекту:

- одни оценивают неудержимую стремительность в речи как естественную и единственно приемлемую для них форму, гармонирующую со всем психомоторным складом их личности;
- другие переживают стремительность речи как заикание, и у них нередко диагностируют поздние формы заикания;
- третьи столь отрицательно переживают ускоренный темп речи, что это доводит их до полного изнеможения. «Как будто кто-то подгоняет и заставляет все больше и больше убыстрять речь».

В зависимости от ситуации речевого общения меняется степень выраженности симптоматики при тахилалии. Наибольшие затруднения люди с тахилалией испытывают в жизненно значимых для них ситуациях, в общении с авторитарными людьми, в незнакомой обстановке, в моменты возбуждения спора. Имеет значение также манера речи собеседника, построение им фраз. Страдающие тахилалией стараются избегать длинных фраз и длинного связного текста. Короткие фразы они произносят почти хорошо, а длинные — в ускоренном темпе, подбирая подходящие выражения, повторяя одни и те же слоги.

Классификация разновидностей тахилалий

Патологически ускоренный темп нередко сочетается с другими нарушениями речи лексико-грамматического и фонетического характера. Для обозначения таких комбинозов к концу XIX столетия было предложено большое количество терминов: *battarismus poltern, angophasia, paraphasia, glottering, tumultus sermonis, brudeln, balbutiement, praeceps, tachiphemia* и др.

В отечественной литературе для обобщенного обозначения таких речевых нарушений иногда используется термин спотыкание. Это неправомерно, так как спотыкание определяет только необоснованные остановки, паузы, запинки, а в данном случае в основе речевых нарушений лежат прежде всего аграмматизмы на фоне патологически ускоренной речи.

Баттаризм (парафазия) — неправильное формирование фразы как следствие особого нарушения речевого внимания, тяжелых расстройств темпа речи. Часто сочетается с другими нарушениями речи.

В качестве причин и механизмов возникновения можно рассматривать ***соматические, психогенные факторы*** и ***привычку***. Неврологические исследования указывают на изменения в физиологии и анатомии мозга, которые или свидетельствуют о пренатальных нарушениях, или они унаследованы как конституциональная особенность.

А. Либманн (1900) считал, что парафазия появляется в результате преимущественно моторных или преимущественно сенсорных расстройств внимания, сходных с его нарушениями при соответствующих формах афазии. По мнению М. Надолечны, торопливость в речи обусловлена несоответствием между желанием говорить и речемоторной возможностью. Эта речевая атаксия свойственна лицам с поспеш-

ным и беспокойным характером, с недостаточно четкой памятью словесных норм и расстройством внимания. Центр тяжести все-таки падает на чисто моторно-артикуляционную трудность слова, причем последующее слово вклинивается в предыдущее, а концентрация внимания децентрализуется. М. Зееман предполагает причину нарушения в стриопаллидарной системе. Кроме того, он указывает на органические изменения в мозгу и на связь ускоренной речи с эпилепсией.

Из ***психических факторов*** следует назвать недостаточную концентрацию внимания, несоответствие темпа мышления и речи.

Механизм баттаризма с ***анатомо-физиологических*** позиций также можно объяснить преобладанием процесса возбуждения над процессом торможения вследствие аномалий центральной нервной системы. М. Надолечны определяет его как парартрию и считает, что данное нарушение выражается в проглатывании и перестановке слогов и слов, в остановках в речи. Э. Фрешельс объясняет парафразию с позиций механизма правильной речи. В норме благодаря вниманию процесс течения мысли направляется в соответствии с моторной гибкостью речи. Этим достигается известная отрегулированность психомоторных процессов. Данный механизм нарушается при быстром течении мысли. Последующее понятие нередко превосходит силу предыдущего до того, как оно будет произнесено, и само преждевременно вклинивается в речь. Получается картина парафазии. По мнению Ю.А. Флоренской, нарушается регулирующая функция речевого внимания. Вследствие этого не происходит самопроизвольной перестройки его по ходу речевого потока. Теряется концентрация внимания в логически важных частях речевого потока, и потому речь становится спотыкающейся, неряшливой, хаотичной, она содержит повторения, пропуски, смешения, недоговаривания, включения во фразу неадекватного по смыслу речевого материала и т.д.

С ***лингвистической точки зрения*** парафазию можно рассматривать как синтаксическое расстройство (А. Гутцман, 1885; Х. Пик, 1913). Недоговаривание, пропуски, смазанность речи А. Гутцман относит за счет дискоординации между скоростью течения мысли и речемоторной функцией. В этом речевом нарушении он видит не столько расстройство темпа, сколько расстройство синтаксического порядка, которое выражается в нарушении правильного распорядка слов при развертывании фразы. Ведущее значение в речи Х. Пик придавал слову. Сочетание слов представляет определенную фразу в процессе речи. При нарушениях речи именно эта фаза может страдать. Расстройство правильного словесного оформления мысли приводит к особым аграмматизмам, которые представляют неправильное речевое построение в структуре предложения. Приближение парафазии к своеобразным формам синтаксических аграмматизмов или к расстройствам речи органического порядка приводит к необходимости выделения основных и вторичных нарушений в структуре дефекта.

Ю.А. Флоренская считала, что механизмы парафазии и афазии одинаковы. Основное расстройство при афазии и парафазии связано с затруднением произвольного нахождения слов и выражается как нарушение правильного течения синтаксических рядов речи, рыхлость предложения, непроизвольная вставка в речь добавочных элементов, нарушение буквенного состава слова, наличие литеральных парафазий.

Полтерн (спотыкание) — патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера (запинками, спотыканием, необоснованными паузами). Характеризуется нарушением общей и речевой моторики. Часто сочетается с другими нарушениями речи.

Начиная с работ Аристотеля полтерн рассматривается в группе различных расстройств органического и функционального происхождения. С конца XIX в. оно выделено как самостоятельное речевое нарушение. Экспериментальные исследования направлены на отграничение спотыкания прежде всего от заикания. А. Куссмауль (1879) выделил дислогические расстройства речи, или дизфразии, обусловленные нарушением содержательной стороны речи, и спазматические лалоневрозы, к которым отнес заикание как

чисто артикуляторное расстройство речи. Он первым указал на возможность смешения спотыкания с заиканием и предложил способ различения этих расстройств: привлечение внимания к речи у заикающихся усиливает судорожность, у лица со спотыканием — улучшает речь; заикающиеся в домашних условиях говорят лучше, а люди со спотыканием — хуже.

Анализ признаков полтерна и заикания показывает, что в первом случае люди обычно не осознают своего недостатка, в то время как заикающиеся от него страдают. При сосредоточенном внимании речь при полтерне и парафазии улучшается, а при заикании — ухудшается. В присутствии некоторых людей или в ответственной обстановке дети с парафразией и полтерн говорят лучше, заикающиеся — хуже. Во время непринужденного разговора симптомы полтерн и парафазии усиливаются, симптомы заикания уменьшаются.

В 30–50-х годах XX столетия были проведены электроэнцефалографические исследования, подтверждающие различия между заиканием и спотыканием.

Французские исследования Pichon и Borel-Maisonny (1964) вычленяют нарушение речи, которое они называют бормотанием (bredouillment). Авторы подчеркивают, что бормотание отличается от спотыкания тем, что оно касается расстройства темпа и ритма только внешней стороны речи, а при спотыкании одновременно страдает внешняя и внутренняя речь. В настоящее время признана классификация D. Weiss (1964), который различает две формы: ***чистые формы спотыкания*** и ***спотыкание-синдром***.

Чистые формы спотыкания обусловлены врожденными конституциональными аномалиями развития. Речь при спотыкании носит поверхностный и одновременно абстрактный характер и является рубленой, нечеткой по смыслу высказывания и способу артикулирования. В ней проявляются элементы аграмматизма и нарушений синтаксиса (провалы, повторения, телескопирование, вставки, нарушения согласования и управления слов во фразе), которые отражают внутренний беспорядок мышления. Речь недостаточно выразительна из-за быстроты, аритмии, захлебываний.

D. Weiss чистые формы спотыкания делит на следующие группы:

Первая группа — с моторными расстройствами; основными симптомами нарушения являются ускоренная речь и отклонения в артикулировании звуков речи.

Вторая группа — с сенсорными расстройствами; в клинике спотыкания преобладает трудность нахождения необходимых слов, имеются нарушения слухового внимания.

Третья группа — с общей трудностью формулирования речи несмотря на достаточный запас слов.

Четвертая группа — со спотыканием, при котором речь пресекается растягиванием отдельных гласных (***а-а***, ***э-э***) или вставлением восклицаний, отражающих постоянные трудности в выборе слов или общих формулировок речи.

Полтерн наблюдается при хорее, псевдобульбарном параличе, дистрофирующих органических заболеваниях головного мозга, а также при психопатии, психических заболеваниях, олигофрении.

По мнению В.С. Кочергиной, спотыкание отличается большой распространенностью. По данным К.П. Беккера (1981), среди учащихся 7–8 лет массовой школы — 1,8% детей, а в классах для заикающихся — 11,5% детей имеют полтерн. Симптомы полтерн позволяют отличать его от нормальной речи, а также от речи заикающихся.

Речевые и неречевые нарушения при баттаризме (парафазии) и полтерн (спотыкании)

Речевые нарушения касаются внешней, внутренней и письменной речи. Для устной речи людей с этими расстройствами характерны поспешность, малая понятность, расстройства в образовании отдельных звуков, пропуски, перестановки, изменения звуков, слогов, выпадения и изменения слов и целых фраз. Выпадение предложений проявляется при пересказе прочитанного. Предложения короткие, мало связанные между собой, детали отсутствуют. По-

спешность в речи приводит к спотыканию: человек не сразу произносит звук, беззвучно движутся губы и язык, напоминая хореотические, или судорогоподобные движения. Имеются расстройства дыхания, голоса, дикции. Отсутствует звонкость, часты симптомы перенапряжения голоса, иногда имеются монотонность и носовой оттенок. Расстройства голоса могут быть вызваны недостаточностью расслабления фарингса и голосового аппарата.

Люди с баттаризмом и полтерн читают так же, как и говорят: длинные фразы предпочитают членить на короткие. В связи с этим они часто теряют основную нить читаемого, не могут запомнить содержание. В процессе письма наблюдаются остановки движущейся руки, пропуски, перестановки, замены, неправильное написание букв, слогов, слов и целых фраз.

При этих расстройствах нарушены все стороны речевой деятельности: импрессивная и экспрессивная речь, просодика (ритм, темп речи, интонационная выразительность, пауза, логические ударения, музыкальность речи и т.п.); голос (монотонный, слабый, форсированный, с носовым оттенком), речевое дыхание, речевая моторика; лексико-грамматический строй речи, синтаксис, семантика; наблюдаются постоянные трудности в выборе слов, в общих формулировках и в выражении своих мыслей.

Неречевая симптоматика выражается в расстройствах общей моторики, внимания, мышления, поведения. В общей моторике у людей с баттаризмом и полтерн отмечается стремительность, разбросанность движений, быстрая ходьба, резкие повороты. Речь сопровождается быстрыми, часто беспорядочными движениями лица (гримасами), рук и всего тела. Внимание неустойчивое. Они не умеют слушать других. Плохое слуховое внимание. В силу этого они плохо улавливают и запоминают, как говорят окружающие. Мышление страдает разбросанностью, недостаточной логичностью, своего дефекта не замечают, контактны и способны к самоутверждению. Это служит причиной того, что такие люди только в отдельных случаях обращаются за помощью. Но, хотя сами они недостаточно осознают свой дефект, их словесная коммуникация ограничена в силу неразборчивости речи и беспокойного поведения.

Обследование детей с нарушениями темпа речи

Обследование ведется комплексно: медицинское и психолого-педагогическое. Содержание обследования включает выяснение состояния нервно-психической сферы, интеллекта (по данным медицинской документации или обследования ребенка врачом-психоневрологом) и речи (на основе логопедического изучения).

У детей с брадилалией и тахилалией по медицинской документации уточняются данные, касающиеся возможных психических заболеваний, неврологической симптоматики. Выясняются соматические и инфекционные заболевания в детском возрасте, травмы, опухоли головного мозга и др.

Подробно изучается анамнез по следующим направлениям: данные о речевых нарушениях у родителей и родственников и о наличии у них нервно-психических или хронических заболеваний; протекание беременности и родов у матери; данные о развитии речи ребенка (особо отмечается, не было ли дефектов слоговой структуры слов, аграмматизмов, повторений звуков и слогов, каков темп речи; влияние нарушенного темпа речи на умение в школе, на общение со сверстниками); предполагаемые причины нарушенного темпа речи; особенности проявления брадилалии или тахилалии в разные возрастные периоды, условия жизни ребенка в семье (режим, взаимоотношения членов семьи, их отношение к ребенку); наклонности, интересы ребенка, его взаимоотношения со сверстниками, с коллективом; круг ситуаций, в которых эти нарушения темпа речи выражены в тяжелой форме; выраженность психических симптомов (отношения к своему дефекту, защитные приемы, влияние на речевое общение в различных ситуациях: речь с родителями, на уроках, с незнакомыми и т.д.); влияние нарушенного темпа речи на успеваемость и пр.

Далее уточняется:

- состояние общей и ручной моторики (способность к подражанию, самостоятельность, двигательная активность, наличие сопутствующих движений, тонус, темп, выразительность, координация и переключаемость движений, их сила, точность, объем), выявляется наличие брадикинезии;
- состояние мимики;

- состояние речевой моторики, орального праксиса посредством выполнения изолированных движений и их серий. Отмечается наличие или отсутствие движения, замена данного движения другим, тонус, объем движений, активность, возможность удержания органов в заданном положении, темп движения, синкинезии;
- экспрессивная речь: произношение звуков, слогов, слов, фраз; пересказ, рассказ, беседа, чтение стихотворных и прозаических текстов, вопросо-ответная форма речи, диалог, специфические формы речи (отраженная, сопряженная, шепотная, ритмическая), пение. Отмечается состояние звукопроизношения, возможности произнесения многосложных слов, длинных фраз, длинного связного текста; наличие интер- и интравербального замедления или ускорения; темп, ритм, ударение, интонация, голос (сила, тембр, модуляция, нарушение голоса); другие дефекты устной речи;
- письмо: списывание и самостоятельное письмо — диктант букв, слогов, длинных слов и фраз, длинного связного текста. Фиксируется скорость и качество написания отдельных элементов и сложных комплексов.

У детей с баттаризмом и полтерн особое внимание обращается на исследование лексики, грамматического строя речи, семантики:

- слухового неречевого гнозиса, восприятия и воспроизведения ритмов, оптико-пространственного гнозиса и праксиса;
- слуховой, зрительной и моторной памяти;
- речевой активности.

В логопедическом заключении указываются:

- чистые формы брадилалии, тахилалии; разновидности тахилалии (баттаризм, полтерн); сочетание тахилалии с заиканием;
- степень выраженности (легкая, средняя, тяжелая);
- влияние патологически замедленной (ускоренной) речи на личность ребенка, на его коммуникативные возможности;
- круг ситуаций, в которых проявляется тахилалия;
- выраженность психических симптомов;
- нарушения внешней речи (звукопроизношения, лексико-грамматической и семантической сторон речи, просодики);
- нарушения внутренней речи, психических процессов (восприятия, внимания, мышления);
- особенности моторики;
- отклонения в поведении.

На основе логопедического заключения проводится дифференциальная диагностика нарушения темпа речи от заикания, дизартрии, от нарушений речи у психических больных. Сложно отличить тахилалию от заикания: внешне речь при тахилалии напоминает заикание, но она отличается темпом, страх речи отсутствует; если человек с тахилалией обращает внимание на свою речь, то она улучшается, тогда как у заикающегося речь в таких случаях, напротив, ухудшается. Тики, миоклонусы у детей с тахилалией не связаны с речью или намерением говорить и возникают независимо от того, говорит ли в данный момент ребенок или нет, тогда как сопутствующие движения при заикании возникают, как правило, во время речи.

Особенно трудно различать тахилалию, комбинированную с заиканием. Наиболее типичные различия тахилалии и заикания даны в исследованиях D. Weiss, J. Langova, M. Movares, М. Зеемана, В.С. Кочергиной.

Прогноз относительно брадилалии тем более благоприятен, чем раньше она будет выявлена и чем раньше начнется комплексное воздействие. В тех случаях, когда брадилалия является синдромом соматического, неврологического или психического заболевания, прогноз зависит от успешности лечения основного заболевания.

Прогноз тахилалии зависит от умственного развития и поведения человека. В детском возрасте чем ребенок спокойнее, тем легче формируется темп его внешней и внутренней речи. Эффективность преодоления тахилалии зависит также от окружающих: сложнее добиться нормализации темпа речи, если кто-либо из родных страдает недостатками речи или невротическими расстройствами: результат преодоления тахилалии зависит и от сотрудничества родных с лечащим врачом и логопедом.

Прогноз баттаризма и полтерн определить довольно сложно. Он зависит от структуры дефекта: чистая форма или проявление-синдром. Кроме того, имеет значение умственное развитие и поведение больного, микросоциальная среда, своевременное и комплексное воздействие.

Профилактика брадилалии и тахилалии включает лечение и предупреждение наследственных заболеваний, нервно-

психических нарушений, травм, опухолей мозга, нейроин фекции и т.п., заботу о соматическом нервно-психическом здоровье матери и ребенка, о правильном развитии его речи и поведения.

Система лечебно-педагогической комплексной работы

Она строится с учетом общедидактических и специфи ческих принципов. Можно выделить некоторые общие ус тановки комплексного воздействия.

- В коррекционной работе осуществляется опора на свя зи между анализаторами обще- и речедвигательными, общедвигательным и слуховым; зрительным, речедви гательным и речеслуховым. Нормализация темпа рит ма общих движений способствует четкости и точности речевых движений; умение более быстро воспринимать и воспроизводить различные ритмические структуры помогают ребенку правильно оформить речь и т.д.
- Коррекционное воздействие необходимо направить на внешнюю и внутреннюю речь страдающего брадила лией и тахилалией. Например, при брадилалии необ ходимо в занятия включать задания на развитие не вербального и вербального мышления, на быстрое речевое оформление мысли и др.
- Содержание и форма проведения занятия должны быть связаны с основной деятельностью ребенка (игровой, учебной), а его возраст должен определять подбор не речевого и речевого материала, методику работы, ин дивидуальный подход.
- Учет личностных особенностей страдающего наруше ниями темпа речи позволяет вести систематическую, целенаправленную работу по коррекции его поведения, эмоционально-волевых проявлений с целью его соци альной адаптации.
- Наряду с систематической коррекционной работой ло гопедии необходима и постоянная самостоятельная ра бота ребенка над речью и поведением.

Указанные положения реализуются в ходе индивидуаль ной и коллективной (групповой) логопедической работы. Груп

повая работа имеет ряд преимуществ: в коллективе легче создать проблемную, игровую, речевую ситуацию, организовать общение. Сначала инициатива принадлежит логопеду, а детям — исполнительная роль. Постепенно инициатива переходит к занимающимся: они самостоятельно осуществляют контроль над темпом и ритмом общих движений и речи.

Методика преодоления нарушений темпа речи включает медицинское воздействие (медикаментозное, физиотерапевтическое, психотерапевтическое лечение), а также дидактические методы, логопедическую ритмику, физкультуру.

Медицинское воздействие при брадилалии направлено на повышение активности нервной деятельности и нормализацию психических процессов. Лекарственное лечение и физиотерапия носят тонизирующий характер. Медикаментозная терапия при тахилалии включает общеукрепляющее, общеуспокаивающее лечение, дифференцированное воздействие в зависимости от выраженности раздражительности, беспокойства, двигательной расторможенности, гиперактивности и т.п.

Применяются различные бальнеологические процедуры для регуляции общего тонуса, центральной и вегетативной нервной системы, улучшения самочувствия, укрепления физического здоровья.

Психотерапия направлена на перевоспитание личности страдающего брадилалией или тахилалией, на изменение установки на собственную речь и микросоциальное окружение, на воспитание социальной функции речи.

Еще в 30-е г. XX в. Ю.А. Флоренская совместно с З.С. Ходоровой разработали ***коллективно-психологический метод***, в котором особое значение приобретает социальная сторона речи, условия речевой компенсации в зависимости от ситуационной установки пациента на окружающую его среду, в частности на его слушателей. Окружающая среда может оказать декомпенсирующее или компенсирующее влияние на страдающего тахилалией. При методически правильном подходе она делается необходимым, активным средством коррекции. Задача разъяснительной психотерапии — социальное перевоспитание больного. С целью стимуляции активности можно применять рациональную психотерапию и аутогенную тренировку. Рациональная

психотерапия проводится в форме коллективных и индивидуальных бесед. В детском возрасте используется косвенная психотерапия в виде одобрения, похвалы, ободряющего внимания к ребенку, признания и подчеркивания его удач.

Аутогенная тренировка начинается с появления первых успехов во время коллективных психотерапевтических сеансов. В курс аутогенной тренировки входит ознакомление пациентов с задачами и спецификой этого вида терапии, усвоение основных приемов саморегуляции, отработка навыков локальной релаксации мышц, в которых возникает патологическое напряжение; овладение сокращенными формулами самовнушения, приемами активной регуляции мышечного тонуса и активизации навыков локальной релаксации в процессе речевой деятельности. Предлагается расширенная формула спокойствия. По окончании тренировки ученики в письменном виде дают отчет о проведенной аутогенной тренировке. В процессе речевых заданий они постепенно переходят от мысленного проговаривания к шепотной и громкой речи, от групповой работы к индивидуальным выступлениям и от сопряженного проговаривания речевого материала к спонтанной речи и публичным выступлениям.

Занятия физической культурой (включая гимнастику и ритмику) при брадилалии содержат тонизирующие комплексы движений для рук, ног, туловища в сочетании с дыхательными голосовыми упражнениями, которые проводятся сначала в среднем, а затем ускоренном темпе. Гимнастические упражнения при тахилалии способствуют воспитанию тормозных реакций, выдержки, внимания, сосредоточенности, произвольного переключения движений: торможению ненужного движения и активизации необходимого. Все упражнения рекомендуется проводить под счет, мелодичную музыку, размеренно, спокойно, плавно, в медленном темпе. Общеукрепляющие упражнения чередуются со спортивными играми, которые проводятся в перемежающемся ритме и темпе движений.

Методики логопедической работы

При устранении брадилалии логопедические приемы направлены на воспитание более быстрых и четких речевых движений в процессе речи; убыстренных речевых реакций;

темпа внутренней речи; темпов письма и чтения; выразительных форм сценического чтения и драматизированной речи и т.д.; правильной просодической стороны речи: темпа, ритма, мелодики, паузации, ударения.

При выраженной брадикинезии необходимо в первую очередь нормализовать общую моторику: координацию, целенаправленность, ритм общих движений в более ускоренном темпе, формировать ручной праксис; развивать слуховое, зрительное внимание, более быстрый темп переключения внимания с объекта на объект, восприятие и воспроизведение ритмов и т.д. По мере нормализации моторики включать речевой материал.

Все виды коррекционной работы основываются на различных речевых упражнениях. Основные упражнения: произношение речевого материала различной сложности (слогов, слов, коротких фраз, скороговорок и т.п.), чтение (вместе с логопедом, затем самостоятельное) под отбиваемый рукой такт, под метроном с постепенным ускорением темпа говорения и чтения; слушание и воспроизведение речевого материала, записанного на магнитофонную ленту в ускоренном темпе; запись слогов, слов и т.п. с предварительным четким проговариванием под такт, подаваемый логопедом, а затем самим ребенком; работа над воображением при действии внешних раздражителей различного ритма, темпа для убыстрения его во внутренней речи; заучивание и воспроизведение диалогов с акцентом на речевых особенностях разных персонажей самим пациентом в паре с логопедом, затем с товарищем по группе; выработка сценического поведения в соответствии с содержанием драматизаций.

Нормализации темпа речи при брадилалии способствуют также занятия по логопедической ритмике.

Ходьба и маршировка в различных направлениях под бодрую музыку (марш, галоп), перемещающаяся подскоками, прыжками, приседаниями, остановками под меняющийся характер музыки. Указанные упражнения сочетаются со счетными упражнениями, помогающими контролировать темп выполняемых движений и облегчающими детям удерживать нужный темп в речи. Упражнения, активизирующие внимание, воспитывают быструю и точную реакцию на зрительные, слуховые раздражители, развивают все виды памяти: зрительную, слуховую, моторную.

Ритмические упражнения, связанные с такими динамическими характеристиками музыкального произведения, как *mesoforte* — средней силы, *forte* — сильно. Ритмические упражнения для рук, ног, туловища выполняются быстро, четко. Ритм обозначается энергичными хлопками в ладоши, ударами в бубен, взмахами флажками, топочущим шагом и т.п.

Пение мелодий с короткими тональностями. Темп песен средний и быстрый, отрывистого характера.

Подвижные игры: несюжетные и сюжетные. Несюжетные игры типа перебежек, ловушек, пятнашек, игры-эстафеты, игры с предметами, с элементами спортивных соревнований и т.п. Сюжетные подвижные игры отражают в условной форме жизненные или сказочные эпизоды и способствуют отработке речи в диалогах, драматизациях.

Музыкальная самостоятельная деятельность учащихся: под бодрую музыку они энергично выполняют однотипные движения — рубят дрова, скачут на лошади, боксируют и т.д. Затем с помощью логопеда и самостоятельно исполняют творческие композиции: народные пляски, характерные танцы, бальные танцы (польку, галоп). Играют на музыкальных инструментах: струнных и ударных, воспроизводя простые и сложные ритмические структуры.

В результате 6—12-месячной работы речь становится значительно четче и быстрее. Однако и после курса занятий необходимо сравнительно долгое наблюдение над детьми, страдающими брадилалией и особенно брадикинезией. Рекомендуются самостоятельные занятия, постоянный контроль за темпом речи, консультативные занятия у логопеда, катамнестические исследования.

Преодоление тахилалии предполагает воспитание следующих навыков и привычек:

- медленного, спокойного, плавного, строго ритмичного дыхания и голосообразования;
- медленного ритмического чтения;
- спокойной, ритмически упорядоченной речи; здоровой установки на коллектив в процессе речевого и общего поведения; общего и слухового внимания к речи.

Логопедическую работу с подростками и взрослыми, страдающими тахилалией, рекомендуется проводить поэтапно.

Первый этап — режим молчания. Логопед знакомится с особенностями речи каждого в условиях коллективного общения, проводит беседу о значении коллектива и логопедических занятий для нормализации темпа речи. Рекомендуется максимум молчания вне занятий и дома, ограничиваться лишь самыми необходимыми фразами. Режим молчания снимает тревожную возбудимость, успокаивает учеников, сосредоточивает их на задачах и правилах занятий. На занятиях с логопедом начинается усвоение медленного темпа на простейшем речевом материале (сопряженная, отраженная речь, ответы на вопросы).

Второй этап — работа по усвоению медленного темпа начинается на материале громкого чтения. Сначала образец чтения дает логопед, затем дети читают сопряженно, отраженно, по очереди, с последующим анализом чтения каждого. Каждое занятие начинается с речевой зарядки (счет до 30 или 50), затем проводится индивидуальная и групповая (4–5 человек) самостоятельная речевая работа под руководством одного из занимающихся. Стержневым моментом во всех речевых упражнениях является слитная речь, отрабатываемая в замедленном темпе. Медленный темп приобретает основное значение как со стороны технической работы над речью, так и со стороны психотерапевтического воздействия на личность ученика. Дается установка на замедление не только внешней речи, но и всех других психомоторных процессов. Предлагается замедлить все движения, скорость течения ассоциативных рядов, реакции на внешнюю среду, все поведение в целом. В конце второго этапа подводятся итоги работы дома и в группе, дети отчитываются о самочувствии.

Третий этап — работа над редактированием высказываемых мыслей, над адекватностью фразы намеченному содержанию.

Материал занятий: точные пересказы прочитанного по плану и без него, с произвольной установкой на ту или иную длину, детализацию пересказа; упражнения в произношение различных редакций одной и той же фразы.

Четвертый этап — работа над коллективным рассказом. Внимательно слушая своего товарища, каждый включается в рассказ неожиданно, по сигналу логопеда или дежурного. На этом этапе вводится медленное чтение про себя, которое оказывает дисциплинирующее и замедляющее влияние на устную речь занимающихся. Больше времени отводится индивидуальной работе над речью, которая продолжается и после окончания логопедического курса в течение не менее одного года по 2 раза в день (утром и вечером по 10–30 минут).

Используемые на занятиях приемы: подражание, сопряженно-отраженное произношение, ритмическое чтение, речевые упражнения под такт, отмечаемый ударом руки, ноги, хлопком в ладоши и т.п., запись и прослушивание правильной речи, записанной на магнитофонную ленту и др.

На этом этапе проводятся функциональные тренировки вне стен логопедического кабинета как индивидуально, так и коллективно. Условием перехода к тренировкам является доступность диалогического общения в замедленном (и нормальном) темпе на логопедических занятиях. Функциональные тренировки носят характер диалогов с прохожими на улице, в магазине, на почте, в транспорте и т.д. Пациенты заранее готовят речевой материал, отрабатывают его дома и на коллективных занятиях.

Тренировки вне логопедического учреждения воспитывают внимание к собственной речи и ответам собеседника, умение управлять своим поведением и речью в момент эмоционального напряжения, стимулируют речевую активность и способствуют перевоспитанию личности.

Пятый, заключительный этап — подготовка к публичному выступлению. Материал для него подбирается с учетом индивидуальных особенностей учеников. Манера поведения, темп речи отрабатываются в процессе самостоятельных индивидуальных и фронтальных занятий; выступление записывается на магнитофонную ленту, прослушивается, анализируется по содержанию и внешнему оформлению.

Продолжительность курса — 2,5–3 месяца. Если этого времени недостаточно, то рекомендуется после перерыва продолжить занятия в течение 4–6 месяцев. После логопедического курса дается установка на дальнейшее самостоятельное закрепление навыков правильной речи.

При устранении тахилалии у детей дошкольного и младшего школьного возраста рекомендуется использовать методики по коррекции заикания с соответствующими изменениями, с учетом механизма и симптоматики тахилалии. В целом принципы и содержание логопедической работы с детьми при заикании и тахилалии сходны.

Логопедическая ритмика включается в логопедическую коррекцию последовательно на каждом этапе с возрастанием трудности ритмических занятий и речевых нагрузок.

Основой занятий является медленный темп. Обычно проводятся вводные упражнения; затем дыхательные, голосовые; упражнения, регулирующие мышечный тонус, улучшающие двигательную координацию и моторную память; активизирующие внимание; воспитывающие чувство ритма; счетные упражнения в замедленном темпе; речевые задания на координацию слова с движением и музыкой; специальные распевания, мелодекламацию и пение с целью улучшения ритмичности дыхания, выработки плавного речевого выдоха и речи в целом; слушание музыки; сюжетные драматизации с характерными, бальными танцами, хороводами; музыкальную самостоятельную деятельность; игровую деятельность; заключительные упражнения.

Курс логопедической коррекции у дошкольников и младших школьников — от 6 месяцев до 1 года. В случаях рецидивов необходимы повторные курсы занятий.

В логопедической работе по преодолению баттаризма и полтерн на первом месте стоит формирование понятий на конкретной основе и их словесное грамматически правильное выражение.

- Необходим подход к речи как к системе в единстве с другими психическими процессами. Рекомендуется работа не столько над элементами речи, изолированными функциями дыхания и артикуляции, сколько над целостными речевыми продукциями высшего порядка: над самостоятельным высказыванием, пересказом, диалогом, декламацией, подготовленным и свободным рассказом, докладом, сообщением, свободным изложением мыслей. Основной прием — фиксация внимания пациента на речи, правильное распределение его во фразе на каждое слово, чтобы процесс переключения внимания соответствовал процессу последовательного логического развертывания мысли. Для этой цели используются сопряженно-отраженное произношение фраз, текста; работа над логическим ударением во фразе; перефразировка; диалоги с логопедом, между детьми; драматизация, требующая сценического поведения и выразительной речи для передачи необходимого образа; различные способы чтения: сопряженно с логопедом, отраженно за логопедом,

чтение по слову, по фразе друг за другом и вразбивку, чтение по заранее размеченному тексту; через прорезь в полоске картона, который медленно передвигается по строке, открывая сначала только одно слово, затем синтагму, наконец, целую фразу.

- Воспитание логического мышления в неречевых и речевых заданиях. Например, разложить серии картинок в нужной последовательности, исключить лишнюю из данных предметных картинок или составить общий план высказывания; развернуть главную мысль определенной части рассказа; найти несколько вариантов «завязок» или «развязок» заданных сюжетов и т.д.
- Преодоление дефектов внутренней речи. С этой целью содержание высказывания (замысла) реализуется с помощью сюжетной картинки, текста, который прорабатывается по вопросам сначала вместе с логопедом, затем самостоятельно. Составляется план пересказа. Текст записывается, читается, пересказывается по памяти.
- Развитие слухового внимания, умения слушать речь на материале фраз, текстов. Полезны магнитофонные занятия, на которых ребенок одновременно слышит и видит (читает) текст, подающийся с магнитофонной ленты в замедленном темпе. Для привлечения внимания к собственной речи предлагаются для прослушивания и последующего анализа образцы речи в замедленном и быстром темпе. Полезна работа над интонацией.
- Работа над упорядочением темпа речи: счетные упражнения с движениями, речь по слогам или в сопровождении ритмического отстукивания; выделение смысловых частей в коротком тексте, во фразе, составленной по картинке, и произношение речевого материала с соответствующей смыслу выразительной интонацией; ритмическое проговаривание с одновременным отстукиванием ритма различных фраз и т.д.
- Работа вне логопедических занятий, чтобы закрепить замедленное и четкое произношение, спокойное поведение и внимание к собственной речи.

Преодоление баттаризма и полтерн требует раннего начала занятий, систематического длительного логопедического

воздействия и последующего периодического контроля из-за частых рецидивов. Работа по преодолению этих расстройств во многих случаях является профилактикой заикания.

Контрольные вопрос и задания

1. Дайте определение нарушениям темпа речи.
2. Дайте краткий анализ развития проблемы о нарушениях темпа речи.
3. Определите механизм и структуру дефекта при брадилалии, тахилалии, баттаризме и полтерн.
4. Объясните основные разделы комплексного обследования лиц с нарушениями темпа речи.
5. Каковы основные принципы комплексного лечебно-педагогического воздействия на лиц с нарушениями темпа речи?
6. Назовите и охарактеризуйте основные разделы и содержание методик коррекционно-педагогической работы при брадилалии, тахилалии и ее разновидностях.

Литература

1. *Беккер К.П. Совак М.* Логопедия. М., 1981.
2. *Волкова Г.А.* Логопедическая ритмика. М., 1985 и др.
3. *Зееман М.* Дети с ускоренной речью (тахилалией) // Расстройства речи в детском возрасте. М., 1962.
4. *Кочергина В.С.* Брадилалия, тахилалия, спотыкание // Расстройства речи у детей и подростков. М., 1969.
5. *Оганесян Е.В.* Логопедическая ритмика. М., 1998.
6. *Селиверстов В.И.* Заикание у детей. М., 1979.
7. *Тяпугин Н.П.* Заикание. М., 1966.

Глава 10

ЗАИКАНИЕ

Заикание — нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Синонимы: *balbuties, disphemie, spasmophemie, laloneurosis.*

Проблему заикания можно считать одной из самых древних в истории развития учения о расстройствах речи. Различное понимание его сущности обусловлено уровнем развития науки и позиций, с которых авторы подходили и подходят к изучению этого речевого расстройства.

В древние времена в заикании преимущественно усматривали болезнь, связанную с накоплением влажности в головном мозге (Гиппократ) или неправильным соотнесением частей артикуляционного аппарата (Аристотель). Возможность нарушений в центральном или периферическом отделах речевого аппарата при заикании признавали Гален, Цельс, Авиценна.

На рубеже XVII—XVIII вв. заикание пытались объяснить как следствие несовершенства периферического аппарата речи. Так, например, Санторини считал, что заикание возникает при отверстии в твердом нёбе, через которое якобы слизь просачивается на язык и затрудняет речь. Вутцер объяснял это ненормальным углублением в нижней челюсти, в которой прячется кончик языка при своем движении; Эрве-де-Шегуан — неправильным соотношением между длиной языка и полостью рта или слишком плотным прикреплением его короткой уздечкой.

Другие исследователи связывали заикание с нарушениями в функционировании речевых органов: судорожное закрытие голосовой щели (Арнот, Шультесс); чрезмерно быстрый выдох (Беккерель); спазматическое сокращение мышц, удерживающих язык в полости рта (Итар, Ли, Диффенбах); несогласованность процессов мышления и речи (Блюме); несовершенство воли человека, воздействующей на силу мышц речедвигательного механизма (Меркель) и т. д.

Часть исследователей связывала заикание с нарушениями в протекании психических процессов. Например, Блюме считал, что заикание возникает от того, что человек или мыслит быстро, так что речевые органы не поспевают и потому спотыкаются, или же, наоборот, речевые движения «опережают процесс мышления». И тогда из-за напряженного стремления выровнять это несоответствие мышцы речевого аппарата приходят в «судорогоподобное состояние».

В начале XIX в. ряд французских исследователей, рассматривая заикание, объясняли его различными отклонениями в деятельности периферического и центрального отделов речевого аппарата. Так, врач Вуазен (1821) механизм заикания связывал с недостаточностью церебральных реакций на мускульную систему органов речи, т. е. с деятельностью центральной нервной системы. Врач Дело (1829) объяснял заикание как результат искажения звукопроизношения (ротацизм, ламбацизм, сигматизм), органического поражения голосового аппарата или неполноценной работы головного мозга. Он первым отметил сосредоточение акустического внимания заикающегося на своей речи. Врач Коломба де л'Изер считал заикание особой контрактурой мышц вокального аппарата, возникающей вследствие его недостаточной иннервации.

В России большинство исследователей рассматривали заикание как функциональное расстройство в сфере речи, судорожный невроз (И. А. Сикорский, 1889; И. К. Хмелевский, 1897; Э. Андрес, 1894 и др.), или определяли его как страдание чисто психическое, выражающееся судорожными движениями в аппарате речи (Хр. Лагузен, 1838; Г. Д. Неткачев, 1909, 1913), как психоз (Гр. Каменка, 1900).

К началу XX в. все многообразие понимания механизмов заикания можно свести к трем теоретическим направлениям:

1) Заикание как спастический невроз координации, происходящий от раздражительной слабости речевых центров (аппарата слоговых координаций). Это было четко сформулировано в трудах Г. Гутцмана, А. Куссмауля, а затем в работах И. А. Сикорского, который писал: «Заикание есть внезапное нарушение непрерывности артикуляции, вызванное судорогой, наступившей в одном из отделов речевого аппарата как физиологического целого». Сторонники этой теории вначале подчер-

кивали врожденную раздражительную слабость аппарата, управляющего слоговой координацией. В дальнейшем они объясняли заикание в свете невротизма: заикание — это судорогоподобные спазмы.

2) Заикание как ассоциативное нарушение психологического характера. Это направление выдвинуто Т. Непфнером и Э. Фрешельсом. Сторонниками были А. Либман, Г. Д. Неткачев, Ю. А. Флоренская. Психологический подход к пониманию механизмов заикания получил свое дальнейшее развитие.
3) Заикание как подсознательное проявление, развивающееся на почве психических травм, различных конфликтов с окружающей средой. Сторонниками этой теории были А. Адлер, Шнейдер, которые считали, что в заикании, с одной стороны, проявляется желание индивида избежать всякой возможности соприкосновения с окружающими, а с другой — возбудить сочувствие окружающих посредством такого демонстративного страдания.

Таким образом, в конце XIX — начале XX в. все определеннее становится мнение, что ***заикание — это сложное психофизическое расстройство.***

По мнению одних, в его основе лежат нарушения физиологического характера, а психологические проявления носят вторичный характер (А. Гутцман, 1879; А. Куссмауль, 1878; И. А. Сикорский, 1889 и др.). Другие первичными считали психологические особенности, а физиологические проявления следствием этих психологических недостатков (Хр. Лагузен, 1838; А. Коэн, 1878; Гр. Каменка, 1900; Г. Д. Неткачев, 1913 и др.). Делались попытки рассматривать заикание как невроз ожидания, невроз страха, невроз неполноценности, навязчивый невроз и пр.

К 30-м годам и в последующие 50—60-е гг. XX в. механизм заикания стали рассматривать, опираясь на учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека и, в частности, о механизме невроза. При этом одни исследователи рассматривали заикание как симптом невроза (Ю. А. Флоренская, Ю. А. Поворинский и др.), другие — как особую его форму (В. А. Гиляровский, М. Е. Хватцев, И. П. Тяпугин, М. С. Лебединский, С. С. Ляпидевский, А. И. Поварнин, Н. И. Жинкин, В. С. Кочергина и др.).

Но в обоих случаях эти сложные и многообразные механизмы развития заикания идентичны механизмам развития неврозов вообще. Заикание, как и прочие неврозы, возникает вследствие различных причин, вызывающих перенапряжение процессов возбуждения и торможения и образования патологического условного рефлекса. Заикание — это не симптом и не синдром, а заболевание центральной нервной системы в целом (В. С. Кочергина, 1962).

В возникновении заикания первостепенную роль играют нарушенные взаимоотношения нервных процессов (перенапряжение их силы и подвижности) в коре головного мозга. Нервный срыв в деятельности коры больших полушарий может быть обусловлен, с одной стороны, состоянием нервной системы, ее готовностью к отклонениям от нормы, а с другой — неблагоприятными экзогенными факторами, на значение которых в генезе заикания указывал еще В. А. Гиляровский. Отражением нервного срыва является расстройство особо уязвимой и ранимой у ребенка области высшей нервной деятельности — речи, что проявляется в нарушении координации речевых движений с явлениями аритмии и судорожности. Нарушение корковой деятельности является первичным и приводит к извращению индукционных отношений между корой и подкоркой и нарушению тех условно-рефлекторных механизмов, которые регулируют деятельность подкорковых образований. В силу создавшихся условий, при которых нормальная регуляция коры нарушается, имеют место отрицательные сдвиги в деятельности стриопаллидарной системы. Ее роль в механизме заикания достаточно важна, поскольку в норме эта система ответственна за темп и ритм дыхания, тонус артикуляторных мышц. Заикание возникает не при органических изменениях стриопаллидума, а при динамических отклонениях его функций. Эти взгляды отражают понимание механизма невротического заикания как своеобразного нарушения корково-подкорковых отношений (М. Зееман, Н. И. Жинкин, С. С. Ляпидевский, Р. Лухзингер и Г. Арнольд, Э. Рихтер и др.).

Стремление исследователей рассматривать заикание с позиций павловского учения о неврозах находит своих последователей за ру-

бежом: в Чехословакии — М. Зееман, М. Совак, Ф. Досужков, Н. Досталова, А. Конделькова; в Болгарии — Д. Даскалов, А. Атанасов, Г. Ангушев; в Польше — А. Митринович-Моджеевска; в Германии — К. П. Беккер и др.

У детей раннего возраста, по мнению некоторых авторов, механизм заикания целесообразно объяснить с позиций реактивного невроза и невроза развития (В. Н. Мясищев, 1960). Реактивный невроз развития понимается как острое нарушение высшей нервной деятельности. При неврозе развития образование патологических стереотипов происходит постепенно, в неблагоприятных условиях среды — перераздражения, подавления, изнеживания. Заикание развития возникает в раннем возрасте на фоне задержанного «физиологического косноязычия» при переходе к сложным формам речи, к речи фразами. Иногда оно является результатом речевого недоразвития разного генеза (Р. М. Боскис, Р. Н. Левина, Е. Пишон и Б. Мезони). Так, Р. М. Боскис называет заикание заболеванием, в «основе которого лежат речевые затруднения, связанные с оформлением более или менее сложных высказываний, требующих для своего выражения фразы» [5, с. 279—290]. Речевые затруднения могут вызываться задержками развития речи, переходом на другой язык, случаями патологического развития личности с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, необходимостью выразить сложную мысль и пр.

Р. Е. Левина, рассматривая заикание как речевое недоразвитие, видит сущность его в преимущественном нарушении коммуникативной функции речи. Изучение исследователями общего речевого развития ребенка, состояния его фонетического и лексико-грамматического развития, соотношения активной и пассивной речи, условий, при которых заикание усиливается или ослабевает, подтверждает наблюдения Р. М. Боскис, Е. Пишон, Б. Мезони и др. Речевые затруднения, по мнению Р. Е. Левиной, зависят от различных условий: с одной стороны, от типа нервной системы, с другой — от разговорной среды, от общего и речевого режимов. Первые проявления заикания характеризуются эффективной напряженностью, сопровождающей еще непо-

сильную умственную операцию поиска слов, грамматической формы, оборота речи. Н. И. Жинкин с физиологических позиций анализа работы глотки находит, что феномен заикания может быть определен как нарушение непрерывности в отборе звуковых элементов при составлении разнометричного алгоритма слов, как нарушение авторегулировки в управлении речедвижениями на уровне слога.

Наряду с невротическим заиканием стали изучаться и другие его формы: при алалии и афазии; постконтузионное заикание; у олигофренов; у больных различными психозами; при тяжелых нарушениях звукопроизношения и при задержке развития речи; органическое (В. М. Аристов, А. В. Шокина, 1934; А. Аллистер, 1937; Е. Пишон и Б. Мезони, 1937; Р. М. Боскис, 1940; П. Н. Аникеев, 1946; Ю. А. Флоренская, 1949; А. Я. Страумит, 1951; Э. Гард, 1957; Б. Г. Ананьев, 1960 и др.).

Так, Е. Пишон выделяет две формы органического заикания: первая по типу корковой афазии, когда нарушаются системы ассоциативных волокон и страдает внутренняя речь; вторая представляет своеобразную моторную недостаточность речи по типу дизартрии и связана с поражением подкорковых образований. Проблема органического заикания до настоящего времени остается нерешенной. Одни исследователи полагают, что заикание в целом включается в категорию органических заболеваний центральной нервной системы и нарушения мозгового субстрата прямо затрагивают речевые области мозга или связанные с ними системы (В. Лав, 1947; Э. Гард, 1957; С. Скмоил и В. Ледезич, 1967). Другие рассматривают заикание как преимущественно невротическое расстройство, расценивая сами органические нарушения как «почву» для срыва высшей нервной деятельности и речевой функции (Р. Лухзингер и Г. Ландольд, 1951; М. Зееман, 1952; М. Совак, 1957; М. Е. Хватцев, 1959; С. С. Ляпидевский и В. П. Баранова, 1963 и др.).

Большинство авторов, изучавших патогенез заикания, отмечают у заикающихся различные вегетативные изменения.

Например, М. Зееман считает, что у 84% заикающихся имеется вегетативная дистония. По мнению Szondi, из 100 заикающихся 20%

имеют повышенное внутричерепное давление и экстрапирамидные нарушения. Он считает, что заикающиеся рождаются вазоневротиками. Gerdner объективно показал изменение нейровегетативной реакции у заикающихся во время приступов: в 100% случаев у них наблюдается расширение зрачков (мидриоз), у нормально говорящих людей ширина зрачков во время речи не меняется или наступает некоторое их сужение (миоз).

В тяжелых случаях нарушения вегетативной нервной системы собственно заикание отступает на второй план, преобладают страхи, волнения, тревога, мнительность, общая напряженность, склонность к дрожанию, потливости, покраснению. В детском возрасте у заикающихся наблюдаются нарушения сна: вздрагивание перед засыпанием, утомительные, беспокойные неглубокие сны, ночные страхи. Заикающиеся более старшего возраста стараются связать все эти неприятные переживания с нарушением речи. Мысль о ее расстройстве приобретает устойчивый характер в соответствии с постоянно нарушенным самочувствием. На фоне общей возбудимости, истощаемости, неустойчивости и постоянных сомнений речь обыкновенно поддается улучшению лишь на короткое время. На занятиях у заикающихся часто отсутствует целеустремленность и настойчивость. Собственные результаты ими недооцениваются, так как улучшение в речи мало облегчает их общее самочувствие.

В 70-е годы в психиатрии были предложены клинические критерии для разграничения невротических и неврозоподобных расстройств, а также наметилась тенденция и к разграничению заикания на ***невротическую*** и ***неврозоподобную*** формы (Н. М. Асатиани, Б. З. Драпкин, В. Г. Казаков, Л. И. Белякова и др.).

До настоящего времени механизм заикания исследователи пытаются рассматривать не только с клинических и физиологических, но и с ***нейрофизиологических, психологических, психолингвистических*** позиций.

Представляют интерес ***нейрофизиологические*** исследования заикания при организации речевой деятельности (И. В. Данилов, И. М. Черепанов, 1970). Данные исследования показывают, что у заикающихся во время речи доминантное (левое) полушарие не может достаточно стойко выполнять свою ведущую роль по отношению к правому полушарию. Положение о взаимосвязи заикания с нечетко выраженной доминантностью речи подтверждают данные В. М. Шкловского.

Исследования организации ***функции зрения*** у заикающихся (В. Суворова с соавт., 1984) показали, что им свойственна нетипичная латерализация речевой и зрительной функций. Выявленные аномалии можно рассматривать как следствие недостатков билатеральной регуляции зрительных процессов и отклонений в межполушарных отношениях.

Актуальна разработка проблемы заикания в ***психологическом*** аспекте для раскрытия его генезиса, для понимания поведения заикающихся в процессе коммуникации, для выявления их индивидуально-психологических особенностей. Изучение внимания, памяти, мышления, психомоторики заикающихся показало, что у них изменена структура психической деятельности, ее саморегуляция. Они хуже выполняют ту деятельность, которая требует высокого уровня автоматизации (и соответственно — быстрого включения в деятельность), но различия в продуктивности между заикающимися и здоровыми исчезают, как только деятельность может выполняться на произвольном уровне. Исключение составляет психомоторная деятельность: если у здоровых детей психомоторные акты совершаются в значительной мере автоматически и не требуют произвольной регуляции, то для заикающихся регуляция представляет сложную задачу, требующую произвольного контроля.

Некоторые исследователи считают, что заикающиеся отличаются большей инертностью психических процессов, чем нормально говорящие, им свойственны явления персеверации, связанной с подвижностью нервной системы.

Перспективно исследование ***личностных особенностей*** заикающихся как с помощью клинических наблюдений, так и с применением экспериментально-психологических методик. С их помощью выявлены тревожно-мнительный характер, подозрительность, фобическое состояние; неуверенность, замкнутость, склонность к депрессии; пассивно-оборонительные и оборонительно-агрессивные реакции на дефект.

Заслуживает внимания рассмотрение механизмов заикания с позиций ***психолингвистики.*** Данный аспект изучения предполагает выяснение того, на какой стадии порождения речевого высказывания возникают судороги в речи заикающегося.

Выделяют следующие фазы речевой коммуникации:

- наличие потребности в речи, или коммуникативное намерение;
- рождение замысла высказывания во внутренней речи;
- звуковая реализация высказывания.

В разных структурах речевой деятельности эти фазы различны по своей полноте и длительности и не всегда однозначно вытекают одна из другой. Но постоянно происходит сопоставление задуманного и осуществленного.

И. Ю. Абелева считает, что заикание возникает в момент готовности к речи при наличии у говорящего коммуникативного намерения, программы речи и принципиального умения говорить нормально. В трехчленную модель порождения речи автор предлагает включить фазу готовности к речи, на которой у заикающегося «ломается» весь произносительный механизм, все его системы: генераторная, резонаторная и энергетическая. Возникают судороги, явно проявляющиеся затем на четвертой, завершающей фазе.

Рассмотрев разные точки зрения на проблему заикания, можно сделать основной вывод, что ***механизмы возникновения заикания неоднородны.***

В одних случаях заикание трактуется как сложное невротическое расстройство, которое является результатом сшибки нервных процессов в коре головного мозга, нарушения корково-подкоркового взаимодействия, расстройства единого авторегулируемого темпа речевых движений (голоса, дыхания, артикуляции).

В других случаях — как сложное невротическое расстройство, явившееся результатом зафиксированного рефлекса неправильной речи, первоначально возникшей вследствие речевых затруднений разного генеза.

В третьих — как сложное, преимущественно функциональное расстройство речи, появившееся вследствие общего и речевого дизонтогенеза и дисгармоничного развития личности.

В четвертых — механизм заикания можно объяснить на основе органических изменений центральной нервной системы. Возможны и другие объяснения. Но в любом случае необходимо учитывать нарушения физиологического и психологического характера, составляющие единство.

Причины заикания

Еще Х. Лагузен (1838) к причинам заикания относил аффекты, стыд, испуг, гнев, страх, сильные ушибы головы, тяжелые болезни, подражание неправильной речи отца и матери. И. А. Сикорский (1889) первым подчеркнул, что заикание свойственно детскому возрасту, когда развитие речи еще не окончено. Решающую роль он отводил наследственности, считая иные психологические и биологические причины (испуг, ушиб, инфекционные болезни, подражание) лишь толчками, нарушающими равновесие неустойчивых у детей речевых механизмов. Г. Д. Неткачев (1909) причину заикания искал в неправильных методах воспитания ребенка в семье и считал вредным как суровое, так и залаканное воспитание.

Зарубежные исследователи в числе причин возникновения заикания выделяли неправильное воспитание детей (А. Шервен, 1908); астенизацию организма вследствие инфекционных заболеваний (А. Гутцман, 1910); косноязычие, подражание, инфекции, падения, испуг, леворукость при переучивании (Т. Гепфнер, 1912; Э. Фрешельс, 1931).

Таким образом, в этиологии заикания отмечается совокупность экзогенных и эндогенных факторов (В. А. Гиляровский, М. Е. Хватцев, Н. А. Власова, Н. И. Красногорский, Н. П. Тяпугин, М. Зееман и др.).

В настоящее время можно выделить две группы причин: ***предрасполагающие*** («почву») и ***производящие*** («толчки»). При этом некоторые этиологические факторы могут как способствовать развитию заикания, так и непосредственно вызывать его.

К предрасполагающим причинам относятся следующие:

- невропатическая отягощенность родителей (нервные, инфекционные и соматические заболевания, ослабляющие или дезорганизующие функции центральной нервной системы);
- невропатические особенности самого заикающегося (ночные страхи, энурез, повышенная раздражительность, эмоциональная напряженность);
- конституциональная предрасположенность (заболевание вегетативной нервной системы и повышенная ранимость высшей нервной деятельности, ее особая подверженность психическим травмам);
- наследственная отягощенность (заикание развивается на почве врожденной слабости речевого аппарата, которая может передаваться по наследству в качестве рецессивного признака). При этом необходимо обязательно учитывать роль экзогенных факторов, когда предрасположенность к заиканию сочетается с неблагоприятными воздействиями окружающей среды;
- поражение головного мозга в различные периоды развития под влиянием многих вредных факторов: внутриутробные и родовые травмы, асфиксия; постнатальные — инфекционные, травматические и обменно-трофические нарушения при различных детских заболеваниях.

Указанные причины вызывают различные патологические сдвиги в соматической и психической сферах, приводят к задержке речевого развития, к речевым расстройствам и способствуют развитию заикания.

К неблагоприятным условиям относятся:

- физическая ослабленность детей;
- возрастные особенности деятельности мозга: большие полушария головного мозга в основном формируются к 5-му году жизни, к этому же возрасту оформляется функциональная асимметрия в деятельности головного мозга. Речевая функция, онтогенетически наиболее дифференцированная и поздносозревающая, особенно хрупка и ранима. Причем более медленное ее созревание у мальчиков по сравнению с девочками обусловливает более выраженную неустойчивость их нервной системы;
- ускоренное развитие речи (3—4 года), когда ее коммуникативная, познавательная и регулирующая функции быстро раз-

виваются под влиянием общения со взрослыми. У многих детей в этот период наблюдается повторение слогов и слов (итерации), имеющее физиологический характер;

- скрытая психическая ущемленность ребенка, повышенная реактивность на почве ненормальных отношений с окружающими; конфликт между требованием среды и степенью его осознания;
- недостаточность положительных эмоциональных контактов между взрослыми и ребенком. Возникает эмоциональная напряженность, которая нередко внешне разрешается заиканием;
- недостаточность развития моторики, чувства ритма, мимико-артикуляторных движений.

При наличии тех или иных из перечисленных неблагоприятных условий достаточно какого-либо чрезвычайного по своей силе раздражителя, чтобы вызвать первый срыв и заикание.

В группе ***производящих причин*** выделяются ***анатомо-физиологические, психические*** и ***социальные.***

Анатомо-физиологические причины: физические заболевания с энцефалопатическими последствиями; травмы — внутриутробные, природовые, нередко с асфиксией, сотрясение мозга; органические нарушения мозга, при которых могут повреждаться подкорковые механизмы, регулирующие движения; истощение или переутомление нервной системы в результате интоксикаций и других заболеваний, ослабляющих центральные аппараты речи: корь, тиф, рахит, глисты, в особенности коклюш, болезни внутренней секреции, обмена; болезни носа, глотки и гортани; несовершенство звукопроизносительного аппарата в случаях дислалии, дизартрии и задержанного развития речи.

Психические и социальные причины: кратковременная — одномоментная — психическая травма (испуг, страх); длительно действующая психическая травма, под которой понимается неправильное воспитание в семье: избалованность, императивное воспитание, неровное воспитание, воспитание «примерного» ребенка; хронические конфликтные переживания, длительные отрицательные эмоции в виде стойких психических напряжений или неразрешенных, постоянно закрепляемых конфликтных ситуаций:

- острая тяжелая психическая травма, сильные, неожиданно возникающие потрясения, вызывающие острую аффективную реакцию, состояние ужаса, чрезмерной радости;

- неправильное формирование речи в детстве: речь на вдохе, скороговорение, нарушения звукопроизношения, быстрая не рвная речь родителей;
- перегрузка детей младшего возраста речевым материалом, не соответствующее возрасту усложнение речевого материала (аб страктные понятия, сложная конструкция фразы);
- полиглоссия: часто одновременное овладение в раннем возрасте разными языками вызывает заикание обычно на каком нибудь одном языке;
- подражание заикающимся. Различают две формы такой пси хической индукции: пассивная — ребенок непроизвольно на чинает заикаться, слыша речь заикающегося; активная — он копирует речь заикающегося;
- переучивание леворукости. Постоянные напоминания, требования могут дезорганизовать высшую нервную деятельность ребенка и довести до невротического и психопатического со стояния с возникновением заикания;
- серьезную роль играет неправильное отношение к ребен ку: излишняя строгость, суровость, неумение расположить ученика — это может служить толчком для появления за икания.

Симптоматика заикания

Отечественные исследователи подходят к изучению заи кания с диалектических позиций. Поэтому, выделяя при всем многообразии клинической картины заикания физио логические и психические моменты, первичными считают расстройства физиологического характера.

На основе физиологических расстройств формируются психологические особенности личности заикающегося, ко торые усугубляют заикание. Психологические изменения нередко выступают на первый план.

Впервые наиболее полно симптоматика заикания была представлена в работе И. А. Сикорского «Заикание» (1889). Проявления заикания у лиц в разные возрастные периоды изучали М. Е. Хватцев, М. Зееман, Э. Фрешельс, В. А. Гиляровский, Н. П. Тяпугин, С. С. Ляпидевский и многие другие.

В настоящее время условно выделяются две группы симптомов, находящихся в тесной взаимосвязи:

- биологические (физиологические);
- социальные (психологические).

К ***физиологическим*** симптомам относятся речевые судороги, нарушения ЦНС и физического здоровья, общей и речевой моторики. К ***психологическим*** — речевые запинки и другие нарушения экспрессивной речи, феномен фиксированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психологические особенности.

Основным внешним симптомом заикания являются судороги в процессе речевого акта. Их длительность в средних случаях колеблется в пределах от 0,2 секунд до 12,6 секунд. В тяжелых случаях достигают 90 секунд. Судороги различаются по форме (тонические, клонические и смешанные), по локализации (дыхательные, голосовые, артикуляционные и смешанные) и по частоте. При ***тонических судорогах*** наблюдается короткое толчкообразное или длительное спазматическое сокращение мышц — тонус: «*т-ополь*»[1]. При ***клонических судорогах*** наблюдается ритмическое, с менее резко выраженным напряжением повторение одних и тех же судорожных движений мышц — клонус: «*то-тотополь*». Такими судорогами обычно поражается весь дыхательно-голосо-артикуляционный аппарат, так как его функция управляется целостно работающей центральной нервной системой и он, следовательно, в процессе речи работает как нерасчленимое целое. В зависимости от преобладания судорог в тех или иных органах речи различают ***дыхательные***, ***голосовые*** и ***артикулярные***.

Отмечаются три формы нарушения дыхания при заикании: ***экспираторная*** (судорожный выдох), ***инспираторная*** (судорожный вдох, иногда со всхлипыванием) и ***респираторная*** (судорожные вдох и выдох, нередко с разрывом слова).

Судороги в голосовом аппарате характеризуются следующим образом: ***смыкательная*** (судорожно-сомкнутые голосовые складки не могут своевременно разомкнуться —

[1] Черта после буквы означает судорожно-затянутое произношение соответствующего звука.

голос внезапно прерывается, или же образуется клоническая или затяжная судорога — получается блеющий прерывающийся (*«А-а-аня»*) или толчкообразный гласный звук (*«а. а. а.»*); ***размыкательная*** (голосовая щель остается открытой — при этом наблюдается полное безмолвие или шепотная речь); ***вокальная***, свойственная детям (впервые выделена И. А. Сикорским). Дети протягивают гласные в словах.

В артикуляционном аппарате различаются судороги — ***губные***, ***язычные*** и ***мягкого нёба***. Чаще и резче они проявляются при произнесении согласных взрывных звуков (***к***, ***г***, ***п***, ***б***, ***т***, ***д***); реже и менее напряженно — щелевых. На звонких, как более координационно сложных, судороги проявляются чаще, чем на глухих, особенно при их сочетании с гласными, а также в начале слова, возглавляющего фразу, синтагму или абзац. Следовательно, помимо затруднений, обусловленных фонетической природой самих трудных звуков, большую роль играют грамматические факторы: положение слова во фразе, структура текста и т. п. При этом надо учитывать содержание высказывания, так как известно, что заикание усиливается по мере семантического и эмоционального усложнения произносимого: заикаются реже при простом повествовании о хорошо известных вещах, чем при трудных рассуждениях и спорах. Ученики меньше заикаются при пересказе хорошо подготовленного учебного материала. Известное значение в отношении частоты заикания имеет ритм речи.

В экспрессивной речи заикающихся детей отмечаются фонетико-фонематические и лексико-грамматические нарушения. Распространенность фонетико-фонематических нарушений заикающихся дошкольников составляет 66,7%, среди младших школьников — 43,1%, средних — 14,9% и старших — 13,1%. Среди заикающихся дошкольников помимо нарушений звукопроизношения в 34% случаев отмечаются отклонения в развитии речи, в сроках появления слов, в формировании фразовой речи.

Нарушаются словесное ударение, интонация, ритм. Речь прерывиста, с необоснованными паузами, повторениями, изменяются громкость и темп произношения, сила, высота

и тембр голоса, связанные с речевым намерением, эмоциональным состоянием заикающегося.

Изучение нестабильной частотности пароксизмов заикания позволяет обосновать понятие о сохранных участках правильной речи, об определении уровня сохранной речи в зависимости от разной степени сложности речевой деятельности и речевых ситуаций. Выявление уровня сохранной речи имеет определяющее значение для основных коррекционных задач на каждом этапе последовательной логопедической работы.

В проявлениях заикания характерными являются также различные нарушения речевой и общей моторики, которые могут быть насильственными (речевые судороги, тики, миоклонусы в мышцах лица, шеи) и произвольными уловками. К уловкам относятся вспомогательные движения, к которым прибегают заикающиеся, чтобы замаскировать или облегчить свою трудную речь.

Нередко отмечается общее моторное напряжение, скованность движений или двигательное беспокойство, заторможенность, дискоординация или вялость, переключаемость и пр. Некоторые исследователи указывают на связь заикания с амбидекстрией (леворукостью).

Еще в начале XX в. Т. Гепфнер и Э. Фрешельс подчеркивали, что «специфической основой заикания» является то психическое состояние, на основании которого возникает «сознание расстройства речи». Впоследствии Ф. Штоккерт, Ю. А. Флоренская, М. И. Пайкин, М. Е. Хватцев, А. М. Смирнова, Н. А. Власова, Н. И. Жинкин и другие также отмечали усугубляющую роль зафиксированного внимания заикающихся на своем дефекте.

Одним из основных явлений, из которых развивается невротическое расстройство, является чувство собственной неполноценности. И чем больше фиксируется больным внимание на своем болезненном симптоме, тем более упорным он становится. Так образуется порочный круг, из которого больной никак не в состоянии выбраться: болезненный симптом заставляет его фиксировать на нем свое внимание, а вследствие этого симптом еще усиливается и еще более приковывает к себе внимание больного. Н. И. Жинкин, рассматривая заикание как расстройство речевой саморегулировки, отмечает,

что чем больше возрастает опасение за исход речи и чем в большей мере произнесение оценивается как дефектное, тем сильнее нарушается речевая саморегуляция. Это состояние через несколько повторений превращается в патологический условный рефлекс и возникает все чаще, теперь уже перед началом речи. Процесс становится циркулярным, так как дефект на приеме усиливает дефект на выходе.

Классификация заикания

В большинстве существующих классификаций учитываются общие закономерности заикания детей дошкольного и школьного возраста.

Первые попытки создания классификации относятся к 1937 году. A. Alister (1937, 1956) разделила всех заикающихся по ***этиологическому признаку с учетом клинической картины нарушения*** на 4 группы: 1) заикание, сопровождающееся аномалиями в структуре или функции органов, участвующих в речи; 2) связанное с левшеством; 3) по подражанию; 4) сопровождающееся эмоциональной неустойчивостью и эмоциональными расстройствами: логофобиями, чувством неполноценности и др. По этиологическому признаку классифицировали заикание Ф. Досужев (1957, 1963), Ю. Берендес (1963).

По ***анатомо-физиологическому признаку*** классифицировали заикание Е. С. Никитина и М. Ф. Брунс (1939). Они выделили 2 группы детей: 1) дети с паллидарным синдромом — отмечаются психофизическая заторможенность, скованность, личностные нарушения, нарушения контакта с окружающими; дети становятся мрачными, не принимают участия в играх; 2) дети со стриарным синдромом — им присуща психофизическая заторможенность, нервно-психические нарушения. Дети подвижны, непоседливы, заиканием не тяготятся, легко вступают в контакт.

По ***клиническому*** признаку классификация заикания представлена в трудах В. С. Кочергиной (1959), Н. А. Власовой (1958) и др.

Так, В. С. Кочергина выделяет детей, у которых неуравновешенность поведения появилась вследствие заикания;

детей, у которых неуравновешенное поведение отмечается с детства и является индивидуальной особенностью их личности, а развитие заикания способствует усилению их неуравновешенности и появлению черт общей детской нервности; детей с повышенной возбудимостью, в анамнезе которых имеются неблагоприятные условия внутриутробного развития, родовые травмы, соматические заболевания, острые и хронические инфекции, сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные расстройства, дистрофии, и, наконец, — детей, у которых до заикания имелись признаки тяжелого невроза, склонность к истерическим реакциям.

В классификации, предложенной Н. А. Власовой и Э. Н. Герценштейн, учитываются в первую очередь ***форма заикания*** (тоническая, клоническая), некоторые этиологические факторы, вторичные психические симптомы, степень успешности логопедического воздействия.

Изучение заикающихся младших школьников представлено в классификации А. Ф. Шельтинг (50-е гг. XX в.). Ею выделяется заикание, возникающее на фоне задержанного развития моторики и речи, связанное с алалией, при наличии общей слабости, мышечной вялости, повышенной нервозности, нередко осложненное «косноязычием», у неротиков.

В работах, посвященных изучению ***заикания у подростков и взрослых,*** показана корреляция между спецификой нервно-психического заболевания и особенностями заикания.

М. Е. Шуберт (1928) исследовала заикание у ***эпилептоидных психопатов*** (строение тела астеническое), у ***психастеников*** (астенико-атлетический тип), у ***шизоидных личностей,*** у больных истерией, у лиц с циклоидными компонентами.

М. С. Лебединский, Ф. П. Янович и Г. П. Платонова (1960) изучали ***заикание при различных формах неврозов;*** у психопатов и лиц с патологическим развитием личности; при различных органических поражениях центральной нервной системы.

Заикающихся как ***нозологически разнородную группу*** рассматривают в своих исследованиях Н. М. Асатиани, В. Г. Казаков (1967, 1970) и др. Ими выделяются 4 группы: резидуальные явления органического поражения централь-

ной нервной системы различного генеза; невротические рас стройства; психопатии; вялопрогредиентная шизофрения.

Таким образом, вопросы классификации заикания рас сматриваются с разных позиций, но каждая из них являет ся правомерной, так как имеет свое научное обоснование.

Распространенность заикания обусловлена возрастом полом, видом деятельности, местом проживания и другими факторами. Наиболее часто оно возникает в возрасте от 2 до 4 лет, в период наиболее интенсивного развития речевой функциональной системы и формирования личности ребен ка. Затем склонность к заиканию понижается, и в течени последующих десяти лет (от 4 до 14) случаев возникнове ния заикания примерно столько же, сколько в первые три года. В период до пубертатного возраста число заикающих ся возрастает при поступлении в школу вследствие рецид вов. Усиление заикания обусловлено сменой ведущей де тельности (вместо игровой — учебная), повышение требований к ребенку, к его речевым умениям, общению со сверстниками, взрослыми, с коллективом. Обострение заи кания возможно в период полового созревания.

Количество заикающихся дошкольников составляло к се редине 50—60 гг. XX в. 1,4% (по К. П. Беккер), 2% (по М. Е. Хватцеву); заикающихся младших школьников 1,6% (по М. Соваку). Среди взрослых заикающихся немно гим более 1% (по М. Е. Хватцеву). В настоящее время от мечается тенденция роста статистических показателей за икания.

Среди детей, живущих в сельской местности, заикание встречается реже, чем у городских сверстников. Некоторые авторы отмечают влияние климатических условий на уси ление заикания, например, осенью и весной (М. Зееман).

Обследование заикающихся

Обследование заикающегося осуществляется комплексно (логопедом, невропатологом, психологом), с привлечением по необходимости других специалистов: педиатра, терапевта, психиатра, окулиста, отоларинголога и др.

Обследование включает изучение анамнестических сведений, педагогической, психологической и медицинской документации и исследование самого заикающегося.

Из беседы с родителями логопед выясняет наиболее значимые события, происшедшие в семье, и в связи с этим уточняет особенности общего, моторного и речевого развития ребенка.

Оцениваются основные моменты пренатального (дородового) периода: возраст матери (менее или более 35 лет) при рождении ребенка, нервно-психическое здоровье, болезни матери, отца, течение беременности. Данные о здоровье отца и матери до появления ребенка позволяют определить возможные отклонения в его соматическом и нервно-психическом состоянии. Выявление неблагоприятных факторов внутриутробного развития поможет определить их косвенное влияние на последующее речевое развитие ребенка.

Выявленные отклонения, различные отрицательные факты натального и постнатального периодов развития ребенка анализируются и оцениваются специалистами с целью наиболее полного изучения этиологии и патогенеза заикания.

В беседах с родителями уточняются сведения о речевом развитии ребенка: когда появились первые звуки, гуление, лепет, первые слова, фразы, каким темпом речи пользуется, не было ли особенностей поведения в моменты речевого общения с окружающими. Важно узнать и о речевом окружении ребенка (не заикаются ли, не говорят ли слишком быстро родители или близкие ребенку люди).

Уделяется внимание изучению вопроса воспитания ребенка в семье: отношение к нему взрослых (нет ли заласкивания, потакания капризам или, наоборот, неуравновешенного, резкого обращения, физических наказаний, запугивания); помощь в формировании у него правильной речи (нет ли перегрузок в заучивании сложных текстов) или, наоборот, отсутствие контроля за развитием его правильного произношения, грамматически правильного речевого общения и т. д.

Когда возникли первые признаки заикания? Как внешне они выражались? Какие предполагаемые причины могли их вызвать? Как заикание развивалось, какие особенности проявлений обратили на себя внимание родителей: нет ли сопутствующих двигательных нарушений (судорог, постукивания рукой, ногой, покачивания головой и пр.) или недостатков речи (лишние слова, звуки, произношение отдельных звуков и слов на вдохе и др.)? Как проявляется оно в зависимости от обстановки или окружающих людей, от разного вида

деятельности? Как говорит ребенок один (например, со своими игрушками)? С чем связаны периоды ухудшения и улучшения речи? Как ребенок относится к имеющемуся у него речевому недостатку (замечает, не замечает, безразличен, переживает, стыдится, скрывает, боится говорить и т. д.)?

Обращались ли родители за помощью: куда, когда, что было рекомендовано, каковы результаты?

Сведения об особенностях протекания заикания позволяют в каждом конкретном случае выбрать основную форму лечебно-педагогического воздействия. Наличие сопутствующих нарушений моторики указывает на необходимость двигательных упражнений, быть может, даже цикла занятий по лечебной физкультуре.

Особенности психологических проявлений у заикающегося требуют от логопеда предусмотреть и этот план воздействия на него: отвлечь от фиксированности на своем дефекте, перестроить его отношение к себе, к своей речи, научить его слышать свою правильную речь.

После уточнения сведений о ребенке, истории возникновения и особенностей протекания у него заикания проводится обследование речи заикающегося и внеречевых процессов, оказывающих непосредственное влияние на его речевую деятельность.

Проводится исследование его моторики, общительности, подражательности, импрессивной и экспрессивной речи, игровой, учебной, производственной деятельности, личностных особенностей заикающегося. Различают первичное (в течение первого месяца пребывания ребенка в речевом дошкольном учреждении в первые две недели пребывания в санатории для заикающихся детей, на школьном логопедическом пункте) и динамическое изучение заикающегося в процессе коррекционно-воспитательного воздействия.

Для исследования речи детей используются картинки, книжки со стихами, сказками, подбираются игрушки (куклы, машинки, фигурки животных, строительный материал).

Конкретные задачи речевого обследования заключаются в том, чтобы определить:

- место возникновения и форму речевых судорог;
- частоту их проявлений и сохранные речевые возможности заикающегося;
- сопутствующие нарушения речи: двигательные нарушения;
- отношение заикающегося к своему речевому дефекту; наличие психологических особенностей.

Место возникновения судорог (дыхательных, голосовых, артикуляционных, смешанных) и их форма (клоническая, тоническая, смешанная) определяются на слух или зрительно.

Частота судорог у заикающихся представляет для логопеда особый интерес. Она позволяет судить о сохранных участках речи, и, следовательно, от нее непосредственно будет зависеть, насколько правильно и успешно начнутся первые же речевые занятия с ребенком. Изучение уровня свободной речи начинается с выявления зависимости пароксизмов заикания от разной степени его речевой самостоятельности. В беседе о его родителях, друзьях, интересах выявляют особенности его речевого поведения и речевых судорог. Ребенку предлагается составить рассказ или описать содержание картинки, пересказать знакомую сказку; логопед читает рассказ и предлагает пересказать его и т. д. Затем проверяет состояние отраженной и сопряженной речи путем повторения или совместного произнесения простых и сложных фраз.

Уровень свободной речи заикающегося зависит не только от разной степени ее самостоятельности, но и от ее подготовленности.

Необходимо проследить появление речевых судорог в зависимости от того, произносит ли ребенок сложную или простую фразу, отдельные слова или звуки. На материале пересказа текста фиксируется, в каких случаях возникают речевые судороги: только в начале рассказывания, в начале фраз, на отдельных словах или звуках. Выясняется, не зависят ли речевые судороги от уровня громкости речи. С этой целью обследуемому предлагается говорить тихо, громко, шепотом.

Влияние разной степени ритмизованности на речь заикающегося может быть проверено следующим образом: он рассказывает о том, что нарисовано на картинках, передает содержание сказки, которая является ритмизованной прозой, рассказывает стихотворение.

При обследовании логопед обращает внимание на сопутствующие речевые и двигательные нарушения: лишние слова или звуки, произнесение отдельных звуков, слов и даже предложений на вдохе, неправильное произношение звуков речи, недостатки словаря и грамматического строя речи, особенности темпа, наличие тиков, миоклонусов (непроизвольные движения). Фиксируются различные вспомогательные (произвольные) движения и некоторые особенности речевого поведения: скованность и напряженность общих движений или, наоборот, их резкость, хаотичность, несобранность, «разболтанность».

При исследовании игровой деятельности детей выясняется характер их игр, взаимоотношения со сверстниками, степень игровой активности, эмоциональное состояние.

Обращается внимание на то, как заикающиеся школьники пользуются различными формами речи в процессе обучения и вне его. Отмечается наличие у них психологических особенностей, в частности болезненной фиксированности на своем речевом дефекте.

О психологических особенностях заикающегося сведения черпаются из бесед с родителями. Логопед уточняет сведения о его контактности с окружающими (дома, в школе, со сверстниками и взрослыми, знакомыми и незнакомыми), обращает внимание на оценку собственной речи (знает или не знает о своем речевом несовершенстве, какое значение придает ему), на наличие защитных реакций (обидчивость, стеснительность, маскировка, уклонение от речевого общения), на речевое поведение при обследовании (ожидает помощи, стремится к активному преодолению недостатка или не понимает, зачем нужны речевые занятия). Изучение заикающегося продолжается и в процессе коррекционного курса. Помимо бесед с заикающимися, их родителями, изучения психолого-педагогической и медицинской документации используются методы по созданию специальных игровых, учебных ситуаций, психодиагностические методы (метод Роршаха, тематический апперцепционный тест (ТАТ), методика С. Розенцвейга, методика «тест-конфликт», методика незаконченных предложений, оценочные шкалы, тесты психических функций и моторики и т. д.). Указанные методы применяются в качестве ценного источника информации для завершения диагностической картины, для более тонкого понимания психологических особенностей заикающегося. Получаемая с их помощью количественная и качественная информация подвергается интерпретации на основе комплексного психолого-педагогического изучения испытуемого.

В логопедическом заключении учитывается: форма заикания (тоническая, клоническая, смешанная), вид судорог (дыхательный, голосовой, артикуляторный, смешанный), степень заикания (легкая, средняя, тяжелая), темп речи (замедленный, ускоренный, скорого говорение, наличие тахилалии), сопутствующие заиканию дислалия, стертая форма дизартрии, общее недоразвитие речи, состояние моторной функции, наличие и выраженность психических симптомов заикания: страх речи (логофобия), двигательные и речевые уловки,

эмболофразия, изменение стиля речи и др., наличие волнения в процессе заикания, реакция на волнение. Отмечается фиксация внимания на речевом процессе и ее влияние на заикание, влияние сложности речевой ситуации на заикание, индивидуально-психологические особенности заикающегося, характер игровой деятельности, отношение к учебной деятельности, круг ситуаций, в которых проявляется заикание (во всех, в большинстве, в некоторых случаях).

Логопедическое заключение дает возможность осуществить дифференциальную диагностику и отличить заикание от других речевых расстройств (тахилалии, дизартрии, спотыкания физиологического характера), а также отделить разные формы заикания друг от друга. Данные комплексного изучения заикающегося позволяют установить его природу.

Наличие разных проявлений заикания, психологических особенностей и поведение каждого заикающегося определяют и особенности выбора средств, приемов и направленности логопедической работы индивидуально для каждого заикающегося в условиях общей поэтапной логопедической работы со всей группой.

Прогноз преодоления заикания зависит от многих условий, в первую очередь от его механизмов, от сроков начала комплексного воздействия и полноты его применения, от возраста и т. д. Можно считать, что чем моложе возраст, чем активнее и жизнерадостнее общее поведение, чем меньше отделов речевого аппарата захвачено судорогой и чем слабее сама судорога, чем меньше психических наслоений, тем прогноз благоприятнее. Для заикания, развивающегося на почве врожденного отягчения или приобретенной нейропатии, а также появившегося без видимых внешних воздействий, предсказание менее благоприятно. Здесь часты рецидивы. Успешнее устраняются судороги дыхательные, чем голосовые, клонические формы исчезают легче, чем тонические. На них легче воздействовать через II сигнальную систему, чем на тонические, характерные для возбуждения подкорки, которая труднее поддается указанному воздействию. Прогноз в значительной степени зависит от личности ребенка, от личности и мастерства логопеда.

Наиболее благоприятным является возраст 2—4 года (легче создать благоприятные условия, небольшой стаж за-

икания). Наименее благоприятным оказывается возраст 10—16 лет, пубертатный период (обостренная психическая ранимость, стремление к свободе, самостоятельности, нелюдимость и другие отрицательные личностные качества). Нередко исчезнувшее заикание потенциально сохраняется и готово проявиться при возникновении неблагоприятных условий.

В большинстве случаев прогноз при заикании благоприятный и социальная адаптация заикающихся осуществляется в достаточно высокой степени.

Профилактика заикания в нашей стране осуществляется комплексно и последовательно. Вначале она проводится с родителями до рождения ребенка, чтобы предупредить отрицательные воздействия на ребенка после рождения (беречь от ушибов голову, содержать в порядке носоглотку, ротовую полость, не допускать хронических заболеваний, своевременно проводить лечение, удалять аденоидные разращения). Следует учитывать, что устная речь развивается по подражанию, поэтому для ребенка неблагоприятную роль могут сыграть лица с заиканием, тахилалией, спотыканием и другими нарушениями речи. Следует стимулировать детей к общению, но удерживать от слишком обильной речевой продукции. Нервно предрасположенным нужно создавать более спокойную обстановку: ограничить речевое общение и шумные игры, не баловать новыми игрушками, по возможности избегать большого общества вокруг них.

При поступлении в школу у ребенка может возникнуть заикание или его рецидивы. Поэтому профилактика заикания необходима и в школьные годы. Следует избегать неожиданных вызовов детей и принуждения их к быстрым ответам; необходимо создать в классе вокруг заикающегося благоприятную обстановку; сообщать логопедические знания родителям, учителям и т. д.

В пубертатном периоде обращают внимание на состояние нервной системы подростка, на его взаимоотношения с окружающими, на адекватные способы утверждения себя как личности, так как различные отклонения в нервно-психическом состоянии, перенапряжение нервной деятельности, эмоционально-волевой сферы, неверная самооценка, преодо-

ладание отрицательных свойств личности могут послужить причиной возникновения или усиления заикания или его рецидива.

Особое внимание обращается на профилактику рецидива. ***Можно указать следующие причины рецидивов заикания:*** плохие социально-бытовые условия (нервная обстановка, алкоголизм в семье, грубое обращение с ребенком, перегрузка нервной системы учением, дополнительными занятиями, работой, психическое перенапряжение); недостаточно прочное закрепление результатов логопедических занятий; отсутствие диспансеризации. Также провоцируют рецидив недостаточно полное перевоспитание личности заикающегося; лишь частичное устранение вторичных психических наслоений, «почвы», на которой возникло заболевание, ущемленных, подавленных эмоций, напряженных отношений с окружающими, вяло текущих хронических заболеваний и т. д. Являются условием для рецидивов и болезни, истощающие нервную систему; психические травмы; недостаточное внимание со стороны окружающих к ребенку, освободившемуся от заикания; нарушение режима деятельности, а также режимов сна, питания, отдыха; неустраненный травмирующий, постоянно действующий фактор, например заикающаяся мать или отец и др.

Зная указанные и другие возможные причины рецидивов заикания, логопед постоянно проводит профилактическую работу как в процессе логопедических занятий, так и после их окончания.

Комплексный подход к преодолению заикания

Становлению современного комплексного подхода к преодолению заикания предшествовал поиск различных приемов и средств преодоления дефекта. Многочисленность и недостаточная эффективность методик преодоления заикания объясняются сложностью его структурных проявлений и недостаточным знанием о его природе.

В истории развития учения о заикании описаны следующие методы его преодоления:

Терапевтические средства применялись в разной степени и формах во все времена, начиная с древнейших (Гиппократ, Аристотель, Цельс, Гален, Авиценна, Меркуриалес, Кленке, Лихтингер и др.). Терапевтические средства не являлись исчерпывающими в лечении заикания, а лишь в той или иной степени дополняли его.

Хирургический метод применялся с I в. н. э. до середины XIX в., пока не утвердилось мнение о его бесполезности и опасности использования (Антилл, Бонне, Лиффенбах, Дионис, Пети, Фабриций, Эгинский и др.). Он появился в результате понимания заикания как следствия патологического строения органов артикуляции или недостаточной иннервации мышц языка.

Использование механических приспособлений с ортопедической целью восходит еще к Демосфену, которому якобы успешно применял для лечения собственного заикания инородные предметы (морские камешки), держа их под языком во время речевых упражнений. И впоследствии специалисты применяли при лечении заикания различные механические приспособления: Итар — язычную вилку, Коломба — язычный нажиматель и распорку для губ, Эрведе-Шегуан — накладки на оба ряда зубов, Кленке — деревянную пластинку в форме дуги под язык, Меркель — скобы из китового уса на нижние зубы и т. д. Ортопедические средства имели вспомогательное значение в лечении заикания.

Психотерапевтические воздействия стали рассматриваться как первостепенно значимые с появлением взглядов на заикание как на невротическое расстройство (Бертран, Либманн, Лагузен, Меркель, Неткачев, Фрешельс, Шультесс и др.). Сторонники психологического направления видели в заикании прежде всего психическое страдание, поэтому при выборе средств воздействия на заикающегося учитывали влияние этих средств на его психику.

Дидактические приемы предполагают использование систем разнообразных и постепенно усложняемых речевых упражнений, охватывающих как отдельные элементы речи, так и речь в целом (Андрес, Гимиллер, Гутцман, Денгардт, Итар, Коэн, Куссмауль, Ли).

Система лечебно-педагогических мер впервые была применена И. А. Сикорским (1889) и его учеником И. К. Хмелевским (1897). И. А. Сикорский в лечение заикания включал: а) гимнастику речи (система упражнений для дыхания, голоса, артикуляции, различных форм речи); б) психотерапевтическое лечение (создание соответствующих условий, окружающих больного, последовательное усложнение речевых занятий, воздействие на настроение больного и пр.); в) фармацевтическое и динамическое лечение (медикаменты, физиотерапия, двигательные упражнения).

Опираясь на исследования отечественных физиологов — И. М. Сеченова, И. П. Павлова и их последователей, ученые и специалисты-практики преодолели тенденциозность разработанных ранее приемов устранения заикания, отобрали из них все лучшее, рациональное и определили современный комплексный подход к преодолению заикания. В. А. Гиляровский, Ю. А. Флоренская, Ф. А. Рау, Н. П. Тяпугин, М. Е. Хватцев, Н. А. Власова, М. И. Пайкин, В. С. Кочергина, М. С. Лебединский, С. С. Ляпидевский, В. И. Селиверстов и другие своими исследованиями и практической деятельностью способствовали развитию комплексного медико-педагогического подхода к преодолению заикания.

Под современным комплексным подходом к преодолению заикания понимается лечебно-педагогическое воздействие на разные стороны психофизиологического состояния заикающегося разными средствами и усилиями разных специалистов. В комплекс лечебно-педагогических мероприятий входят лечебные препараты и процедуры, лечебная физкультура, психотерапия, логопедические занятия, логопедическая ритмика, воспитательные мероприятия. Цель их — устранение или ослабление речевых судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики и речи; оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом; избавление ребенка от неправильного отношения к своему речевому дефекту, от психологических наслоений, перевоспитание его личности и поведения, социальная реадаптация и адаптация заикающегося.

Весь лечебно-педагогический комплекс по характеру воздействия на заикающихся можно условно разделить на две составные части: ***лечебно-оздоровительную*** и ***коррекционно-педагогическую***. Основными задачами лечебно-оздоровительной работы, которую проводит врач, являются: укрепление и оздоровление нервной системы и физического здоровья заикающегося; устранение и лечение отклонений и патологических проявлений в их психофизическом состоянии (ослабление или снятие речевых судорог, расстройств вегетативной нервной системы, нарушений моторики и др.).

Основной задачей коррекционно-педагогической работы, которую преимущественно проводит логопед, является устранение речевых дефектов (перевоспитание неправильной речи) и психологических особенностей заикающихся. Логопед организует содружественную медико-педагогическую работу необходимых специалистов (врачей, воспитателей, ритмиста, инструктора по ЛФК, музыкального работника и др.), использующих свои методы и средства при воздействии на заикающихся.

К ***лечебно-оздоровительной работе*** относятся: создание благоприятной обстановки для лечения, организация режима дня и рационального питания, закаливающие процедуры, лечебная физкультура, медикаментозное лечение, физио- и психотерапия.

И. М. Сеченов указывал, что в научное понимание организма человека и его деятельности входит и влияющая на него среда, так как без последней существование организма невозможно. Среде придается решающее значение в формировании и развитии организма, а также в возникновении и, следовательно, устранении болезненных процессов.

Для заикающегося ребенка в условиях специализированного учреждения необходимо создать спокойное и в то же время бодрое, жизнерадостное настроение; отвлечь его внимание от тревожных мыслей о своем дефекте.

Необходимо поддерживать у него хорошее настроение, бодрость, уверенность в выздоровлении. Систематическое чередование различных видов деятельности, определенный тип жизни также имеют важ-

ное значение, так как способствуют нормализации и облегчению работы высших отделов нервной системы и всего организма в целом.

В распорядке дня важно предусматривать достаточное время для отдыха. С этой целью школьникам необходимо облегчить учебный процесс, чаще делать перерывы при выполнении домашних заданий, не перегружать их внеклассной и домашней работой и пр.

Важное значение для детей имеет разнообразие видов деятельности, однообразие вызывает у них депрессию. Для детей возбудимых, подвижных подбираются занятия, игры спокойные, нешумные. Заторможенных нужно активизировать, развивать у них самостоятельность.

В режиме дня заикающегося ребенка-дошкольника на сон должно быть отведено не менее 10–11 часов ночью и 2 часа днем, школьников 8–9 часов ночью и 1,5–2 часа днем. Прием пищи предусматривается не позже, чем за 1,5–2 часа до сна, ибо в противном случае восстановление силы нервных клеток коры головного мозга во время сна протекает менее интенсивно. Необходимо больше внимания уделять витаминизации пищи заикающегося ребенка. Витамины как биологические катализаторы всех ферментных систем благоприятно влияют на высшую нервную деятельность, реактивные силы и иммунологическое состояние организма.

Обязательными являются закаливающие процедуры. Ежедневные прогулки, игры на свежем воздухе, спортивные развлечения укрепляют нервную систему, создают эмоциональный подъем. Воздушные ванны оказывают активное воздействие и на сердечно-сосудистую систему, нормализуют ее работу.

Важное значение для закаливания организма ребенка имеют водные процедуры: обтирание, обливание, душ и купание.

Разные виды закаливания назначаются врачом строго индивидуально в зависимости от состояния здоровья ребенка и особенностей местных условий.

Лечебная физкультура и физические упражнения, развивая мышечную систему, усиливают работу важнейших жизненных органов — легких и сердца, повышают обмен веществ. Они способствуют укреплению силы и морального духа ребенка, развивают координированные и точные движения, помогают избавиться от скованности или, наоборот, от расторможенности движений, способствуют воспитанию дисциплинированности и собранности.

Все это является необходимой предпосылкой для лучшего функционирования речевых органов заикающегося ребенка и оказывает

положительное влияние на выработку у него правильных речевых навыков. Физические упражнения для заикающихся детей приобретают лечебное значение.

В лечебных учреждениях для заикающихся детей помимо общих физических используются и специальные корригирующие упражнения на занятиях по лечебной физкультуре (ЛФК).

Медикаментозное лечение заикающихся ставит целью нормализацию деятельности центральной и вегетативной нервной системы, речедвигательного аппарата; устранение судорог, снятие психогенных наслоений, оздоровление организма в целом.

По наблюдениям В. С. Кочергиной, роль медикаментозного лечения с возрастом заикающихся увеличивается. Это объясняется усложнением клиники заикания вследствие присоединения дополнительных функциональных наслоений, связанных с пубертатными сдвигами и повышением роли слова как фактора социального общения.

Психотерапия в комплексе лечения заикания занимает существенное место. Основная задача психотерапии — оздоровление психики заикающегося — осуществляется путем воспитания полноценной личности; здоровой установки на свой недостаток и социальную среду; воздействия на микросоциальную среду. Оздоравливающее воздействие на заикающегося оказывает ***косвенная*** и ***прямая психотерапия.*** Под ***косвенной психотерапией*** понимается обстановка, окружающая природа, коллектив, отношение обслуживающего персонала, режим, игры и многое другое. ***Прямая психотерапия*** — лечебное воздействие словом в виде разъяснения, убеждения, внушения и обучения. В современной психотерапии различают два основных вида воздействия словом: 1) ***рациональную*** (по Дюбуа), или ***разъяснительную*** (по В. М. Бехтереву), ***психотерапию;*** 2) ***суггестивную терапию,*** в которой выделяются внушение в бодрствующем состоянии, во сне (гипноз) и самовнушение (аутогенная тренировка).

Рациональная психотерапия состоит из индивидуальных и коллективных специальных бесед, которые представляют собой логически обоснованную систему разъяснений, убеждений и обучения заикающегося. Цель ее в том, чтобы

объяснить больному в доступной, образной и убедительной форме сущность заикания, его обратимость, его собственную роль в преодолении недуга, критически разобрать особенности его поведения. Силой логического убеждения и примером психотерапевт стремится помочь заикающемуся в перестройке неправильных форм поведения, внушая уверенность в свои силы, в возможность преодоления заикания.

Для маленьких детей рациональная психотерапия выражается в использовании разнообразных игровых приемов, красочного дидактического материала, труда, музыки, ритмики и пр. Эти формы психотерапии тесно смыкаются с психопрофилактикой и психогигиеной. Для старших школьников необходимо широкое использование основных приемов рациональной психотерапии.

Внушение (суггестия) — специальный метод психотерапии. Различают внушение со стороны другого лица (гетеросуггестия) и самовнушение (аутосуггестия).

В лечении заикания используются методы внушения в бодрственном состоянии (К. М. Дубровский) и в состоянии гипнотического сна. Эти психотерапевтические методы используются в комплексе с другими медико-педагогическими средствами воздействия на заикающихся подростков и взрослых.

Одним из видов аутосуггестии является метод аутогенной тренировки. Он применяется при лечении различных неврозов. Путем самовнушения по определенной формуле вызывается состояние покоя и мышечного расслабления (релаксация). В дальнейшем проводятся целенаправленные сеансы самовнушения по регуляции тех или иных нарушений функций организма. В этом плане оно оказывается полезным и при заикании. Заикающийся овладевает способностью вызывать расслабление мышц, особенно лица, шеи, плечевого пояса, и регулировать ритм дыхания, что ослабляет интенсивность судорожных спазмов.

Использование аутогенной тренировки в комплексной работе с заикающимися находит свое отражение в методиках, предлагаемых А. И. Лубенской, С. М. Любинской, В. М. Шкловским, Ю. Б. Некрасовой, А. А. Мажбиц, М. И. Мерлис и др.

В связи с незрелостью психики и недостаточной концентрацией внимания у детей дошкольного возраста гипнотерапия и аутогенная тренировка с ними не применяются.

Многие логопеды, работая с заикающимися детьми, используют игры и упражнения, которые помогают расслабить мышцы рук, предплечья, шеи, ног, лица.

Среди активизирующих методов психотерапии значительное место занимают функциональные тренировки (А. Г. Иванов-Смоленский, В. А. Гиляровский, С. Н. Давиденков, М. Д. Манцюра, Н. М. Асатиани и др.). Они представляют собой тренировку нервных и психических процессов, укрепление активности и воли.

Все виды психотерапии заикания направляются на устранение психогенных нарушений (страха речи и ситуаций, чувства ущемленности и подавленности, навязчивой фиксации на своем речевом расстройстве, многообразных переживаний в связи с этим и пр.) и на перестройку у заикающегося измененного под влиянием дефектной речи социального контакта с окружающими; на формирование умений владеть собой и своей речью, на перестройку своих личностных качеств.

Педагогическую часть комплексного подхода составляет коррекционно-педагогическая (логопедическая) работа, которая включает систему логопедических занятий, воспитательные мероприятия, логопедическую ритмику, работу с родителями.

Логопедическая работа рассматривается как система коррекционно-педагогических мероприятий, направленных на гармоничное формирование личности и речи ребенка с учетом необходимости преодоления или компенсации его дефекта.

Логопедическое воздействие в настоящее время осуществляется в двух направлениях: ***прямом*** и ***косвенном. Прямое логопедическое воздействие*** реализуется во время групповых и индивидуальных занятий с заикающимися. Эти занятия предусматривают развитие общей и речевой моторики, нормализацию темпа и ритма дыхания и речи, активизацию речевого общения, в случае необходимости развитие слухового внимания и фонематического восприятия, коррекцию нарушений звукопроизношения, расширение пассивного и активного словаря, совершенствование грамматического оформления фразы. На занятиях у заикающихся устраняют психологические отклонения в поведении, вырабатывают (у школьников, подростков) правильное отношение к дефекту, развивают интеллектуальные способности, этические и нравственные представления, формируют гармонично развитую личность.

Индивидуальные занятия проводятся в случае необходимых дополнительных упражнений по воспитанию навыков правильной речи и поведения (коррекция неправильного произношения, беседы психологического характера и т. д.).

Косвенное логопедическое воздействие представляет собой систему логопедизации всех режимных моментов для ребенка и отношения к нему окружающих. Особое значение в этой системе имеет речевой режим.

Речевой режим дошкольников осуществляется с помощью взрослых, которые последовательно контролируют переход детей от одного речевого этапа к другому. Речевой режим школьников, подростков и взрослых предполагает выбор ими необходимых речевых упражнений, понимание ими требований правильной речи, систематическую тренировку навыков правильной речи в разных условиях.

Речевой аспект логопедических занятий включает регуляцию и координацию дыхательной, голосовой и артикуляторной функций, воспитание правильной речи.

В литературе имеется несколько мнений о методике воспитания правильного дыхания. Одни считают, что над дыханием следует специально работать, применяя дыхательные дидактические упражнения. Другие считают, что ритм дыхания восстанавливается через спокойную плавную речь, т. е. воспитывается неторопливый темп речи и в результате нормализуются все речевые компоненты, в том числе и дыхание. Представители психологической школы считают, что воспитанию речи, а следовательно, и дыхания способствует тренировка воли. В каждом из этих мнений можно найти рациональное, если работу над дыханием проводить индивидуально, в зависимости от структуры речевого дефекта.

Отрабатывается дыхание в процессе речи: в произнесении на одном выдохе сначала коротких предложений, затем предложений с постепенным увеличением числа слов. Вырабатывается умение произносить длинную фразу по частям с логической паузой, отмеченной или не отмеченной знаком препинания. Затем переходят к чтению стихотворного и прозаического текстов.

Нарушения голоса часто связаны с недостатками дыхания: у заикающихся иногда наблюдается захлебывающийся голос при речи на вдохе; резкий, крикливый — при сильном выдохе; твердая атака голоса вследствие напряжения мышц голосового аппарата и т. п. Фонопедическая работа с заикающимися начинается с расслабления мышц артикуляторного аппарата, в первую очередь нижней челюсти, корня языка (например, поставить язык в положение, необходимое для звука *н*, и беззвучно артикулировать *ну-но-на*; челюсть медленно опускается; *нэ-ни-ны* — челюсти медленно поднимаются). Упражнение доводится до автоматизма. Далее отрабатывается мягкое голосоначало, плавное непрерывное звучание голоса на сочетаниях гласных звуков, затем на слоговых сочетаниях сонорных звуков с гласными, в предложениях и т. д.

Необходимая последовательность разных форм речи соблюдается при воспитании у заикающихся самостоятельной речи. Вначале воспитывается плавная ритмическая речь в процессе сопряженно-отраженного чтения стихотворного текста. Далее предлагается самостоятельное чтение с включением логопеда в случаях затруднений, чтение через слово или через определенные отрезки текста поочередно с кем-либо в одном и том же ритме; чтение диалога; чтение с остановками условной длительности на знаках препинания; произнесение заученного стихотворения.

Воспитанию самостоятельной речи уделяется значительно больше времени, чем другим ее формам. Самостоятельная речь может быть подготовленной (стихотворение, пересказ, изложение школьного урока, рассказы о виденном) и неподготовленной (ответы на неожиданные вопросы, просьба, рассказ на заданную тему). Первая форма речи, как более легкая для заикающегося, предшествует второй.

Содержание речевого материала логопедических занятий изменяется в зависимости от структуры нарушения, от возраста, контингента заикающихся, течения заикания, отношения заикающегося к своему дефекту и от многих факторов. Учет этих факторов способствует глубокому, дифференцированному изучению заикающегося и созданию различных методик по преодолению заикания в рамках комплексного подхода.

Основные требования к логопедическим занятиям с заикающимися детьми:

1) Логопедические занятия отражают основные задачи коррекционно-педагогического воздействия на речь и личность заикающегося ребенка.
2) Логопедические занятия проводятся в определенной системе, последовательно, поэтапно, с учетом основных дидактических принципов; в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребенка; с опорой на сознательность и активность детей; на занятиях используются пособия, наглядные и технические средства обучения; занятия содействуют прочности воспитываемых навыков правильной речи и поведения.
3) Логопедические занятия согласовываются с требованиями программ воспитания и обучения детей дошкольного или школьного возраста.
4) На занятиях предусматривается необходимость тренировки правильной речи и поведения заикающихся детей в разных условиях: в логопедическом кабинете и вне его, в разных жизненных ситуациях, в присутствии знакомых и т. д. С этой целью используется все разнообразие логопедических занятий: многочисленные формы работы по развитию речи, дидактические, подвижные, сюжетно-ролевые и творческие игры, экскурсии, подготовка и участие в утренниках, концертах, выступления перед микрофоном и др.
5) Занятия организуются таким образом, чтобы ребенок говорил на них без заикания и сопутствующих нарушений.
6) Занятия должны поддерживать у ребенка хорошее настроение, бодрость, уверенность в своих силах.
7) На занятиях с заикающимися постоянно присутствуют образцы правильной речи: самого логопеда, успешно занимающихся

детей, магнитофонные записи и пластинки с выступлениями мастеров художественного слова, демонстрационные выступления ранее окончивших успешно курс логопедических занятий и др.

8) Занятия проводятся на фоне правильного отношения окружающих к заикающемуся ребенку и правильного его воспитания.

Организация самостоятельной работы заикающегося ребенка направляется на выполнение им заданий логопеда в семейно-бытовых, учебно-воспитательных условиях и в коллективе сверстников.

Комплектование групп проводится с учетом возраста заикающихся. Разный возраст вызывает необходимость использования своеобразных методик логопедической работы, изменение интенсивности отдельных ее компонентов.

У дошкольников основное место занимают речевые занятия в игровой форме, воспитательные мероприятия, меньше — медицинские. У подростков и взрослых — наоборот, основное значение придается медицинским средствам, психотерапии (в том числе и ее суггестивным методам), меньше — педагогическим.

Основной задачей воспитания является обучение детей знаниям и навыкам, предусмотренным соответствующими программами. Реализуя эту задачу на обучающих занятиях по умственному, эстетическому, физическому и трудовому воспитанию заикающихся детей, воспитатель учитывает речевые возможности каждого ребенка в соответствии с этапами логопедической коррекции. Кроме того, на занятиях, уроках, во время режимных моментов, в свободных играх воспитатель закрепляет речевые навыки у детей.

Важным разделом логопедической работы является ***логопедическая ритмика,*** которая представляет собой систему музыкально-двигательных, речедвигательных, музыкально-речевых заданий и упражнений, осуществляемых в целях логопедической коррекции. Логоритмика, несмотря на свою организованную систему, является дополнением к логопедическим занятиям и проводится как в специально отведенное для нее время, так и включается в занятия логопеда, отчасти воспитателя.

С заикающимися целесообразно использовать следующие средства логоритмики: вводные упражнения; упражнения и игры для развития мимики лица и орального праксиса, слухового внимания и памяти, зрительного внимания и памяти, для развития ориентировки в пространстве и чувства ритма, для развития подражательности; творческие, сюжетно-ролевые, подвижные игры, творческие этюды для развития волевых качеств, активности, самостоятельности, инициативы; упражнения, подвижные игры с правилами для развития общей моторики, моторики рук, кисти, пальцев; упражнения и игры с пением, хороводы, игры-драматизации с музыкальным сопровождением для развития просодики речи; упражнения, игры, этюды для развития воображения, творческих способностей, музыкальной памяти и музыкального творчества; инсценировки, утренники, развлечения, праздничные выступления (для детей), вечера юмора, пантомимы, концерты и т. п. (для взрослых).

Двигательные, музыкально-двигательные, музыкально-речевые, ритмические, речевые без музыкального сопровождения, двигательно-речевые упражнения и игры нормализуют просодию, двигательную сферу заикающегося, а это, в свою очередь, помогает ему перестроить отношение к общению, к участнику коммуникации, к окружающей среде и к своему речевому нарушению. Эта перестройка обусловлена теми положительными чертами характера и поведения, которые появляются у заикающегося в процессе коррекции психомоторики, а именно: уверенность в движениях, управляемость ими, инициатива в общении, самостоятельность в разрешении двигательных и речевых трудностей, активность в деятельности, переориентация в значимости жизненных ситуаций в связи с изменением отношения к речевому расстройству.

Таким образом, логопедическая ритмика имеет большое значение для перевоспитания личности заикающегося, социальной адаптации, а также для тренировки и корригирования его общей и речевой моторики (В. А. Гринер, Н. Самойленко, Г. А. Волкова, В. И. Дресвянников, Е. В. Оганесян, Н. А. Рычкова).

Задачи социальной адаптации (а в отношении подростков, взрослых, возможно, и реабилитации) ***заикающихся***

осуществляются путем комплекса педагогических и психологических воздействий. Значительную и решающую роль в этом играет семья. Особая степень эмоциональной привязанности ребенка к семье и родителям является серьезным психологическим фактором, который учитывает логопед, проводя консультативно-методическую работу с родителями. Семья с ее естественными психолого-педагогическими реабилитационными воздействиями является первичной и прочной основой перевоспитания личности заикающегося и закрепления его правильной речи.

Консультативно-методическая работа с родителями и педагогами направлена на обеспечение благоприятных условий воздействия на заикающегося ребенка; создание правильного отношения к нему дома и в детском учреждении; организацию необходимой самостоятельной работы ребенка вне логопедических занятий.

Формами этой работы являются: обеспечение родителей и педагогов необходимым минимумом знаний о заикании и заикающихся в виде цикла бесед о сущности и причинах заикания, об особенностях его проявления и методах устранения, о значении и направленности речевых занятий, о роли родителей и педагогов в коррекционно-педагогическом процессе, об особенностях домашнего режима, об отношении окружающих к заикающемуся ребенку и пр.

Организация бесед не исключает индивидуальных консультаций для родителей о каждом ребенке в отдельности. Необходимо также присутствие родителей на логопедических занятиях для практического ознакомления их с принципами подхода к преодолению заикания, с приемами по предупреждению и устранению у детей речевых судорог.

Дидактические основы логопедических занятий с заикающимися детьми

Дидактические основы детской логопедии

Система коррекционного воспитания и обучения детей с нарушенной речевой деятельностью строится на основе об-

щей теории обучения (***дидактики***), объектом изучения которой являются закономерности и принципы, методы, организационные формы и средства. Для работы с заикающимися необходимо соблюдение дидактических принципов: ***индивидуализации, коллективности, систематичности*** и ***последовательности, сознательной активности, наглядности, прочности*** и др. Совокупность этих принципов и своеобразие их реализации в отношении к заикающимся детям определяют все стороны коррекционного обучения.

Курс логопедических занятий представляет завершенную, целостную по времени, задачам и содержанию систему работы с заикающимися и разделяется на периоды (подготовительный, тренировочный, закрепительный). В каждом периоде можно выделить ряд этапов (например, молчания, сопряженной, отраженной речи, речеручного режима и т. д.). Каждый этап логопедической работы состоит из связанных между собой занятий.

В задачи ***подготовительного периода*** входит создание щадящего режима, подготовка ребенка к занятиям, показ образцов правильной речи.

Щадящий режим заключается в том, чтобы оградить психику ребенка от отрицательно влияющих факторов; создать спокойную окружающую обстановку, доброжелательное и ровное отношение; не допускать фиксации на неправильной речи; определить и выдерживать режим дня; предусмотреть спокойные и разнообразные занятия; не допускать шумных, подвижных игр, перегрузок занятиями.

Необходимо успокоить заикающегося ребенка, отвлечь от болезненного внимания к своему дефекту и снять связанную с этим напряженность. Целесообразно по возможности ограничить речевую активность заикающегося и тем самым несколько ослабить неправильный речевой стереотип.

Для привлечения ребенка к занятиям необходимо использовать радиопередачи, магнитофонные записи или пластинки, беседы о литературных произведениях, обратить внимание заикающегося на выразительную речь окружающих людей, на положительные примеры, продемонстрировать магнитофонные записи речи детей до и

после занятий, особенно в случаях осознания ими имеющегося заикания.

Контрасты между плохой речью в начале занятий и правильной, свободной речью в их конце вызывает у детей желание научиться говорить хорошо. Для этой цели можно использовать выступления и инсценировки детей, прошедших курс занятий.

С первых занятий логопед отрабатывает с ребенком необходимые качества правильной речи: громкость, выразительность, неторопливость, правильное оформление фразы, последовательность изложения мыслей, умение уверенно и свободно держаться при разговоре и пр.

В задачи ***тренировочного периода*** входит овладение ребенком всеми трудными для него формами речи в разных речевых ситуациях. Опираясь на знания, умения и навыки, которые ребенок приобрел в первом периоде, ведут работы по воспитанию навыков свободной речи и правильного поведения в разных формах речи и разнообразных речевых ситуациях.

В наиболее сложных случаях заикания тренировочный период начинается с сопряженно-отраженной речи. Если все требования правильной речи хорошо и легко выполняются на этом этапе, логопед отказывается от совместного проговаривания фраз с ребенком и предоставляет ему возможность самостоятельно копировать образец фразы.

На этапе сопряженно-отраженной речи используются разные тексты: заученные наизусть известные сказки, вопросы и ответы, незнакомые сказки, рассказы.

Речевые занятия проводятся в кабинете или дома с логопедом или с родителями. Условия усложняются, если на занятия приглашаются посторонние люди, сверстники, которые могут присутствовать молча или принимать участие в занятиях.

Следующий шаг в логопедической работе с ребенком — этап вопросо-ответной речи. В этот период ребенок постепенно освобождается от дублирования фраз по образцам и делает первые успехи в самостоятельном речевом общении. Целесообразно начинать с отраженных ответов, когда взрослый задает вопрос, сам на него отвечает, а ребенок повторяет ответ. Постепенно от коротких ответов на вопросы он переходит к более сложным. Ребенок, пользуясь ранее полученными образцами, учится самостоятельно строить сложные предложения. Чтобы предупредить искусственность речевых упражнений, их следует проводить на самом разнообразном материале, связанном с повседневной жизнью ребенка и с программным материалом: вопросы по ходу игры и др. Полезно сопровождать вопросами различные виды деятельности, организуемые на общеобразовательных занятиях: наблюдение за окружающим, труд, лепка, рисование, конструирование, игры с игрушками и пр.

Ответы ребенка вначале отражают его простые действия, несложные наблюдения, производимые в настоящее время (*Я рисую дом. На столе стоит ваза с яблоками.*). Затем — в прошедшем времени, о завершенном действии или сделанном наблюдении (*Я ходил вчера с папой в зоопарк. Мы видели там носорога.*). Наконец — в будущем времени, о предлагаемом действии (*Мы пойдем сейчас в детский парк. Там меня ждут Таня и Вова. Мы будем играть в прятки.*). В этом случае от конкретного осмысливания и передачи своих непосредственных наблюдений и действий ребенок переходит к обобщающим выводам, описанию предполагаемых ситуаций и действий.

Разнообразные занятия помогают детям переносить навыки правильной речи в свою повседневную жизнь.

Если ребенок запнулся, следует попросить его снова повторить фразу, мотивируя тем, что ответ был недостаточно громко произнесен (или слишком быстро, или невыразительно). Ребенок повторит фразу свободно. Если же речевой спазм был сильный и ребенок не смог преодолеть его, целесообразно задать наводящий конкретный вопрос, который позволит ему изменить или упорядочить конструкцию фразы.

При выборе речевых упражнений необходимо знать, в каких случаях (трудные звуки, начало фразы, обстановка) у ребенка могут проявляться речевые судороги, чтобы уметь их предупредить или вовремя прийти на помощь. Показателем хорошо подготовленного и проведенного занятия с ребенком служит полное отсутствие у него речевых судорог.

После того как ребенок научится свободно отвечать на несложные вопросы, на занятиях используются пересказ и рассказ. Соблюдая последовательность перехода от ответов на вопросы к пересказам и рассказам, логопед вначале предлагает ребенку самому составлять и произносить простые самостоятельные фразы по картинкам, затем задавать вопросы по новой картинке и отвечать на них.

От простых фраз можно перейти к более сложным, связанным по смыслу, а затем к пересказу хорошо знакомого текста (сказки, рассказа), малознакомого (недавно или только что услышанного), к описанию фактов из окружающей жизни, к рассказам о своей прогулке, экскурсии, занятиях и пр.

Соответственно усложнению форм речи усложняется и обстановка занятий. Они проводятся не только в кабинете или дома, но и вне их. В кабинете ведется подготовка к выходу на улицу, в общественные места, репетируется предстоящая экскурсия, логопед задает вопросы о воображаемых или окружающих предметах или явлениях. Например: «Ты видишь перед собой дом. Сколько у него этажей, какого цвета крыша? Какой цветок растет на клумбе? Кто сидит на скамейке? Кто играет в мяч? Кто сидит на ветке? Какая сегодня погода?» В дальнейшем эти вопросы усложняются, ребенок рассказывает об увиденном, услышанном или сделанном и, наконец, участвует в беседах.

После усвоения речевого материала совершается экскурсия, на которой ребенку задаются те же самые вопросы.

В процессе занятий вне кабинета ребенок учится спокойно реагировать на окружающую обстановку и людей, не стесняться и правильно отвечать на вопросы логопеда, сверстников и сам задавать вопросы. Занятия вне кабинета имеют большое значение для формирования правильной речи у заикающихся детей. Недооценка этих занятий обычно приводит к тому, что ребенок в кабинете, т. е. в привычных для него условиях, может говорить совершенно свободно, а вне кабинета в его речи продолжают сохраняться судороги.

В задачи ***закрепительного периода*** входит автоматизация приобретенных ребенком правильных навыков речи и поведения в разнообразных ситуациях и видах речевой деятельности. Названные задачи наиболее активно реализуются на материале спонтанной речи, возникающей у ребенка под влиянием внутренних побуждений (обращение к окружающим с вопросами, просьбами, обмен впечатлениями).

Постепенно меняется степень участия логопеда в речевых занятиях с заикающимся ребенком. На первых этапах больше говорит руководитель, на последних — роль логопеда сводится в основном

к тому, чтобы правильно выбрать тему речевого занятия, направить ход его и контролировать самостоятельную речевую деятельность ребенка. Занятия постепенно приобретают характер бесед о проведенном дне, прослушанной сказке, увиденной телепередаче и пр.

Используются творческие игры на темы из повседневной жизни: «Гости и хозяйка», «За столом», «На приеме у врача», «Магазин», «Мама и дочка» и др., игры-драматизации на сюжеты известных сказок.

В закрепительный период основное внимание логопеда и родителей направлено на то, как ребенок говорит вне занятий. Поэтому не следует упускать возможности поправить его, когда это нужно, в разговоре на прогулке, дома при подготовке к обеду, во время утреннего туалета и т. д.

Структурные части отдельного занятия

На каждом занятии соблюдается последовательность в соотнесении его структурных частей: ***подготовительной, основной*** и ***заключительной.***

Подготовительная часть занятия включает организацию детского коллектива, беседы психологического характера, речевые зарядки, повторение и закрепление пройденного на предыдущем занятии речевого материала, подготовку ребенка к предстоящей работе.

Основная часть занятия содержит новый вид речевых упражнений или новые условия, в которых они проводятся.

В ***заключительной части*** занятия логопед закрепляет новый материал, подводит итоги работы детей, обращает внимание на их успехи, дает советы и задания для тренировки речи вне логопедических занятий.

Такое построение отдельного логопедического занятия позволяет увидеть его в ряду других, составляющих в целом единую последовательную цепь направленного и систематического коррекционно-педагогического воздействия на заикающегося ребенка.

Цель логопедических занятий логопед должен видеть не только в преодолении самого речевого дефекта, его проявлений, но и связанных с ним особенностей поведения и

личности самого заикающегося; в необходимости перестройки его отношения к себе, к дефекту, к оценке окружающих.

Владение логопедическими приемами преодоления проявлений заикания, особенностей своего поведения и речи позволяет заикающемуся активнее и успешнее включаться в процесс преодоления дефекта речи и связанных с ним недостатков. Заикающийся, своей активностью добившийся избавления от заикания, как считал Г. Д. Неткачев, будет всегда помнить, что его правильная речь есть его собственное приобретение — плод труда и энергии и уже никогда не отнимется у него. В работе с заикающимися логопед опирается также на специфические средства обучения.

На логопедических занятиях с заикающимися используются соответственно их возрасту общепринятые в учебном процессе пособия и технические средства обучения и специфические, направленные непосредственно на коррекцию неправильной речи.

К первым относятся: учебные наглядные пособия, учебники, литература, произведения искусства, настольные игры, маски, кукольный и пальчиковый театр, диафильмы, радио- и телепередачи, магнитофонные записи, пластинки и пр.

К специфическим техническим средствам относятся: корректофон Деражне, аппарат «Эхо» (АИР), аппарат звукоусиления, магнитофон, «Видеоречь» и другие компьютерные программы.

Аппарат Деражне (как и трещотка Барани) построен на эффекте звукозаглушения. Разной силы шум (в корректофоне он регулируется с помощью специального винта) подается через резиновые трубочки, оканчивающиеся оливами, прямо в слуховой проход, заглушая собственную речь. Для заикающихся, у которых имеется фиксированность на дефекте, отключение слухового контроля облегчает проведение речевых упражнений. Уменьшая силу заглушения, они успешно учатся говорить и без корректофона.

Но далеко не во всех случаях метод звукозаглушения может быть применим. Некоторые заикающиеся плохо переносят шум, который вызывает у них головные боли, раздражительность. Постоянный шум

может мешать выполнению сложных речевых упражнений. Отсутствие слухового контроля снижает возможность активного речевого общения заикающегося с окружающими.

Аппарат «Эхо», сконструированный Б. Адамчиком, состоит из двух магнитофонов с приставкой. Записанный звук воспроизводится через долю секунды, что создает отсроченный эффект эха. Отечественными конструкторами создан портативный аппарат «Эхо» (АИР) разных модификаций для индивидуального пользования.

Своеобразный аппарат для работы с заикающимися был предложен ***В. А. Раздольским***. Принцип его работы построен на звукоусилении речи заикающихся через громкоговорители или воздушные телефоны к слуховому аппарату ***«Кристалл»***. Воспринимая свою речь звукоусиленной, заикающиеся меньше напрягают речевую мускулатуру, чаще начинают пользоваться мягкой атакой звуков, что благотворно отражается на их речи. Положительным является и тот факт, что при использовании звукоусиления заикающиеся с первых же занятий слышат свою правильную речь, а это ускоряет выработку положительных рефлексов и свободной, ненапряженной речи. Ряд исследователей используют в практике различные варианты отставленной речи («белого шума», звукозаглушения и др.).

В процессе логопедических занятий с заикающимися в психотерапевтических целях можно использовать звукозаписывающую аппаратуру. При магнитофонном занятии с последующей беседой логопеда у заикающегося повышается настроение, появляется желание добиваться успехов в речевых занятиях, вырабатывается уверенность в положительном исходе занятий, растет доверие к логопеду. На первых магнитофонных занятиях материал для выступления заикающегося отбирается и тщательно репетируется.

Выработке навыков правильной речи способствуют обучающие магнитофонные занятия. Цель этих занятий заключается в том, чтобы обратить внимание заикающегося на темп и плавность его речи, звучность, выразительность, грамматическую правильность фразы. После предварительных бесед о качествах правильной речи, прослушивания соответствующих образцов речи, после неоднократных репетиций заикающийся выступает перед микрофоном со своим текстом в зависимости от этапа занятий. Задача — следить и управлять своим поведением, темпом, плавностью, звучностью речи, не допускать грамматических неправильностей в ней. Руководитель фиксирует в своей тетради состояние речи и поведение заикающе-

гося в момент выступления перед микрофоном. Закончив выступление, заикающийся сам оценивает свою речь (говорил тихо-громко, быстро-медленно, выразительно-монотонно и т. д.). Затем, прослушав речь, записанную на магнитофонной пленке, заикающийся вновь оценивает ее. После этого логопед анализирует речь заикающегося, его умение дать правильную оценку своей речи, выделяет положительное в его выступлении, в поведении на занятии и подводит общий итог.

Вариантом обучающих магнитофонных занятий является подражание выступлениям артистов, мастеров художественного слова. В этом случае прослушивается художественное выступление, выучивается текст, отрабатывается воспроизведение, записывается на магнитофонную пленку, а затем сравнивается с оригиналом, констатируются сходства и различия.

Полезны сравнительные магнитофонные занятия, на которых заикающемуся предоставляется возможность сопоставить свою настоящую речь с той, что была у него раньше. В начале курса речевых занятий при включенном микрофоне ему задаются вопросы на бытовые темы, предлагаются сюжетные картинки для описания их содержания и составления рассказа и пр. Магнитофонная пленка фиксирует случаи судорог в речи: их место во фразе, частоту, длительность. В последующем эта первая запись речи заикающегося служит мерилом успешности проводимых речевых занятий: с нею сравнивается состояние речи в последующем.

По окончании логопедического курса логопед строит заключительную беседу на материале последнего сравнительного магнитофонного занятия. Используя его, логопед советует заикающимся систематически наблюдать за своей речью, ежедневно закреплять приобретенные на занятиях умения и навыки. На логопедических занятиях и в процессе самостоятельной работы могут использоваться диктофоны.

Магнитофонные занятия рекомендуется проводить в тех случаях, когда у заикающегося имеется фиксированность на своем дефекте и осознание своей неправильной речи.

В настоящее время существует ряд логопедических методик по устранению заикания. Их можно рассматривать в зависимости от возраста заикающихся: работа с дошкольниками, школьниками, подростками и взрослыми.

Методики логопедических занятий с заикающимися дошкольниками

Авторы первой отечественной методики логопедической работы с заикающимися детьми преддошкольного и дошкольного возраста Н. А. Власова и Е. Ф. Рау строят нарастание усложнений речевых упражнений в зависимости от разной степени речевой самостоятельности детей.

Н. А. Власова различает ***семь видов речи,*** которые в порядке постепенности необходимо применять на занятиях с детьми-дошкольниками: 1) сопряженная речь, 2) отраженная речь, 3) ответы на вопросы по знакомой картинке, 4) самостоятельное описание знакомых картинок, 5) пересказ прослушанного небольшого рассказа, 6) спонтанная речь (рассказ по незнакомым картинкам), 7) нормальная речь (беседа, просьбы и т. д.).

Е. Ф. Рау видит задачу логопедической работы в том, «чтобы путем систематических плановых занятий освободить речь заикающихся детей от напряжения, сделать ее свободной, ритмичной, плавной и выразительной, а также устранить неправильность произношения и воспитать четкую, правильную артикуляцию» [13, с. 80]. Все занятия по перевоспитанию речи заикающихся детей распределены по степени нарастающей сложности на ***три этапа.***

На ***первом этапе*** предлагаются упражнения в совместной и отраженной речи, в произношении заученных фраз, стихов. Широко используется декламация.

На ***втором этапе*** дети упражняются в устном описании картинок по вопросам, в составлении самостоятельного рассказа по серии картинок или на данную тему, в пересказе содержания рассказа или сказки, которую прочитал логопед.

На ***третьем*** завершающем ***этапе*** детям предоставляется возможность закрепить приобретенные навыки плавной речи в обиходном разговоре с окружающими детьми и взрослыми, во время игры, занятий, бесед и в другие моменты детской жизни.

В основу методик Н. А. Власовой и Е. Ф. Рау положена разная степень речевой самостоятельности детей. Безуслов-

ная заслуга этих авторов состоит в том, что они впервые предложили и использовали поэтапную последовательность речевых упражнений в работе с маленькими детьми, разработали указания к отдельным этапам системы коррекции речи заикающихся дошкольников. На протяжении многих лет предложенная методика являлась одной из самых популярных в практической работе с заикающимися детьми. В настоящее время логопедами используются многие ее элементы.

Своеобразная система коррекционной работы с заикающимися дошкольниками в процессе ручной деятельности была предложена Н. А. Чевелевой. Автор исходит из психологической концепции о том, что развитие связной речи ребенка осуществляется путем перехода от речи ситуативной (непосредственно связанной с практической деятельностью, с наглядной ситуацией) к контекстной (обобщенной, связанной с событиями прошедшими, с отсутствующими предметами, с будущими действиями), а затем на протяжении дошкольного периода контекстная и ситуативная формы речи сосуществуют (С. Л. Рубинштейн, А. М. Леушина). Поэтому последовательность речевых упражнений с заикающимися детьми усматривается в постепенном переходе от наглядных, облегченных форм речи к отвлеченным, контекстным высказываниям и включает в себя следующие формы: ***сопровождающую, завершающую, предваряющую.***

Система последовательного усложнения речи предусматривает также постепенное усложнение объекта деятельности через увеличение числа отдельных элементов работы, на которые распадается весь трудовой процесс при изготовлении поделок.

Эта система преодоления заикания у детей включает в себя ***пять периодов:***

Пропедевтический. Основная цель — привить детям навыки организованного поведения, научить слышать немногословную, но логически четкую речь логопеда, ее нормальный ритм, временно ограничить речь самих детей.

Сопровождающая речь. В этом периоде допускается собственная речь детей по поводу одновременно совершаемых

ими действий. Наибольшую ситуативность речи обеспечивает постоянная зрительная опора. При этом она усложняется в связи с изменением характера вопросов логопеда и соответствующим подбором поделок.

Завершающая речь — дети описывают уже выполненную работу или часть ее. Путем регулирования (постепенного увеличения) интервалов между деятельностью ребенка и его ответом по поводу сделанного достигается разная сложность завершающей речи. При постепенном уменьшении зрительной опоры на выполненную работу осуществляется последовательный переход к контекстной речи.

Предваряющая речь — дети рассказывают о том, что они намерены делать. У них развивается умение пользоваться речью вне наглядной опоры, планировать свою работу, заранее называть и объяснять то действие, которое им еще предстоит сделать. Усложняется фразовая речь: дети произносят несколько связанных по смыслу фраз, пользуются фразами сложной конструкции, самостоятельно строят рассказ. В этом периоде их учат логически мыслить, последовательно и грамматически правильно излагать свою мысль, употреблять слова в их точном значении.

Закрепление навыков самостоятельной речи предусматривает рассказы детей о всем процессе изготовления той или иной поделки, их вопросы и ответы о своей деятельности, высказывания по собственному желанию и т. д.

В методике Н. А. Чевелевой реализован принцип последовательного усложнения речевых упражнений в процессе ручной деятельности на основе одного из разделов «Программы воспитания и обучения детей в детском саду».

С. А. Миронова предложила систему преодоления заикания у дошкольников в процессе прохождения программы средней, старшей и подготовительной групп детского сада по разделам: «Ознакомление с окружающей природой», «Развитие речи», «Развитие элементарных математических представлений», «Рисование, лепка, аппликация, конструирование».

Автор ставит перед логопедом программные и коррекционные задачи, которые решаются в течение четырех этапов (кварталов) последовательно усложняемой коррекционной работы.

При прохождении программы массового детского сада с заикающимися детьми предлагаются некоторые ее изменения: использование в начале учебного года материала предыдущей возрастной группы, перестановка некоторых тем занятий, удлинение сроков изучения более трудных тем и др.

Коррекционные задачи первого квартала состоят в обучении навыкам пользования простейшей ситуативной речью на всех занятиях. Значительное место занимает словарная работа: расширение словаря, уточнение значений слов, активизация пассивного словарного запаса. Предполагается особая требовательность к речи самого логопеда: вопросы конкретные, речь состоит из коротких точных фраз в разных вариантах, рассказ сопровождается показом, темп неторопливый.

Коррекционные задачи второго квартала заключаются в закреплении навыков пользования ситуативной речью, в постепенном переходе к элементарной контекстной речи и обучении рассказыванию по вопросам логопеда и без вопросов. Большое место занимает работа над фразой: простая, распространенная фраза, конструирование фраз, их грамматическое оформление, построение сложноподчиненных предложений, переход к составлению рассказа. Изменяется последовательность изучения программного материала. Если в первом квартале на всех занятиях дети знакомятся с одними и теми же предметами, то во втором — предметы не повторяются, хотя и выбираются объекты, близкие по признаку общности темы и назначению.

Коррекционные задачи третьего квартала состоят в закреплении навыков пользования усвоенными ранее формами речи и в овладении самостоятельной контекстной речью. Значительное место отводится работе над составлением рассказов: по наглядной опоре, по вопросам логопеда, самостоятельного рассказа. Увеличивается практика детей в контекстной речи. В третьем квартале исчезает необходимость замедленного изучения программы, характерного для первых этапов обучения, и занятия приближаются к уровню массового детского сада.

Коррекционные задачи четвертого квартала направлены на закрепление навыков пользования самостоятельной речью различной сложности. Большое место занимает работа над творческими рассказами. Наряду с этим продолжается накопление словаря, совершенствование фразы, начатые на предыдущих этапах обучения. В речи дети опираются на вопросы логопеда, на собственные представления, высказывают суждения, делают выводы. Наглядный материал почти не применяется. Вопросы логопеда относятся к процессу предстоящей работы, задуманной самими детьми. Коррекционное обучение направлено на соблюдение логической последовательности передаваемого сюжета, на умение давать дополнительные разъяснения, уточнения.

Методики Н. А. Чевелевой и С. А. Мироновой строятся на обучении заикающихся детей постепенному овладению навыками свободной речи: от простейшей ситуативной ее формы до контекстной (идея принадлежит Р. Е. Левиной). Только Н. А. Чевелева это делает в процессе развития ручной деятельности детей, а С. А. Миронова — при прохождении разных разделов программы детского сада. Сам принцип необходимого совмещения задач коррекционной и воспитательной работы с заикающимися детьми следует считать правильным и необходимым в логопедической практике.

Методика В. И. Селиверстова преимущественно рассчитана на работу с детьми в медицинских учреждениях (в амбулаторных и стационарных условиях) и предполагает модификацию и одновременное использование разных (известных и новых) приемов логопедической работы с ними. Автор считает, что работа логопеда всегда должна быть творческой и поэтому в каждом конкретном случае необходим разный подход к детям, поиск наиболее эффективных приемов преодоления заикания.

В предложенной автором схеме последовательно усложняемых логопедических занятий с детьми выделяются 3 периода (подготовительный, тренировочный, закрепительный), в процессе которых речевые упражнения усложняются в зависимости, с одной стороны, от степени самостоятельности речи, ее подготовленности, громкости и ритмичности, структуры, а с другой — от разной сложности речевых ситуаций: от обстановки и социального окружения, от видов деятельности ребенка, в процессе которых происходит его речевое общение.

В зависимости от уровня (порога) свободной речи и особенностей проявления заикания в каждом конкретном случае задачи и формы речевых упражнений различаются для каждого ребенка в условиях логопедической работы с группой детей.

Обязательным условием логопедических занятий является их связь со всеми разделами «Программы воспитания и обучения детей в детском саду» и прежде всего с игрой как основным видом деятельности ребенка-дошкольника.

Значение дифференцированных психолого-педагогических методов воспитания и обучения раскрыто в методике Г. А. Волковой.

Система комплексной работы с заикающимися детьми 2—7 лет состоит из следующих разделов: 1) методика игровой деятельности (система игр), 2) логоритмические занятия, 3) воспитательные занятия, 4) воздействие на микросоциальную среду детей.

Система игр, составляющая собственно содержание логопедических занятий, включает следующие виды игр: дидактические, игры с пением, подвижные, с правилами, игры-драматизации на основе стихотворного и прозаического текста, игры в настольный теннис, пальчиковый театр, творческие игры по предложению логопеда и по замыслу детей. На занятиях с детьми в первую очередь реализуется принцип игровой деятельности.

Условно выделяются следующие этапы: обследование, ограничение речи детей, сопряженно-отраженное произношение, вопросо-ответная речь, самостоятельное общение детей в разнообразных ситуациях (различных творческих играх, на занятиях, в семье). Изучение программного материала детского сада с изменением последовательности прохождения тем направлено на осуществление коррекционных, развивающих и воспитательных целей. Занятие строится в едином сюжете таким образом, чтобы все его части отражали программное содержание.

Направленность рассматриваемой методики в отношении заикающихся детей от 2 до 4 лет и детей от 4 до 7 лет различна. В первом случае стоят задачи не столько коррекционного, сколько развивающего обучения и воспитания. В этом возрасте логопедическая работа имеет профилактический характер. В работе с заикающимися детьми от 4 до 7 лет ведущее значение приобретает коррекционная направленность логопедического воздействия, поскольку сформирован-

ные в процессе индивидуального развития личностные особенности влияют на характер речевой деятельности заикающегося и определяют структуру дефекта.

Методика игровой деятельности направлена на воспитание личности и на этой основе — на устранение дефекта.

В практике логопедической работы с заикающимися детьми (методика И. Г. Выгодской, Е. Л. Пеллингер, Л. П. Успенской) игры и игровые приемы используются для проведения расслабляющих упражнений в соответствии с этапами логопедического воздействия: режима относительного молчания; воспитания правильного речевого дыхания; общения короткими фразами; активизации развернутой фразы (отдельных фраз, рассказа, пересказа); инсценировок; свободного речевого общения.

Таким образом, совершенствование логопедической работы по устранению заикания у детей дошкольного возраста обусловило к 80-м годам XX в. разработку различных методик. Речевой материал логопедических занятий усваивается дошкольниками в условиях поэтапного воспитания речи: от сопряженного произношения до самостоятельных высказываний при назывании и описании знакомых картинок, пересказе прослушанного небольшого рассказа, рассказывании стихотворений, ответах на вопросы по знакомой картинке, самостоятельном рассказывании об эпизодах из жизни ребенка, о празднике и т. д. В условиях поэтапного воспитания речи от режима молчания до творческих высказываний с помощью игровой деятельности методика дифференцированно используется в работе с детьми от 2 до 7 лет. С помощью ручной деятельности воспитывается самостоятельная речь.

Логопед обязан творчески строить логопедические занятия, применяя известные методики, учитывая индивидуально-психологические особенности заикающихся детей. Указанные методики логопедического воздействия на заикающихся дошкольников разработаны в соответствии с «Программой воспитания и обучения детей в детском саду», являющейся обязательным документом как для массовых детских садов, так и для специальных речевых детских са-

дов и речевых групп при массовых детских садах. Методики направлены на организацию модифицированной логопедической работы в рамках «Программы воспитания детей в детском саду», поскольку в конечном итоге заикающиеся дети, усвоив навыки правильной речи и знания, определенные программой, далее обучаются и воспитываются в условиях нормально говорящих сверстников. Логопедическое воздействие, направленное на собственно речевое расстройство и связанные с ним отклонения в поведении, формировании психических функций и т. п., помогает заикающемуся ребенку социально адаптироваться в среде правильно говорящих сверстников и взрослых.

Методики логопедических занятий по устранению заикания у детей школьного возраста

Работа со школьниками имеет свои особенности.

1. Меняется тип ведущей деятельности. Главной является учебная деятельность, хотя элементы игровой деятельности сосуществуют с учебой.
2. Игровая форма занятий заменяется уроком.
3. Если у дошкольников вся работа ведется через семью, воспитателей, то в школьном возрасте логопедическое воздействие осуществляет логопед в содружестве с учителем.
4. В дошкольном возрасте все элементы речи воспитываются на основе подражания логопеду в процессе игровой деятельности, в школьном возрасте большее значение приобретает установка на сознательное преодоление дефекта, на самостоятельные упражнения над речью.

Заикание устраняется в процессе прохождения всех предметов в школе.

5. Наряду с косвенной психотерапией шире используются виды рациональной психотерапии.
6. Речевой материал и виды логопедических занятий сближаются со школьной практикой.

В устранении заикания велика роль учителя школы: он создает в классе атмосферу бережного отношения к заикающемуся, постепенно подводит его к самостоятельным ответам у доски. Учитель поддерживает тесный контакт с логопедом и семьей заикающегося. В случае подавленного настроения ученика он должен ободрить его, переключить его внимание на положительные стороны личности, на интересующую его деятельность. Учитель вовлекает заикающегося в общественную жизнь класса, а затем школы, в кружки. Именно учитель младших классов вызывает основной интерес заикающегося к работе над речью и способствует развитию ребенка. Коррекционная работа над речью не должна ограничиваться формальными упражнениями. Необходимо говорить не только о системе речевых занятий (коррекции), но и о реабилитационном воспитании заикающегося школьника.

В логопедических занятиях с заикающимися школьниками в настоящее время используются методические рекомендации, предложенные для работы или с детьми дошкольного возраста (для младших школьников), или с подростками и взрослыми (для старших школьников).

Например, Н. А. Чевелева предлагает систему исправления речи у заикающихся школьников I–IV классов в процессе ручной деятельности. Принципиально эта методика мало отличается от предложенной ранее системы логопедических занятий с заикающимися детьми-дошкольниками. Меняется в основном выбор и сложность поделок, которые предлагаются для работы со школьниками. Соответственно учебным четвертям автор выделяет четыре периода последовательных логопедических занятий: 1) сопровождающей речи; 2) завершающей речи; 3) предваряющей речи; 4) закрепления навыков самостоятельной речи.

Занятия по исправлению речи заикающихся детей в процессе ручного труда Н. А. Чевелева считает возможным проводить на школьных и поликлинических логопедических пунктах, в специальных школах.

Система логопедических занятий с заикающимися школьниками в условиях логопедического кабинета поликлиники, специализированного стационара или санатория, предложенная В. И. Селиверстовым, тоже принципиально не отличается от изложенной выше

комплексной методики занятий с дошкольниками. Изменения в ней связаны лишь с более старшим возрастом детей, возросшим уровнем их развития, что требует от логопеда большей опоры на сознательную активность самих детей.

В системе логопедических занятий А. В. Ястребовой выделяется ***три периода в обучении учащихся.***

В первом периоде заикающиеся школьники уточняют и расширяют свои знания в области языка как путем целенаправленных наблюдений над звуковой стороной речи, так и в процессе активных упражнений по упорядочению ее темпа и плавности.

Содержание логопедических занятий ***первого периода*** способствует: 1) упорядочению темпа, ритма и плавности речи; 2) расширению и уточнению словарного состава, запаса представлений и понятий; 3) овладению грамматическим строем речи; 4) развитию и закреплению навыков звукового и морфологического анализа слова.

Во ***втором периоде*** занятий активизируются полученные учащимися знания в области языка и закрепляется навык плавной, ритмичной и выразительной речи на более сложном речевом материале с целью дальнейшего расширения словарного состава, языковых представлений и понятий.

В третьем, заключительном периоде занятий продолжается работа над звуковой и интонационной стороной речи, реализуется требование осознанного использования учащимися знаний в области фонетико-фонематического, лексико-грамматического и интонационного состава языка и навыка плавной, выразительной речи в любой жизненной ситуации.

Таким образом, состояние устной и письменной речи заикающихся школьников с элементами общего недоразвития речи обусловливает следующие основные направления логопедической работы:

- целенаправленное и всестороннее развитие основных взаимодействующих компонентов речи (фонетики, лексики, грамматики) в процессе работы над ее темпом и плавностью;
- тесную взаимосвязь речевого материала логопедических занятий с содержанием программы по русскому языку начальной школы;
- развитие речевой активности детей.

В нашей стране организованы сезонные (летние) логопедические санатории и лагеря санаторного типа для заикающихся детей. Коррекционно-педагогическая и лечебно-оздоровительная работа с заикающимися школьниками проводится в свободное от учебы в школе время и совмещена с отдыхом. При этом широко используются климатические и природные факторы.

Перед персоналом ЛОУ (летних оздоровительных учреждений) стоят задачи общего оздоровления детей, укрепления их нервной системы, предупреждения и устранения у них легких форм заикания и его рецидивов.

Показанием для направления в сезонные специализированные санатории служит наличие у детей заикания различной степени, вплоть до самой тяжелой, а также заикания в совокупности с другими дефектами речи. В лагеря дети направляются после проведенного курса лечения заикания, а также имеющие легкие формы заикания и другие формы расстройств плавности и темпа речи (брадилалия, тахилалия).

Сезонный санаторий и оздоровительный лагерь для заикающихся детей дополняют друг друга.

Логопедическая работа с заикающимися подростками и взрослыми

В подавляющем большинстве у подростков и взрослых заикание является следствием длительно протекающего процесса, возникшего в детстве. В данные возрастные периоды речевой дефект наиболее ярко выражен, стоек в своих проявлениях, спаян с личностью, с нарушенной системой отношений личности и поэтому с трудом поддается устранению, часто склонен к рецидивам. При устранении заикания необходимо применять дифференцированные в соответствии с его особенностями методы коррекционного воздействия в рамках существующего комплексного лечебно-педагогического подхода к заиканию. За основу лечебно-педагогического воздействия следует считать следующие положения.

1. Комплексность как взаимопроникновение медицинских и педагогических приемов. Например, психотерапевтическая методика — аутогенная тренировка — включает в себя речевой, логопедический материал, индивидуальные логопедические занятия, в свою очередь, проходят с использованием психотерапевтической методики функциональных тренировок и т. д.
2. Сложность клинической картины заикания у подростков и взрослых выдвигает на первый план в комплексном преодолении заикания медицинские мероприятия. Это существенным образом влияет на место, роль и специфику логопедической работы с заикающимися. Поэтому в настоящее время все чаще эта работа обозначается как логотерапия, логопсихотерапия.
3. Поэтапность, согласно которой все виды нагрузок (логопедическая, психотерапевтическая, логоритмическая) должны постепенно возрастать от простого к сложному как при подборе речевого материала, так и в построении системы функциональных тренировок. Каждый из этапов с самого начала должен позволять заикающемуся добиваться определенных успехов.
4. Нозологическая дифференцированность и индивидуализация лечебных воздействий.

Специализированная помощь заикающимся подросткам и взрослым в нашей стране оказывается в системе здравоохранения: в логопедических кабинетах и стационарах психоневрологических диспансеров и больниц.

Об особенностях логопедической работы с заикающимися подростками и взрослыми писали И. Ю. Абелева, Л. З. Андронова, Л. П. Голубева, А. Я. Евгенова, М. Н. Киселева, А. И. Лубенская, М. И. Мерлис, Ю. Б. Некрасова, Н. Ф. Синицина, М. В. Смирнова, М. Е. Хватцев, А. Г. Шембель, В. М. Шкловский и др.

Методика устранения заикания у подростков в условиях медицинского стационара, разработанная сотрудниками ГНИИ уха, горла и носа под руководством проф. С. С. Ляпидевского, содержит 6 основных этапов логопедической работы: 1) подготовительный (2—3 дня); 2) установочный (вступительная конференция, специальный инструктаж в

плане психотерапии); 3) максимальное ограничение речи (10—14 дней); 4) активная перестройка речевых навыков (3—4 недели); 5) закрепление правильных речевых навыков (3—4 недели); 6) заключительный этап (выпускная конференция, специальный инструктаж).

Собственно речевые занятия с заикающимися начинаются с установочного этапа, когда они на положительных примерах лечившихся до них получают стимул к собственному излечению. На этапе максимального ограничения речи заикающиеся находятся на полном режиме молчания 3—5 дней, а в остальные 7—9 дней — относительного речевого покоя. Под руководством логопеда они овладевают сопряженной, полуотраженной и отраженной речью, а затем и небольшими фразами, необходимыми для обихода в отделении. В этот же период с заикающимися проводятся упражнения по постановке дыхания и артикуляционная гимнастика.

На этапе активной перестройки речи вводится речевой режим, работа над диалогом, беседы на заданную тему, небольшие самостоятельные пересказы на свободную тему. Во время речевой практики заикающиеся закрепляют полученные навыки самостоятельной речи в различных ситуациях (тренировка на экстрараздражители).

На заключительном этапе (выпускная конференция с участием родителей и друзей, обслуживающего персонала и др.) подростки отвечают на вопросы аудитории, декламируют или читают отрывки из художественных произведений, разыгрывают небольшие сценки из пьес, делают доклады.

Логопедическая работа со взрослыми заикающимися в поликлинических условиях делится (в порядке ее усложнения) на три периода (А. Я. Евгенова и М. В. Смирнова).

Первый период (14 занятий) содержит артикуляционные и дыхательные упражнения; счетную и фразовую зарядки; вопросы и ответы; несложное сообщение; короткое стихотворение (наизусть).

Второй период (12 занятий) включает речевую зарядку; чтение, изложение прочитанного; рассказ на данную тему; практику разговорной речи; объединенные занятия.

В третьем периоде (12 занятий) заикающимся предлагаются небольшие доклады; работа с художественным материалом (стихотворение, художественная проза); драматизация; экскурсии (индивидуальные и групповые); отчеты лечащихся как особая форма речевой работы.

По методике И. Ю. Абелевой, Л. П. Голубевой, А. Я. Евгеновой, Н. Ф. Синициной, М. В. Смирновой рекомендуется начинать занятия с дыхательных, голосовых и артикуляционных упражнений.

Далее предусматривается работа над гласными звуками; словами (с ударным гласным на первом, втором, третьем, четвертом слоге); фразами (начинающимися со слов с начальным гласным, согласным звуком; фразы с одной, двумя, тремя дыхательными паузами). В последовательном усложнении речевых упражнений следует работа над песнями; стихотворной речью (сказки в стихах, стихотворения, басни); чтением; заучиванием текстов наизусть; пересказыванием прочитанного текста; сообщением на заданную тему; текстом драматических произведений. После всего этого следует практика разговорной речи (диалоги-сценки, телефонные разговоры, речевые игры).

В связи с возросшим интересом к изучению психологических особенностей заикающихся в последние годы значительно обоснована необходимость психотерапевтического воздействия.

В системе логопсихотерапевтической работы с подростками и взрослыми находят место суггестивные формы психотерапии (императивное внушение в бодрствующем состоянии, аутотренинг, самовнушение, гипноз).

В разработанной В. М. Шкловским комплексной системе курс лечения заикания (2,5—3 месяца) включает пять этапов: подготовительный (диагностический); перестройки патологических речевых навыков и нарушений отношений личности; закрепления достигнутых результатов; диспансеризации и профилактики; санаторно-курортного лечения.

На подготовительном (диагностическом) этапе (10—15 дней) проводится изучение больного невропатологом, дефектологом и психотерапевтом; изучаются анамнестические

и клинические данные, намечаются психотерапевтические и логопедические мероприятия, медикаментозное лечение.

На этапе перестройки патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности (от 1 до 1,5 месяцев) проводятся логопедические занятия по нормализации дыхательной, голосовой функций, выработке речевых эталонов и т. д. Одновременно начинается аутогенная тренировка и рациональная психотерапия. Затем (спустя 15—20 дней) проводится сеанс внушения в бодрствующем состоянии. После сеанса начинается активная логопедическая работа. Достигнутые результаты закрепляются во время сеансов гипнотерапии, самовнушения и рациональной психотерапии.

Навыки слитной речи автоматизируются, заикающиеся обучаются различными приемами, помогающими им справиться с возникающими речевыми затруднениями: упражняются в произнесении ряда гласных звуков, затем цифр, отдельных фраз и т. д. В случаях, когда не удается достигнуть полной нормализации речи, вводятся упражнения в сопряженном и отраженном произношении. Логопедическая работа проводится наряду с активной суггестивной психотерапией.

Речевым занятиям в течение дня отводится не менее 3—4 часов.

Психотерапевтическая работа на этапе перестройки патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности имеет различные формы. С помощью рациональной психотерапии больному разъясняют причины заикания, необходимость активного отношения к занятиям для успешного лечения заикания.

Гипнотерапия начинается на 3—4-й день после начала активной тренировки речи. Проводится вначале 3 раза в неделю, а затем один раз в 7—10 дней. Во время внушения особое внимание уделяется нормализации эмоционально-волевой сферы и деятельности артикуляционно-голосового и дыхательного аппарата. Гипнотерапия в ряде случаев является хорошей подготовкой к проведению сеанса внушения в бодрствующем состоянии.

Используются беседы на фоне сильного эмоционального напряжения больных, заканчивающиеся императивным

внушением; императивное внушение с включением демонстративных моментов. Сеанс заранее назначается на определенный день, который особенно ожидается больными, так как он является переломным этапом в их лечении.

В процессе самовнушения заикающиеся стремятся представить себя хорошо говорящими, вызывают у себя представление о том, как они говорят без заикания дома, в учебном заведении на работе и в других ситуациях. Сеанс самовнушения рекомендуется проводить также перед сном.

На этапе закрепления достигнутых результатов (в течение месяца) проводится тренировка речи больного в жизненной обстановке.

В. М. Шкловский подчеркивает необходимость диспансеризации и профилактики как важных разделов работы, без которых не может быть решена проблема лечения заикания. Для заикающихся с глубокими невротическими нарушениями и резко выраженной вегетативной дистонией автор советует проводить санаторно-курортное лечение с использованием климато-бальнеологического воздействия, ЛФК и физиотерапевтических мероприятий.

Все современные системы логопедических занятий с заикающимися подростками и взрослыми объединяются наличием в них (помимо последовательно усложняемых речевых упражнений) различных форм психотерапии. Различаются они между собой в основном тем, какое значение и место отводится отдельным видам психотерапии в логопсихотерапевтической работе.

Речевые упражнения в системах логопсихотерапевтических занятий с заикающимися строятся на основе общепринятых в детской логопедии принципов, но с учетом возрастных особенностей пациентов. Устранение заикания у подростков, юношей и взрослых предполагает обязательно дифференцированный подход и в изучении, и в самом устранении заикания. Общепринятый комплексный лечебно-педагогический подход в работе с заикающимися разного возраста уточняется, дифференцируется в зависимости от состояния заикающегося и необходимости преимущественной работы над теми или иными сторонами речи и личности пациента.

В лаборатории функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского лечение заикания у взрослых осуществляется с учетом нозологической разнородности больных (заикающиеся с невротическими расстройствами; с психопатиями; с явлениями раннего органического поражения центральной нервной системы; с вялопрогредиентной шизофренией).

Лечение включает комплекс медико-педагогических мероприятий: медикаментозные, психотерапевтические, логопедические, логоритмические (Н. М. Асатиани, В. Г. Казаков, Л. И. Белякова, А. И. Лубенская, Е. В. Оганесян и др.).

При поступлении больных на лечение осуществляется медицинское обслуживание, затем в течение первых 10 дней пребывания заикающихся в клинике устанавливается диагноз на основании клинических исследований, логопедических наблюдений и параклинических обследований.

Логопедическое обследование наряду с медицинским осуществляется в первые 10 дней пребывания больных в клинике: устанавливают глубину и тяжесть речевого дефекта, особенности нервно-психического состояния, намечают план индивидуальной работы с заикающимися в рамках комплексного подхода. Выделяются следующие этапы стационарного лечения: подготовительный (5–7 дней), активной терапии (20 дней), активной тренировки (10 дней), завершающий, в ходе которого происходит предельное усложнение речевых ситуаций (3–5 дней).

Во время подготовительного этапа рекомендуется ограничение речевого общения, формируются коллективы больных для проведения занятий (по клиническим признакам, по параметрам возраста, интеллектуального уровня и пола). Основная форма работы — коллективная, но, учитывая характер вторичных невротических наслоений, параллельно проводится индивидуальная психотерапевтическая работа.

Со 2-й недели, с началом этапа активной терапии, больные включаются в коллективные занятия аутогенной тренировкой, а также в систематические индивидуальные занятия с логопедом. К этому времени определяются основные медикаментозные назначения, направленность индивидуальной психотерапии, проводимой лечащим врачом.

На этапе активных тренировок больные выходят за пре делы стационара для функциональных речевых тренировок под руководством психотерапевтов и логопедов (разговор на улице, в магазине с продавцом, у кассы, по телефону и т. п.).

Завершающий этап содержит предельно сложную речевую нагрузку — индивидуальные и коллективные речевые выступления перед многолюдной аудиторией. Выступления имеют форму концертной программы с включением музыкальных номеров (мелодекламация, сольное и хоровое пение).

Перед выпиской из стационара каждому даются рекомендации по дальнейшей самостоятельной работе в рамках поддерживающих логопедических занятий, аутогенной тренировки, повторения некоторых элементов логопедической ритмики.

Весь курс лечения в стационаре пронизан прямым и косвенным психотерапевтическим воздействием на больных в виде коллективных и индивидуальных психотерапевтических бесед. Курс аутогенной тренировки включает обследование заикающихся; усвоение ими основных приемов саморегуляции; отработку навыков локальной релаксации мышц, в которых возникает патологическое напряжение; овладение сокращенными формулами самовнушения, приемами активной регуляции мышечного тонуса и использование навыков локальной релаксации в процессе речевой деятельности.

Логопедическая, дидактическая, коррекционная и логотренировочная работа, проводимая логопедом, строится в зависимости от клинической принадлежности заикающегося, его возраста, развития, личностных особенностей. Например, акцент на логопедических занятиях более всего уместен в отношении больных с неврозоподобным заиканием на фоне резидуально-органической церебральной недостаточности. Для больных с невротическим заиканием более эффективны психотерапевтические приемы.

Практический материал занятий направлен на коррекцию нарушений дыхания, голоса, артикуляции, на развитие моторики артикуляционного аппарата и тренировку моторной функции вообще, на тренировку всех видов звучной речи (сопряженная и отраженная речь, чтение стихов и

прозы, вопросо-ответная речь и т. д.). Особое внимание уделяется речевым функциональным тренировкам, которые дают возможность закрепить полученные речевые навыки в условиях кабинета, стационара и в обычных жизненных ситуациях и помогают заикающимся выработать правильное отношение к трудным речевым ситуациям. По мнению авторов, эффективность устранения заикания у взрослых обусловлена применением всего арсенала комплексного медико-педагогического подхода, психотерапии, фармакотерапии, функциональных речевых тренировок, индивидуальных, групповых и коллективных занятий, логопедической ритмики и лечебной физкультуры, физиотерапии и общеукрепляющего лечения.

Некоторые авторы считают целесообразным сообщать заикающимся, а затем регулярно повторять с ними правила для упражнения в плановой речи. Предполагается, что по мере прохождения логопедического курса правила речи будут выполняться заикающимися автоматически и способствовать нормализации их речи. Впервые 12 правил для упражнения в плавной речи были разработаны А. Гутцманом и Г. Гутцманом в 1924 г. Они представляют познавательный интерес и в настоящее время, поскольку используются в практике логопедов.

Правила для упражнения в плавной речи

1. Говори медленно и спокойно, т. е. выговаривай слог за слогом, слова за словом, предложение за предложением.
2. Всегда уясни себе, что и как ты будешь говорить.
3. Не говори ни слишком громко, ни слишком тихо.
4. При разговоре стой или сиди прямо и спокойно.
5. Прежде чем начать говорить, быстро, глубоко вдохни ртом.
6. Расходуй дыхание экономно. Во время разговора старайся по возможности задерживать дыхание.
7. Переходи всегда решительно и определенно в положение для произнесения гласных.
8. Направляй выдох не на согласный звук, а на гласный.
9. Никогда не нажимай на согласные; в случае необходимости говори ниже обыкновенного тона и несколько растягивай все гласные.

10. Когда слово начинается с гласного, начинай его тихо и несколько пониженным тоном.
11. Растягивай долго первые гласные в предложении и связывай все слова предложения между собой, как будто все предложение представляет одно многосложное слово.
12. Всегда старайся говорить внятно и благозвучно.

Эффективность устранения заикания и прочность полученных результатов коррекции зависят от множества факторов.

В логопедической практике принято оценивать эффективность преодоления заикания по следующей шкале: речь свободная, без заикания, со значительным улучшением, с незначительным улучшением и без улучшения. Речь заикающегося здесь оценивается по сравнению с ее исходным состоянием перед началом курса логопедических занятий.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте механизм заикания с позиций физиологического подхода.
2. Раскройте психологический и психолингвистический аспекты механизмов заикания.
3. Охарактеризуйте историю развития учения о заикании.
4. Какие основные направления в терапии и коррекции заикания сформировались со времен древности до настоящего времени?
5. Каковы предпосылки создания комплексного подхода к устранению заикания?
6. Какова этиология заикания?
7. Какова симптоматика заикания?
8. Расскажите о течении заикания в разные возрастные периоды.
9. Раскройте особенности симптоматики заикания у дошкольников, школьников, подростков и взрослых.
10. Расскажите о методике обследования заикающихся.
11. Дайте общую характеристику комплексного лечебно-педагогического подхода к устранению заикания.

12. Назовите основные задачи и формы лечебно-оздоровительной работы с заикающимися детьми.
13. Раскройте основные задачи и формы коррекционно-педагогической работы с заикающимися детьми.
14. Перечислите виды психотерапии и ее значение в устранении заикания в разные возрастные периоды.
15. Охарактеризуйте современные методики логопедических занятий с заикающимися детьми дошкольного возраста.
16. В чем заключаются особенности логопедических занятий с заикающимися школьниками?
17. Раскройте особенности логопедической работы с заикающимися подростками и взрослыми.
18. Как реализуется дифференцированный подход при устранении заикания?
19. Расскажите о возможностях использования наглядных пособий и технических средств обучения на логопедических занятиях с заикающимися.
20. Сравните формы организации логопедической помощи заикающимся в системах образования и здравоохранения.

Литература

1. *Абелева И. Ю. и др.* В помощь взрослым заикающимся. М., 1969.
2. *Асатиани Н. М.* Заикание у взрослых // Заикание / Под ред. Н. А. Власовой, К. П. Беккера. М., 1983.
3. *Арутюнян Л. З.* Комплексная система устойчивой нормализации речи заикающихся. М., 1990.
4. *Белякова Л. И., Дьякова Е. А.* Заикание. М., 1998.
5. *Боскис Р. М.* О сущности и лечении заикания у детей дошкольного возраста // Лечение душевнобольных. М., 1940.
6. *Власова Н. А.* Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. М., 1959.
7. *Волкова Г. А.* Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. М., 1983.

8. *Волкова Г. А.* Логопедическая ритмика. М., 1985.
9. *Выгодская И. Г.* и др. Устранение заикания у дошкольников в игре. М., 1984.
10. Заикание / Под ред. Н. А. Власовой, К. П. Беккера. М., 1983.
11. *Миссуловин Л. Я.* Заикание. — СПб., 1999.
12. *Оганесян Е. В.* Логопедическая ритмика. М., 1998.
13. *Рау Е. Ф., Синяк В. А.* Логопедия. М., 1969.
14. *Селиверстов В. И.* Заикания у детей. М., 1979.
15. *Хватцев М. Е.* Логопедия. М., 1959.
16. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997. Ч. I.
17. *Чевелева Н. А.* Исправление заикания у школьников в процессе обучения. М., 1978.
18. *Шкловский В. М.* Психотерапия в комплексной системе лечения логоневрозов: Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. М., 1974.
19. *Ястребова А. В.* Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы. М., 1980.

Глава 11

АЛАЛИЯ

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Термин «алалия» (от греч. *а* — отрицание, *lalio* — говорю, речь) — в переводе отсутствие речи, безречье — встречается в литературе, посвященной нарушениям речи, с давних пор. Кроме термина «алалия» для обозначения этого нарушения речи в литературе (особенно в медицинской и зарубежной) используются и многие другие термины: *врожденная афазия, онтогенетическая афазия, афазия развития, дисфазия, задержка речевого развития, конституциональная задержка речи, нарушенное усвоение языка, слухонемота* и т. д.

А. Куссмауль (1877) отмечал, что бóльшая часть врачей прежних веков и до начала XIX соединяли все формы потери речи под термином алалия и говорили о них наряду с афонией, но постепенно эти формы стали разграничивать. Одним из первых различие между этими формами вводит И. Франк, который рассматривает алалию как немоту вследствие полной невозможности артикулирования и противопоставляет ее магилалии как нарушению произношения вследствие затруднений в артикуляции. И алалию, и магилалию (на русский язык это слово было переведено как косноязычие) И. Франк рассматривал как степени дислалии, под которой он подразумевал нарушение произношения, обусловленное артикуляционными (артикуляторными) трудностями.

В 1830 г. Р. Шультесс выделяет алалию (немоту) в отдельное речевое нарушение, но, как и И. Франк, рассматривает ее в связи с артикуляционными расстройствами. Алалия противопоставляется дислалии как полная невозможность артикулирования, что позже правомерно стало именоваться анартрией.

8. *Волкова Г. А.* Логопедическая ритмика. М., 1985.
9. *Выгодская И. Г.* и др. Устранение заикания у дошкольников в игре. М., 1984.
10. Заикание / Под ред. Н. А. Власовой, К. П. Беккера. М., 1983.
11. *Миссуловин Л. Я.* Заикание. — СПб., 1999.
12. *Оганесян Е. В.* Логопедическая ритмика. М., 1998.
13. *Рау Е. Ф., Синяк В. А.* Логопедия. М., 1969.
14. *Селиверстов В. И.* Заикания у детей. М., 1979.
15. *Хватцев М. Е.* Логопедия. М., 1959.
16. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997. Ч. I.
17. *Чевелева Н. А.* Исправление заикания у школьников в процессе обучения. М., 1978.
18. *Шкловский В. М.* Психотерапия в комплексной системе лечения логоневрозов: Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. М., 1974.
19. *Ястребова А. В.* Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы. М., 1980.

Глава 11

АЛАЛИЯ

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Термин «алалия» (от греч. *a* — отрицание, *lalio* — говорю, речь) — в переводе отсутствие речи, безречье — встречается в литературе, посвященной нарушениям речи, с давних пор. Кроме термина «алалия» для обозначения этого нарушения речи в литературе (особенно в медицинской и зарубежной) используются и многие другие термины: *врожденная афазия, онтогенетическая афазия, афазия развития, дисфазия, задержка речевого развития, конституциональная задержка речи, нарушенное усвоение языка, слухонемота* и т. д.

А. Куссмауль (1877) отмечал, что бóльшая часть врачей прежних веков и до начала XIX соединяли все формы потери речи под термином алалия и говорили о них наряду с афонией, но постепенно эти формы стали разграничивать. Одним из первых различие между этими формами вводит И. Франк, который рассматривает алалию как немоту вследствие полной невозможности артикулирования и противопоставляет ее магилалии как нарушению произношения вследствие затруднений в артикуляции. И алалию, и магилалию (на русский язык это слово было переведено как косноязычие) И. Франк рассматривал как степени дислалии, под которой он подразумевал нарушение произношения, обусловленное артикуляционными (артикуляторными) трудностями.

В 1830 г. Р. Шультесс выделяет алалию (немоту) в отдельное речевое нарушение, но, как и И. Франк, рассматривает ее в связи с артикуляционными расстройствами. Алалия противопоставляется дислалии как полная невозможность артикулирования, что позже правомерно стало именоваться анартрией.

В классификации А. Куссмауля для общего наименования расстройств артикулирования (дизартрия и дислалия, а также расстройства дикции — дисфазия) вводится понятие «лалопатия». При этом алалию А. Куссмауль, как и его предшественники, относил к нарушениям речи, связанным с артикуляционными расстройствами, и полагал для нее равнозначным термин *anartria literalis* (отсутствие артикуляции звуков). К алалии, таким образом, А. Куссмауль относил случаи нарушения, для которых характерна полная невозможность произносить членораздельный звук; в дальнейшем для обозначения такого состояния стал использоваться термин «анартрия», наряду с названными артикуляторными нарушениями. А. Куссмауль выделяет нарушения, которые он назвал расстройствами дикции. К ним он относит нарушения грамматических форм и синтаксических выражений. Эти нарушения исследователь назвал дисфазиями.

В 60-е годы XIX в. Труссо предложил термин «афазия», который сменил используемый Брока термин «афемия», под ним подразумевались случаи утраты речи. Термин «афазия» закрепился в медицине и получил широкое распространение. Некоторые зарубежные авторы (Orton, Travis) объединяют понятия «алалия» и «афазия» общим термином «детская афазия», или «афазия развития», подчеркивая специфику недоразвития речи у детей в отличие от утраты речи взрослыми.

В работах фониатра Р. Коэна (1888) термин «алалия» применяется для характеристики немоты, не обусловленной артикуляционными нарушениями. Он называет это нарушение слухонемотой (немота при сохранном слухе в отличие от глухонемоты, т. е. немоты при отсутствии слуха) или идиопатической алалией (безречие неясного происхождения).

В последующих работах разных авторов термины «алалия» и «афазия» («дисфазия) еще длительное время употребляются без достаточного разграничения, только к 30-м годам XX столетия в отечественной логопедии понятия «алалия» и «афазия» окончательно разводятся: **алалия — недоразвитие речи, афазия — ее утрата, распад.** В 50—60-е годы это разграничение утвердилось, и в настоящее время оно признается подавляющим большинством исследователей

хотя терминологическая избыточность иногда все еще продолжает иметь место.

Значительный вклад в изучение алалии внесли Г. Гутцман (1894), А. Либманн (1900), М. В. Богданов-Березовский (1909), Э. Фрешельс (1931), а в более позднее время М. Е. Хватцев, Н. Н. Трауготт, В. К. Орфинская, Р. Е. Левина, Б. М. Гриншпун, Л. В. Мелехова, Г. В. Мациевская, Е. Ф. Соботович, В. А. Ковшиков, С. Н. Шаховская, В. К. Воробьева и другие исследователи.

В работах разных авторов выявлены особенности речевого развития и структуры дефекта при алалии на основе применения различных критериев: физиологических, клинических, психологических, лингвистических, психолингвистических и др. Описаны различные формы алалии, разработана методика логопедического воздействия при разных формах недоразвития речи.

Успехи в изучении алалии в работах новейшего периода достигнуты благодаря тому, что исследователи в своей деятельности стали широко опираться на методологию комплексного синдромального подхода к анализу дефекта. Доминирующим при этом является ***психолингвистический аспект*** изучения, представленный в работах Е. Ф. Соботович, В. А. Ковшикова, Б. М. Гриншпуна и других исследователей. Не все проблемы изучения алалии в настоящее время раскрыты. Но в отличие от предшествующих периодов, когда, по словам В. К. Орфинской, спорных вопросов и расхождений между исследователями алалии было больше, чем общепринятых положений, на современном этапе развития логопедии имеется больше общего во взглядах на алалию, больше общих точек зрения, чем разногласий. Общее проявляется в основных, принципиальных установках на понимание дефекта, его механизма, путей преодоления.

■ Причины алалии

В течение длительного периода изучения алалии высказывались разные предположения по поводу причин ее возникновения. Так, Р. Коэн (1888), А. Гутцман (1924), Э. Фре-

шельс (1931), М. Зееман (1962) и другие утверждали, что ведущим началом при этом нарушении являются воспалительные или алиментарно-трофические обменные патологические процессы, происходящие во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

А. Трейтель (1901) считал алалию следствием недостаточности внимания и памяти. А. Либман (1901) связывал неполноценность речи при алалии с интеллектуальной недостаточностью. А. Ивинг (1963) указывал на отсутствие у детей моторного образа слова как ведущего проявления в картине речевой неполноценности при нарушениях мозга. М. Зееман (1962) подчеркивал, что речь не развивается из-за нарушений мозговых центров речи (мозговых зон речи). Р. Лухзингер (1970), М. Берри (1957), М. Б. Эйдинова (1961), В. А. Ковшиков (1985) и другие отмечали ведущую роль в возникновении алалии природовых черепно-мозговых травм и асфиксии новорожденных.

Родовые травмы и асфиксии в ряде случаев являются следствием внутриутробной патологии. Это вызывает хроническое кислородное голодание и приводит к снижению функции дыхательного центра. Клетки мозга, и в первую очередь третьего слоя коры, более молодого в филоонтогенетическом отношении, являются наиболее чувствительными к кислородному голоданию. Третий слой коры мозга дает начало сложной системе ассоциативных связей, обеспечивающих формирование высших корковых функций человека, в первую очередь — речи и психики.

Среди этиологических факторов выделяются также внутриутробные энцефалиты, менингиты, неблагоприятные условия развития, интоксикация плода, врожденная отягощенность, внутриутробные или ранние прижизненные травмы мозга, болезни раннего детства с осложнением на мозг и т. д.

Внутриутробная патология приводит к диффузному поражению вещества мозга, родовые черепно-мозговые травмы и асфиксия новорожденных вызывают более локальные нарушения. Поражение различных областей коры головного мозга вызывают нарушения раз-

вития речевых и неречевых функциональных систем. Е. М. Мастюкова (1981), характеризуя алалию с позиций нейроонтогенеза, подчеркивает, что при действии любого вредного фактора в пренатальном или раннем постнатальном периоде, когда кора головного мозга находится еще в стадии формирования, трудно точно определить наличие локального дефекта, ибо поражение чаще носит более распространенный, диффузный характер. У ребенка в таком случае отмечается ММД — минимальная мозговая дисфункция.

По наблюдениям С. С. Корсакова и Н. И. Красногорского, алалия бывает следствием соматического заболевания, вызывающего истощение центральной нервной системы, в первую очередь гипотрофии. Ю. А. Флоренская подчеркивала, что в патогенезе алалии имеют место рахит, нарушения питания и сна в раннем детстве, часто повторяющиеся заболевания дыхательных путей. Эта точка зрения разделяется не всеми авторами. По-видимому, соматические заболевания лишь усугубляют воздействие патологических причин неврологического характера, которые являются ведущими.

Некоторые авторы (Р. Коэн, 1888; М. Зееман, 1961; Р. Лухзингер, А. Салей, 1977 и др.) подчеркивают роль наследственности, семейной предрасположенности в этиологии алалии. Однако убедительных научных данных о роли наследственности в происхождении алалии в литературе не приводится. В последние годы в возникновении алалии подчеркивается значительная роль минимальных мозговых повреждений (минимальной мозговой дисфункции). В большинстве случаев в анамнезе ребенка с алалией выделяется, как правило, не один, а целый комплекс патологических факторов.

Симптоматика и механизмы алалии

Алалия — не просто временная функциональная задержка речевого развития. Весь процесс становления речи при этом нарушении проходит в условиях патологического состояния центральной нервной системы.

М. Совак (1971) и другие исследователи, расширяя понятие «алалия», охватывают им все случаи отсутствия речи, ее замедленного формирования, не связанного с мутизмом как неврологическим отсутствием речи, отличающегося от распада речи при деменции и шизофрении, от снижения слуха и олигофрении.

К. П. Беккер и М. Совак (1981) выделяют в картине речевого недоразвития компоненты, связанные с преобладанием биологических, социальных причин или их комбинаций. То, что раньше называлось слухонемотой, по мнению исследователей, проявляется в задержке речевого развития специфического характера, обусловленной моторно-кинестетическими нарушениями или неблагоприятным социальным воздействием. Нарушение характеризуется многообразием симптоматики и не имеет единой нозологии. Симптомы выражены в различной степени, от тотальной до частичной немоты.

Характеризуя тяжелые формы недоразвития речи, в отличие от простых задержек речевого развития, М. Критчли (1971) подчеркивает наличие орально-фасциальных дискоординаций, дефектность двигательных навыков губ и языка, неправильное использование и понимание словесных символов. Детская афазия (алалия) определяется как неспособность или ограниченная способность ребенка использовать для общения символы (речевая асимволия). М. Критчли подчеркивает, что Всемирной неврологической федерацией (Италия, Варенна, 1966) было предложено полностью отказаться от термина «афазия», когда речь недоразвита, однако рекомендованные для обозначения таких случаев термины «врожденная алогия», «дисфазия» широкого распространения не получили.

При алалии имеют место речевые и неречевые симптомы, между которыми существуют сложные опосредованные соотношения. В симптоматике расстройств при алалии преобладающими являются языковые нарушения.

Алалия представляет собой системное недоразвитие речи, при котором нарушаются все ее компоненты: фонетико-фонематическая сторона, лексико-грамматический строй. Среди неречевых расстройств при алалии выделяют моторные, сенсорные, психопатологические симптомы.

Вопрос о механизмах алалии в настоящее время является наиболее сложным и дискуссионным.

Существующие концепции объяснения механизма алалии условно подразделяются на ***сенсомоторные, психологические*** и ***языковые.*** Сторонники сенсомоторных концепций связывают речевое недоразвитие при алалии с патологией сенсомоторных функций (слуховой агнозией, апраксией). В соответствии с психологическими концепциями при алалии отмечается патология некоторых сторон психической деятельности. Сторонники языковой концепции связывают недоразвитие речи с несформированностью языковых операций процесса восприятия и порождения речевых высказываний. Последняя точка зрения является более обоснованной и соответствует современным научным представлениям о речи как о многоуровневой деятельности, которая имеет сложную структуру и не может быть сведена только лишь к сенсомоторному уровню.

Классификация алалии

Алалия неоднородна по своим механизмам, проявлениям и степени выраженности речевого (языкового) недоразвития. На основе выбранного подхода к ее изучению и различий, наблюдаемых в картине алалии, исследователи называют несколько разновидностей нарушения.

В связи с тем что в основание различения форм положены разные критерии, имеются различные классификации алалии. Так, А. Либманн (1925) выделил следующие формы алалии: ***моторную слухонемоту, сенсорную слухонемоту, сенсомоторную слухонемоту,*** переходную форму между слухонемотой и тяжелым косноязычием.

Р. Е. Левина (1951) предлагает психологическую классификацию нарушения, выделяя группы детей с ***неполноценным слуховым*** (фонематическим) ***восприятием,*** с ***нарушением зрительного*** (предметного) ***восприятия*** и с ***нарушением психической активности.***

В. К. Орфинская (1963) разработала лингвистическую классификацию, выделяя по ведущему типу нарушения

языковых систем десять форм алалии с первичным или вторичным нарушением языковых систем: ***четыре формы моторной, четыре формы сенсорной недостаточности и две формы,*** связанные с ***двигательно-зрительными*** расстройствами, лежащими в основе недоразвития речи.

М. Зееман (1962) подразделяет центральные расстройства речи (дисфазии) детского возраста на ***экспрессивные дисфатические нарушения*** с типичными признаками моторной афазии, аграфии, алексии, с сохранным пониманием, и ***рецептивные дисфатические нарушения,*** сходные внешне с сенсорной афазией.

Авторы подчеркивают существенное отличие афазии детского возраста (алалии) от афазии взрослых: у детей нарушения не столь частые и постоянные, так как детский мозг находится в постоянном развитии и в нем быстрее возникают новые связи и формируются замещающие функции.

По В. А. Ковшикову (1985), встречаются ***импрессивные*** (сенсорные) и ***экспрессивные*** (моторные) формы алалии. Под экспрессивной алалией понимается языковое расстройство, характеризующееся нарушением усвоения языковых единиц и правил их функционирования, что проявляется в невозможности грамматических, лексических и фонематических операций при относительной сохранности смысловых и артикуляционных операций.

Е. Ф. Соботович (1985), анализируя нарушение с учетом психолингвистической структуры и механизмов речевой деятельности, выделяет алалии: с ***преимущественными нарушениями усвоения парадигматической или синтагматической систем языка.*** При моторной алалии, по мнению Е. Ф. Соботович, отмечается нарушение овладения знаковой формой языка (правилами сочетания и использования знаков в процессе порождения речи). Разделение форм алалии на сенсорную и моторную на начальных этапах развития ребенка несколько условно, лишь в дальнейшем можно выделить ведущий компонент нарушения. В ряде новейших исследований это деление проводится в терминах ***экспрессивной*** и ***рецептивной*** алалии (по аналогии с таким же делением афазии). Этими терминами подчеркивается не ***физиологический,*** а ***психологический*** подход к квалификации нарушения.

По мнению ряда специалистов (К. П. Беккер, М. Совак, 1981; М. Критчли, 1974, и др.), центральные нарушения речи при алалии бывают в виде вербальной акустической агнозии и вербальной моторной апраксии, типичной для последней формы является неспособность создавать и воспроизводить словесные символы, образцы.

Выделяются разные степени тяжести алалии: от простой словесной неловкости до полной неспособности пользоваться разговорной речью.

Таким образом, литературные данные по проблеме алалии многоаспектны и разноречивы. Речь как сложная функциональная система имеет динамическую локализацию, и вовлекаемые в речевую деятельность разные структуры мозга вступают друг с другом в постоянно меняющиеся связи. Сложно-организованный и полимодальный по своему строению речевой процесс не сводится исключительно к моторному уровню. Для детей с алалией типичны не только запаздывания появления экспрессивной речи, но и патологический ход ее развития.

■ Моторная (экспрессивная) алалия

Моторная алалия — это системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций.

Сторонники данной концепции объясняют речевую несформированность моторной недостаточностью (Р. Коэн, Г. Гутцман, Р. А. Белова-Давид, Н. Н. Трауготт, Ф. К. Орфинская и др.). Большинство авторов связывают алалию с кинетической или кинестетической апраксией и выделяют в связи с этим ***эфферентную*** и ***афферентную*** формы.

При ***афферентной алалии*** механизм нарушения речи сводится к кинестетической апраксии, при ***эфферентной*** — к кинетической апраксии (по аналогии с афазией). Есть сведения, что последняя из названных форм является преобладающей в 9—10 раз.

В свете современных представлений о речи как о многоуровневой деятельности моторные концепции вызывают определенные возражения. Апраксией можно объяснить различного рода ***артикуляционные расстройства*** (нарушения звукопроизношения, звукослоговой структуры слова). Однако языковые нарушения, которые являются ведущими при алалии, не могут быть объяснены моторной недостаточностью. Кроме того, и моторная недостаточность отмечается только у половины детей с алалией.

Согласно психологическим концепциям, механизм моторной алалии составляют нарушения психических процессов (мышления, памяти), а также соотношения отдельных этапов речевой деятельности.

И. Т. Власенко, В. В. Юртайкин (1981) подчеркивают, что выявляется диссоциация между структурными компонентами, составляющими речевую деятельность таких детей: у одних имеет место несформированность целевых установок при сохранности операционных возможностей, у других — недостатки в операционном звене деятельности при наличии достаточно стойкой мотивации. Страдает и контрольное звено за исполнительской деятельностью; нет возможности сличения результатов с исходными установками.

Современный психолингвистический подход нашел отражение в языковых концепциях (Е. Ф. Соботович, В. А. Ковшиков, Б. М. Гриншпун, В. К. Воробьева и др.).

В. А. Ковшиков (1985) полагает, что ядром нарушения при этой форме алалии является несформированность языковых операций производства высказывания (лексических, грамматических, фонетических) при относительной сохранности смыслового и моторного уровня порождения высказывания. Это дает основание интерпретировать алалию как преимущественно языковое нарушение. При моторной алалии может отмечаться и нарушение внутреннего программирования (глубинных синтаксических структур) в сочетании с несформированностью отбора слов, словосочетаний, с несформированностью речевых действий по построению фраз и текста.

Е. Ф. Соботович (1985) отмечает, что основным при моторной алалии является нарушение овладения знаковой формой языка, т. е. правилами сочетания и использования

знаков в процессе порождения речи. У детей не формируются операции программирования, отбора, синтеза языкового материала в процессе порождения высказывания; могут быть несформированными как операции выбора, так и операции комбинирования, следствием чего оказывается нарушенным языковое (и речевое) оформление высказывания. Нарушаются все аспекты лексико-грамматического структурирования: выбор слов и порядок их расположения, грамматическое маркирование и звуковое оформление высказывания. В целом это может быть охарактеризовано как несформированность психофизиологических механизмов, обеспечивающих усвоение, воспроизводство и адекватное восприятие знаков языка.

У ребенка с алалией заметно ограничены возможности овладения системой языковых знаков и самим инвентарем языковых средств различных уровней. Оказываются несформированными операции порождения, оформления высказывания, в частности, наряду с отбором фонем, нарушается внутрислоговое и межслоговое программирование (т. е. артикуляторная программа), и операции, реализующие глубинно-синтаксический и глубинно-семантический уровень, т. е. уровень внутренней речи.

В работах нейрофизиологического плана анализируется взаимосвязь нарушений субстрата мозга с характером речевого недоразвития. В работах психологического и лингвистического плана анализируются взаимоотношения нарушений речевых и общепсихологических функций, а также состояние речевой деятельности в структуре проявления нарушения. В связи с различиями в подходах одни и те же явления получают различную интерпретацию.

Симптоматика моторной алалии

Моторная алалия представляет собой сложный синдром, комплекс речевых и неречевых симптомов, отношения между которыми являются неоднозначными. В структуре речевого дефекта при моторной алалии ведущими являются языковые нарушения.

Речевая симптоматика

Недоразвитие речи при моторной алалии носит системный характер, охватывая все ее компоненты: фонетико-фонематическую и лексико-грамматическую стороны. По превалирующим признакам можно выделить группу детей с преобладающим ***фонетико-фонематическим*** недоразвитием (их меньшинство) и группу с преобладающим лексико-грамматическим недоразвитием. Предполагается, что первая из групп обусловлена ведущим поражением нижних отделов в центральной моторной области коры доминантного полушария, где концентрируются раздражения от мышц, связок, возникающие при выполнении артикуляционных движений, или в общей мускулатуре (при выполнении прочих движений). Вторая группа обусловлена поражением передних отделов моторной области коры мозга (нижние отделы моторно-премоторной зоны и активная речевая зона, располагающаяся в задних отделах нижней лобной извилины).

Развитие системы произношения у детей с алалией характеризуется качественным и количественным своеобразием, которое выявляется в той или иной мере у всех детей и на каждом из этапов речевого развития.

В работах нейрофизиологического плана артикуляторные нарушения прослеживаются в связи с затруднениями из-за недоразвития определенных зон коры мозга, обусловливающих затруднения тонких артикуляционных дифференцировок и приводящих к несформированности как самих звуков, так и слоговой структуры слова (Р. А. Белова-Давид, Н. Н. Трауготт).

В работах психолого-педагогического плана (Р. Е. Левина, В. К. Орфинская, А. К. Маркова, Е. Ф. Соботович, О. Н. Усанова и др.) фонетические нарушения рассматриваются в тесной связи с особенностями лексического и грамматического развития детей с алалией. Развитие фонетической стороны в значительной степени зависит от развития словаря и даже определяется им. Звуки появляются в ряде случаев спонтанно под влиянием развития словаря, однако их использование в составе слова сопряжено со значительными

затруднениями. Об этом свидетельствуют многочисленные ошибки при воспроизведении звукового состава слова детьми даже при условии правильного произнесения ими изолированных звуков.

В одних случаях расширение словаря стимулирует появление новых звуков, в других — сначала формируются отдельные артикуляции, а затем они закрепляются в словах. Отмечаются трудности возможного комбинирования отдельных элементов речи в единое целое. При алалии с трудом усваиваются сложные двигательные дифференцировки, не формируется динамический артикуляционный стереотип — затруднено слияние звуков при их правильном или неправильном проговаривании, отмечаются, по словам А. Р. Лурии, трудности денервации предыдущих артикуляций и плавного переключения от одной артикуляции к другой. Это приводит к перестановкам звуков и слогов, к упрощению и искажению структуры слов.

Признавая в целом, что при современном состоянии знаний точная локализация при алалии нарушенных звеньев невозможна, исследователи тем не менее описывают ряд нарушений речедвигательного и общедвигательного характера, которые лежат в основе речевых нарушений и обусловливают их.

У ребенка с алалией не формируются тонкие двигательные координации речевого аппарата. Нарушение аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора носит различный характер: оральная апраксия, нарушение последовательности, переключаемости и т. д. Наблюдаются поиски артикуляции, неумение выполнить определенное артикуляционное движение или действие (комплекс последовательных движений), трудности усвоения последовательности и переключаемости. Ведущим в этих случаях является нарушение двигательного характера, оно и определяет речевое артикуляторное расстройство. При этом вследствие кинетической или кинестетической апраксии страдают фонетическая и фонематическая системы.

В нормальных условиях артикуляционные движения и связанные с ними кинестетические импульсы, идущие от речевого аппарата в кору головного мозга, играют значи-

тельную роль в процессе звукового анализа и синтеза, по
могают уточнить звуковой состав слова, сохранить нужную
последовательность звукового ряда. При алалии ребенок не
может найти правильную последовательность звуков в сло
ве, слов во фразе, не может переключиться от одного слова
к другому. Это ведет к обилию парафазий, перестановок,
персеверации и свидетельствует о нарушении подвижности
основных нервных процессов, о застойных очагах возбуж
дения или торможения в речедвигательном анализаторе.
Как следствие этого у ребенка с моторной алалией при хо
рошем слухе и достаточном понимании речи, при отсутствии
параличей и грубых парезов артикуляционной мускулату
ры не развивается самостоятельная речь, долгое время ос
таваясь на уровне отдельных звуков, слов.

Чем больше степень недоразвития коры мозга, тем более
глубокой, грубой оказывается несформированность речевой
функции. Прослеживается прямая связь между нарушения
ми артикуляционного праксиса и организацией речевых дви
жений, а следовательно, экспрессивной стороны речи, с од
ной стороны, и с восприятием, пониманием речи — с другой.

Нередко дети из-за нечеткости звукового восприятия улав
ливают только отдельные элементы фразы и не могут свя
зать их в единую смысловую структуру. Эта ограниченность
понимания является вторичным проявлением основного де
фекта — недоразвития собственной речи. Имея крайне бед
ный активный словарь, дети могут обладать достаточным
пассивным словарем. На первый взгляд, понимание речи мо
жет не вызвать сомнения, но некоторые затруднения при по
нимании усложненных вариантов речи все-таки имеются.
Выявлены разные уровни понимания: от почти полного не
понимания грамматических форм до отдельных затруднений
в понимании единичных грамматических конструкций.

Отмечается несформированность ритмической структу
ры слова и фразы. Они сопровождаются нарушением мело
дики, темпа, ритма речи. Дети не улавливают ритм и не мо
гут воспроизвести предложенный ритмический рисунок
выстукиванием, похлопыванием.

При отраженном проговаривании ребенок продуцирует
только приблизительный контур, неясный звуковой комп

лекс вместо слова, употребляет несколько вариантов иска
жения одного и того же слова: «*пидора*», «*мидора*» — поми
дор; «*кубыка*», «*пузыка*», «*пузувиса*», «*кубиска*» — пуго
вица; «*фраль*», «*вираль*», «*фараль*» — февраль и т. д. По
мере увеличения словарного запаса трудности детей в овла
дении структурой слова становятся более заметными. Ко
личество подобных искажений резко возрастает и на протя
жении одного занятия, если ребенок утомляется. В речевом
потоке много оговорок, на которые дети обращают внима
ние и исправляют ошибочно сказанное только при уже от
носительно развитой речи и контроле за ней.

Словарный запас у детей с моторной алалией развива
ется медленно, искаженно, используется в речевой прак
тике неправильно. Бедность лексико-семантических
средств приводит к разнообразным заменам по сходству,
смежности, по контрасту (стирает — моет, топор — моло
ток, чашка — стакан и т. д.). Чаще выявляются замены по
внешним признакам предмета, реже — основанные на фун
кции (внутренних признаках). Замены слов по значению
обычно характеризуют более высокий уровень развития
речи ребенка. Как установлено В. К. Воробьевой (1985),
чаще диффузность значения и замены проявляется при
употреблении глаголов, чем существительных. Дети не
умеют пользоваться синонимами, антонимами, обобщаю
щими словами. Узок и однообразен у них запас прилага
тельных, наречий. На всех этапах развития речи выявля
ются трудности актуализации словаря, неумение отбирать
слова из лексического запаса и правильно употреблять наи
более уместные и точные в конкретном случае.

Словарный запас детей ограничен рамками обиходно-
бытовой тематики, качественно неполноценен (выявляется
неправомерное расширение и сужение значений слов, отме
чаются многочисленные ошибки в их употреблении), ребе
нок не может объяснить значение слов, не умеет пользовать
ся средствами словообразования.

Особенности нарушения грамматического строя речи
представлены в работах Н. Н. Трауготт, Р. Е. Левиной,
Б. М. Гриншпуна, С. Н. Шаховской, Е. Ф. Соботович,
В. А. Ковшикова и других исследователей.

Дети затрудняются при именном и глагольном управлении, при согласовании, не используют предлоги и союзы, в их речи нет четкости родовых и числовых окончаний и т. д. Неправильно используются смыслоразличительные приставки. Преобладают корневые слова, лишенные флексий, отмечается морфологическая неоформленность высказывания. У детей с алалией недостаточная вариативность в использовании грамматических средств; различение и употребление практически всех грамматических форм затруднено. Они не могут наблюдать, анализировать и обобщать языковые явления, производить мыслительные операции над языковым материалом, понимать и правильно использовать языковой знак — соотносить определенную морфему, слово с конкретным предметом, или явлением. Затрудняются при овладении числовыми формами существительных, глаголов, пользуются неизменяемыми словами, без форм и флексий («Книга, Таня!» — и жест просьбы). Такие аморфные фразы без оформления четких грамматических сочетаний, требующих флексий, союзов и других средств, делаются понятными только в определенной ситуации.

Процесс формирования предложений у детей с алалией выявляет ряд особенностей на всех этапах развития. Отмечаются разные виды аграмматизма (экспрессивный аграмматизм — нарушение грамматического строя собственной речи; импрессивный — затруднения при понимании грамматических конструкций): структурный аграмматизм, семантический аграмматизм и аграмматизм, связанный с неправильным оформлением связей слов в предложении.

Под ***структурным аграмматизмом*** понимается нарушение количества и динамической линейной последовательности слов в предложении, нарушение порядка слов. Чаще этот вид аграмматизма отмечается при более тяжелой речевой несформированности. Ребенок отвечает одним-двумя словами в сочетании с жестом. При недостаточности лексико-грамматических и фонетических средств у ребенка отмечается развитие мимико-жестикуляторной формы общения. Для выражения мысли он употребляет преимущественно номинативную форму существительного в правильном или искаженном падежном варианте. Грамматический строй развивается при

алалии замедленно и неравномерно, отмечаются недостатки формообразования и формоизменения, не усваиваются грамматические категории, синтаксические конструкции отличаются примитивностью.

Несформированность структуры предложения является при алалии следствием незрелости внутренних речевых операций — операций выбора слов и построения плана высказывания. Кроме того, ребенка затрудняет и сам процесс реализации отдельных слов и их сочетаний. Несформированность речевых операций (замысел, программирование, отбор и синтез речевого материала) выражается в том, что он не умеет лексически и грамматически правильно оформить мысль. Лексико-семантическая и лексико-грамматическая организация предложения неправильная, в ней отражается неполноценность предметных связей, воспринимаемых ребенком в окружающем. Это расценивается как ***семантический аграмматизм:*** диффузное расширение значения слова, замены ассоциативного характера и т. д.

Из-за ограничения возможностей овладения системой языковых знаков и дефицита самого инвентаря языковых средств различных уровней при моторной алалии страдают и номинативная, и предикативная функции речи, нарушается в целом коммуникативная деятельность, а также регулирующая и познавательная (когнитивная) функции. Речь при алалии не является полноценным средством коммуникации, организации поведения и индивидуального развития.

На начальных этапах формирования речи у ребенка с алалией отсутствует потребность общения в связной форме, это обусловлено нарушением общей и речевой активности (мотивационной активности), не формируется весь подготовительный этап, необходимый для реализации монологической речи. Взамен отсутствующей речи используются паралингвистические средства: жест, мимика, пантомима, интонация. Дети прибегают к перефразировкам, не оканчивают фраз, затрудняются при выражении главной мысли.

Значительные трудности выявляются у них при объединении предложений в связные высказывания, обнаруживается несформированность умения строить контекст, который требует сложной аналитико-синтетической деятельности.

Речь сбивчивая, непонятная, страдает временная и причинно-следственная связь.

Дети испытывают затруднения в овладении связной контекстной речью даже в случаях достаточного развития диалогической формы общения.

Наблюдается многообразие вариантов недоразвития речи: от полного безречья до частичного ее отсутствия. На этапах более высокого развития затруднения выявляются в развернутой речи, при усложнении ситуации общения, при выполнении специально подобранных заданий, в письменной речи. Недостаточная прочность навыка связной речи маскируется у ребенка предельным лаконизмом, скудностью речевых проявлений или, наоборот, многоречьем, тавтологией, перефразировкой.

Моторная алалия неоднородна по своим проявлениям: иногда отмечается преимущественная несформированность операций отбора языковых средств, т. е. фонематических, лексических и грамматических элементов, в других случаях преобладающее нарушение — несформированность операций комбинирования. Выявляется неравномерность нарушений языковой системы: алалии с преимущественной несформированностью фонематического или грамматического уровня языковой системы и алалии с относительно равномерной несформированностью всех языковых систем. Наблюдаются различия в возможностях речевой реализации тех языковых средств, которыми владеют дети.

Различия в проявлениях речевого недоразвития некоторыми авторами рассматриваются как разные степени проявления одного и того же нарушения, и они дифференцируют алалию по уровням речевого недоразвития, полагая, что ребенок в процессе своего развития проходит ряд этапов, для каждого из которых характерна своя картина нарушения.

Неречевая симптоматика моторной алалии

У детей с алалией выявляется несформированность не только речевой деятельности, но и ряда моторных и психических функций. При моторной алалии наблюдается невро-

логическая симптоматика различной степени выраженности: от стертых проявлений мозговой дисфункции и единичных знаков повреждения центральной нервной системы до выраженных неврологических расстройств (парезы), особенно пирамидной и экстрапирамидной систем. Оральная апраксия, по Н. Н. Трауготт, встречается у 10% детей с алалией. У них отмечается физическая недостаточность, соматическая ослабленность.

Выявляется общая моторная неловкость детей, неуклюжесть, дискоординация движений, замедленность или расторможенность движений. Отмечается понижение моторной активности, недостаточная ритмичность, нарушение динамического и статического равновесия (не могут стоять и прыгать на одной ноге, ходить на носках и на пятках, бросать и ловить мяч, ходить по бревну и т. д.). Особенно затруднена мелкая моторика пальцев рук. Имеются данные о преобладании у детей с моторной алалией левшества и амбидекстрии. Одни дети расторможены, импульсивны, хаотичны в деятельности, гиперактивны, другие, наоборот, вялые, заторможенные, инертные, аспонтанные.

У детей отмечается недоразвитие многих высших психических функций (памяти, внимания, мышления и др.), особенно на уровне произвольности и осознанности.

При алалии имеются особенности памяти: сужение ее объема, быстрое угасание возникших следов, ограниченность удержания словесных раздражителей и т. д. Особенно страдает вербальная память — произвольная, опосредованная, включающая память на слова, фразы, целостные тексты.

В ряде случаев у детей развиваются патологические качества личности, невротические черты характера. Как реакция на речевую недостаточность отмечаются замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обидчивость, склонность к слезам и т. д. Иногда дети пользуются речью только в эмоционально окрашенных ситуациях. Боязнь ошибиться и вызвать насмешку приводит к тому, что они стараются обойти речевую трудность, отказываются от общения речью, охотнее используют жесты.

Особенности личности ребенка связаны с недоразвитием центральной нервной системы и являются результатом того, что речевая неполноценность выключает его из детского коллектива и с возрастом все больше травмирует психику. Отмечаются трудности формирования гнозиса, праксиса, пространственного и временного синтеза, опосредованных речью, ограниченность и неустойчивость внимания, восприятия, продуктивной деятельности.

Специфические особенности в протекании познавательной предметно-практической деятельности детей с алалией различны по содержанию, степени обобщенности способов деятельности, по уровню выполнения. И. Т. Власенко, В. В. Юртайкин (1981), отмечая отставание в усвоении школьной программы у таких детей, говорят о несформированности у них обобщений, планирующей и регулирующей функции речи.

Вопрос об интеллекте детей с алалией решается исследователями неоднозначно. М. В. Богданов-Березовский (1909), Р. А. Белова-Давид (1972) и другие считают, что мышление у таких детей первично нарушено. Именно это приводит к недоразвитию языковой способности. М. В. Богданов-Березовский говорил, что детские афазии (алалии) не только связаны с нарушением определенных участков мозга и следствием этого имеют расстройство во всей речевой функции, но также обязательно находят свое отражение в общей сфере интеллекта.

Н. Н. Трауготт (1940, 1965), Р. Е. Левина (1951), М. Е. Хватцев, С. С. Ляпидевский, Н. А. Никашина и другие подчеркивают, что интеллект у детей вторично изменен в связи с состоянием речи, хотя положительной корреляции между уровнем недоразвития языка и интеллекта ими прямо не устанавливается. У детей есть познавательный интерес, достаточно развита предметно-практическая и трудовая деятельность, но отмечается замедление темпа мыслительных процессов, несформированность понятий и т. д.

При алалии своеобразно формируется речевое мышление, для которого необходимы полноценные языковые обобщения.

У детей с алалией отмечается бедность логических операций, снижение способности к символизации, обобщению и абстракции, нарушение орального и динамического праксиса, акустического гнозиса, т. е. у них снижены интеллектуальные операции, требующие участия речи. Недостаточность уровня обобщений проявляется в игровых действиях, несформированности ролевого поведения, навыков совместной (особенно сюжетно-ролевой) игры детей.

Малая речевая активность ограничивает запас общих понятий. Однако в большинстве случаев в картине своеобразия высшей нервной деятельности детей с алалией интеллектуальные расстройства являются вторичными.

Вопрос о состоянии мышления детей с алалией должен решаться дифференцированно, так как встречается многообразие вариантов речевого недоразвития.

Разные исследователи называют различные степени тяжести алалии. Р. Е. Левина выделяет три уровня речевого недоразвития (отсутствие общеупотребительной речи, начатки общеупотребительной речи и развернутая речь с элементами недоразвития во всей речевой системе), Н. Н. Трауготт, Л. В. Мелехова называют четыре периода (этапа) в формировании речи ребенка с алалией, О. В. Правдина говорит также о четырех, но других этапах. Принципиальных разногласий по этому поводу нет: первые из названных авторов более подробно рассматривают начальные периоды формирования речи, выделяя полное безречье или отдельные лепетные проявления, эмоциональные возгласы и т. д. О. В. Правдина считает целесообразным выделить в особый период появление у ребенка первой фразы.

В процессе развития учения об алалии Т. Б. Филичева представляет четвертый уровень речевого недоразвития (в дополнение к трем уровням по Р. Е. Левиной).

С возрастом и интеллектом ребенка указанные уровни ни в коем случае прямо не соотносятся: более старший может иметь худшую речь. Последовательная суммация всех уровней показывает условный путь развития речи каждого отдельного ребенка.

Деление на уровни не всегда может быть достаточно четким, так как между ними нет твердой границы, иногда только примерно можно говорить об отнесении речи ребенка к одному из названных уровней недоразвития. Полностью безречевые дети — явление достаточно редкое, чаще встречают-

ся случаи недоразвития речи, которые проявляются в той или иной степени. Четкая периодизация в развитии речи ребенка при моторной алалии отсутствует, выявляются запаздывание появления речи, непропорциональность формирования отдельных компонентов, устойчивое повторение ошибок.

В процессе развития речи детей с алалией прослеживается определенная положительная динамика: они переходят по состоянию речи с одного уровня на другой, более высокий, приобретают те или иные речевые навыки и умения, перестают быть неговорящими, но остаются детьми с недоразвитой речью. В ходе этого очень замедленного по темпам, но тем не менее поступательного развития у детей обнаруживаются дефекты, которые почти не поддаются спонтанной компенсации и с трудом преодолеваются при направленной коррекции. Большинство детей имеют общие дефекты, характерные для всех форм алалии: несформированность системы значений слов, дефекты грамматического структурирования, семантические дефекты. У них нарушается структурно-семантическое оформление как отдельных высказываний, так и связной речи.

В процессе школьного обучения обнаруживаются многочисленные затруднения в формировании умений и навыков письменной речи; из-за бедной речевой практики, несформированности языковых обобщений не формируется готовность к овладению грамотой и изучению грамматики.

Наряду с общими для моторной алалии дефектами наблюдаются проявления, характерные для ее определенной формы. Именно эти дефекты и составляют ядро нарушений, которые на начальных этапах развития речи не всегда удается обнаружить сразу, так как они оказываются замаскированными сопутствующими нарушениями.

Система коррекционного воздействия при моторной алалии

Алалия — медико-психолого-педагогическая проблема. Областью логопедии является определение принципов и методов коррекционного воздействия, направленного на развитие речи и личности ребенка. Систематическая длительная логопедическая работа дает в ряде случаев средства, достаточные для речевого общения ребенка, но иногда — только самую элементарную речь. В зависимости от характера нарушения эта задача решается дифференцированно применительно к моторной и сенсорной алалии.

Комплексный подход к формированию речи при алалии направляет внимание на становление всех функций речи, способствующих ее развитию и улучшению познавательной деятельности.

Ведется комплексная системная работа над речью и личностью в целом, при этом учитываются закономерности развития речевой функции в онтогенезе и закономерности строения языка.

Систематическая логопедическая работа направляется на восполнение пробелов в речевом развитии и подготовку к дальнейшему школьному обучению по специальным программам, или она ведется параллельно со школьным обучением в дополнение к нему. Преодоление речевого недоразвития строится так, чтобы в ходе работы возникла готовность к усвоению школьных знаний. Эффективной логопедическая работа может быть только в том случае, если она проводится ***комплексно*** на фоне активного медикаментозного и психотерапевтического лечения, проводимого врачом-психоневрологом (невропатологом, психиатром).

При работе используются разные приемы, методы, которые следует рассматривать не изолированно, а в комплексе, как имеющие общую направленность в коррекционно-воспитательном воздействии; задачи и содержание работы определяются в зависимости от речевых возможностей ребенка.

Работа направляется в первую очередь на создание механизмов речевой деятельности: формируется мотив, коммуникативное намерение, внутренняя программа высказывания, его лексическая разверстка, отбор лексико-грамматических средств, грамматическое структурирование. Для обогащения речевой практики развиваются умения в сознательном использовании знаний, вырабатывается овладение моделированием речевых операций.

Недопустима стандартизация методических приемов: отбор языкового и дидактического материала, определение его последовательности — вариативны.

Учитывается не только специфика речевого недоразвития, но и особенности личности каждого ребенка, его интересы, компенсаторные возможности. Устраняются воспитательным воздействием невротические наслоения в характере ребенка, ведется работа по воспитанию сознательной целенаправленной личности. Устраняется травмирующее ребенка воздействие окружающей среды, у него вырабатывается правильное отношение к собственному речевому недоразвитию и к работе по его преодолению. Речь совершенствуется в комплексе с развитием сенсорных и общедвигательных возможностей.

Обращается внимание на развитие мелкой моторики: детей учат линовать, раскрашивать, штриховать, завязывать узелки, выкладывать узоры из мозаики и геометрического материала и т. д. Установлено, что если дети отстают в развитии движений пальцев рук, то они отстают и в развитии речи. По мере тренировки движений руки совершенствуется состояние речи.

На начальных этапах работы формируется психофизиологическая основа речи, вырабатываются установки на деятельность и коммуникацию, ребенок подводится к необходимости общения, развивается потребность в нем. Важно сформировать у ребенка мотивационную основу высказывания, развить речевую и психическую активность, функции подражательной деятельности и отраженной (репродуцированной) речи.

Воспитание мотива деятельности и организация программы высказывания создают необходимую базу, ключевые звенья для развития речи, которые сами по себе у ребенка с алалией не формируются. Основными из этих звеньев являются развитие предикативной системы и овладение элементами грамматического строя.

Преодолеваются не только речевые, но и неречевые нарушения; развиваются процессы анализа, синтеза, внимания, восприятия, обобщения, противопоставления, которые в совокупности составляют необходимый фундамент для

речевого развития. Ребенка учат различать, называть и систематизировать предметы по форме, величине, цвету, для этого используются различные игры. Ведется обучение выделению и называнию положения предмета по отношению к окружающим (вверху, посередине и т. д.). При преодолении несформированности зрительного восприятия и пространственного сличения, формировании временных и пространственных представлений используют игры с активным перемещением ребенка в пространстве, перестраивания, направленную ходьбу и т. д.

Ведется работа по различению деталей фигур и их целостного облика, анализируются сложные фигуры с большим количеством элементов, развивается осмысление конструкций и способность конструировать. Операции анализа, синтеза, обобщения неречевого материала (сравнение, сопоставление, противопоставление, выявление сходства и различия предметов, сравнение по признакам — цвет, величина, форма), установление причинно-следственных взаимоотношений создают необходимые предпосылки для формирования речи.

Эффективным для развития речи оказывается использование ритмики и логоритмики, когда музыка, слово и движение, сочетаясь в разных упражнениях, формируют двигательную и речедвигательную деятельность, память, обеспечивают восполнение пробелов в ритмическом, речевом и личностном развитии детей.

Для развития речи необходима практика общения на доступном для ребенка уровне: операции с отдельными словами (покажи, повтори, назови), с фразами, не объединенными смысловым контекстом (понимание вопросов, ответы на них в развернутой форме), с фразовым материалом, объединенным смысловым контекстом на фоне эмоциональной и семантически значимой для ребенка ситуации (попросить игрушку, выбрать вид занятий и т. д.), со знакомой картинкой, играми с использованием диалогической и затем монологической речи, с опорой на наглядность и без нее и т. д. Постепенно увеличиваются объем и трудность лексико-грамматического материала.

Работа над речью связана с предметно-практической деятельностью ребенка и опирается на нее. Вырабатывается

осознание ребенком собственных действий (я сижу, иду, несу) и действий других (Вова сидит, идет, несет; мяч, упал; лампа горит). По мере развития речевых возможностей ребенка учат строить связные и полные объяснения по ходу выполняемых действий, по поводу выполненных (отчет) и предстоящих (планирование) действий.

Воспитывая активное внимание, понимание, логопед приучает ребенка внимательно дослушивать фразу до конца, понимать оттенки лексико-грамматических форм, вопросы, в которых скрыты разнообразные предметные отношения (Чем едят? Что едят? Из чего едят? Кто моет руки? У кого будут чистые руки? Зачем моют руки? Чем моют? и т. д.). У детей вырабатывается сознательная наблюдательность при употреблении лексико-грамматических форм, интонаций, закрепляется понимание флективных отношений, связи слов в разнообразных сочетаниях, последовательности словесных и грамматических структур.

Важным считается привлечение разных анализаторов — слухового, зрительного, тактильного. Ребенок должен пронаблюдать, прослушать название предмета или действия, изобразить жестом обозначения или назначения, назвать сам и т. д. В результате этого в сознании ребенка возникают дополнительные связи, материал закрепляется прочнее.

С опорой на деятельность многих анализаторов используются сопоставления и противопоставления, которые И. П. Павлов рекомендовал как основные методы формирования дифференцировок. В работе применяются дополнительные опоры, в том числе символика и моделирование, знаково-символические средства.

Рекомендуется преимущественно игровая форма работы, так как она возбуждает интерес, вызывает потребность в общении, способствует развитию речевого подражания, моторики, обеспечивает эмоциональность воздействия, однако и игре в ряде случаев таких детей приходится специально обучать, так как игровые действия у них могут быть не сформированы.

Эффективность работы зависит от оснащенности занятий наглядным материалом.

Вне зависимости от этапа работы воздействие направляется на всю систему речи: расширение, уточнение словаря, формирование фразовой и связной речи, коррекция звукопроизношения, но на каждом из этапов выделяются специфические задачи и особенности содержания работы.

На ***первом этапе*** работы основным является воспитание речевой активности, формирование пассивного и активного словаря, доступного пониманию и воспроизведению. Ведется работа над диалогом, небольшим простым рассказом, нераспространенными, затем распространенными предложениями, формируются психофизиологические предпосылки речевой деятельности и первоначальные навыки в ситуации общения.

На ***втором этапе*** формируется фразовая речь на фоне усложнения словаря и структуры фразы. Ведется работа над распространением предложений, их грамматическим оформлением, над диалогом и рассказом описательного характера, формируются высказывания как основные единицы речевого действия.

На ***третьем этапе*** основным является формирование связной речи — особо сложной коммуникативной деятельности, коммуникативных умений, автоматизация грамматических структур.

На каждом из этапов формируются все стороны речевой деятельности.

Путем практических упражнений дети подводятся к пониманию связи слов в предложении и учатся правильно отражать их в речи. При формировании речевых умений — морфологических, грамматических и фонематических обобщений и противопоставлений — важно, не допуская механических тренировок, для осознания связей, смысла больше внимания уделять анализу, учить наблюдать и обобщать языковой материал разного уровня. Постепенно повышается уровень интеллектуализации речевых высказываний путем обозначения в речи действий, качеств, свойств предметов и их элементов, отношений и связей. Из наглядной ситуации ребенком выделяются предметы, действия и на этой основе сравниваются формы слов, конструируются различные предложения. Сначала сравнива-

ются резко контрастные признаки предметов, а затем более сходные.

Используются различные приемы словарной работы: на туральные (демонстрация предметов, действий, картинок ситуации), словесные (соотнесение слова с известными сло вами по сходству, противоположности) и др. Накапливает ся словарь разных частей речи.

Виды работы над словарем: подбор предметов к действию (кто летает, бегает), называние частей целого (колесо, фара), подбор од нокоренных слов (лес — лесник), отгадывание предмета по описа нию, подбор синонимов, антонимов, составление уменьшительно-ла кательных слов и т. д. Параллельно с усвоением словаря по темам («Игрушки», «Овощи», «Семья» и т. д.) вырабатывается умение упот реблять определенную грамматическую форму слов (единственное и множественное число, падежные формы и др.).

Выполняя действия с предметами, дети комментируют их: лью молоко, наливаю молоко в бутылку, дую на молоко и т. д. У них вырабатывается умение отвечать на вопросы и задавать их, приду мывать предложения по слову, опорным словам, по серии картинок составлять загадки о предметах, давать сопоставительное описание двух или более предметов и т. д. Поощряется многообразие вариан тов ответов, что способствует активному выбору необходимой грам матической формы подходящего слова, воспитывает интерес к слову и средствам речевой выразительности.

При формировании грамматических навыков используются раз ные виды упражнений: репродукция словосочетаний, имитационные, подстановочные и трансформационные упражнения. Такие упражне ния носят коммуникативный характер, они близки к процессу обще ния. Для автоматизации грамматических структур последовательно отрабатываются разные модели предложений: им. п. и согласованный глагол (Вова сидит); им. п., согласованный глагол и прямое дополне ние (Мальчик читает книгу); им. п., согласованный глагол и два зави симых падежа (Мама дала девочке книгу — дат и вин. п.); им. п., согласованный глагол и два других зависимых падежа (Девочка рису ет дом карандашом) (вин. п. и тв. п.) и т. д.

Разумеется, ребенку не сообщается никаких сведений по грамматике, работа предусматривает лишь практическое

знакомство с наиболее частотными моделями словоизменения и словообразования, построения предложений. Общий порядок работы над любой грамматической категорией следующий: сначала ребенок наблюдает, как конструирует определенную модель логопед, затем включается в подражательную речевую деятельность, употребляя и изолированную грамматическую форму, и грамматическую форму в развернутой речи. Аграмматизм в собственной речи сглаживается при упреждающем преодолении импрессивного аграмматизма.

Овладение грамматическим строем идет одновременно с обогащением словаря и практическим освоением предложения как единицы речи. Усвоение грамматического строя — это дифференциация (разделение, вычленение, расчленение) по слуху и запоминание языковых представлений о том, как и когда используются в речи определенные элементы (суффиксы, приставки, предлоги, окончания и т. д.). Рекомендуются беседы, наблюдения за предметом и действием, игры, опора на вербальный образец и т. д. Средствами обучения языку являются дидактический материал, языковой материал педагога, организация упражнений, выбор бытовых ситуаций для использования в целях развития практики общения детей, речевое общение при играх и др.

Постоянно имеется в виду основная задача работы — формирование процесса и средств общения у ребенка. От диалога в межличностном общении постепенно переходят к монологической речи, развивая побуждения к ней (сообщить важную новость, рассказать об увиденном и т. д.); при этом важным стимулом является интерес ребенка к окружающему, вырабатывается активное речевое поведение в ситуативном общении. Всегда учитывается уровень общей ориентировки ребенка в окружающем и развития речевых возможностей, развивается контактность и потребность в общении. Инициатива речевого общения постепенно переходит от логопеда к ребенку.

Обеспечение речевой практики предваряется работой по сознательному различению, выделению и обобщению морфологических элементов и синтаксических конструкций. Обращается внимание ребенка на изменение значения и зву-

чания (погладь руку — погладь рукой, нарисуй карандаш нарисуй карандашом и др.).

При работе над предложением выделяется главная мысль, логическое ударение, используется изменение его места, задания предусматривают ответы на вопросы, распространение и реконструирование предложений. Используя прием синонимизации, предлагают сказать по-другому, выразить ту же мысль, но иными языковыми средствами. Подобные упражнения вырабатывают у ребенка чувство языка, обеспечивают активизацию лексического запаса, закрепляют грамматико-синтаксические модели.

Работа над связной речью начинается с формирования мотива деятельности и организации развернутой программы высказывания. В качестве плана высказывания используются серии сюжетных картин, символика, подстановочные картинки с изображением отдельных эпизодов или отдельных предметов. Дети раскладывают картинки в нужной последовательности, отвечают на вопросы по отдельным эпизодам, составляют рассказ по опорным словам сначала с помощью логопеда, затем самостоятельно.

При формировании связной монологической речи закрепляется умение детей строить и отдельные предложения и целостный текст.

Сравнительно рано детей с алалией начинают обучать грамоте, это расширяет их речевые возможности. Прочитанный и записанный материал лучше закрепляется, обеспечивается формирование речевой деятельности. Грамота помогает ребенку осваивать структуру слов и фраз, через чтение и письмо он контролирует и корригирует свою речь. Обучение грамоте таких детей требует удлинения сроков и использования специальных приемов. При овладении письменной речью выявляется вторичная дисграфия и дислексия.

Для детей с алалией школьного возраста требуется особая организация обучения, которая осуществляется в условиях школы для детей с тяжелыми речевыми нарушениями.

Дети с легко выраженным недоразвитием речи могут обучаться, хотя и со значительными затруднениями, в общеобразовательной школе, а параллельно заниматься на логопедическом пункте.

На логопедических занятиях восполняются пробелы в речевом развитии детей, проводится работа по совершенствованию коммуникативной и обобщающей функции их речи. Поскольку у некоторых учащихся из-за трудностей в обучении и ситуаций неуспеха возникает иногда отрицательное отношение к учению, на логопедических занятиях стимулируется развитие их познавательной активности и учебной деятельности.

Для подготовки детей к школьному обучению организовываются специализированные дошкольные и медицинские учреждения (логопедические группы или детские сады для детей с тяжелыми нарушениями речи, стационары, диагностические и коррекционные центры, санатории). В каждом из учреждений проводится согласованная работа медико-педагогического персонала, направленная на формирование у детей речи, обеспечивается единый речевой режим. Воспитатели ведут подготовку к логопедической работе или закрепляют ее (формирование понятий, обогащение словаря, развитие и уточнение речевых оборотов, развитие связной речи и т. д.). На логопедических занятиях дети практически овладевают моделями словообразования и словоизменения, построением предложений и связного текста, у них формируется фонематическое восприятие и звуковой анализ.

Многие дети с алалией получают начальную помощь у логопедов в детских поликлиниках и психоневрологических диспансерах.

Обучение речи наиболее тяжелых детей идет успешнее в условиях стационара, где есть возможность целенаправленно осуществлять весь комплекс медико-психолого-педагогических мероприятий, направленных на развитие речи и личности ребенка с алалией, обеспечить контакт в работе логопеда, воспитателя, врача, психолога. Такая же работа проводится в центрах социальной помощи семье и детям.

Логопедическая работа эффективна только при систематическом специфическом лечении ребенка.

Мощным источником речевого развития таких детей является их общение с нормально говорящими людьми. Хотя

общение и не считается единственным фактором, определяющим уровень развития речи и познавательной активности, наиболее эффективным оказывается формирование речи в процессе коммуникации на основе максимального развития активности общения и познавательных возможностей детей.

Работа производится преимущественно в группе, при этом используется детская подражательность, создается эмоциональный фон, эффект соревнования, у детей формируется навык коллективной работы, что важно для предстоящего школьного обучения и социальной адаптации.

Работа строится индивидуализированно, в зависимости от речевых и личностных особенностей детей. Дифференцированные приемы работы делают коррекционное воздействие наиболее результативным.

Авторы называют различные сроки ликвидации алалии: одни считают, что достаточно нескольких месяцев (Либманн, 1924), другие полагают, что работа должна вестись годами и прогноз неопределенный (М. В. Богданов-Березовский, 1909). По мнению В. К. Орфинской, Л. В. Мелеховой, вопрос о сроках начала работы и продолжительности ее должен решаться в каждом случае особо исходя из характера и степени речевого недоразвития, из индивидуальных особенностей ребенка и других факторов. Наиболее благоприятным возрастом для начала работы являются 3—4 года, когда у ребенка появляется стремление к знаниям, необходимые для работы активность, осознанность, заинтересованность, критичность.

Положительная динамика при алалии выявляется при учете следующих факторов: раннее распознавание недоразвития, своевременное предупреждение вторичных отклонений, учет нормального онтогенеза, системность воздействия на все компоненты речи с преимущественным акцентом на преодоление лексико-грамматического недоразвития, дифференцированный подход к детям, формирование речи с одновременным воздействием на сенсорно-интеллектуальную и аффективно-волевую сферу, единство формирования речевых процессов, мышления и познавательной активности и др.

Сенсорная алалия

Сенсорная алалия является нарушением понимания речи вследствие недостаточности работы речеслухового анализатора при преимущественном поражении височной доли доминантного полушария.

Отмечается недостаточность анализа и синтеза звуковых раздражителей, поступающих в кору головного мозга. Вследствие этого не формируется связь между звуковым образом и обозначаемым им предметом. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь, так как у него не развиваются фонематические дифференциации в воспринимающем механизме речи.

Возникающие под влиянием звучащего слова возбуждения не передаются в другие анализаторы из-за недоразвития мозговых клеток, и вся сложная динамическая структура, связанная со словом, не возбуждается. При сенсорной алалии имеется тяжелое нарушение аналитико-синтетической деятельности коркового конца речеслухового анализатора (в клетках верхневисочной извилины — петля Гешля), в которой происходит первичный анализ речевых звуков. У детей не формируется фонематическое восприятие, не дифференцируются фонемы и не воспринимается слово целиком, отмечаются несформированность акустико-гностических процессов, понижение способности к восприятию речевых звуков.

Сенсорная алалия менее изучена, чем моторная алалия. В некоторой степени это связано с тем, что количество детей с таким нарушением относительно невелико, а его распознавание и дифференциальная диагностика с другими видами нарушений затруднены. Проблема сенсорной алалии на протяжении всей истории ее изучения вызывала острые дискуссии. С течением времени менялись требования к диагностике, понимание нарушения то сужалось, то неоправданно расширялось. Существование сенсорной алалии как самостоятельного нарушения и сейчас у отдельных исследователей вызывает сомнения, иногда полагают, что диагноз ставится без необходимых оснований.

При отсутствии или недостаточности понимания речи прежде всего возникает вопрос о состоянии слуха человека. Как показали многократные специальные исследования, в подавляющем большинстве случаев дети с сенсорной алалией имеют некоторое незначительное снижение тонального (физического) слуха, но оно не столь серьезно, чтобы быть тормозом в развитии понимания речи.

Например, Н. Н. Трауготт сообщает о детях, которые слышали обращенную к ним речь на расстоянии 6 м — это нормальный уровень восприятия речи средней громкости при нормальном слухе, но смысл слышимого оставался детям непонятным, хотя при этом они не были умственно отсталыми. По мнению исследователей, если и есть при сенсорной алалии снижение слуха, оно не является ведущим в картине речевого недоразвития. Неполноценность восприятия объясняется не снижением слуха, а специфическим состоянием коры головного мозга.

Ю. А. Флоренская отмечала, что при сенсорной алалии (сенсорно-акустическом синдроме) имеется особое состояние акустической невозбудимости и истощаемости слуховой функции. Это приводит к неустойчивости слуховых реакций, трудностям образования слуховых дифференцировок, неполноценности слухового анализа и синтеза.

Проверка слуха у детей с сенсорной алалией очень трудна, при исследовании на специальной электроакустической аппаратуре обнаруживается слуховая неустойчивость: сигналы одинаковой частоты и громкости то воспринимаются, то не воспринимаются.

Особенности слухового внимания и восприятия при сенсорной алалии, их замедленность, неустойчивость, колебания (непостоянство слуховых реакций ребенка на звуковые раздражители) затрудняют правильную оценку состояния слуха. Реакция на звук прямо не зависит от его интенсивности. Отмечается нарушение произвольного слухового внимания: дети не слушают, не вслушиваются в звуки, быстро утомляются, отвлекаются, теряют интерес к звучаниям, слуховая функция истощается. Аудиометрические исследования бывают более убедительными, когда их проводят неоднократно и только после того, как ребенок свыкнется с ситуацией и правильно будет понимать задания.

Окончательный вывод о состоянии слуха ребенка делают только после сопоставления нескольких аудиограмм, взяв за предполагаемые показатели наиболее близкие совпадения данных 8–10 исследований.

При сохранности звукопроводящей функции слухового анализатора у детей отмечается неспособность локализовать звук в пространстве, выявляется нарушение слуховой памяти, индифферентность к звуковым раздражителям. Обращенный сигнал (речь взрослого) оказывается слишком слабым, чтобы вызвать понимание, интерес и ответ. Невключение внимания и его быстрая истощаемость — типичные проявления в картине недостаточности.

Н. Н. Трауготт, С. И. Кайданова (1975) отмечают у детей с сенсорной алалией понижение слуха на тоны высокой частоты и своеобразие нарушения тонального (неречевого) и речевого слуха: у них избирательно затруднено образование условных связей на звуковые раздражители достаточной для ребенка громкости.

При нормальном развитии понимание начинается с того, что происходит различение воспринимаемых слов, их узнавание, при этом вырабатываются нервные связи, благодаря которым разные звукосочетания связываются в слова. Звуки произносятся и воспринимаются в слове в определенном порядке. Между звучанием и значением устанавливаются связи, вырабатывается система связей. Постепенно возникают и закрепляются ассоциации звуковых комплексов со зрительными, осязательными и другими ощущениями.

При сенсорной же алалии связь между словом и предметом (действием), который он обозначает, не формируется. Это явление исследователи называют ***замыкательной акупатией***. Неполноценность слуха при сенсорной алалии исследователи объясняют обширностью очага недоразвитых или пораженных клеток коры головного мозга, отсутствием узколокализованного характера поражения в детском мозгу.

Иногда дети с сенсорной алалией безосновательно направляются в специальные учреждения для глухих и слабослы-

шащих детей. Н. Н. Трауготт (1940), исследовав 200 глу хих учащихся специальной школы, у 8 из них обнаружила сенсорные нарушения, которые ошибочно квалифицирова лись как нарушения слуха.

Нарушение понимания при сенсорной алалии существен но отличается от нарушения, вызванного снижением слуха. Наблюдения показывают, что обычно у слабослышащих бы вает достаточно стабильный, устойчивый порог восприятия, ниже которого дифференциация звуковых сигналов стано вится невозможной. Сенсорное же нарушение отличается от сниженного слуха отсутствием четкого порога восприятия, у ребенка отмечается мерцающее непостоянство слуховой фун кции: сигналы одинаковой громкости то воспринимаются, то не воспринимаются. Это зависит от повышенной возбуди мости или заторможенности ребенка, от его соматического и нервного состояния, от психической активности, особенно стей окружающей среды, обстановки обследования, способо подачи сигналов и ряда других факторов. Недоразвитие или раннее поражение мозга приводит к снижению работоспособ ности незрелых мозговых клеток, в которых не могут нор мально протекать высшие нервные процессы.

Иногда дети лучше воспринимают речь окружающих утром после ночного сна рабочая функция коры мозга выше, а к вечеру по мере нарастающего утомления понимание речи ухудшается. В дру гих случаях дети лучше воспринимают речь вечером, так как, види мо, утром еще продолжает действовать тормозной фон после ночного сна, а к вечеру, по мере тренировки, восприятие несколько улучша ется, клетки мозга как бы включаются в рабочий ритм.

Увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание сла бослышащих детей и приводит к обратному эффекту у детей с сенсор ной алалией. Сверхсильные раздражители вызывают запредельно ох ранительное торможение в коре головного мозга, и недоразвитые клетки впадают при этом в состояние функциональной блокады, повышается тормозной процесс, клетки выключаются из деятельности. Более ти хую спокойную речь ребенок с сенсорной недостаточностью обычно вос принимает лучше, чем речь повышенной громкости, крик. Использо вание слуховых аппаратов улучшает восприятие слабослышащих и не приводит к улучшению восприятия при сенсорной алалии.

Хотя однозначного мнения о состоянии слуха у детей с сенсорной алалией нет, в отдельных исследованиях установлено, что может отмечаться незначительное снижение слуха на всем диапазоне частот, повышенная истощаемость слухового внимания и восприятия.

Возможность восприятия при сенсорной алалии находится в зависимости от темпа поступления звуковых раздражителей, наличия интервала между ними, качества звуков, предъявляемых для восприятия. Чистые тоны воспринимаются обычно хуже.

В отличие от слабослышащих дети с сенсорной алалией часто имеют ***гиперакузию*** — повышенную чувствительность к звукам, безразличным для окружающих: шум сминаемой бумаги, шуршание спичек в коробке, звук капающей воды, тихий скрип и т. д. Слабослышащие эти сигналы не воспринимают. Здоровые люди слышат такие звуки, но относятся к ним индифферентно, не реагируют на них, за исключением моментов утомления, раздражения, психической дискомфортности, повышенной нервозности. Дети с сенсорной алалией воспринимают такие звуки обостренно, дают на них болезненную реакцию: проявляют беспокойство, плачут, жалуются на боль в ушах и голове, на другие неприятные ощущения. Это является лишним свидетельством сохранности у ребенка слуха и показателем того, что непривычные звучания иногда становятся сверхсильным раздражителем для незрелых клеток коры мозга. Иногда на незнакомые звуки любой громкости дети с сенсорной алалией не реагируют совсем.

Дети с сенсорной алалией спонтанно могут повторить отдельные слоги, звукосочетания, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего, без специального обучения, хотя повторение их является нестойким. Дети с нарушенным слухом в тяжелой степени самостоятельно обычно почерпнуть слова и фразы из окружающего не могут. Подражание звукам при сенсорной алалии непостоянно и во многом зависит от ситуации. Сенсорное нарушение характеризуется тем, что дети не могут образовывать связи между предметом и его названием, у них не формируется предметная соотнесенность слышимых и произносимых ими

шащих детей. Н. Н. Трауготт (1940), исследовав 200 глу
хих учащихся специальной школы, у 8 из них обнаружила
сенсорные нарушения, которые ошибочно квалифицирова
лись как нарушения слуха.

Нарушение понимания при сенсорной алалии существен
но отличается от нарушения, вызванного снижением слуха.
Наблюдения показывают, что обычно у слабослышащих бы
вает достаточно стабильный, устойчивый порог восприятия,
ниже которого дифференциация звуковых сигналов стано
вится невозможной. Сенсорное же нарушение отличается от
сниженного слуха отсутствием четкого порога восприятия, у
ребенка отмечается мерцающее непостоянство слуховой фун
кции: сигналы одинаковой громкости то воспринимаются,
то не воспринимаются. Это зависит от повышенной возбуди
мости или заторможенности ребенка, от его соматического и
нервного состояния, от психической активности, особенно
тей окружающей среды, обстановки обследования, способо
подачи сигналов и ряда других факторов. Недоразвитие или
раннее поражение мозга приводит к снижению работоспособ
ности незрелых мозговых клеток, в которых не могут нор
мально протекать высшие нервные процессы.

Иногда дети лучше воспринимают речь окружающих утром после ночного сна рабочая функция коры мозга выше, а к вечеру по мере нарастающего утомления понимание речи ухудшается. В других случаях дети лучше воспринимают речь вечером, так как, види мо, утром еще продолжает действовать тормозной фон после ночного сна, а к вечеру, по мере тренировки, восприятие несколько улучша ется, клетки мозга как бы включаются в рабочий ритм.

Увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание сла бослышащих детей и приводит к обратному эффекту у детей с сенсор ной алалией. Сверхсильные раздражители вызывают запредельно ох ранительное торможение в коре головного мозга, и недоразвитые клетки впадают при этом в состояние функциональной блокады, повышается тормозной процесс, клетки выключаются из деятельности. Более ти хую спокойную речь ребенок с сенсорной недостаточностью обычно вос принимает лучше, чем речь повышенной громкости, крик. Использо вание слуховых аппаратов улучшает восприятие слабослышащих и не приводит к улучшению восприятия при сенсорной алалии.

Хотя однозначного мнения о состоянии слуха у детей с сенсорной алалией нет, в отдельных исследованиях установлено, что может отмечаться незначительное снижение слуха на всем диапазоне частот, повышенная истощаемость слухового внимания и восприятия.

Возможность восприятия при сенсорной алалии находится в зависимости от темпа поступления звуковых раздражителей, наличия интервала между ними, качества звуков, предъявляемых для восприятия. Чистые тоны воспринимаются обычно хуже.

В отличие от слабослышащих дети с сенсорной алалией часто имеют ***гиперакузию*** — повышенную чувствительность к звукам, безразличным для окружающих: шум сминаемой бумаги, шуршание спичек в коробке, звук капающей воды, тихий скрип и т. д. Слабослышащие эти сигналы не воспринимают. Здоровые люди слышат такие звуки, но относятся к ним индифферентно, не реагируют на них, за исключением моментов утомления, раздражения, психической дискомфортности, повышенной нервозности. Дети с сенсорной алалией воспринимают такие звуки обостренно, дают на них болезненную реакцию: проявляют беспокойство, плачут, жалуются на боль в ушах и голове, на другие неприятные ощущения. Это является лишним свидетельством сохранности у ребенка слуха и показателем того, что непривычные звучания иногда становятся сверхсильным раздражителем для незрелых клеток коры мозга. Иногда на незнакомые звуки любой громкости дети с сенсорной алалией не реагируют совсем.

Дети с сенсорной алалией спонтанно могут повторить отдельные слоги, звукосочетания, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего, без специального обучения, хотя повторение их является нестойким. Дети с нарушенным слухом в тяжелой степени самостоятельно обычно почерпнуть слова и фразы из окружающего не могут. Подражание звукам при сенсорной алалии непостоянно и во многом зависит от ситуации. Сенсорное нарушение характеризуется тем, что дети не могут образовывать связи между предметом и его названием, у них не формируется предметная соотнесенность слышимых и произносимых ими

шащих детей. Н. Н. Трауготт (1940), исследовав 200 глу хих учащихся специальной школы, у 8 из них обнаружила сенсорные нарушения, которые ошибочно квалифицирова лись как нарушения слуха.

Нарушение понимания при сенсорной алалии существен но отличается от нарушения, вызванного снижением слуха Наблюдения показывают, что обычно у слабослышащих бы вает достаточно стабильный, устойчивый порог восприятия. ниже которого дифференциация звуковых сигналов стано вится невозможной. Сенсорное же нарушение отличается от сниженного слуха отсутствием четкого порога восприятия, у ребенка отмечается мерцающее непостоянство слуховой фун кции: сигналы одинаковой громкости то воспринимаются, то не воспринимаются. Это зависит от повышенной возбуди мости или заторможенности ребенка, от его соматического и нервного состояния, от психической активности, особенно стей окружающей среды, обстановки обследования, способов подачи сигналов и ряда других факторов. Недоразвитие или раннее поражение мозга приводит к снижению работоспособ ности незрелых мозговых клеток, в которых не могут нор мально протекать высшие нервные процессы.

Иногда дети лучше воспринимают речь окружающих утром после ночного сна рабочая функция коры мозга выше, а к вечеру по мере нарастающего утомления понимание речи ухудшается. В дру гих случаях дети лучше воспринимают речь вечером, так как, види мо, утром еще продолжает действовать тормозной фон после ночного сна, а к вечеру, по мере тренировки, восприятие несколько улучша ется, клетки мозга как бы включаются в рабочий ритм.

Увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание сла бослышащих детей и приводит к обратному эффекту у детей с сенсор ной алалией. Сверхсильные раздражители вызывают запредельно ох ранительное торможение в коре головного мозга, и недоразвитые клетки впадают при этом в состояние функциональной блокады, повышается тормозной процесс, клетки выключаются из деятельности. Более ти хую спокойную речь ребенок с сенсорной недостаточностью обычно вос принимает лучше, чем речь повышенной громкости, крик. Использо вание слуховых аппаратов улучшает восприятие слабослышащих и не приводит к улучшению восприятия при сенсорной алалии.

Хотя однозначного мнения о состоянии слуха у детей с сенсорной алалией нет, в отдельных исследованиях установлено, что может отмечаться незначительное снижение слуха на всем диапазоне частот, повышенная истощаемость слухового внимания и восприятия.

Возможность восприятия при сенсорной алалии находится в зависимости от темпа поступления звуковых раздражителей, наличия интервала между ними, качества звуков, предъявляемых для восприятия. Чистые тоны воспринимаются обычно хуже.

В отличие от слабослышащих дети с сенсорной алалией часто имеют ***гиперакузию*** — повышенную чувствительность к звукам, безразличным для окружающих: шум сминаемой бумаги, шуршание спичек в коробке, звук капающей воды, тихий скрип и т. д. Слабослышащие эти сигналы не воспринимают. Здоровые люди слышат такие звуки, но относятся к ним индифферентно, не реагируют на них, за исключением моментов утомления, раздражения, психической дискомфортности, повышенной нервозности. Дети с сенсорной алалией воспринимают такие звуки обостренно, дают на них болезненную реакцию: проявляют беспокойство, плачут, жалуются на боль в ушах и голове, на другие неприятные ощущения. Это является лишним свидетельством сохранности у ребенка слуха и показателем того, что непривычные звучания иногда становятся сверхсильным раздражителем для незрелых клеток коры мозга. Иногда на незнакомые звуки любой громкости дети с сенсорной алалией не реагируют совсем.

Дети с сенсорной алалией спонтанно могут повторить отдельные слоги, звукосочетания, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего, без специального обучения, хотя повторение их является нестойким. Дети с нарушенным слухом в тяжелой степени самостоятельно обычно почерпнуть слова и фразы из окружающего не могут. Подражание звукам при сенсорной алалии непостоянно и во многом зависит от ситуации. Сенсорное нарушение характеризуется тем, что дети не могут образовывать связи между предметом и его названием, у них не формируется предметная соотнесенность слышимых и произносимых ими

слов. Пассивный словарь ребенка неустойчив и заметно от стает от активного. Часто ребенок называет предмет в лю бой ситуации, а узнает его название только избирательно в определенных условиях. У детей с нарушением слуха в ре зультате специального обучения быстро устанавливается связь между словом и предметом и эта связь устойчивая.

Состояние голоса у слабослышащего и ребенка с сенсор ной алалией различно. Так, у слабослышащих он лише звучности, звонкости, громкости, речь их недостаточно ин тонирована, лишена эмоциональной выразительности. А у детей с сенсорной алалией голос нормальный, они продуци руют звуки и слова с нормальными модуляциями и интона циями.

Слабослышащие дети более контактны, чем дети с сен сорной алалией. Эти и некоторые другие признаки помога ют педагогам правильнее квалифицировать имеющееся у детей нарушение. Правильное диагностирование обеспечи вает выбор наиболее действенных методических средств в системе коррекционно-воспитательного воздействия.

Психолого-педагогические и речевые особенности детей с сенсорной алалией

Степени недоразвития речеслухового анализатора, как и речедвигательного, бывают различными, отсюда и много образие проявлений недостатков понимания. В более гру бых случаях ребенок совсем не понимает речь окружающих, относится к ней как к шуму, лишенному смысла, не реаги рует даже на собственное имя, не дифференцирует звуки речи и шумы неречевого характера, безразличен к любым речевым и неречевым звуковым раздражителям.

В других случаях дети понимают отдельные обиходные слова, но теряют их понимание на фоне развернутого вы сказывания. Иногда понимание изолированных слов затруд няет ребенка больше, чем понимание смысла фразы. Улав ливая в обращении к нему не все слова и их оттенки, ребенок дает неправильную реакцию.

Встречаются дети, которые относительно легко выполняют требуемое простое задание, но при этом не понимают слов инструкции вне конкретной ситуации, т. е. общий смысл фразы воспринимается легче изолированных слов. Постепенно ребенок начинает прислушиваться к звукам, в том числе и речевым, но внимание его долгое время остается неустойчивым и истощаемым. Фонематическое восприятие развивается замедленно и надолго остается несформированным.

Большую роль для детей с сенсорной алалией играет ситуация. Они часто понимают содержание высказываний только в определенном контексте. Понимание смысла при изменении форм и порядка слов затруднено, не воспринимается смысл грамматических конструкций.

В ряде случаев дети не понимают слегка усложненные задания, не отличают ошибочно сказанное от правильного варианта. Некоторые не понимают речь при изменении темпа высказывания, путают слова с однотипной акцентно-слоговой структурой, близкие по звучанию слова воспринимают как тождественные. Иногда они просят повторить обращенную к ним речь и понимают только то, что проговаривается несколько раз, так как одноразовый раздражитель оказывается недостаточным для восприятия. При подкреплении слухового раздражителя процесс восприятия улучшается.

Отмечаются трудности включения, переключения и распределения внимания. Ребенок не сразу воспринимает звук, обращенную к нему речь, отвлекается внешними раздражителями и без них. Обращает на себя внимание замедленность слухового восприятия.

Ребенок может разобраться в том, что ему неясно, если одно и то же будет повторено несколько раз в неизменном виде или пересказано другими словами. Иногда затруднено узнавание и знакомых слов. Встречаются дети, которые понимают лишь то, что могут проговорить сами, и только после такого проговаривания. Проговаривание в момент восприятия приводит к улучшению понимания, видимо, потому, что оно подкрепляется кинестезиями от собственного произнесения. Часто дети смотрят в лицо говорящего.

В этом случае понимание улучшается за счет подкрепления слухового впечатления со стороны зрительного анализатора — чтения с лица; включение в восприятие зрительного раздражения усиливает акустические впечатления.

На всех этапах развития ребенка с сенсорной алалией у него отмечаются колебания слухового внимания и восприятия: трудности включения и концентрирования внимания, устойчивости и распределения его, повышенная отвлекаемость, истощаемость, прерывистость внимания.

Иногда ребенок понимает только одного человека — мать, педагога и не понимает, когда то же самое говорит кто-то другой. При этом реакция на звуки не зависит от громкости звучания.

В работах В. К. Орфинской, Н. Н. Трауготт и других исследователей показано, что при сенсорной алалии страдает различение фонем, фонематический анализ и анализ морфологического состава слов. Именно это и составляет специфику данного нарушения.

В. К. Орфинская (1963), Н. И. Жинкин (1972) выделяют особую семантическую алалию, при которой сохранно восприятие речи, но нарушено ее понимание.

С. С. Мнухин называет разные виды сенсорно-афатических (афазических) расстройств у детей: сенсорную афазию (не разграничивая афазию и алалию), акустическую агнозию (отчуждение звучания от источника, неузнавание источника звучания), нарушение акустических установок (невнимательность к звуковым раздражителям), сочетание нарушения акустической установки и акустической агнозии. Вне зависимости от характера нарушения в этих случаях отмечается нарушение понимания в той или иной степени.

В. К. Орфинская выделяет различные варианты сенсорных нарушений, подчеркивая, что чаще встречаются нарушения дифференциации отдельных звуков или звуковых рядов, нарушение восприятия последовательности звуков в слове при относительной возможности дифференциации звуков и их сочетаний.

У детей с сенсорной алалией при отсутствии понимания становится невозможной или грубо искажается собственная

речь. В тяжелых случаях у безречевого непонимающего ребенка отмечаются двигательное беспокойство, выраженные трудности поведения: он играет, прыгает, кричит, стучит, хаотичен в деятельности. Но иногда такие дети бывают ласковыми, стеснительными, в какой-то мере осознающими свой дефект.

Дети пользуются для общения жестами, мимикой. Слушают музыку, избирательно относятся к мотивам. Тишина их успокаивает, громкие же разговоры, крик раздражают. Они правильно реагируют на изменение интонации, не понимая при этом слов-обращений. Игру сопровождают модулированным лепетом. Постепенно лепет перерастает в активный словарь, но слова произносятся искаженно в звуковом и структурном отношении, понимание их смысла затруднено.

Постепенно ребенок начинает прислушиваться к окружающим звукам, осмыслять некоторые из них, соотносить с определенными явлениями окружающей жизни. Как реакция на речевое окружение у ребенка с сенсорной недостаточностью появляются обрывки слов, эмоциональные восклицания, прямо не связанные с ситуацией, а свидетельствующие о его речевой активности. Затем в ходе развития постепенно появляется ситуационное, более устойчивое понимание и употребление отдельных слов и простых словосочетаний. В лепете различаются отдельные слова или их обрывки, междометия, которые продуцируются вне связи с ситуацией. Значение слов, проговариваемых ребенком, неустойчиво. Наличие слов в активном словаре превышает пассивный словарь.

При искажениях звуковой и слоговой структуры слов отмечаются многочисленные поиски, ребенок не уверен в своей речевой продукции, ищет адекватные кинестезии: слон — «*сон*», «*вылон*», «*сылон*», «*салон*» и т. д. Диффузное недифференцированное восприятие звуков приводит к недифференцированному проговариванию. Постепенно у ребенка вырабатывается осознание ошибок: «Нет, я не так сказал».

Иногда наблюдается бессвязное воспроизведение всех известных ребенку слов — своеобразная логоррея, отмеча-

ются персеверации услышанного или произнесенного слова и словосочетания; повторяются слова, воспринимаемые в данное время или воспринятые ранее — ***эхолалия***. Не улавливая смысла, ребенок проговаривает, отражая как эхо, слова и словосочетания. Эхолалически произнесенное не осмысляется и не закрепляется.

Отмечаются многочисленные ошибки в ударении, соскальзывания со звуков, разнообразные звуковые замены, искажения структуры слов. В большинстве случаев искажения и замены носят нефиксированный характер — при каждом следующем воспроизведении ребенок допускает новый вариант искажения. Эквиваленты слов (звуковые комплексы) не всегда соотносятся с предметами. Искажения в экспрессивной речи обусловлены неполноценностью восприятия собственной речи и речи окружающих.

При наличии собственной речи дети с сенсорной алалией говорят легко, плавно, без напряжения, не задумываются при подборе слов о точном выражении мысли и о построении предложений, не замечают допущенных ими ошибок. Речевая продукция детей остается вне их собственного контроля, встречается неадекватность высказываемого, проговариваются слова и обороты, не связанные с ситуацией, лишенные смысла. Отмечается фрагментарность речи, но это связано не с моторными затруднениями ребенка, а с малым объемом восприятия, с трудностями поиска правильного варианта высказывания.

Высказывания ребенка неточны по содержанию и ошибочны по форме, часто бывает трудно понять, о чем так горячо и интонированно он говорит. Проговаривание характеризуется приблизительностью, выявляется обилие парафазий (замен), элизий (пропусков звуков, частей слова) персевераций, контаминаций (часть одного слова соединяется с частью другого слова). ***В целом речь ребенка с сенсорной алалией может быть охарактеризована как повышенная речевая активность на фоне пониженного внимания к речи окружающих и отсутствия контроля за своей речью.*** Грубо искаженная речь при сенсорной алалии не может использоваться как средство общения. Вне зависимости от степени нарушения понимания и собственной

речи у ребенка с сенсорной алалией отмечаются нарушения личности; разнообразные трудности поведения, особенности эмоционально-волевой сферы, вторичная задержка умственного развития. Речь не является регулятором и саморегулятором поведения и деятельности такого ребенка.

Дети не могут длительно слушать, когда им читают или рассказывают. Не понимая содержания, они теряют интерес и перестают слушать. Новые слова и структуры ребенок осваивает медленно. К речи не критичен, в поведении хаотичен, действует часто импульсивно.

Сенсорная алалия в чистом виде встречается сравнительно редко. Чаще в практике специальных дошкольных и школьных учреждений встречаются дети с сенсорно-акустической неполноценностью (синдром сенсорно-акустической недостаточности) как вторичным проявлением какой-либо другой речевой патологии. Например, при дислалии, ринолалии, дизартрии, когда первичным является нарушение звуковой системы (фонетическая недостаточность). Из-за первично нарушенной экспрессивной речи оказывается недостаточно развитым и понимание, снижается уровень акустического внимания, восприятия и понимания. Это связано с тем, что моторные речевые дифференцировки, не развиваясь в должной степени, препятствуют нормальному возникновению кинестезий, которые, по словам И. П. Павлова, являются базальным компонентом (базой, базисом, основой) второй сигнальной системы — речи, так как они обеспечивают перевод всех неосознанных движений в план осознанных, приводящих к выработке динамического артикуляционного стереотипа, навыка правильной речи.

Недостаточность речи при моторной алалии приводит к некоторому снижению понимания вторичного характера, и поэтому в большинстве случаев встречается не чистая форма алалии, а смешанная — моторная алалия с сенсорным компонентом, или сенсомоторная алалия. Снижение понимания может быть вторичным проявлением в структуре различных речевых нарушений, общим для которых является неполноценность экспрессивной речи. Первичная же сенсорная недостаточность отмечается при сенсорной алалии и сенсорной афазии, хотя практически разграни-

чивать деятельность речедвигательного и речеслухового анализаторов нельзя, поэтому и отмечаются случаи комбинированных, а не чистых форм нарушений. Тщательное наблюдение за состоянием речевой и неречевой деятельности ребенка и специальное углубленное обследование помогают уточнить природу и характер дефекта, установить ведущую неполноценность (сенсорной или моторной сферы) в его структуре и определить адекватные пути коррекционно-воспитательного воздействия.

Система коррекционного воздействия при сенсорной алалии

При сенсорной алалии логопедическое воздействие направляется на воспитание сознательного анализа состава речи, развитие фонематического восприятия, понимания речевых структур.

При обучении детей с сенсорной алалией применяются специальные методы, направленные на развитие деятельности, формирование звукового и морфологического анализа и смысловой стороны речи. При этом учитывается уровень недоразвития понимания, собственной речи, познавательной деятельности, общих особенностей личности ребенка.

Основным принципом работы является последовательное и систематическое воздействие на все стороны речевой деятельности ребенка в их взаимосвязи. Работа оказывается результативной только при проведении врачом специфического лечения, нормализующего деятельность центральной нервной системы и стимулирующего созревание клеток коры головного мозга.

До начала работы целесообразно узнать как можно больше об условиях жизни, быте ребенка, познакомиться с его окружением, близкими людьми. Это поможет выявить круг его интересов и возможностей, наметить пути контакта и определить программу предстоящей работы.

Уточняются объем и характер обращений к ребенку, употребляемых в семье. Педагог и родители составляют спи-

сок точно сформулированных (стандартизированных) инструкций-побуждений обиходно-бытового характера, которые употребляются в неизменном виде и на занятиях, и в повседневной жизни ребенка дома. Уточняется степень восприимчивости ребенка к звукам неречевого характера в условиях полной тишины и при наличии шумового фона. Речевое общение на первых порах ограничивается, беспорядочная речь ребенка затормаживается.

Работа начинается со строгой организации звукового и речевого режима ребенка, так как излишняя беспорядочная слуховая нагрузка задерживает развитие понимания и самой речи. Детям предоставляют часы и дни отдыха, спокойствия, их ограждают от излишних обращений к ним окружающих. Из обихода исключаются звуковые аппараты: звонки, радио, телевизор и т. д. Создается щадящий звуковой режим, ограничивается поступление речевых и неречевых сигналов. Фрешельс рекомендовал создавать вокруг ребенка не только тишину, но и ситуацию зрительного голода: не показывать картинок, игрушек и т. д. Это способствует повышению восприимчивости ребенка к звукам. И только на фоне такого успокоения можно приступать к работе.

Постепенно уточняется состояние восприятия, понимания, после чего ведется целенаправленная работа по их развитию, расширению и углублению. Для привлечения внимания ребенка стараются попасть в поле его зрения, повернуть его к себе, взять за руку и т. д.

Основными задачами работы являются пробуждение интереса к звукам окружающей жизни, к речевым звукам, развитие потребности, желания и возможности подражать им, дифференциация неречевых и речевых звуков.

Общепедагогическая работа направлена на формирование психофизиологической основы речи, ведущих основных видов деятельности, развитие произвольного внимания, зрительных и акустических установок и дифференцировок. Начинается она не с речевых звуков, а с различения шумов, звуков неречевого характера. Но это становится доступным ребенку только тогда, когда он уже достаточно организован и у него есть элементарное сосредоточение и воспитана возможность продуктивной деятельности.

Для развития направленного внимания и работоспособности используют различные пособия: вкладки, разрезные картинки (простые и усложненные), палочки (выкладывание узоров, геометрических фигур из счетных палочек), мозаика — и действия с ними: сортировка, классификация раздаточного материала по цвету, форме, величине и т. д. Работа по восприятию звуков оказывается возможной только при достаточной организованности ребенка, концентрации его внимания, сформированности элементарных видов деятельности.

Уделяется внимание развитию деятельности на основе зрительной подражательности. Сложность заданий постепенно возрастает. Речевое комментирование заданий исключается, так как ребенок обращенную речь на данном этапе развития не понимает.

На фоне воспитания деятельности и контроля за ней проводится работа по направленному формированию речевой деятельности: развитие потребности общения, его мотивационной основы. Ребенка учат фиксировать внимание на речи, расширяют и уточняют фонематическое восприятие.

При достаточном развитии внимания, подражательности и работоспособности ребенка переходят к обучению различению ряда неорганизованных звуков разного характера, начиная с более яркого, сильно выраженного звучания, к выработки более грубых дифференцировок: звон монет в кошельке, стук карандашей в стакане, звук от соприкосновения металлических предметов и т. д. Постепенно учатся различать и более тихие, менее интенсивные звуки, более близкие между собой: шум сминаемой бумаги, шуршание спичек в коробке и т. д. То есть постепенно переходят к выработке более тонких акустических дифференцировок.

Используются сигналы звучащих игрушек и инструментов. Полезно, чтобы ребенок подержал игрушку в руке, ощутил вибрацию в момент звучания. Сначала он наблюдает, как педагог производит те или иные звуки, пробует вызвать их сам. Затем логопед жестом предлагает ребенку закрыть глаза или отвернуться (возможно помещение предметов, которые производят звуки, за экран, ширму), и он только по звучанию должен различить соответствующие предметы — источники звуков.

В работе избегают хлопков в ладоши, топанья по полу, стука по столу, так как в этих случаях воспринимается не звучание, а колебание, вибрация по костной проводимости.

Постепенно звуковой, шумовой ряд усложняется, в него включаются новые звуки, сначала далекие и непохожие, затем все более близкие, требующие тонкой акустической работы. Так расширяется и упорядочивается поле слышимости ребенка. По мере успешности этой работы в шумовой ряд вводится сильный речевой звук (*а, р, у* и др.), который связывается с предметом или явлением. Если ребенок быстро утомляется, становится отвлекаемым, повышенно раздражительным, беспокойным или, затормаживаясь, начинает зевать, работа теряет продуктивность. Нужно дать ему отдохнуть или изменить виды деятельности. Такие упражнения проводятся на всем протяжении работы, но на каждом занятии необходимо строго дозировать акустическую нагрузку. Целесообразно несколько раз возвращаться на одном занятии к подобным упражнениям, но проводить за один раз их в крайне ограниченном количестве, не допуская переутомления ребенка. Объем активного слухового внимания увеличивается медленно.

Каждый речевой звук, который ребенок начинает воспринимать, выделять, дифференцировать от неречевых, а затем и от других речевых звуков, связывается с предметом, картинкой, действием, с конкретной ситуацией, становится их обозначением. На начальных этапах работы для выработки условной связи звучания и предмета выбираются слова-эквиваленты, звуковые комплексы (*у* — паровоз, машина; *р* — самолет, рычащая собака; *му* — корова и т. д.) в одном из строго фиксированных значений, устанавливается и закрепляется связь звука или сочетаний звуков с предметом или его изображением.

После дифференциации некоторого количества звуков переходят к различению слогов, опять-таки в связи с конкретным предметом или действием, и простых слов со строгой предметной соотнесенностью. Наиболее легкими являются сочетания двух гласных, гласной и согласной — *уа, иу, ам*, согласной и гласной в открытом слоге *ма, па, на, та* и др. Проводится дифференциация изолированных гласных,

затем гласных в начале слов. В работе избегают трудных для слухового опознания звукосочетаний и слов (два-три согласных в сочетании: *кт*, *тв*, *ств* и т. д.). Слова, которые ребенок учится различать первыми, должны быть не похожими ни по смыслу, ни по структуре, ни по звучанию. Каждое слово при его восприятии получает двигательное, зрительное или тактильное подкрепление. Широко используются зрительный, зеркальный контроль, чтение с лица. Первые слова, воспринимаемые ребенком, произносятся с неизменной интонацией. Подчеркнутая интонация на нее помогает ребенку ориентироваться в общении, интонационная окраска является ведущей опорой при определении смысла обращений к нему. Проводится планомерная работа по накоплению пассивного словаря, одновременно идет и развитие собственной речи.

По названию ребенок показывает картинки, имитирует выполнение движений. Разучивается комплекс движений, которые он постепенно привыкает выполнять сначала по заученному порядку при речевом сопровождении педагога, а позднее вразбивку по словесной инструкции: «*Руки вверх, в стороны*» и т. д.

На эмоционально-игровом фоне воспитывается интерес к звукам. Ребенок не только учится определять характер звука, показывая на соответствующий источник звучания, но и локализовывать его в пространстве, определять место, где спрятана звучащая игрушка. В играх он постепенно приучается различать силу, длительность и интенсивность звукового сигнала, избирательно реагируя на определенные звуки.

При накоплении понимаемых ребенком слов важно, чтобы он одновременно слышал слово, видел, трогал предмет, производил с ним какое-то действие. Связь между словом и предметом устанавливается при неоднократном совпадении слуховых и зрительных ощущений. Важно не подавлять реакции детей на то, что они видят, слышат, а усиливать их, проявлять удивление, интерес и т. д. Не только названия предметов, но и представления о них формируются легче, если ребенок имеет возможность манипулировать с ними. Для превращения слова в понятие, для формирования обоб-

щающего значения важна не просто повторяемость, а выработка возможно большего числа условных связей, преимущественно двигательных. Ребенок в ходе предметно-практических действий должен овладеть умением выполнять с предметом по словесной инструкции как можно больше заданий: *выпей молоко, налей молоко из бутылки, подуй на молоко* и т. д. Аналогичные упражнения на сопровождение речью действий учат ребенка усваивать грамматические стандарты родного языка.

По возможности раньше учат ребенка воспринимать словосочетания и фразы. Первые из них обычно бывают стандартизированными: слова произносятся в определенном порядке, с неизменной интонацией. Инструкции, с которыми обращаются к ребенку, носят обиходно-бытовой характер. Сначала он привыкает понимать только одного человека, а затем, по мере нарастания его возможностей, к этой работе привлекаются окружающие ребенка взрослые.

Фраза понимается не сама по себе, а как часть более общего воздействия на нервную систему ребенка. Учитывается, что понимание фраз сначала только ситуационно зависит от определенных деталей, поэтому и менять порядок слов, интонацию при проговаривании не рекомендуется.

Ребенок учится понимать инструкции. Например, «*открой дверь*», «*возьми платок*», «*достань книгу*» и другие, связанные с бытовыми ситуациями и с ходом занятия. Работа по обучению пониманию таких инструкций строится с опорой на мимику, жест, что помогает ребенку осознать всю комплексную наглядно-образно-действенную ситуацию в сочетании с речью.

Возможность восприятия развивается медленно, понимание становится возможным только после того, как оно будет подготовлено со стороны зрительного и тактильно-вибрационного анализатора (ощущение голосовых складок при фонации, силы и направленности выдыхаемой воздушной струи и т. д.).

Постепенно уточняются слуховые и двигательные дифференцировки, воспитываются понимание и собственная речь ребенка. Первыми исчезают акустические неточности, позднее изживаются ошибки собственной речи. Формирование

собственной речи становится возможным по мере развития фонематического восприятия, тонких акустических дифференцировок. Основной акцент на протяжении всей работы делается на воспитании у ребенка сознательного анализа и синтеза речи.

У ребенка формируется понимание логических, грамматических и тематических групп слов: посуда, мебель, мытье рук (мыло, полотенце, вода, мыть, вытирать); летит — летят и т. д. Ведется работа над пониманием постепенно усложняющихся фраз, детализированных заданий, инструкций, над сознательным анализом и синтезом состава собственной речи и речи окружающих. Детей учат дослушивать фразу до конца, вникать в ее содержание, а не действовать импульсивно, по первому, часто ошибочному впечатлению. Понимание речи зависит от ситуации, контекста, его общего состояния, эмоциональной настроенности на занятие и от ряда других факторов. Речевой поток при работе сначала расчленяется, а затем проговаривается целостно.

От обобщений в работе идут с конкретизации: цвет — красный, синий; вкус — кислый, сладкий и т. д. Выработка четких акустических дифференцировок (слушай-покажи) обеспечивает понимание грамматических конструкций, преодоление отчуждения смысла слов, различение слов, близких по звучанию. При поиске ребенком правильной звуко-слоговой структуры слова идет сличение слышимого звукосочетания с тем эталоном слова, который закреплен в упражнениях. Воспитывается внимание к речи окружающих, контроль за своей речью, критическое отношение к ней.

Ребенок все больше прислушивается к звукам окружающей среды, проявляет к ним интерес, пытается подражать им. Это часто совпадает со спокойными моментами его жизни, например, утром при пробуждении.

В более легких случаях сенсорной неполноценности он учится дифференцировать слова, близкие по звучанию, отличающиеся одной фонемой, слова с одинаковой ударностью, с одинаковыми опорными звукосочетаниями, с разным количеством слогов (слоговым размером), учится определять последовательность звуков в слове.

Слова и предложения закрепляются путем их употребления в соответствующих ситуациях общения. Используются различные тренировочные упражнения, направленные на совершенствование восприятия и дифференциацию звуков на слух и в собственном проговаривании.

Постоянно проверяется — правильно ли ребенок понял слово, фразу, смысл прослушанного рассказа. С этой целью используются различные картинки, графические схемы слов и предложений, цветные фишки для закрепления структурного и звукового состава речи, с помощью символики иллюстрируется изменение морфологического значения слова, структура предложений.

Дети с сенсорной алалией способны к овладению грамотой, хотя чтение и письмо их оказываются нарушенными. Грамоте начинают обучать детей по возможности раньше. Исследователи отмечают бóльшую легкость овладения письменной речью и понимания ее ребенком по сравнению с речью устной, а также преобладание зрительного восприятия речи в таких случаях над слуховым. У ребенка, овладевшего грамотой, расширяется и уточняется понимание, с ним проводится работа по развитию собственных лексико-грамматических и фонетических возможностей. При обучении грамоте детей с сенсорной алалией эффективным оказывается не звуко-буквенный путь, опирающийся на аналитико-синтетическую деятельность ребенка в связи со звуками, слогами, словами и предложениями, а глобальное чтение, овладев которым он расширяет свои артикуляционные и акустические возможности, а затем уже продолжается углубленная аналитико-синтетическая работа с воспринимаемой и произносимой речью.

Обучают грамоте ребенка и тогда, когда у него еще нет некоторых звуков. Это, как показывают исследования и практический опыт, не является серьезным препятствием для запоминания букв и овладения техникой звукослияния. Прослушав звук, слог, слово, ребенок показывает букву или табличку со слогом, словом, складывает слог, слово из разрезной азбуки. Так, постепенно, он осознает связь между фонемой, графемой и артикулемой.

Возможность полной ликвидации сенсорной алалии исследователями ставится под сомнение. Прогноз достаточно неопределенный, он зависит от ряда факторов: состояния слуховой чувствительности, времени и характера проводимого лечения, коррекционно-воспитательного воздействия, возраста и интеллекта ребенка и т. д.

Отмечается неоднородность вариантов нарушения, и хотя в большинстве случаев наблюдается поступательное развитие понимания собственной речи, с уверенностью говорить о прогнозе трудно.

На начальных этапах работы и в более тяжелых случаях эффект может быть достигнут только в результате длительной систематической, преимущественно индивидуальной работы с ребенком. В других случаях, когда детям уже нужна организация активной речевой практики, возможно их объединение в маленькие группы. При коррекционной работе в условиях специализированного стационара частичная компенсация дефекта возникает быстрее. Работа с такими детьми сложна, в разных случаях по-разному эффективна.

По мнению А. Г. Ипполитовой, за первые 3–4 месяца работы в самых тяжелых случаях полного непонимания и безречья ребенка удается добиться понимания 8–10 слов, но только 2–4 из них появятся в его активном словаре. Возникает вопрос о целесообразности работы, если эффективность столь невелика. Но М. Е. Хватцев, подчеркивая значимость работы в самых тяжелых случаях, говорил, что 1–2 слова для непонимающего и неговорящего ребенка так же много, как тысячи слов для нормально развивающегося.

Детей с сенсорной алалией в отдельном учреждении мало. контакт с ними затруднен, поведение их специфично, интеллект, как правило, снижен. Темпы работы в связи с этим медленны, паузы длительны. Дозировка занятий различна, в зависимости от состояния ребенка, — от 3–5 до 20–30 минут 2–3 раза в день в условиях специализированного стационара, специального детского сада. В дальнейшем амбулаторные занятия с ребенком проводятся 2–3 раза в неделю по 20–30 минут при ежедневной закрепительной домашней работе.

Часть детей с сенсорной алалией обучается в школах для детей с тяжелыми речевыми нарушениями или во вспомогательных школах и занимается с логопедом.

Диагностика сенсорной алалии сложна, чаще заключение ставят предположительно. Дальнейшее изучение детей с сенсорной алалией и создание целостной системы коррекционно-воспитательной работы с ними — актуальная проблема теории и практики логопедии.

Обследование ребенка с алалией см. в главе 15.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите спорные вопросы в изучении алалии, раскройте их суть.
2. Какие предпосылки речи страдают при алалии, в чем проявляется недостаточность анализаторной деятельности и мотивации общения детей с алалией?
3. Проведите сопоставительный анализ алалии и других речевых нарушений, перечислите диагностически значимые показатели.
4. Сравните ребенка с алалией с ребенком, у которого нарушен интеллект.
5. Охарактеризуйте основные аспекты изучения алалии отечественными авторами.
6. Охарактеризуйте особенности интеллекта и эмоционально-волевой сферы при алалии, раскройте, с чем они связаны.
7. Сравните артикуляционную моторику ребенка с алалией и ребенка с дизартрией.
8. В чем проявляются специфические трудности при обучении детей с алалией? Как они преодолеваются?
9. Сопоставьте особенности звукового восприятия при сенсорной алалии и нарушениях слуха. Дайте сравнительную характеристику слабослышащего ребенка и ребенка, страдающего сенсорной алалией.
10. Подберите игры-упражнения для развития речевой активности детей с алалией. Покажите возможности их использования на разных этапах работы.

Литература

1. *Беккер К. П., Совак М.* Логопедия. М., 1981. Раздел 4.
2. *Воробьева В. К.* Формирование связной речи учащихся с моторной алалией. М., 1986.
3. *Глухов В. П.* Особенности связной монологической речи детей старшего дошкольного возраста с ОНР. Л., 1989.
4. *Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б.* Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М., 1990.
5. *Ковшиков В. А.* Экспрессивная алалия. Л., 1994, 1991.
6. *Кузьмина Н. И., Рождественская В. И.* Воспитание речи у детей с моторной алалией. М., 1977.
7. *Левина Р. Е.* Опыт изучения неговорящих детей-алаликов. М., 1951.
8. *Мастюкова Е. М.* Онтогенетический подход к структуре дефекта при моторной алалии // Дефектология. 1981. № 6.
9. Нарушение речи у школьников / Сост. Р. А. Белова-Давид, Б. М. Гриншпун. Вып. 1. М., 1969.; Вып. 2. М., 1972.
10. Обучение и воспитание детей с нарушениями речи / Под ред. В. И. Селиверстова и др. М., 1982.
11. *Орфинская В. К.* Методика работы по подготовке к обучению грамоте детей алаликов и анартриков. Л., 1963.
12. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1968.
13. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. М., 1969. Гл. 7.
14. *Соботович Е. Ф.* К вопросу о дифференциальной диагностике моторной алалии и олигофрении // Нервно-психические и речевые нарушения. Л., 1982.
15. *Соботович Е. Ф.* Формирование правильной речи у детей с моторной алалией. Киев, 1981.
16. *Трауготт Н. Н., Кайданова С. Н.* Нарушения слуха при моторной алалии и афазии. Л., 1975.
17. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1977. Ч. II.

Глава 12

АФАЗИЯ

Афазия — *полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.*

Причинами возникновения афазии являются нарушения мозгового кровообращения (ишемия, геморрогия), травмы, опухоли, инфекционные заболевания головного мозга. Афазии сосудистого генеза чаще всего возникают у взрослых людей. В результате разрыва аневризм сосудов головного мозга, тромбоэмболий, вызванных ревматическим пороком сердца, и черепно-мозговых травм афазии нередко наблюдаются у подростков и лиц молодого возраста.

Афазия возникает примерно в трети случаев нарушений мозгового кровообращения, наиболее часто наблюдается **моторная афазия.**

У детей афазия возникает реже, как результат черепно-мозговой травмы, опухолевого образования или осложнения после инфекционной болезни.

Афазия — одно из наиболее тяжелых последствий мозговых поражений, при котором системно нарушаются все виды речевой деятельности. Сложность речевого расстройства при афазии зависит от локализации поражения (например, расположение очага поражения при кровоизлиянии в подкорковых отделах мозга позволяет надеяться на спонтанное восстановление речи), величины очага поражения, особенностей остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности, при левшестве. Реакция личности больного на речевой дефект и особенности преморбидного строения функции (например, степень автоматизации чтения) определяют фон восстановительного обучения.

В основе любой фонемы афазии лежит та или иная первично нарушенная нейрофизиологическая и нейропсихологическая предпосылка (например, нарушение динамического или конструктивного праксиса, фонематического слуха,

апраксии артикуляционного аппарата и т. п., которая ведет к специфическому системному нарушению понимания речи, письма, чтения, счета. При афазии специфически системно нарушается реализация разных уровней, сторон, видов речевой деятельности (устная речь, речевая память, фонематический слух, понимание речи, письменная речь, чтение, счет и т. д.). Большой вклад в понимание нарушения речи при афазии внесен как нейрофизиологией, так и нейропсихологией и нейролингвистикой.

В 1861 г. французский врач П. Брока продемонстрировал мозг больного афазией с обширным размягчением в области левой средней мозговой артерии, захватывающим задние отделы третьей лобной извилины. Брока считал, что получил доказательство локализации центра устной речи в лобных отделах мозга. В 1874 г. Вернике описал 10 больных с поражением височных отделов коры головного мозга слева с нарушением понимания речи и своеобразными расстройствами экспрессивной речи, письма и чтения. Это дало ему основание связать развитие сенсорной афазии с локализацией патологического очага в задней трети верхней височной извилины.

Открытия Брока и Вернике положили начало дискуссии ученых двух направлений: «локализационистов» и «антилокализационистов». Дискуссия длилась в течение пятидесяти лет. Первые привязывали сложные психические функции к определенным участкам мозга (Лихтгейм, 1855; Либманн, 1905). Они стояли на прогрессивных позициях. Однако среди «локализационистов» были и парадоксальные узколокализационистские направления. Так, Клейст локализовал не только целые функции — счет, письмо, чтение в отдельных областях мозга, но и «личное и общественное Я», «любовь к Родине» и т. п. Несомненно, что ранние работы Клейста и других узких «локализационистов» породили бурные выступления «антилокализационистов», ряд которых также высказывал рациональные возражения. Но среди них, в свою очередь, были и ортодоксальные взгляды, например, П. Мари считал больных с афазией дементными, душевнобольными. Крупнейший афазиолог Гольдштейн считал, что нарушения сложных функций нельзя соотнести с отдельными участками коры и что мозг человека

работает как единое целое. Он связывал нарушение сложных психических функций при заболеваниях головного мозга с изменениями интеллектуальной деятельности, с поражением глубинных «инстинктов», с нарушением «абстрактной установки» и «категориального поведения».

Особый вклад в понимание сложных психических функций был внесен Джексоном, который еще в 1863 г. показал, что каждая функция имеет сложную «вертикальную» организацию, и утверждал, что можно локализовать симптом, но нельзя локализовать функцию, так как она имеет сложное иерархическое строение от низшего звена к высшему.

Проводились специальные исследования частных проявлений нарушений высших психических функций, например, различных видов апраксии, в том числе апраксии артикуляционного аппарата (Либманн), аграмматизма (А. Пик); нарушению сложных форм речевой деятельности (пониманию сложных логико-грамматических оборотов), проявляющемуся при семантической афазии, посвящены труды Х. Хэда.

В России изучению проблем локализации высших психических функций предшествовал выход монографии И. М. Сеченова «Рефлексы головного мозга», которая оказала большое влияние на работы В. М. Тарковского, Н. Д. Родосского, С. И. Давиденкова, М. И. Аствацатурова, М. Б. Кроля и других русских ученых.

Существуют различные классификации афазий: ***классическая, неврологическая классификация Вернике — Лихтгейма, лингвистические классификации Х. Хэда и других,*** каждая из которых отражает уровень развития неврологической, психологической, физиологической и лингвистической наук, характерных для того или иного исторического периода развития учения о речи. В настоящее время общепринятой является ***нейропсихологическая классификация*** афазий ***А. Р. Лурии.***

Нейропсихологический подход к организации высших корковых функций А. Р. Лурии является продолжением нейрофизиологических открытий И. П. Павлова, Н. А. Бернштейна и П. К. Анохина о системной организации функций и «обратной афферентации», а также нейропсихологических и психологических взглядов Л. С. Выготского,

А. Н. Леонтьева и других психологов. В 1947 г. А. Р. Лурия формулирует принцип системного строения и динамической поэтапной локализации высших корковых функций. Им разработаны методы изучения нарушений психической деятельности, различных познавательных процессов человека. Нейропсихологическая методика, предложенная А. Р. Лурией, позволяет исследовать различные симптомы и синдромы, закономерные сочетания симптомов, возникающие при поражении тех или иных структур мозга. Применение этой методики позволяет не только делать заключение о наличии той или иной формы афазии, но и диагностировать место поражения головного мозга. Им показано, что при любой форме афазии нарушается реализация речевой деятельности.

В основу современной нейропсихологии и нейролингвистики легло учение о роли внутренней речи и мышления. У истоков психолингвистики стоят имена Ф. де Сосюра и И. А. Бодуэна де Куртенэ, положивших начало дифференциации понятий «язык» и «речь», «парадигматические» и «синтагматические» отношения, «статика» языка и «динамика» речи.

При разных формах афазии по-разному нарушается «парадигматическая» организация импрессивной и экспрессивной речи (А. Р. Лурия, 1975).

А. Р. Лурия различает шесть форм афазий: ***акустико-гностическую*** и ***акустико-мнестическую афазии,*** возникающие при поражении височных отделов коры головного мозга, ***семантическую афазию*** и ***афферентную моторную афазию,*** возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга, ***эфферентную моторную афазию*** и ***динамическую афазию,*** возникающие при поражении премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга (слева у правшей).

Афазии, возникающие при поражении верхневисочных и нижнетеменных зон, входящих во второй функциональный блок (А. Р. Лурия, 1979), называются ***задними формами*** афазии. Это афазии, при которых нарушаются парадигматические отношения. Афазии, возникающие при поражении заднелобных отделов мозга, входящих в третий функциональный блок, называются ***передними афазиями.*** При этих формах афазии нарушаются синтагматические соотношения.

При поражении речевых зон происходит нарушение так называемой первичной предпосылки, осуществляющей специфическую деятельность соответствующей анализаторной системы. На основе первичного анализаторного нарушения возникает вторичный, также специфический, распад всей функциональной системы языка и речи, т. е. возникает нарушение всех видов речевой деятельности: понимания речи, устной и письменной речи, счета и т. д. Характер и степень нарушения понимания речи, ее экспрессивной формы, чтения и письма зависят прежде всего не от величины очага поражения в коре головного мозга, а от тех гностических (кинестетической, акустической или оптической) предпосылок, которые по-разному вносят свой вклад в реализацию различных речевых процессов.

Акустико-гностическая сенсорная афазия

Сенсорную афазию впервые описал немецкий психиатр Вернике. Он показал, что афазия, которую он назвал сенсорной, возникает при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария (рис. 17, поле 22). ***Отличительной чертой этой формы афазии является нарушение понимания речи при восприятии ее на слух.*** Длительное время причины нарушения понимания при этой форме афазии оста-

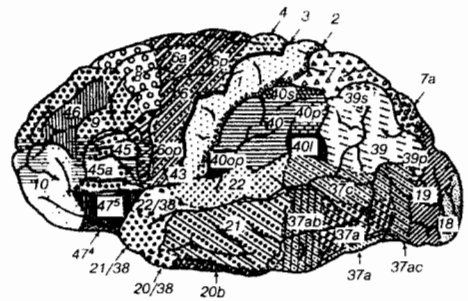


Рис. 17. Карта цитоархитектонических полей коры головного мозга

вались неясными. Лишь в 30-е годы XX века отечественными психологами было установлено, что в основе речевой акустической агнозии лежит нарушение фонематического слуха.

Нарушение понимания

На раннем этапе после инсульта или травмы при сенсорной афазии наблюдается полная утрата понимания речи: чужая речь воспринимается как нечленораздельный поток звуков. Непонимание речи окружающих и отсутствие явных двигательных нарушений приводит к тому, что больные не всегда сразу осознают у себя наличие речевого расстройства. Они могут быть возбуждены, подвижны, многоречивы. На более поздних этапах и при менее выраженных расстройствах наблюдается лишь частичное непонимание речи, подмена точного восприятия слова догадками: различные слова звучат для такого человека одинаково (например, хвост — гвоздь — кость — трость). Одно и то же слово может восприниматься по-разному, смешиваются слова дом — том, бочка — почка, точка — дочка и др.

В связи с тем, что звуковой состав флексий, приставок и суффиксов однороден и они являются в потоке речи более частотными, чем звуковой состав разнокорневых слов (например, сахарница, чернильница, учительница), при сенсорной афазии с трудом улавливается на слух корневая, т. е. лексико-семантическая часть слова, в результате чего обнаруживается потеря его предметной отнесенности. Однако категориальная отнесенность слова может быть «воспринята». Например, услышав слово *колокольчик*, такой больной говорит: «Это что-то маленькое, а что не знаю».

В некоторых случаях при поражении обеих (левой и правой) височных долей мозга возникает картина тяжелой акустико-гностической афазии в сочетании с акустической агнозией. Нарушается не только фонематический слух, но не различаются на слух тембр голоса, интонация речи, не дифференцируются неречевые звуки: звонки, гудки, шелест бумаги, звук льющейся воды и т. д.

Нарушение экспрессивной речи

В связи с нарушением фонематического восприятия слышимой речи при акустико-гностической сенсорной афазии

расстраивается слуховой контроль за своей речью. В результате этого в речи возникает множество литеральных и вербальных парафазий.

На раннем этапе после инсульта или травмы речь больного может быть абсолютно непонятной для окружающих, так как она состоит из случайного набора звуков, слогов и словосочетаний, что получило название «жаргонафазии» или «речевой окрошки». Так, больной М. на вопрос: «У вас голова болит?» — отвечал: «Раз нас это и грамажим, ны мы их и так это давно быть лет пять то же было а последних годах. Что очень болезня теня ну голова на вот надима».

Из-за нарушения фонематического восприятия вторично страдает повторение слов, причем нередко первоначально слово автоматизировано, глобально повторяется верно, но при вслушивании в него и при очередных попытках его повторить человек теряет не только звуковые компоненты слова, но утрачивает и ритмико-мелодическую его основу.

Период жаргонафазии держится не более 1,5—2 месяцев, постепенно уступая место логорее (многоречивости) с выраженным аграмматизмом. На среднем этапе восстановления речи литеральные парафазии наблюдаются реже, однако отмечаются обильные вербальные парафазии.

Э. С. Бейн (1964) и И. Т. Власенко (1972) показали разнообразие вербальных парафазий, возникновение которых связано как со схожей акустико-фонематической структурой слов, так и с семантической организацией их значения. Выбор определенного значения слова обусловлен контекстом, что создает необходимость оттормаживания побочных смысловых ассоциаций.

Так, близкие по значению слова *смелый, героический, отважный, пасмурный, холодный, дождливый* и т. п. требуют своего точного отбора в зависимости от контекста. Нарушение этого механизма оттормаживания побочных связей может привести к заменам одного слова другим, не адекватным в контексте данного высказывания; например, вместо *чемодан — шкаф* или *колодец* лишь на основании того, что оба предмета имеют общие признаки углубления и хранения. Приведем еще несколько примеров: «Волк увидел охотников и *деликатно* (вместо потихоньку) скрылся в кустах», «*Ребятенок*

(теленок) бегал вокруг коровы и не подчинялся пастуху». Эти дефекты выбора лексических средств оформления мысли при акустико-гностической афазии проявляются на фоне сохранной ритмико-мелодической, интонационной основы высказывания.

В исследовании номинативной функции при сенсорной, акустико-гностической афазии наряду с правильным называнием наблюдаются попытки объяснить значение слова или найти его через фразеологический контекст. Например, при назывании яблока произносится: «ну, как же... я отлично знаю, что это груша, нет, не груша, а апельсин, апельсин... не апельсин, а кисленькое яблоко... в лесу растет и в саду растет».

На позднем этапе восстановления на первый план выступает специфический для сенсорной афазии аграмматизм, проявляющийся в отсутствии согласования между членами предложения в роде и числе, в незаконченности высказывания, в пропусках слов, заменах существительных личными местоимениями. Менее расстроено при сенсорной афазии использование предлогов и флексий существительных.

Нарушение чтения, письма и счета

При чтении в речи человека с сенсорной афазией появляется множество литеральных парафазий, возникает затруднение в нахождении места ударения в слове, в связи с чем осложняется и понимание прочитанного. Однако чтение остается наиболее сохранной речевой функцией при сенсорной афазии, так как оно осуществляется путем привлечения оптического и кинестетического контроля.

Письменная речь при акустико-гностической афазии в отличие от чтения нарушается в большей степени и находится в прямой зависимости от состояния фонематического слуха.

На раннем этапе после инсульта при грубой акустико-гностической афазии нарушено не только письмо под диктовку, но и списывание слов. Больные, не осознавая свои речевые дефекты, зрительно схватив образ списываемого слова, бесконтрольно начинают его воспроизводить. При

таком бесконтрольном воспроизведении слова при списывании они пишут вместо трех букв, входящих, например, в слово дом, восемь — десять букв, непрестанно произнося неопределенный набор звуков. Привлечение сохранного оптического контроля постепенно приводит к точному копированию буквенного состава слова, однако в слуховых диктантах длительное время наблюдаются литеральные параграфии.

Грубые ***нарушения счета*** при сенсорной акустико-гностической афазии наблюдаются лишь на самом раннем этапе, так как счет требует проговаривания числительных. Больные, не понимая инструкции, могут пассивно копировать, списывать примеры, не совершая арифметических операций, могут неправильно записать число, например: $4 + 1 = 4 + 1$, $4 + 1 = 15$, $5 + 2 = 3$.

Коррекционно-педагогическая работа при акустико-гностической сенсорной афазии

При акустико-гностической сенсорной и при акустико-мнестической афазии отмечаются повышенная работоспособность больного и активное стремление к преодолению речевых расстройств.

При этом у него может наблюдаться состояние депрессии, в связи с чем логопед должен постоянно его ободрять, давать лишь посильные для выполнения домашние задания, информировать врача об угнетенном или возбужденном состоянии больного.

При акустико-гностической сенсорной афазии задачей коррекционно-педагогической работы является восстановление фонематического слуха и вторично нарушенных экспрессивной речи, чтения, письма.

Логопед опирается на сохранные анализаторные оптическую и кинестетическую систему, а также сохранные функции лобных долей, которые в комплексе создают предпосылки к компенсаторной перестройке нарушенных акустико-гностических функций.

Восстановление фонематического восприятия на раннем и резидуальном этапах проводится по единому плану, с тем только различием, что на раннем этапе нарушение фонематического восприятия бывает более выраженным.

В особо грубых случаях сенсорной афазии на раннем этапе восстановления применяются неречевые формы работы, целью которых является установление контакта с больным, объяснение самого факта заболевания, организация его учебной деятельности (выполнение посильных заданий), концентрация внимания. Используется списывание коротких слов к картинкам и решение простых арифметических примеров. Как правило, больной охотно приступает к списыванию, но удерживает в зрительной памяти лишь первую букву слова, а затем пишет серию букв, не относящихся к списываемому слову. Ему показывают его ошибки, предлагают списывать слово по буквам, разнося их по клеточкам. В процессе выполнения этих заданий появляется частичное осознание самого факта своего заболевания. Ребенок, как правило, тяжело его переживает, а в дальнейшем аккуратно выполняет все задания логопеда. Этап неречевого периода работы может длиться несколько дней.

Работа по восстановлению фонематического восприятия содержит следующие этапы.

Первый этап — дифференциация слов, контрастных по длине, звуковому и ритмическому рисунку (дом — лопата, ель — велосипед, кот — машина).

К каждой паре слов подбираются картинки, а на отдельных полосках бумаги пишутся четким почерком слова. Ребенок соотносит звуковой образ слова с рисунком и подписью, ему предлагают выбрать то одну, то другую картинку, разложить подписи к картинкам, картинки к подписям.

Параллельно с этой работой начинается закрепление восприятия звучания отдельных слов в процессе их списывания, проговаривания слова во время списывания и воспитания слухового контроля. Для этого берутся короткие слова, состоящие из одного-двух слогов. Воспитание акустического внимания больного начинается с оживления оптического внимания.

Второй этап — дифференциация слов с близкой слоговой структурой, но далеких по звучанию, особенно в корневой части слова (рыба — ноги, забор — трактор, арбуз — топор). Работа ведется с опорой на картинки, подписи к ним, списывание, чтение; воспитывается акустический контроль за своей речью.

Третий этап — дифференциация слов с близкой слоговой структурой, но с далекими по звучанию начальными звуками (рак — мак, рука — мука); с общим первым звуком и различными конечными звуками (клюв — ключ, ночь — ноль, лев — лес). Больному предлагается выбрать слова, начинающиеся с того или иного звука, опираясь на предметные картинки и подписи к ним.

Четвертый этап — дифференциация фонем, близких по звучанию (дом — том, дом — дым и т. д.).

Для закрепления однозначного восприятия фонем используются различные варианты упражнения по заполнению в слове и фразе пропущенных букв, слов с оппозиционными звуками, значение которых уточняется уже не через рисунок, а через фразеологический контекст. Например, больному предлагается вставить в текст слова *туш, душ, тело, дело* и т. д.

Пятый этап — закрепление акустических дифференциальных признаков фонем при подборе серий слов на заданную букву из текстов.

Восстановление фонематического восприятия длится от 2 месяцев до 1—1,5 лет, так как во многих случаях понимание значения слова происходит лишь в контексте и трудности в дифференциации близких фонем еще долго испытываются при самостоятельном письменном изложении мысли.

Кроме этого, ведется работа по смысловой отнесенности слова через различные фразеологические контексты: выбрать все изображенные на картинках острые предметы, все деревянные, металлические или стеклянные, то, что относится к посуде, к орудиям труда, к обуви и т. д. Такая работа, направленная на оживление различных смысловых связей слова, облегчает выбор слов в процессе общения, снижает количество вербальных парафазий.

Наибольшие трудности преодоления нарушений речи наблюдаются при сочетании акустической агнозии и акустико-гностической афазии, возникающих при двустороннем поражении височных зон. Восстановление речи при этом варианте афазии опирается на сохранное чтение про себя, чтение с губ и остаточные возможности слухового восприятия, которые позволяют соотнести прочитанную, зрительно воспринятую артикуляторную позицию звука, способность его имитированного повторения с воспринятым на слух звуковым сигналом.

Преодоление вербальных парафазий осуществляется путем установления различных признаков предметов и действий по их смежности и контрастности, по функции, орудийной принадлежности, по категориальному признаку. Больному предлагается заполнить пропущенные глаголы и существительные, подобрать существительные и наречия к глаголу, прилагательные и глаголы к существительному и т. п. Далеко не всегда следует поправлять больного во время его высказывания, это может травмировать его, вызвать у него раздражение, нарушить с ним контакт.

Логопед записывает вербальные парафазии в своем дневнике и на основе их анализа подбирает серию упражнений для их преодоления.

Для преодоления многоречивости и аграмматизма больному предлагается схема предложения, образцы прямых и инвертированных предложений из трех — пяти слов.

Одним из эффективных приемов восстановления экспрессивной речи при сенсорной афазии (как и при других ее формах) является использование письменной речи. Больному предлагается писать фразы и тексты по простым сюжетным картинкам. Эта работа позволяет подыскать нужное слово, отшлифовать высказывание. Преодоление ошибок согласования глаголов, существительных и местоимений в роде и числе осуществляется путем вставки пропущенных в тексте флексий.

Восстановление чтения, письма и письменной речи ведется параллельно с преодолением нарушения фонематического слуха. Восстановлению письма предшествует восстановление чтения, опирающегося на звуко-буквенный анализ

состава слова. Попытки произнесения читаемого слова, осознание того, что от смешения звуков изменяется смысл слова, создает базу для восстановления аналитического чтения, а затем и письма.

Акустико-мнестическая афазия

Процесс слухового, акустического запоминания является прямым продолжением процесса восприятия, т. е. акустико-гностического анализа звукового состава слова. Любое внешнее воздействие, а тем более необходимость запомнить следующее слово, по смыслу не связанное с предыдущим, отвлечение на него внимания неизбежно тормозит и блокирует акустико-мнестические процессы.

Акустико-мнестическая афазия возникает при поражении средних и задних отделов височной области (А. Р. Лурия, 1969, 1975; Л. С. Цветкова, 1975) (рис. 17, поля 21 и 37).

А. Р. Лурия считал, что в ее основе лежит снижение слухоречевой памяти, которое вызвано повышенной тормозностью слуховых следов. При восприятии каждого нового слова и его осознании больной утрачивает предыдущее. Это нарушение проявляется также при повторении серий слогов и слов.

Нарушение понимания

Для акустико-мнестической афазии характерна диссоциация между относительно сохранной способностью повторить отдельные слова и нарушением возможности повторения трех-четырех не связанных по смыслу слов (например: рука — дом — небо; ложка — диван — кот; лес — дом — ухо и т. д.). Обычно больные повторяют первое и последнее слово, в более тяжелых случаях — лишь одно слово из заданной серии слов, объясняя это тем, что не запомнили все слова. При повторном прослушивании они также либо не удерживают их последовательность, либо опускают одно из них.

Нарушение слухоречевой памяти наблюдается и при других формах афазий, однако при акустико-мнестической афа-

зии это нарушение речевой памяти является основным дефектом, так как оказываются сохранными фонематический слух, артикуляторная сторона речи. У больных наблюдается повышенная речевая активность, компенсирующая трудности коммуникации.

Л. С. Цветкова (1975) объясняла невозможность удержания речевого ряда не только торможением слухоречевой памяти, но и сужением ее объема.

Нарушение объема удержания речевой информации, ее тормозимость приводят к трудностям понимания при этой форме афазии длинных, многосложных высказываний, состоящих из пяти — семи слов: человек может указать или дать не тот предмет, о котором идет речь, у него возникает акустико-мнестическая дезориентированность, он с трудом ориентируется в беседе с двумя-тремя собеседниками, «отключается» в сложной речевой ситуации, не может посещать доклады, лекции, утомляется при восприятии музыки и радиопередач.

При втором варианте акустико-мнестической афазии, так называемой оптической афазии, трудности удержания на слух смысловой стороны речи заключаются в ослаблении и обеднении зрительных представлений о предмете, в соотношении воспринятого на слух с его зрительным представлением. Объясняется эта слабость зрительных представлений тем, что задневисочные отделы (поле 37, по Бродману) являются смежными с затылочными, оптико-гностическими отделами. Снижение оптико-мнестических процессов приводит к тому, что зрительное представление о предмете становится неполным. При рисовании тех или иных предметов опускаются, недорисовываются значимые для их опознания детали. Так, человек может недорисовать носик у чайника, гребешок у петуха, ручку у чашки. Характерно, что недорисовываются те элементы предметов, которые, с одной стороны, специфичны именно для них, а с другой — связаны с многозначностью слова (например, слова *носик, гребешок, ручка*). Больной вместо петуха рисует неопределенной формы птицу, вместо чайника нечто похожее на сахарницу, вместо чашки миску или стакан и т. д.

Нарушение экспрессивной речи

При этой форме афазии экспрессивная речь характеризуется трудностями подбора слов, необходимых для организации высказывания. Речь при акустико-мнестической афазии, как и при акустико-гностической афазии, сохраняет свой выраженный предикативный характер.

Трудности нахождения слов объясняются обеднением зрительных представлений о предмете, слабостью оптико-гностического компонента. Семантическая размытость значения слов приводит к возникновению обильных вербальных парафазий, редких литеральных замен, слияния двух слов в одно, например, «*ножилка*» (нож + вилка).

Нарушение номинативной функции речи при акустико-мнестической афазии проявляется не только в трудностях при назывании, но и в подборе слов в собственной речи, в рассказах по картинкам и т. д. При рассказе по серии сюжетных картинок, пересказе текста, в спонтанной речи существительные замещаются местоимениями. Аграмматизм при акустико-мнестической афазии характеризуется смешением флексий глаголов и существительных в роде и числе.

В отличие от акустико-гностической афазии высказывание при акустико-мнестической афазии отличается большей законченностью, не наблюдается «речевой окрошки».

Нарушение чтения и письма

При акустико-мнестической афазии в письменной речи больше, чем в устной, выступают явления экспрессивного аграмматизма, т. е. смешение предлогов, а также флексий глаголов, существительных и местоимений, главным образом, в роде и числе. Номинативная сторона письменной речи оказывается более сохранной, так как больные имеют больше времени для подбора слов, выбора синонимов, а также фразеологизмов, способствующих «всплыванию в памяти» нужных слов, изредка наблюдаются литеральные парафазии по акустическому типу (смешение звонких и глухих фонем). При записи текста под диктовку больные

испытывают значительные трудности удержания в слухоречевой памяти даже фразы, состоящей из трех слов, при этом они обращаются с просьбой повторить каждый фрагмент фразы.

При акустико-мнестической афазии возникают значительные трудности в понимании читаемого текста. Это объясняется тем, что печатный текст состоит из предложений значительной длины, и тем, что удержание в памяти читаемого текста тоже требует сохранности слухоречевой памяти.

Таким образом, при акустико-мнестической афазии нарушения слухоречевой памяти вторично приводят к трудностям нормальной реализации письма, чтения и счета.

Коррекционно-педагогическая работа при акустико-мнестической афазии

Основными задачами коррекционно-педагогической работы при акустико-мнестической афазии являются преодоление нарушений слухоречевой памяти, восстановление зрительных представлений о существенных признаках предмета, а также преодоление амнестических трудностей и элементов экспрессивного аграмматизма.

В ходе нейропсихологического обследования уточняется вариант акустико-мнестической афазии. Затем составляется программа коррекционно-педагогической работы.

В преодолении речевых расстройств при акустико-мнестической афазии логопед использует механизм кодирования замысла речевого высказывания, описания признаков предмета, введения слова в различные контексты, составления внешних опор, позволяющих больному удерживать различный объем слухоречевой нагрузки.

Восстановление слухоречевой памяти происходит с опорой на зрительное восприятие. Перед больным выкладывается серия предметных картинок, различных по смысловой взаимосвязанности, и дается задание выбрать из них два, три, четыре предмета. В связи с тем что в речи слова связаны

замыслом высказывания, то вначале среди «случайно» подобранных картинок с изображением, например, зайца, тарелки, стола, ружья, леса и т. д. предлагается показать предметы, которые могут быть вписаны в ту или иную ситуацию, например, вилку, стол, огурец или лес, охотника, зайца и т. д. Затем уже даются слова, не входящие в одно семантическое поле.

На следующей стадии восстановления слухоречевой памяти предметные картинки демонстрируются в виде стопки. Больной, прослушав серию названий предметов, находит их изображения и откладывает в сторону. Этим достигается некоторая отставленность выполнения инструкции во времени. Впоследствии предлагается повторить серию слов, проработанных на предыдущих занятиях, не прибегая к помощи картинок. Сначала для запоминания даются слова, обозначающие предметы, затем действия и качества предметов и наконец числа, объединенные в номера телефонов. Параллельно с этим проводятся слуховые диктанты: предлагаются фразы, состоящие из двух, трех, четырех слов, с опорой на сюжетную картинку, а позже без нее.

При втором варианте акустико-мнестической афазии для восстановления зрительных представлений рекомендуется проводить ряд упражнений, включающих анализ близких по рисунку и по форме предметов, отличающихся одним-двумя признаками (например, чашки, чайника, сахарницы; шкафа, холодильника, буфета), в которых изменение или отсутствие одной из деталей меняет функцию предмета, его содержание и обозначение. Дается задание сконструировать предметы из элементов, найти ошибки в изображении предметов (например, петух изображается без хвоста, кот с длинными ушами и т. д.), дорисовать предмет до целого, описать его свойства и функции, узнать предмет по его части и т. д.

Преодоление отчуждения смысла сложных по слоговой структуре слов осуществляется путем их послогового прослушивания и повторения.

Трудности нахождения нужного слова, как и при акустико-гностической афазии, преодолеваются путем расширения, а иногда и сужения смысловых границ слова, т. е.

путем уточнения и систематизации их значений. Для этого слово «обыгрывается» в различных фразеологических контекстах, ведется работа по пониманию многозначности слова, например, слов *ручка, ключ, машина, коса, песок, перо*, по уточнению смысла синонимов, антонимов и омонимов.

Восстановление письменного высказывания является одной из форм закрепления достигнутых результатов по преодолению амнестических расстройств. Сохранность понимания звукобуквенного состава слова и значительная сохранность фонематического слуха позволяют с первых же дней коррекционно-педагогической работы использовать составление письменных текстов, что содействует преодолению бедности словарного запаса и характерного для «задних» форм афазии аграмматизма.

Нарушение согласования в роде и числе главных членов предложения преодолевается путем замены существительных местоимениями и местоимений существительными, составления фраз по опорным словам, умением заканчивать предложение, вставить пропущенные предлоги и флексии существительных.

■ Семантическая афазия

Семантическая афазия возникает при поражении теменно-затылочной области доминантного по речи полушария (рис. 17, поле 39). При поражении теменно-затылочных (или задних нижнетеменных) отделов полушария головного мозга сохраняется плавная синтагматическая организация речи, не отмечается никаких поисков звукового состава слова, отсутствуют явления снижения слухоречевой памяти или нарушения фонематического восприятия.

Наблюдаются специфические амнестические трудности при поисках нужного слова или произвольном назывании предмета, когда больные при трудностях нахождения лексической парадигмы обращаются к описанию функций и качеств этого предмета синтагматическими средствами, т. е. не заменяют одно слово другим (вербальные парафазии), а заменяют слово целой фразой, говорят: «Ну, это то, чем

пишут», «...это то, чем режут» и т. д., а с другой стороны, имеется характерный для этой формы афазии сложный импрессивный аграмматизм.

Импрессивный аграмматизм и амнестические трудности при амнестико-семантической афазии имеют много общего с выраженной пространственно-конструктивной апраксией, так как первично нарушенной предпосылкой при этой форме афазии является ориентировка в пространственно организованных семантических координатах, характерных для сложных парадигм, парадигм-синонимов: например, *брат отца — дядя* (инвариантом значения слова *дядя* является мужчина, а не определенный родственник отца, находящийся в сложном семантическом пространстве родственных взаимоотношений).

Нарушение понимания

Нарушение понимания сложных смысловых и грамматических взаимоотношений слов, выраженных предлогами и флексиями, получило название ***импрессивного аграмматизма***. При семантической афазии сохраняется понимание обычных фраз, передающих «коммуникацию событий». Больные хорошо понимают отдельно значение предлогов, свободно кладут карандаш под ложку или ложку справа от вилки, но затрудняются в расположении трех предметов по инструкции: «Положите ножницы справа от вилки и слева от карандаша». Еще бóльшие трудности они испытывают при расположении геометрических фигур, не в состоянии решить такую логико-грамматическую задачу, как нарисовать крест под кругом и над квадратом, и не могут сориентироваться в сравнительных словосочетаниях типа: *Коля выше Миши и ниже Васи. Кто из них самый высокий? Кто самый низкий?* Такие же трудности возникают у них при понимании сравнительных словосочетаний с наречиями *больше — ближе, слева — справа* и т. д.

Не менее грубо нарушена при семантической афазии расшифровка флективных инвертированных словосочетаний, включенных в инструкцию: «Покажите расческу ручкой, покажите ручку карандашом». При выполнении этих зада-

ний происходит соскальзывание на прямой порядок действия с предметами, игнорируются флективные семантические признаки пространственной направленности действия. Такие же трудности в определении направленности действия возникают при понимании предложений: *Колю ударил Петя* (Кто драчун?), при нахождении аналогичного предложения из двух предъявленных: *Солнце освещается Землей; Земля освещается Солнцем* или *Земля освещает Солнце; Солнце освещает Землю.*

Наибольшие трудности возникают при семантической афазии в решении логико-грамматических словосочетаний, передающих «коммуникацию отношений» типа «брат отца» — «отец брата», которые можно решить, лишь соотнося с определенными смысловыми категориями: *дядя — брат — отец.*

Больные затрудняются и в понимании сложных синтаксических конструкций, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения, деепричастные и причастные обороты. Так, они затрудняются в понимании предложений типа *Я отправился в столовую после того, как поговорил с сестрой.* Не обнаруживают алогичности предложений типа *Шел дождь, потому что было мокро.*

При семантической афазии утрачивается понимание метафор, пословиц, поговорок, крылатых слов, не обнаруживается в них переносный смысл. Так, метафоры «каменное сердце», «железная рука», пословица «Не плюй в колодец, пригодится водицы напиться» понимаются в прямом, конкретном смысле.

Нарушение устной и письменной речи

Экспрессивная речь при семантической афазии отличается сохранностью артикуляторной стороны речи. Однако могут отмечаться выраженные амнестические трудности, подсказка первого слога или звука слова помогает больному. Слова заменяются описанием функции предмета: «Ну, это то, через что смотрят на улицу» или «Это то, что показывает время».

В основе амнестических трудностей при семантической афазии лежит нарушение так называемого «закона силы» (А. Р. Лурия), позволяющего в норме безошибочно выбирать слово из серии слов, близких по категориальной отнесенности, по смыслу. Нарушение этого «закона силы» блокирует поиск слова как парадигмы в определенном семантическом поле, в связи с чем больные прибегают к синтагматическому приему описания функции или категориальной принадлежности предмета: «То, чем едят рыбу», «То, чем режут (пишут и т. д.)». Вербальные парафазии не характерны для семантической афазии, так как больные не замещают одну парадигму другой. Бедность лексики выражается в редком употреблении прилагательных, наречий, описательных оборотов, причастных и деепричастных оборотов, пословиц, поговорок, в отсутствии поисков точного или «меткого» слова.

При этой форме афазии письменная речь отличается бедностью, стереотипностью синтаксических форм, в ней мало сложносочиненных и сложноподчиненных предложений, сокращается употребление прилагательных.

При семантической афазии наблюдаются грубые нарушения счетных операций. Больные смешивают направления действий при решении арифметических примеров, испытывают трудности при действии с переходом через десяток, с трудом записывают со слуха многозначные числа. Например, вместо числа 1081 человек записывает 1801, 1108, так как затрудняется в определении разрядности числа. Нарушения счета проявляются в трудностях понимания текста задач, так как они включают те же логические элементы больше — меньше, дальше — ближе, на сколько, во сколько раз и т. д., что также объясняется нарушением симультанного анализа и синтеза тех же логико-грамматических конструкций.

Коррекционно-педагогическая работа при семантической афазии

Основными задачами логопедической работы при семантической афазии являются преодоление трудностей

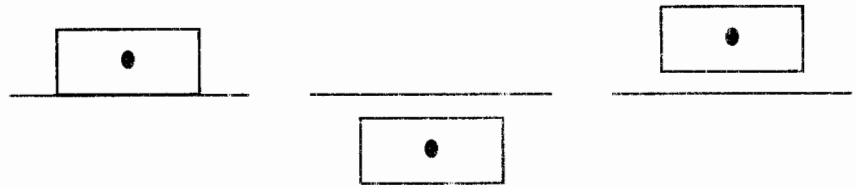
нахождения названий предметов, расширение лексического и синтаксического состава речи больных, преодоление импрессивного аграмматизма.

Коррекционно-педагогическая помощь по преодолению семантической афазии опирается на контроль всех сохранных анализаторных систем (зрение, слухоречевую память), а главное, на планирующую и регулирующую функции лобных отделов головного мозга, на сохранную линейную организацию устной речи.

В связи с тем что в основе речевых расстройств при семантической афазии лежит нарушение симультанного пространственного гнозиса, восстановительное обучение при этой форме афазии начинается с развития конструктивно-пространственной деятельности. Для этого необходимы упражнения в зрительном анализе геометрических фигур, орнаментов, складываемых из элементов, реконструируемых по наглядному образцу и по инструкции, восстановлении ориентированности больного в левом и правом, в частях света, в географической карте. Конструктивно-пространственная апраксия преодолевается путем обучения плану расчленения орнамента или рисунка на определенные сегменты и выполнения задания по плану (например, сначала нижний «этаж», затем второй, третий и т. д. или сначала первый столбик слева, затем второй и т. д.).

Для преодоления амнестических трудностей необходимо сопоставление различных смысловых связей слов по признакам, образующим различные семантические поля. Так, например, анализируются те признаки предметов, которые их объединяют в видовые категории (профессия, мебель, одежда и т. д.), и в то же время определяется общность слов по их корневой части (садовник, сад, посадки), по суффиксальным и префиксальным признакам (садовник, чернильница, сахарница). Ведется работа по описанию различий и сходств синонимов, антонимов, омонимов, использованию в письменной речи качественных определений предметов, сложносочиненных и сложноподчиненных предложений (с различными союзными словами), подчиненная часть которых стоит в начале, середине или конце предложения и относится к разным членам главного предложения.

Преодоление импрессивного аграмматизма начинается с уточнения значений отдельных предлогов и наречий, усвоения схемы предлогов с перемещением точки (предмета) вокруг нарисованного стола, дома, стакана.



Предмет на линии *Предмет под линией* *Предмет над линией*

Больному предлагают многократно описывать расположение центрального предмета по отношению к предметам, находящимся от него слева и справа (позже над и под ним). Средний из трех предметов, схематично изображенных в тетради больного (например, елка, домик, чашка), обводится кружком, около него или над ним ставится вопросительный знак, стрелками намечается план описания расположения предметов. Больной составляет фразы типа: *Елка нарисована справа от дома и слева от чашки* или *Домик нарисован слева от чашки и справа от елки*. Позже также описывается расположение трех предметов с предлогами *над — под*, с наречиями *выше — ниже, дальше — ближе, светлее — темнее* и т. д. Предварительная проработка этих схем в экспрессивной речи подготавливает базу для понимания логико-грамматических конструкций на слух при чтении.

По той же методике строятся сравнения и описания палочек различной высоты (например, Т С В — *Соня выше Тони и ниже Васи*), длины, т. е. путем привлечения сохранной экспрессивной, синтагматически организованной речи осваиваются сравнительные и инвертированные логико-грамматические конструкции типа: *Соня выше Оли и ниже Тони; Курск от Москвы дальше Орла и ближе Харькова*, и решается кто больше и меньше всех, что дальше или ближе. Лишь после того как больной начнет свободно сам

выделять центральный, средний предмет и свободно описывать расположение сравниваемых предметов, ему дается задание на декодирование им же только что составленных задач. Переключение больного со словесного описания позиций взаиморасположенных предметов на их схематическое изображение, т. е. на выполнение составленной им логико-грамматической задачи, приводит к освоению плана решения и других подобных заданий.

Для преодоления акалькулии проводятся уточнения разрядов, входящих в число (десятки, сотни, тысячи и т. д.), закрепляются значения синонимов: *минус — вычитание*, *плюс — сложение*. Больным предлагается выполнить действия в пределах одного-двух десятков, затем в пределах сотни и тысячи. Особое место в преодолении дефектов счетных операций занимает решение арифметических задач в 2, 3, 4 действия с употреблением наречий *больше, меньше* и глаголов *отнять, добавить, отправить, выгрузить* и т. д., т. е. глаголов с приставками, передающими пространственные взаимоотношения действия и предметов.

Преодоление «оптической» алексии осуществляется путем устного описания больным элементов, входящих в ту или иную букву, конструирования букв из элементов (различной величины картонных или пластмассовых палочек и овалов), чтения (называния) букв после определения их элементов, чтения слова через скользящее по нему «окошко» (квадратную прорезь в полоске картона), через «окошко», охватывающее несколько букв, входящих в слово, чтения строки с линейкой, закрывающей нижние строки текста.

«Зеркальную», или конструктивно-пространственную аграфию преодолевают путем восстановления ориентированности больных в левом и в правом в разных вариантах расположения предметов (например, *чашка стоит на дне*, *чашка перевернута вверх дном* и т. п.), списывания (срисовывания) больным отдельных букв или слов с фиксацией цветным карандашом левой стороны листа и направления (стрелкой), откуда следует начинать запись серии букв или элементов, с определения того, в какую сторону «смотрит» буква.

Афферентная кинестетическая моторная афазия

Афферентная кинестетическая моторная афазия возникает при поражении вторичных зон постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга, расположенных сзади от центральной, или роландовой борозды (рис. 17, поля 7, 40). Вторичные поля постцентральных и нижнетеменных отделов тесно связаны с первичными полями, для которых характерно четкое соматотопическое строение. Нервные волокна, несущие импульсы от нижних противоположных конечностей, располагаются в верхних отделах этой зоны. Нервные волокна, несущие импульсы от верхних конечностей, — в средних отделах, импульсы, поступающие от лица, губ, языка, глотки, — в нижних постцентральных отделах. Эта проекция построена не по геометрическому, а по функциональному принципу: чем большее значение имеет та или иная область периферических тактильно-кинестетических рецепторов того или иного активного органа и чем большей степенью свободы обладает тот или иной двигательный сегмент: сустав, фаланга пальцев, язык, губы и т. д., тем большую территорию имеет его представительство в соматотопической проекции коры. Существенно, что соматотопическая проекция органов, участвующих в артикуляции звуков, значительно больше представлена в левом, доминантном по речи полушарии.

Известно, что каждый речевой звук произносится одномоментным включением или выключением определенной группы пространственно организованных артикуляционных органов. Так, вторичные поля, принимающие комплексное, симультанное участие в организации той или иной фонемы, связаны с первичными, проекционными полями. Однако не всегда учитывается, что смычка губ и языка при произношении ***м*** и ***н*** является менее напряженной, чем при ***б*** и ***п***, ***д*** и ***т***. Наиболее напряженной является смычка при произношении глухих фонем ***к*** и ***т***, но при этом голосовые складки оказываются в ненапряженном состоянии. Трудностями определения этих тонких дифференциальных ки-

нестетических признаков фонем объясняется возникновение при афферентной моторной афазии грубой аграфии, алексии, нарушений понимания речи.

Нарушение экспрессивной речи

А. Р. Лурия отмечал (1969, 1975), что существуют ***два варианта афферентной кинестетической моторной афазии***. ***Первый*** характеризуется нарушением пространственного, симультанного синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата и полным отсутствием ситуативной речи при грубой выраженности расстройства. ***Второй вариант***, носящий в клинике название «проводниковой афазии», отличается значительной сохранностью ситуативной, клишеобразной речи при грубом распаде повторения, называния и других произвольных видов речи. Этот вариант афферентной кинестетической моторной афазии характеризуется преимущественно нарушением дифференцированного выбора способа артикуляций и симультанным синтезом звуковых и слоговых комплексов, входящих в слово.

При первом варианте афферентной кинестетической моторной афазии выраженная апраксия артикуляционного аппарата может привести к полному отсутствию спонтанной речи. Попытки произвольного повторения звуков приводят к хаотичным движениям губ и языка, к литеральным (звуковым) заменам. Пристальное всматривание больного в артикуляцию логопеда приводит лишь к нахождению либо способа, либо органа артикуляции, что порождает смешение звуков ***м — п — б, н — д — т — л, и — с, о — у*** и т. п., которое объясняется нарушением кинестетической оценки степени смычки артикуляторных органов при произнесении звуков, дезинтеграцией движений таких органов, как мягкое нёбо и голосовые складки. На более поздних этапах больные произносят слово халат как «*ханат*» или «*ходат*», дом как «*лом*» или «*том*», т. е. одна фонематическая парадигма заменяется другой.

Для афферентной кинестетической моторной афазии характерны трудности в анализе структуры сложных слогов.

Больные дробят закрытый слог на два открытых, дробят стечения согласных в слоге, опускают согласные звуки. Поэтому нередко слова тут, там, вот, стол, шапка и т. д. звучат как «*туть*», «*та-мь*», «*во-ть*», «*съ-то-лъ*», «*ша-пъ-ка*» и т. д.

По мере восстановления произносительной стороны речи выявляется сохранность синтагматической стороны речевого высказывания. В некоторых случаях могут оставаться легкие артикуляционные призвуки, напоминающие в одних случаях дизартрию (псевдодизартрия как следствие апраксии артикуляционного аппарата), в других — легкий иностранный акцент, выражающийся не в изменении интонации, а в замедленности и искусственности произнесения слов, оглушении звонких и отсутствии мягких согласных, в редких литеральных парафазиях.

Нарушение понимания

На раннем этапе после травмы или инсульта при афферентной афазии может наблюдаться грубое нарушение понимания речи. Это объясняется тем, что в процессе понимания значительную роль играет кинестетический контроль, сопряженное, скрытое произнесение воспринятого на слух сообщения.

Период значительного непонимания речи у больных с афферентной кинестетической моторной афазией непродолжителен (от одного дня до нескольких суток после инсульта), после чего у них отмечается быстрое восстановление понимания ситуативной разговорной речи, а также значений отдельных слов, возможность выполнения несложных инструкций.

Длительное время у больных наблюдаются специфические особенности нарушения понимания. Они заключаются во вторичных нарушениях фонематического слуха. При афферентной кинестетической моторной афазии возникают трудности в распознавании на слух слов со звуками, имеющими общие признаки по месту и способу артикуляции (губные: ***б — м — п***, переднеязычные: ***д — л — т — н***, сонорные щелевые: ***н — х — ш***, сонорные и гласные и т. д.). Эти трудности фонематического анализа в целом компенсиру-

ются избыточностью фонематических различий слов в разговорной речи и позволяют им понимать ее, но сказываются в письме больных. Нарушение понимания слова ухудшается в тех случаях, если больной пытается его проговорить, т. е. включает первично нарушенный кинестетический контроль.

Наряду с артикуляторными нарушениями, приводящими к нечеткости восприятия на слух речи, при афферентной кинестетической моторной афазии наблюдаются трудности понимания лексических средств языка, передающих различные сложные пространственные отношения. К ним относится прежде всего характерный для этой формы афазии предложный импрессивный аграмматизм: при сохранности понимания значений отдельных предлогов нарушается возможность расположения в пространстве трех предметов. Например, положить или нарисовать карандаш под кисточкой и над ножницами, т. е. наблюдаются нарушения понимания свойственные для семантической афазии.

Значительные трудности в понимании вызывают глаголы с приставками (*завернуть, возвращаться* и др.), которые, кроме пространственного признака, отличаются и многозначностью. Особые трудности испытываются в понимании значений личных местоимений, употребляемых в косвенных падежах, что объясняется отсутствием в них предметной отнесенности, наличием различной пространственной направленности, обилием фонематических изменений (например, *мне — меня — мною*).

При афферентной кинестетической афазии, как правило, наблюдается конструктивно-пространственная апраксия, а при втором варианте — и пространственная дезориентированность. Последняя усугубляет представление о плохом понимании речи; например, больные испытывают чрезвычайные трудности при выборе книги, альбома или другого предмета на книжной полке.

Сложность и многообразие особенностей нарушения понимания при афферентной кинестетической моторной афазии компенсируется в повседневной речи избыточностью, конкретностью ситуации, что и создает картину относительной сохранности у них понимания речи.

Нарушение чтения и письма

При афферентной кинестетической моторной афазии степень нарушения чтения и письма зависит от тяжести апраксии артикуляционного аппарата. Наиболее грубо нарушены чтение и письмо при тяжелой апраксии всего артикуляционного аппарата. Восстановление чтения и письма происходит параллельно с ее преодолением. Восстановление внутреннего чтения может опережать восстановление письменной речи. При записи слов под диктовку, при письменном назывании предметов, при попытках письменного общения с окружающими сказываются все артикуляционные трудности, т. е. появляется множество литеральных параграфий, отражающих смешение гласных и согласных фонем, близких по месту и способу артикуляции, пропускаются согласные (сонорные).

При втором варианте афферентной кинестетической моторной афазии больные с трудом сохраняют порядок букв в слове, представляют их зеркально (вода — «*даво*», окно — «*онко*»), пропускают гласные или же пишут сначала все согласные, а затем уже гласные, причем, как правило, у них сохраняется представление о наличии звука в слове, например, пропуская букву ё в слове ведёт, больной ставит две точки над д.

В некоторых случаях при грубой афферентной кинестетической моторной афазии наблюдается диссоциация между полным отсутствием устной речи и некоторой сохранностью речи письменной, служащей средством общения с окружающими. Эта сохранность письменной речи объясняется наличием преимущественной апраксии лишь глотки и гортани, выполняющих в русском языке роль преднастройки всех артикуляционных движений (Н. И. Жинкин, 1958) и осуществляющих фонацию гласных и звонких согласных.

По мере восстановления чтения и письма число литеральных параграфий уменьшается.

Второй вариант афферентной кинестетической моторной афазии характерен для лиц со скрытым левшеством при поражении теменных отделов левого полушария.

Коррекционно-педагогическая работа при афферентной моторной афазии

Коррекционно-педагогическая помощь по преодолению афферентной моторной афазии опирается на включение сохранного зрительного и акустического контроля, а также контролирующей функции лобных отделов левого полушария у правшей, в комплексе осуществляющих зрительный и слуховой анализ читаемого и воспринятого на слух речевого сигнала, контроль за оптическим синтезом видимых элементов артикуляторного уклада и т. п.

Общими задачами коррекционно-педагогической работы при афферентной моторной афазии является преодоление нарушений кинестетического артикуляторного праксиса, что обеспечивает преодоление аграфии, алексии, нарушения понимания речи, а затем и восстановление развернутого устного и письменного высказывания.

Приемы работы определяются степенью речевого расстройства.

При грубо выраженной афферентной моторной афазии на начальном этапе коррекционно-педагогической работы задачами восстановительного обучения являются:

- растормаживание или восстановление произносительной стороны речи;
- преодоление нарушений понимания;
- восстановление аналитического чтения и письма; стимулирование элементарной ситуативной речи.

При средней степени тяжести задачами коррекционно-педагогической работы являются:

- закрепление артикуляционных навыков;
- преодоление литеральных парафазий;
- стимулирование экспрессивной речи, преодоление дефектов звуко-буквенного анализа состава слова и литеральных параграфий при записи слов;
- преодоление экспрессивного и импрессивного аграмматизма: понимания значений и употребления предлогов, передающих пространственное отношение предметов.

При легкой степени выраженности афферентной моторной афазии задачами коррекционно-педагогической работы являются преодоление остаточных артикуляторных трудностей при произнесении многосложных слов со стечением согласных, изжитие литеральных парафазий и параграфий, преодоление элементов экспрессивного и импрессивного аграмматизма.

Для решения этих задач при грубой афферентной моторной афазии используется глобальное, сопряженное произнесение — чтение автоматизированных речевых рядов, их списывание и чтение про себя, а затем зрительный диктант и чтение вслух фраз на темы дня, чтение и запись под диктовку отдельных букв, складывание из разрезной азбуки слов из трех — пяти букв, введение этих слов в активную речь.

При относительно сохранном чтении про себя и некоторой сохранности письменной речи формируется восстановление письменной речи при составлении фразы по сюжетным картинкам. Для преодоления апраксии артикуляционного аппарата используется зрительно-слуховой имитационный прием. Вся работа по методу имитации звуков исключает пользование зеркалом, зондами, шпателями, так как они при афазии увеличивают степень произвольности движения, усугубляют артикуляционные трудности больных. Перед вызыванием того или иного звука больному предлагается выполнить неречевые движения языка, губ, щек, мягкого нёба в смысловой, «игровой», имитирующей эти движения форме, т. е. преодолевается оральная апраксия. Вызывание звуков начинается с имитации наиболее доступных, как правило, губных и переднеязычных.

Целесообразно начинать с контрастных гласных фонем ***а*** и ***у***. Для их дифференциации логопед рисует в тетради большой и узкий кружочки или широко и узко раскрытые губы и учит ребенка имитировать эти звуки, затем присоединяет звуки ***м*** и ***в***.

Вызывание звуков должно быть «подчинено» следующим условиям: нельзя одновременно вызывать звуки одной артикуляторной группы; звуки должны вводиться не в существительные в именительном падеже, а в слова и фразы, необходимые для общения (да, нет, вот, буду, хочу и т. п.).

При грубой афферентной моторной афазии для более быстрого перевода больного от зрительной имитации звука («чтение с губ») к самостоятельному произнесению звуков в процессе чтения несложных слов используется расстановка над буквами надстрочных знаков: **а** — кружок, имитирующий широко раскрытый рот; **и** — узкий кружок; **м** — сомкнутые губы, позже просто прямая линия; **ы** — выдвинутый в профиль подбородок; **т** — стрелка слева направо, имитирующая направление движения языка в его межзубной позиции; **и** — растянутый в улыбке рот; **о** — вертикальный овал; **в** — закушенная нижняя губа; **с** — горизонтально расположенный свисток, а позже две параллельные линии; **э** — широкий раствор рта с упирающимся в зубы языком; **н** — рисунок крыльев носа в профиль; **е** — горизонтальный овал рта; **ш** — квадрат, имитирующий утрированное произнесение этого звука; **к** — стрелка справа налево, показывающая направление движения языка в глубь рта; **п** — две встречные скобки, имитирующие надутые щеки, и линия между ними, имитирующая сжатые и внезапно разомкнутые губы; **л** — стрелка, направленная снизу вверх; **р** — волнистая линия; **и** и **ч** — передаются сочетанием стрелки (***т***) и двух параллельных линий (***с***) и квадрат (***ш***); йотированные гласные обозначаются «суммой» надстрочных знаков на **я** = ***й*** + ***а***; **ю** = ***й*** + ***у*** и т. д. Для определения звонких согласных ***б, д, г, ж, з*** используются те же надстрочные знаки с восклицательным знаком над ними.

Использовать надстрочные знаки при афферентной моторной афазии предлагал А. Р. Лурия (1948). Их использование облегчает больному переход от зрительного восприятия артикуляционного уклада звука, произносимого сопряженно с логопедом, к чтению простейших слов, затем фраз и текстов. Эта самая тяжелая форма афазии как у правшей, так и у левшей успешно преодолевается в течение 2—3 лет и в большинстве случаев, при адекватной установке на значительное восстановление артикуляционной стороны речи, больные возвращаются к активной работе. Логопед, чтобы не вызвать у больного депрессию, не говорит ему о столь долгих сроках восстановительного обучения.

В целях закрепления артикуляционных навыков при освоении новых звуков логопед должен многократно повторять предыдущий материал, сокращая употребление надстрочных знаков по мере преодоления у больного апраксии артикуляционного аппарата. Для окончательного ее преодоления весь пройденный материал надо повторить два-три раза.

По мере преодоления апраксии артикуляционного аппарата переходят к сопряженному и отраженному произнесению фраз обиходно-бытового характера по картинкам, стимулируют самостоятельную речь больного.

Восстановление ситуативной, разговорной речи является одной из первоочередных задач как начального этапа коррекционно-педагогической работы, так и при средней степени тяжести афферентной моторной афазии.

Восстановленные звуки вводятся в слова и фразы, необходимые для общения (хорошо, буду, завтра, сегодня, утром; у меня был врач, я уже ел и т. п.).

По мере возникновения ситуативной диалогической речи начинается восстановление монологической речи. Основной целью при этом является расширение словаря больного, предупреждение аграмматизма, развитие развернутого устного и письменного высказывания, подготовка свободной диалогической речи. Больной овладевает схемой прямого и инвертированного построения фразы по сюжетной картинке, планом высказывания по серии сюжетных картинок. По мере восстановления звукобуквенного анализа состава слова переходят с устного составления фраз по картинкам к письменному, фиксирующему достижения больного. Письменная речь оказывается опорой для восстановления устного высказывания.

На резидуальной стадии коррекционно-педагогической работы, т. е. если с больным в течение длительного времени не проводились логопедические занятия, восстановление чтения и письма начинается с первого же занятия с преодоления артикуляторных трудностей. Каждый проговариваемый звук (слово, фраза) читается сначала сопряженно с логопедом, затем самостоятельно. Большая роль в восстановлении чтения и письма отводится зрительным диктантам отдельных слов, словосочетаний и коротких предложений.

При грубой афферентной моторной афазии для восстановления анализа состава слова используется разрезная азбука, вписывание пропущенных букв в слово и фразу.

Преодоление грубых артикуляторных расстройств при афферентной моторной афазии — длительный процесс (от 3 месяцев до 1 года), однако остаточные явления нарушения звукопроизношения наблюдаются и тогда, когда у больного афферентная моторная афазия становится средней и легкой степени тяжести.

При афферентной моторной афазии средней степени тяжести основное внимание уделяется преодолению аграфии и аграмматизма. Больному предлагаются зрительные и слуховые диктанты, особое внимание уделяется словам со стечением согласных, вписыванию пропущенных в слове слогов, в предложении слов. Преодолению аграмматизма содействует использование схемы предлогов, схемы окончаний существительных (в основном в родительном и винительном падежах). Особого внимания требует работа с предлогами, состоящими из одного звука: ***в***, ***с***, ***к***, так как они сливаются со словом, образуя дополнительное стечение согласных, и с трудом поддаются слуховому анализу больных с афферентной моторной афазией.

При легкой афферентной моторной афазии преодолеваются артикуляторные трудности в произнесении аффрикатов, стечений согласных, звука ***р***, закрепляется слуховой контроль больного за своей речью в целях преодоления литеральных парафазий и аграмматизма, постепенно убыстряется темп произношения в пословицах, поговорках, скороговорках, при пересказе прочитанного и в рассказе по сериям сюжетных картинок, репродукциям картин художников, осваивается профессиональная лексика больного. Больной пишет тексты по сериям картинок и открыткам.

Восстановление понимания

При грубых нарушениях экспрессивной речи основное внимание уделяется восстановлению фонематического слуха, ориентации в пространстве, уточнению значений предлогов, наречий, пониманию личных местоимений в косвенных падежах, антонимов, синонимов.

На более поздних этапах, когда можно опираться на чтение и письмо, начинается работа по преодолению импрессивного аграмматизма.

Эфферентная моторная афазия

Линейная, временна́я организация движения осуществляется премоторными зонами коры головного мозга. Образуются синтагматические цепочки звуков и слогов в слове, слов в предложении, подчиненных жесткому закону соподчинения: в слове *дом* обязателен лишь такой, а не иной порядок звуков, в предложении прилагательное или предлог не могут стоять перед глаголом или наречием и т. п.

Эфферентная моторная афазия возникает при поражении передних ветвей левой средней мозговой артерии (рис. 17, поля 44, 45). Она сопровождается, как правило, кинетической апраксией, выражающейся в трудностях усвоения и воспроизведения двигательной программы.

Поражение премоторных отделов мозга вызывает патологическую инертность речевых стереотипов, приводящих к звуковым, слоговым и лексическим перестановкам и персеверации, повторам. Персеверации, непроизвольные повторы слов, слогов, являющиеся следствием невозможности своевременного переключения с одного артикуляторного акта на другой, затрудняют, а иногда делают полностью невозможными устную речь, письмо, чтение.

Нарушение экспрессивной речи

При грубой эфферентной моторной афазии на раннем этапе после нарушения мозгового кровообращения может полностью отсутствовать собственная речь.

Апраксия артикуляционного аппарата при этой форме афазии проявляется не в трудностях повторения отдельных звуков, а в утрате способности повторить серию звуков или слогов. Больной многократно повторяет их, при просьбе по-

вторить две серии звуков или слогов персеверирует звуки из предыдущего звукового или слогового ряда, не испытывая трудностей в самом акте звукопроизношения. Это самый тяжелый вариант эфферентной моторной афазии. При нем полностью отсутствует функция называния, а в случае подсказки первого слога слова происходит либо автоматизированное его заканчивание, либо соскальзывание на другое слово, начинающееся с того же слога, например, называя предметные картинки, больной, получив слоговую подсказку *мо*, вместо слова молоко произносит «*море*», «*морковь*», «*мороженое*» и т. п.

Вследствие инертности артикулирования отдельных слов могут наблюдаться контаминации, обусловленные переносами слога предыдущего слова: «*стожка*» (стол, ложка).

При другом варианте эфферентной моторной афазии при спонтанном восстановлении речи и общении нередко формируется выраженный экспрессивный аграмматизм: больные пропускают глаголы, с трудом употребляют предлоги, флексии существительных — выявляется так называемый аграмматизм типа «телеграфного» стиля, который возникает вследствие нарушения предикативной функции внутренней речи. В более легких случаях глаголы переносятся в конец предложения.

Например, при рассказе по серии сюжетных картинок «Случай на реке» был произнесен следующий текст: «*Это мальчик... мальчик и вот речка и плот и мальчик как это... падать в воду и плот туда позвать далеко... И мальчик пионер ботинки снимать надо... зовет как это... помогите...*».

При третьем варианте эфферентной моторной афазии не наблюдается столь грубого аграмматизма, а выявляется крайняя инертность в выборе слов, в высказывании отмечаются длительные паузы, персеверации, вербальные парафазии, произнесение слов становится растянутым.

Длительные паузы, вызванные инертностью протекания речевых процессов, внешне напоминают амнестические трудности, характерные для семантической афазии, но в их основе лежит инертность выбора лексических средств.

Нарушение регуляции выбора слов приводит и к вербальным парафазиям, которые обусловлены инертностью переключения при их извлечении из разных «семантических полей». Например, составив фразу: «Мальчик удит рыбу», страдающий афазией переходит к составлению фразы по другой сюжетной картинке и вместо фразы «Мальчик купается в реке», произносит: «Мальчик удится, ловится в речке» или вместо «Кузнец кует подкову» произносит «Кузнец кузнечит что-то».

И наконец, среди различных вариантов эфферентной моторной афазии наблюдается такая, при которой речь нарушается лишь в звене плавной, мелодичной смены одного слога другим. Речь этих больных грамматически правильно оформлена, но из-за нарушений ее ритмико-мелодической стороны страдает выделение не только ударных слогов, но и интонационная окраска психологического предиката, т. е. того нового, о чем говорится в сообщении, на что падает логическое ударение. В отличие от афферентной моторной афазии звуковая структура слогов при эфферентной моторной афазии не упрощается, не разрушается, но теряет свою интонационную окрашенность, становится тягучей, монотонной. Литеральные парафазии не характерны для устной речи больных с эфферентной моторной афазией, но их много в письменной речи.

Нарушение чтения и письма

При эфферентной моторной афазии наблюдается выраженная аграфия: запись слова или фразы возможна лишь при проговаривании слов по слогам. В более тяжелых случаях при правильном повторении слова невозможна не только его запись, но и складывание из уже выбранных букв разрезной азбуки. Возникает безуспешная перестановка букв слова, даже очень короткого, с трудом находится нужный порядок букв. Нередко больные не могут найти нужную букву, правильно произнося весь звуковой состав слова. В более легких случаях они могут записать слово со слуха, пропуская гласные и согласные в стечениях согласных, переставляя буквы и слоги; например, слово комната

записывается как «*кмата*», «*комата*», окно — как «*нко*», «*онко*», «*коно*», «*нок*» и т. п. Часты персеверации букв из предыдущих слов, персеверации одного и того же слога: машина — «*машишина*», молоко — «*момолоко*», «*момко*» и т. д.

На поздних этапах восстановления при самостоятельном составлении текста по серии картин выявляется аграмматизм, выражающийся в трудностях согласования слов в предложении. Смешиваются как падежные флексии, так и указывающие род. Аграмматизм письменной речи больных с эфферентной моторной афазией преодолевается с большим трудом.

В наиболее грубых случаях чтение носит угадывающий характер, доступен показ того или иного написанного слова, подкладывание подписей к картинкам. Эти грубые нарушения чтения и письма обусловлены распадом способности программирования звукобуквенного состава слова. При «телеграфном стиле» могут быть сохранными чтение, запись существительного и коротких фраз под диктовку, а позже самостоятельная запись названий предметов, но недоступно самостоятельное, грамматически правильно оформленное письменное составление фраз. В более легких случаях возможно чтение отдельных слов и коротких предложений, но затруднено понимание прочитанного, особенно предложений со сложной синтаксической структурой. При нарушении лишь ритмико-мелодического компонента речи письменная речь и чтение остаются сохранными.

Нарушение понимания

В основе расстройства понимания при эфферентной моторной афазии лежит инертность протекания всех видов речевой деятельности, нарушения так называемого «чувства языка» и предикативной функции внутренней речи.

При грубой эфферентной афазии персеверации проявляются уже при выполнении простых инструкций. Показ отдельных частей тела может быть доступен, если между произносимыми словами сделаны большие паузы. Однако при

незначительном убыстрении темпа заданий по показу картинок, частей тела либо лица возникают персеверации. Несколько лучше, но все же с большим трудом больные показывают предметные картинки при повторных просьбах. Вторично нарушается слухоречевая память, затруднен показ серии предметных картинок, при показывании 10 картинок в 3 или 4 рисунках происходят персеверации предыдущие задания.

При эфферентной моторной афазии на слух не различаются грамматически правильно и неправильно построенные высказывания.

Плохо понимается при этой форме афазии переносный смысл метафор, пословиц, что объясняется трудностью переключения на иной, скрытый смысл высказывания (А. Р. Лурия, 1975), отмечается нарушение понимания многозначности слов, таких, например, как коса, ключ, идти. Это объясняется трудностью переключения с конкретного лексического значения слова на другое.

Премоторные отделы доминантного по речи полушария в норме являются завершающими процесс кодирования речевого высказывания. С одной стороны, они осуществляют плавное переключение сформированных в постцентральных отделах артикуляторных и лексических комплексов, с другой — завершают процесс планирования и грамматического оформления замысла высказывания, программируемого в лобных и заднелобных отделах.

Коррекционно-педагогическая работа при эфферентной моторной афазии

Основными задачами коррекционно-педагогической работы при эфферентной моторной афазии являются преодоление патологической инертности в звене порождения слоговой структуры слова, восстановление чувства языка, преодоление инертности выбора слов, аграмматизма, восстановление структуры устного и письменного высказывания, преодоление алексии и аграфии.

При «передних» эфферентной моторной и динамической афазиях работа опирается на сохранную парадигматическую систему и на привнесение извне логопедом программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структуры слова и кончая восстановлением планирования фразы и текста.

Именно привнесенные извне средства, программирующие структуру слова и фразы (схемы, планы, программы), позволяют преодолеть у больных с эфферентной моторной афазией трудности переключения с одного слога или слова на другое, восстановить кинестетическую мелодику речи, преодолеть персеверации, эхолалии, трудности слогов, входящих в слово, и слов, входящих во фразу.

Преодоление нарушенной произносительной стороны речи при эфферентной моторной афазии начинается с восстановления ритмико-слоговой схемы слова, его кинетической мелодики.

При грубом нарушении чтения и письма работа начинается со слияния звуков в слоги. Больной, повторяя слог, складывает его из букв разрезной азбуки. Затем из освоенных слогов составляется простое слово типа ру-ка, во-да, мо-ло-ко и т. д. с опорой на ритмически отхлопываемую слоговую структуру слова, а также на схемы слова. Используется работа по автоматизации слов с определенной ритмической структурой: предлагается читать серии слов с одной слоговой структурой, написанных столбиком. Постепенно слоговая структура слова усложняется. Больной сопряженно с логопедом, а затем самостоятельно читает разделенные на слоги рифмующиеся слова.

Одновременно с восстановлением звуковой и слоговой структуры слова начинается работа по восстановлению повествовательной речи.

Преодоление нарушений повествовательной речи начинается с восстановления так называемого чувства языка, улавливания созвучий рифм в стихах, пословицах и поговорках. Особенно полезно использовать пословицы и поговорки с рифмующимися глаголами.

При восстановлении экспрессивной речи особое внимание уделяется преодолению патологической инертности

нахождении нужных слов для высказывания. Обыгрывая предметный рисунок, логопед спрашивает ребенка, для чего предмет предназначен, что с ним можно или надо сделать, чтобы, допустим, съесть (надо вымыть, сварить и т. п.), каковы свойства предмета и т. д.

При эфферентной моторной афазии преодолению инертности в выборе глагола содействует не только фразеологический контекст, но и выразительная пантомимическая имитация логопедом движений с предметами.

Позже больному дается задание закончить однотипную фразу различными словами, например: я ем... (картофельный суп, манную кашу, белый хлеб и т. д.) или я жду... (врача, мать, дочь, жену и т. д.). Предварительно логопед четко произносит фразы к нескольким картинкам, затем стимулирует их произнесение путем вопросов с опорой на различные схемы предложения.

Важной составной частью работы по накоплению глагольного словаря является подбор нескольких глаголов к существительному или нескольких существительных к одному глаголу. Первыми устными текстами, произносимыми больным по составленному логопедом плану, являются рассказы о режиме дня: «*Я встал, умылся, почистил зубы...*» и т. п. Предупреждению и преодолению предложно-флективного аграмматизма служат различные упражнения на вписывание пропущенных флексий, затем флексий и предлогов и, наконец, глаголов и существительных в косвенных падежах. Больной обучается использовать восстановленный словарный запас в беседах с медицинским персоналом, с родственниками, позже осваивает лексику, необходимую при посещении врача, магазинов, аптеки и т. п.

При грубой эфферентной моторной афазии чтение и письмо могут быть в состоянии полного распада. В связи с этим для больных разрабатываются индивидуальные азбуки, в которых каждой букве соответствует определенная картинка или слово, значимые для больного. Например, **а** — арбуз, **б** — бабушка, **в** — Василий и т. д. Позже проводится работа по составлению слов из слогов обычной разрезной азбуки.

Для восстановления плавного письма больного обучают многократно писать левой рукой сначала отдельные пропис-

ные буквы, затем слова и фразы. Полезно провести курс подготовительных прописных упражнений, предупреждающих персеверации элементов букв при записи слов. На стадии частичного восстановления звукобуквенного анализа состава слова от разрезной азбуки переходят к записи слов и легких фраз во время слуховых диктантов. При этом больной должен проговаривать каждое слово по звукам, иногда предварительно складывать трудные слова из разрезной азбуки.

Восстановление чтения идет параллельно с восстановлением звукобуквенного анализа слов, но, безусловно, несколько опережая его. Вначале больной по слогам читает слова с различной слоговой структурой, затем простейшие тексты.

На поздних этапах восстановления звукобуквенного анализа состава слова решаются простые кроссворды, составляются короткие слова из букв многосложного слова, пишутся разной степени сложности письма и сочинения, ведутся дневники и т. п.

Преодоление дефектов понимания речи осуществляется путем выполнения различных заданий на внимание, переключения с одного предмета на другой, заданий «провокационного» характера, когда логопед просит показать тот предмет, которого нет среди лежащих перед больным, соотнести фразу с сюжетной картинкой.

По мере восстановления слухового внимания стимулируется показ картинок по заданию, при этом больного спрашивают не «где нарисована ложка», а «покажите ложку» или «покажите то, чем мы едим», «положите ложку на стакан» и т. п.

Логическое ударение при этом должно падать то на предлог, то на существительное. С помощью интонации или логического ударения логопед подчеркивает переход к другим видам заданий: поставьте стакан, переверните стакан вверх дном и т. п.

■ Динамическая афазия

Динамическая афазия возникает при поражении задне-лобных отделов левого доминантного по речи полушария,

т. е. отделов третьего функционального блока — блока активации, регуляции и планирования речевой деятельности.

Основным речевым дефектом при этой форме афазии является трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания. При динамической афазии правильно произносятся отдельные звуки, повторяются без артикуляторных трудностей слова и короткие предложения, однако коммуникативная функция речи все же оказывается нарушенной. При грубой выраженности расстройства отмечается не только речевая, но и общая аспонтанность, безынициативность, возникает выраженная эхолалия, а иногда и эхопраксия, когда как бы механически повторяются за собеседником не только произнесенные им слова, вопросы, но и движения.

Нарушение экспрессивной речи

Существует несколько вариантов динамической афазии, характеризующихся разной степенью нарушения коммуникативной функции, от полного отсутствия экспрессивной речи до некоторой степени нарушения речевой коммуникации. В основе динамической афазии лежит нарушение внутреннего программирования высказывания, проявляющегося в трудностях его планирования при составлении отдельных фраз. Больные нуждаются в постоянной стимуляции речи. Их речь отличается примитивностью синтаксической структуры, наличием речевых шаблонов, при этом не наблюдается аграмматизма.

Центральным звеном при динамической афазии является нарушение спонтанного развернутого высказывания. При пересказе по сюжетной картинке произносятся отдельные, не связанные между собой фрагменты, не выделяются основные смысловые звенья; например: «Вот... у хозяина была курица... и золотые яйца... и он ее убил... вот!» (пример А. Р. Лурии, 1975).

При динамической афазии могут наблюдаться псевдоамнестические трудности при назывании предметов и особенно при воспоминании фамилий или имен знакомых людей, названий городов, улиц и т. п. В отличие от больных с акус-

тико-мнестической и семантической афазией эти больные не прибегают к помощи фразеологического описания функций предмета, подсказ первого слога слова может явиться пусковым толчком, деблокирующим инертность протекания речевого поиска слов. Из-за инертности протекания речевых процессов испытываются значительные трудности при задании произвести обратный порядковый счет, например, от двадцати к одному.

При более массивных поражениях левой лобной доли выявляется глубокое нарушение порождения сложных мотивов, замыслов и программ поведения (А. Р. Лурия, 1969, 1975), не проявляется интерес к окружающему, не формулируются никакие просьбы, не задаются вопросы. Спонтанная речь может совсем отсутствовать. Диалогическая речь грубо нарушена и характеризуется эхолалическим повторением вопросов.

В более легких случаях эхолалично заимствуется часть вопроса собеседника, при этом речи придается правильная грамматическая форма. Например, на вопрос: «*Вы сегодня завтракали?*» звучит ответ: «*Мы сегодня завтракали*». В речи наблюдается много персевераций. Например, назвав карандаши с помощью подсказанного слова цветные, больной продолжает называть следующие предъявленные ему предметы «*душистые карандаши*», «*чайные карандаши*» (вместо слов цветы, ложки).

Нарушение понимания речи

При поражении премоторных систем нарушается не только процесс развертывания речевого замысла, но и свертывания речевых структур, необходимых для понимания смысла текста.

При легкой степени динамической афазии понимание элементарной ситуативной речи, особенно предъявляемой в несколько замедленном темпе, с паузами между инструкциями, остается сохранным. Однако при убыстрении предъявляемых заданий, при показе предметных картинок, частей лица могут наблюдаться персеверации, трудности быстрого нахождения предмета, возникает псевдоотчужденность смысла слова.

При выраженной динамической афазии, как и при эфферентной моторной афазии, обнаруживается нарушение чувства языка, возникают затруднения в понимании сложных фраз, особенно инвертированных, требующих для своего понимания перестановки элементов предложения.

Эти трудности в понимании сложных высказываний связаны с недостаточной активностью больных, инертной фиксацией их внимания на значении отдельных элементов с нарушением понимания грамматических средств языка.

При динамической афазии чтение и письмо остаются сохранными и служат задаче восстановления плана высказывания.

Элементарный счет при динамической афазии остается сохранным даже при грубом распаде экспрессивной речи. Однако при этой форме афазии резко нарушается решение арифметических задач, требующих построения плана действий (А. Р. Лурия, Л. С. Цветкова, 1966).

Нередко встречаются больные с так называемыми «комплексными» афазиями: афферентно-эфферентной, эфферентной с динамическим компонентом, сенсомоторной афазией и т. п., обусловленными тем, что при травме или нарушении мозгового кровообращения страдают рядом лежащие речевые зоны или имеется несколько очагов поражения. При «комплексных» афазиях прежде всего следует преодолевать расстройства более низкого уровня, например апраксию артикуляционного аппарата и нарушение фонематического слуха до уровня преодоления симптомов эфферентной моторной афазии или акустико-мнестической афазии и т. п.

При поражении первого «функционального блока» (подкорковых отделов мозга, выполняющих функции тонуса и бодрствования коры головного мозга) возникают нарушения внимания, памяти, клятеринг (заикоподобное спотыкание в процессе речи) и недолговременные псевдоафазические речевые расстройства по типу эфферентной моторной и акустикомнестической афазий, что объясняется снижением активации заднелобных и височных отделов мозга. Особенностью этих речевых расстройств является их флуктуативность или «зыбкость»: в течение одного и того же занятия эти речевые нарушения то возникают, то исчезают. Отмечается сохранность чтения и письма.

Коррекционно-педагогическая работа при динамической афазии

Основной задачей работы при динамической афазии является преодоление дефектов внутреннего речевого программирования.

При значительно выраженной аспонтанности больному даются различные упражнения на классификацию предметов по разным признакам (мебель, одежда, посуда, круглые предметы, квадратные, деревянные, металлические и т. п.); используется прямой и обратный порядковый счет, вычитание из 100 по 7, по 4 и т. п.

Преодоление дефектов внутреннего программирования осуществляется созданием для больных программ высказывания с помощью различных внешних опор (вопросов, схемы предложения, фишек), постепенного сокращения их числа и последующей интериоризацией, свертыванием этой схемы «внутрь». Больной, перенося указательный палец с одной фишки на другую, постепенно развертывает речевое высказывание по сюжетной картинке, затем переходит к зрительному слежению за планом развертывания высказывания без сопряженного двигательного подкрепления и, наконец, производит составление этих фраз без внешних опор, прибегая лишь к внутриречевому планированию высказывания.

Восстановлению линейного развертывания высказывания содействует использование слов, входящих в вопросы к сюжетной картинке или в вопрос к соответствующей ситуации, обсуждаемой на занятии. Например, на вопрос: *«Куда вы сегодня пойдете?»* — больной отвечает: *«Я пойду к парикмахеру»* или *«Я пойду на рентген»* и т. п., т. е. он добавляет лишь одно слово. Другим приемом восстановления структуры высказывания является использование опорных слов, из которых больной составляет предложение. Постепенно число предложенных слов для составления предложения из 5—6 слов сокращается, больной свободно, по своему усмотрению, добавляет слова в нужной грамматической форме.

Ввиду того что при динамической афазии нарушается в основном составление не фразы, а текстов, в качестве внешних опор используются серии последовательных картинок, например, серия картинок о ребенке, самостоятельно построившем плот и отправившемся в плавание, и о последствиях такого плавания, серии бытовых рисунков художника Х. Бидструпа.

При динамической афазии преодолевается речевая инактивность, создаются условия для повышения речевой инициативы, для этого больному поручают устно передать кому-либо ту или иную просьбу логопеда и т. п. Речевая активность увеличивается в процессе создания специальных речевых ситуаций-инсценировок, в процессе которых инициатива ведения диалога передается больному. Тема диалога предварительно обсуждается с больным, ему даются вопросительные, ключевые слова и план, которые он может использовать в беседе. На занятиях по стимулированию речевой активности инсценируются беседы с врачом, в магазине, в аптеке, в гостях и т. п. Больной может быть ведущим в беседе о творчестве писателя, художника или композитора, при обсуждении художественного произведения, телепередач.

При более легких формах динамической афазии даются задания пересказать текст сначала при помощи развернутого вопросника, затем при помощи ключевых вопросов к отдельным абзацам текста, затем с опорой на план. Параллельно больной обучается составлять самостоятельные планы к текстам, сначала развернутые, затем краткие, свернутые, после чего, предварительно составив план, он пересказывает текст, не заглядывая в него. Таким образом, происходит интериоризация плана при пересказе прочитанного.

При грубой динамической афазии понимание ситуативной речи восстанавливается путем обсуждения различных событий дня. Затем логопед опять переключает внимание больного на новую тему, например расспрашивает, кто навещал его накануне.

Интонационно логопед выделяет предикат высказывания, сосредоточивая внимание больного на том или ином

фрагменте. Позже ему предлагается выполнить как одно звеньевые, так и многозвеньевые инструкции.

По мере воспитания внимания больного к речи окружающих восстанавливается и ее понимание, уменьшаются трудности переключения акустического восприятия с одной темы беседы на другую.

Параллельно с восстановлением экспрессивной, устной речи ведется работа по восстановлению пропущенных в текстах предлогов, глаголов, наречий; письменно составляются предложения по опорным словам, ответы на вопросы к текстам, пишутся сочинения по сериям картинок, заявления, доверенность на получение пенсии, письма знакомым и т. д.

Логопед в процессе индивидуальной и коллективной работы с больными с афазией модифицирует имеющиеся в арсенале дефектологии приемы и методы коррекционно-педагогической работы, привнося свой индивидуальный опыт.

Во многом результаты коррекционно-педагогической работы зависят от настойчивости логопеда и больного, являющихся по существу сотрудниками в достижении одной цели: максимального восстановления речи на фоне лечения.

Афазия у левшей

Абсолютными правшами являются лишь 40–42% населения. Абсолютными левшами — 5–8%, остальные 50% — либо скрытые, латентные, парциальные, переученные с левой руки на правую левши, либо правши с признаками левшества. Нередко афазические нарушения у лиц, переученных с левой руки на правую, редуцируются спонтанно в течение 1–7 дней, в связи с чем эти больные в логопедической помощи не нуждаются. Левши со стойкими речевыми расстройствами составляют около 30% от общего числа больных с афазией.

Афазии у левшей, возникающие при поражении правого полушария, менее выражены, что объясняется высокими компенсаторными возможностями левого полушария. Более грубо у левшей проявляются речевые расстройства при поражении левого полушария, что объясняется, вероятно,

тем, что в процессе переучивания ребенка-левши с левой руки на правую и обучения его письму правой рукой у него в левом полушарии формируются дополнительные речевые зоны в премоторной, постцентральной и височной долях головного мозга.

Ряд афазических нарушений у переученных или парциальных левшей несколько отличается от тех же форм афазий у правшей. Прежде всего это касается афазий, возникающих при поражении вторичных полей коры головного мозга, при которых возникают афферентная («проводниковая») моторная афазия, эфферентная моторная афазия и акустико-гностическая афазия (Бурлакова М. К., 1988, 1989, 1997). В связи с этим их следует называть ***парциальной афферентной моторной афазией, парциальной эфферентной моторной афазией*** и ***парциальной акустико-гностической афазией у левшей.***

Истинная акустико-гностическая афазия у левшей практически не наблюдается в связи с высокой взаимозаменяемостью функций височных долей обоих полушарий. Однако у левшей иногда при поражении височной доли возникает своеобразная сенсорная афазия, получившая в ***классической классификации*** название ***транскортикальной сенсорной афазии***. При этом варианте акустико-гностической афазии возникает диссоциация между полным непониманием речи, относительной сохранности понимания читаемого текста, возможности записи слов под диктовку без понимания значения слова. В речи этих больных отсутствует жаргонофазия и литеральные парафазии. Речь аграмматична.

Парциально-афферентная и эфферентная моторные афазии у левшей характеризуются относительной сохранностью ситуативной, клишеобразной речи при невозможности составления фразы по картинке. Более того, при афферентной («проводниковой» по классической классификации) моторной афазии выявляется наряду с сохранной собственной речью грубейшая апраксия артикуляционного аппарата, приводящая к полному нарушению повторения слов (даже только что свободно произнесенных больным), полной невозможностью из-за артикуляторных трудностей называния предметных рисунков, составления фразы по картинке, чтение вслух

и записи слов под диктовку. У этих больных может наблюдаться грубейшее нарушение счета даже в пределах первого десятка, что не наблюдается у правшей с той же формой афазии, и грубейшее нарушение понимания всех средств языка, передающих пространственно-временные отношения предметов и понятий, антонимов, предлогов, наречий. При полной сохранности фонематического слуха возникают трудности в ориентации в пространстве при показе предметов и рисунков. Эти грубые нарушения в пространстве распространяются на «механизмы» чтения и письма не только в связи с возможностью зеркального написания отдельных букв, но и в тенденции читать слова справа налево и писать сначала конечные слоги слова. Так проявляются у этих больных в навыках письма, чтения и понимания нарушения конструктивно-пространственного праксиса. В связи с нарушением ситуативной речи и амнестических трудностей эти больные похожи на больных с височными афазиями, однако сохранность у них фонематического слуха и слухоречевой памяти, грубые нарушения конструктивного праксиса и апраксии артикуляционного аппарата указывают на нижнетеменную локализацию речевого расстройства. В некоторых случаях у левшей наблюдается комплексная афферентная («проводниковая») афазия и акустико-мнестическая афазия.

При парциальной эфферентной моторной афазии у левшей основные трудности возникают при составлении фразы по сюжетной картинке. Наблюдаются негрубая аграфия, персеверации в устной речи и письме при значительной сохранности ситуативной речи, реализуемой как и при «проводниковой» афазии сохранным у этих больных первично доминантным по речи правым полушарием (М. К. Бурлакова, 1990, 1997).

При парциальных эфферентной и афферентной моторной афазиях у левшей на стадиях средних и поздних этапов восстановления наблюдается феномен «дограмматического» письма, при котором выявляется утрата всех элементарных навыков письма: правописания предлогов и приставок, безударных гласных, употребления мягкого знака, заглавных букв в личных именах, зеркальное написание некоторых букв и т. д. Например, такой больной пишет: «*малчик при*

ехал фдиревню гбабушке». «Дограмматическое» письмо отмечается только у больных левшей с афазией, но не наблюдается у правшей и не имеет ничего общего с дисграфией или аграфией при всех формах афазии.

При этих формах афазии у левшей перспективы восстановления речевых функций несколько лучше, чем у правшей. Методы коррекционно-педагогической работы при афазии у левшей и правшей одинаковы. Без преодоления апраксии артикуляционного аппарата при так называемой «проводниковой» афазии невозможно преодолеть аграфию и алексию, восстановить функции повторения и называния. Однако у левшей с акустико-мнестической и семантической афазией речевые расстройства остаются стойкими и трудно преодолимыми. Динамическая афазия у левшей практически не наблюдается, что объясняется высокой взаимозаменяемостью у них функций заднелобных отделов головного мозга (М. К. Бурлакова, 1997).

Очень редко наблюдается так называемая перекрестная афазия, т. е. истинная картина непарциальной афферентной моторной афазии у левшей при поражении левого полушария у левшей и правого полушария у правшей. У этих больных речь отсутствует полностью до тех пор, пока с ними не будут начаты систематические логопедические занятия.

Исследование высших корковых функций при афазии проводится по следующей схеме:

1. Исследование общей способности к речевой коммуникации — беседа с целью выяснения полноты собственной речи больного, понимания им ситуативной, обиходной речи, степени речевой активности.
2. Исследование понимания речи. Предъявляются на слух специальные одно- и многозвеньевые инструкции; задания по нахождению предметов; предлагается пересказ прослушанных коротких текстов; решение логико-грамматических конструкций. Исследуется фонематический слух; слухоречевая память; понимание смысла пословиц.
3. Исследование экспрессивной речи: автоматизированной речи, повторения звуков, слогов, слов различной степени сложности, называния предметных картинок, называния действий,

составления фраз и текстов по сюжетным картинкам, пересказ прочитанного текста.

4. Исследование чтения, письма и счета.
5. Исследование орального, пространственного и динамического праксиса.
6. Исследование акустического и оптического гнозиса.

Обследование «рукости» (т. е. тесты на левшество-правшество) у взрослых больных с афазией

1. Фамилия, имя, отчество. 2. Сторона поражения головного мозга. 3. Имеется ли левшество в роду? Кто левша? 4. Считает ли себя левшой, амбидекстром, правшой? 5. Переучивался ли в детстве в школе с левой руки на правую? Кого в семье сам переучивал? 6. Были ли в детстве или позже травмы, ожоги или другие заболевания правой руки? 7. Имеется ли в семье заикание? Заикался ли сам? Когда начал говорить? Были ли трудности обучения русскому языку и письму в начальной школе? 8. Нейропсихологические тесты на определение левшества-правшества: а) ведущий, целевой глаз (Л, П); б) переплетение пальцев рук: верхнее положение большого пальца (Л, П); в) «поза Наполеона»: верхняя рука (Л, П); г) аплодирование: верхняя ладонь; д) величина лона ногтя большого пальца или мизинца (Л, П); е) развитость венозной системы на руках (Л, П); ж) какая кисть руки длиннее на 1—2 мм; з) ведущая нога в спорте (Л, П). Наличие ряда психологических тестов по признакам левшества-правшества говорит о степени парциальности «рукости». 9. Далее исследуется наличие трудовых и бытовых навыков, в которых больной пользовался левой рукой: а) какой рукой держит ложку, чашку, карандаш; б) может писать, чертить, рисовать; в) шить, вязать, вышивать белье; г) чистит зубы, одежду, обувь; д) какой рукой причесывается, с какой стороны пробор на голове; е) какой рукой удобнее мыть посуду, окна, отпирать дверь, стричь бумагу, ногти; ж) какой рукой метет пол, копает, пилит, забивает гвозди, ввинчивает лампочку; з) какой рукой лучше играет на музыкальном инструменте.

Эти же тесты проводятся с ближайшими родственниками больного.

Основными признаками левшества является наличие генетически обусловленного левшества у родственников больного по линиям отца и матери, выявление при помощи тестов ведущих глаза и руки, а также ряда профессиональных навыков.

При подведении итогов обследования высших корковых функций составляется общая характеристика речи больного при соблюдении следующего плана: наличие левшества (по А. Р. Лурии, 1969), степень контактности страдающего афазией, ориентированность его в окружающем, его истощаемость. Характеризуется степень нарушения понимания речи и того, что преобладает в картине нарушения понимания: фонематический слух, импрессивный аграмматизм, персеверативность при выполнении заданий, понимание сложных инструкций и отдельных слов, фразеологических оборотов, особенности слухоречевой памяти. Фиксируется степень распада экспрессивной речи, наличие персевераций, характер вербальных и литеральных парафазий; возможность повторения отдельных звуков, слов, серий слов и предложений; возможность называния, составления фразы по простой сюжетной и по серии сюжетных картинок. Отмечается возможность чтения про себя, выполнения письменных инструкций, узнавания отдельных слов при грубом нарушении чтения, запись букв, слов и фраз под диктовку, самостоятельное письмо, обязательно отмечается наличие литеральных и вербальных парафазий, пропусков и перестановок букв, слогов и слов в предложении, наличие персевераций.

Проверяется выполнение больным плана математических действий, возможность перехода через десяток, наличие оральной и артикуляторной апраксии, динамической или конструктивно-пространственной апраксии, сохранность оптического и акустического гнозиса. Проводится тщательное обследование у больного (опрос, тесты) наличия левшества.

На основании анализа нейропсихологического комплексного обследования делается результирующее заключение о форме афазии, степени распада всех функций.

Положения коррекционно-педагогической работы по преодолению афазии

Большой вклад в разработку принципов и приемов преодоления афазии внесли Э. С. Бейн, М. К. Бурлакова (Шокор-Троцкая), Т. Г. Визель, А. Р. Лурия, Л. С. Цветкова.

В логопедической работе по преодолению афазии используются общедидактические принципы обучения (наглядность, доступность, сознательность и т. п.). Однако необходимо помнить, что восстановление речевых функций отличается от формирующего обучения, что высшие корковые функции говорившего и писавшего человека организованы несколько иначе, чем у начинающего говорить ребенка (А. Р. Лурия, 1969, Л. С. Выготский, 1984). В связи с этим при разработке плана коррекционно-педагогической работы следует придерживаться следующих положений:

1. После завершения обследования больного логопед определяет, какая область второго или третьего «функционального блока» мозга больного пострадала в результате инсульта или травмы, какие области мозга больного сохранены. У большинства больных с афазией оказываются сохранными функции правого полушария. При афазиях, возникающих при поражении височной или теменной долей левого полушария, прежде всего используются планирующие, программирующие и контролирующие функции левой лобной доли, обеспечивающие сознательность восстановительного обучения. Именно сохранность функций правого полушария и третьего «функционального блока» левого полушария позволяет воспитать у больного ***установку на восстановление нарушенной речи.*** Продолжительность логопедических занятий с больными при всех формах афазии составляет два-три года систематических (в стационаре и амбулаторно) занятий. Однако нельзя информировать больного о столь долгом сроке восстановления функций речи.
2. Выбор приемов коррекционно-педагогической работы зависит от этапа восстановления речевых функций. В первые дни после инсульта работа ведется при относительно пассивном участии больного в процессе восстановления речи. Используются методики, растормаживающие речевые функции и предупреждающие на раннем этапе восстановления такие речевые расстройства, как аграмматизм типа «телеграфного стиля» при эфферентной моторной афазии и обилие литеральных

парафазий при афферентной моторной афазии. На более поздних этапах восстановления речевых функций больному объясняется структура и план занятий, даются средства, которыми он может пользоваться при выполнении задания и т. п.
3. Коррекционно-педагогическая система занятий предполагает такой выбор приемов работы, который позволил бы либо восстановить первично нарушенную предпосылку (при ее неполной поломке), либо реорганизовать сохранные звенья речевой функции. Например, компенсаторное развитие акустического контроля при афферентной моторной афазии — это не просто замещение нарушенного кинестетического контроля акустическим для восстановления письма, чтения и понимания, а развитие сохранных периферийно расположенных анализаторных элементов, постепенное накопление возможности их использования для деятельности дефектной функции. При сенсорной афазии процесс восстановления фонематического слуха осуществляется путем использования сохранной оптической, кинестетической, а главное, смысловой дифференциации слов, близких по звучанию.
4. Независимо от того, какая первичная нейропсихологическая предпосылка оказывается нарушенной, при любой форме афазии ведется работа над всеми сторонами речи: над экспрессивной речью, пониманием, письмом и чтением.
5. При всех формах афазии восстанавливается коммуникативная функция речи, развивается самоконтроль за ней. Лишь при понимании больным характера своих ошибок можно создать условия для его контроля за своей речью, за планом повествования, за коррекцией литеральных или вербальных парафазий и т. п.
6. При всех формах афазии ведется работа над восстановлением словесных понятий, включением их в различные словосочетания.
7. В работе используются развернутые внешние опоры и постепенная их интериоризация по мере перестройки и автоматизации нарушенной функции. К таким опо-

рам относятся при динамической афазии схемы предложения и метод фишек, позволяющие восстанавливать самостоятельное развернутое высказывание, при других формах афазии — схема выбора способов артикуляции при произвольной организации артикуляторных укладов фонем, схемы, используемые для преодоления импрессивного аграмматизма.

Динамика восстановления нарушенных речевых функций зависит от места и объема очага поражения, от формы афазии, сроков начала восстановительного обучения и преморбидного уровня больного.

При афазиях, возникших вследствие кровоизлияния в мозг, речь восстанавливается лучше, чем при тромбоэмболии сосудов головного мозга или обширных травмах мозга. Афазические расстройства у 5–6-летних детей (в большинстве случаев травматического происхождения) преодолеваются быстрее, чем у школьников и взрослых.

Коррекционно-педагогическая работа начинается с первых недель и дней с момента инсульта или травмы по разрешению врача и под его контролем. Раннее начало занятий предотвращает фиксацию патологических симптомов и направляет восстановление по наиболее целесообразному пути. Восстановление нарушенных психических функций достигается при длительных логопедических занятиях.

При афазии проводятся индивидуальные и групповые логопедические занятия. Индивидуальная форма работы считается основной, так как именно она обеспечивает максимальный учет речевых особенностей больного, тесный личный контакт с ним, а также большую возможность психотерапевтического воздействия. Длительность каждого занятия на раннем этапе после инсульта в среднем от 10 до 15 минут 2 раза в день, на поздних этапах — 30—40 минут не реже 3 раз в неделю. Для групповых занятий (три — пять человек) с однотипными формами речевых расстройств и относительно одинаковой стадией восстановления речи время занятий 45—50 минут.

Логопед должен разъяснить родным особенности личности больного, связанные с тяжестью заболевания. На конкретных примерах объясняется обязательность его посиль-

ного участия в жизни семьи. Даются инструкции для работы по восстановлению речи.

Контрольные вопросы и задания

1. Какова история учения об афазии? Расскажите о классификациях афазии.
2. Раскройте особенности нарушения понимания устной речи, чтения и письма при акустико-гностической сенсорной афазии.
3. Раскройте предпосылки акустико-мнестической афазии.
4. В чем специфика семантической афазии?
5. Сопоставьте афферентную и эфферентную моторную афазии.
6. Охарактеризуйте динамическую афазию.
7. Раскройте основные положения коррекционно-педагогической работы при афазии. Покажите специфику коррекционно-педагогической работы при разных формах афазии.
8. Подберите речевой и дидактический материал для логопедической работы с больными, страдающими различными формами афазии.
9. Назовите приемы и содержание обследования лиц, страдающих афазией.

Литература

1. *Бейн Э. С., Бурлакова М. К., Визель Т. Г.* Восстановление речи у больных с афазией. М., 1982.
2. *Бурлакова М. К.* Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М., 1989.
3. *Бурлакова М. К.* Речь и афазия. М., 1997.
4. *Лурия А. Р.* Восстановление функций мозга после военной травмы. М., 1948.
5. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека. М., 1969.

6. *Лурия А. Р.* Основные проблемы нейролингвистики. М., 1975.
7. *Лурия А. Р.* Функциональная организация мозга // Естественнонаучные основы психологии. М., 1978.
8. *Оппель В. В.* Восстановление речи при афазии. Л., 1963.
9. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997. — Ч. II.
10. *Цветкова Л. С.* Афазия и восстановительное обучение. М., 1988.
11. *Шохор-Троцкая М. К. (Бурлакова)* Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М., 1972.
12. *Шохор-Троцкая М. К. (Бурлакова)* Стратегия и тактика восстановления речи. М., 2000.

Глава 13

НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ

История учения о нарушениях чтения и письма

Впервые на нарушения чтения и письма как на самостоятельную патологию речевой деятельности указал А. Куссмауль (A. Kussmaul) в 1877 г. Затем появилось много работ, в которых давались описания детей с различными нарушениями чтения и письма. В этот период патология чтения и письма рассматривалась как единое расстройство письменной речи. В литературе конца XIX и начала XX в. было распространено мнение, что нарушения чтения и письма представляют собой одно из проявлений общего слабоумия и наблюдаются только у умственно отсталых детей (Ф. Бахман (F. Bachman), Г. Вольф (G. Wolf), Б. Энглер (B. Engler)).

Однако еще в конце XIX в., в 1896 г., В. Морган (V. Morgan) описал случай нарушения чтения и письма четырнадцатилетнего мальчика с нормальным интеллектом. Морган определил это расстройство как «неспособность писать орфографически правильно и без ошибок связно читать». Вслед за Морганом и многие другие авторы (А. Куссмауль, О. Беркан) стали рассматривать нарушение чтения и письма как самостоятельную патологию речевой деятельности, не связанную с умственной отсталостью, с общей диффузной недостаточностью интеллекта. Английские врачи-окулисты Керр и Морган впервые опубликовали работы, специально посвященные нарушениям чтения и письма у детей.

В 1900 и 1907 гг. Д. Гиншельвуд (D. Hinchelwood) описал еще несколько случаев нарушений чтения и письма у детей с нормальным интеллектом, подтвердив, что эти нарушения не всегда сопровождают умственную отсталость. Гиншельвуд впервые ввел термины «алексия» и «аграфия»,

обозначив ими как тяжелые, так и легкие степени расстройства чтения и письма.

Таким образом, в конце XIX и начале XX в. существовали две противоположные точки зрения. Одни авторы рассматривали нарушение чтения и письма как один из компонентов умственной отсталости. Другие подчеркивали, что патология чтения и письма представляет собой изолированное нарушение, не связанное с умственной отсталостью.

Наибольшее распространение в литературе и особенно в практической диагностике получила точка зрения, утверждающая, что в основе патологии чтения и письма лежит неполноценность зрительного восприятия и памяти. Согласно этому взгляду, механизмом нарушений чтения и письма является дефектность зрительных образов слов и отдельных букв. В связи с этим нарушения чтения и письма стали называть «врожденная словесная слепота». Типичными представителями этого направления были Ф. Варбург (F. Warburg) и П. Раншбург (P. Ranschburg). Легкие степени нарушений чтения и письма П. Раншбург обозначил терминами «легастения» и «графастения» в отличие от тяжелых случаев нарушений чтения и письма, которые назывались «алексией» и «аграфией».

Постепенно понимание природы нарушений чтения и письма менялось. Это расстройство уже не определялось как однородное оптическое нарушение. Одновременно происходит дифференциация понятий ***алексия*** и ***дислексия***, ***аграфия*** и ***дисграфия***.

Выделяются различные формы дислексии и дисграфии, появляются классификации нарушений чтения и письма.

Большое значение в развитии учения о нарушениях письменной речи имела точка зрения невропатолога Н. К. Монакова. Он впервые связал дисграфию с нарушениями устной речи, с общим характером речевого расстройства, или афазией.

Е. Иллинг (E. Illing) выделяет ряд процессов, которые нарушаются при патологии чтения и письма:

1) овладение оптическим единством буквы и акустическим единством звука; 2) соотнесение звука с буквой; 3) синтез букв в слово; 4) способность расчленять слово

на оптические и акустические элементы; 5) определение ударения, мелодии слова, гласных слова; 6) понимание прочитанного.

Е. Иллинг считал главным в картине алексии и аграфии трудность ассоциации и диссоциации, невозможность схватить целостность слова и фразы.

О. Ортон (O. Orton) (1937) посвятил специальное исследование расстройствам чтения, письма и речи у детей. Он отмечал большую распространенность нарушений чтения и письма у детей, указывал, что затруднения у детей при обучении грамоте отличаются от нарушений чтения и письма у взрослых при повреждениях головного мозга. Ортон подчеркивал, что основное затруднение у детей с нарушениями чтения и письма заключается в неспособности составлять из букв слова. Ортон вслед за Е. Джексоном (E. Jackson) называл эти затруднения «алексией и аграфией развития», или «эволюционной дислексией и дисграфией». Термин «алексия и аграфия развития», или «эволюционная дислексия и дисграфия», больше соответствовал описываемым в литературе случаям нарушений чтения и письма у детей с задержкой развития некоторых психических функций. Ортон сделал вывод, что алексия и аграфия у детей вызываются не только моторными затруднениями, но и нарушениями сенсорного характера. Он отмечал, что эти нарушения чаще всего встречаются у детей с моторными недостатками, у левшей, у тех, у которых поздно осуществляется латерализация, выделение ведущей руки, а также у детей с нарушениями слуха и зрения.

Из ранних работ отечественных авторов большую значимость имеют работы невропатологов Р. А. Ткачева и С. С. Мнухина.

Анализируя наблюдения над детьми с нарушениями чтения, Р. А. Ткачев сделал вывод, что в основе алексии лежат мнестические нарушения, т. е. нарушения памяти. Ребенок с алексией плохо запоминает буквы, слоги, не может соотнести их с определенными звуками. По Р. А. Ткачеву, алексии объясняются слабостью ассоциативных связей между зрительными образами букв и слуховыми образами соответствующих звуков. Автор отмечает, что интеллект у детей

является сохранным. Это нарушение, как считает Р. А. Ткачев, вызывается влиянием наследственных факторов.

С. С. Мнухин в работе «О врожденной алексии и аграфии» говорит о том, что нарушения чтения и письма встречаются как у интеллектуально полноценных, так и у умственно отсталых детей. При различных степенях умственной отсталости алексия и аграфия встречаются заметно чаще, чем у нормальных детей.

Автор делает вывод о том, что нарушения чтения и письма сопровождаются рядом других расстройств.

С. С. Мнухин считает, что в подавляющем большинстве случаев при алексии и аграфии наблюдается наследственная отягощенность различной степени выраженности (алкоголизм, психопатии, эпилепсия родителей, родовые травмы).

В 30-х годах XX столетия нарушения чтения и письма начинают изучать психологи, педагоги, дефектологи. В этот период подчеркивается определенная зависимость между этими нарушениями, с одной стороны, и дефектами устной речи и слуха — с другой (Ф. А. Рау, М. Е. Хватцев, Р. М. Боскис, Р. Е. Левина).

■ Дислексия

В современной литературе для обозначения нарушений чтения используются следующие термины: ***алексия*** — для обозначения полного отсутствия чтения, и ***дислексия, дислексия развития, эволюционная дислексия*** — для обозначения частичного расстройства процесса овладения чтением в отличие от тех случаев, когда акт чтения распадается, например, при афазиях.

Дислексия — частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью (нарушением) высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

В норме чтение представляет собой сложный психофизиологический процесс, в котором участвуют различные анализаторы: зрительный, речедвигательный, речеслуховой. В основе его лежат «сложнейшие механизмы взаимодействия

анализаторов и временных связей двух сигнальных систем» [1, с. 106].

По своим психофизиологическим механизмам чтение является более сложным процессом, чем устная речь, вместе с тем оно не может рассматриваться вне единства письменной и устной речи.

Процесс чтения начинается со зрительного восприятия, различения и узнавания букв. В дальнейшем происходит соотнесение букв с соответствующими звуками и осуществляется воспроизведение звукопроизносительного образа слова, его прочитывание. И наконец, вследствие соотнесения звуковой формы слова с его значением осуществляется понимание читаемого. Таким образом, в этом процессе можно условно выделить две стороны: ***техническую*** (соотнесение зрительного образа написанного слова с его произношением) и ***смысловую***, которая является основной целью чтения.

Как всякий навык, чтение в процессе своего формирования проходит ряд этапов, качественно своеобразных ступеней.

Т. Г. Егоров выделяет следующие ступени формирования навыка чтения: 1) овладение звукобуквенными обозначениями; 2) послоговое чтение; 3) становление синтетических приемов чтения; 4) синтетическое чтение. Каждая из них характеризуется своеобразием, качественными особенностями, определенной психологической структурой, своими трудностями и задачами, а также приемами овладения.

■ Этиология дислексии

Вопрос об этиологии дислексии до настоящего времени является дискуссионным.

Некоторые авторы (М. Лами, К. Лонай, М. Суле, Б. Хальгрен) отмечают наследственную предрасположенность при нарушениях чтения.

Большинство авторов отмечают наличие патологических факторов, воздействующих в пренатальный, натальный и постнатальный периоды. Этиология дислексии связывается с воздействием биологических и социальных факторов.

Нарушения чтения могут вызываться причинами органического и функционального характера. Дислексии бывают обусловлены органическими повреждениями зон головного мозга, принимающих участие в процессе чтения (например, при афазии, дизартрии, алалии).

Функциональные причины могут быть связаны с воздействием внутренних (например, длительные соматические заболевания) и внешних (неправильная речь окружающих, двуязычие, недостаточное внимание к развитию речи ребенка со стороны взрослых, дефицит речевых контактов) факторов, которые задерживают формирование психических функций, участвующих в процессе чтения.

Таким образом, в этиологии дислексии участвуют как генетические, так и экзогенные факторы (патология беременности, родов, асфиксии, «цепочка» детских инфекций, травмы головы).

Расстройства чтения часто наблюдаются у детей с минимально мозговой дисфункцией, с задержкой психического развития, с тяжелыми нарушениями устной речи, с церебральными параличами, с нарушениями слуха, у умственно отсталых детей. Таким образом, дислексия чаще всего не является в структуре сложных речевых и нервно-психических расстройств.

Психологический аспект механизмов нарушений чтения. Классификация дислексий

Дислексия вызывается несформированностью психических функций, осуществляющих процесс чтения в норме (зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений, фонематического восприятия, фонематического анализа и синтеза, недоразвития лексико-грамматического строя речи).

В основе ее лежат различные критерии: проявления, степень выраженности нарушений чтения (Р. Беккер), нару-

шения деятельности анализаторов, участвующих в акте чтения (О. А. Токарева), нарушение тех или иных психических функций (М. Е. Хватцев, Р. Е. Левина и др.), учет операций процесса чтения (Р. И. Лалаева).

По проявлению выделяются ***два вида:***

- ***литеральная,*** проявляющаяся в неспособности или трудности усвоения букв;
- ***вербальная,*** которая проявляется в трудностях чтения слов.

Р. Беккер отмечала многообразие видов нарушений чтения. Она считала возможным сгруппировать их в следующие типы: ***врожденная словесная слепота, дислексия, брадилексия, легастения, врожденная слабость чтения.*** В основе данной классификации лежит не патогенез дислексий, а степень их проявления.

О. А. Токарева классифицирует нарушения чтения в зависимости от того, какой из анализаторов первично нарушен: слуховой, зрительный или двигательный. И в связи с этим выделяет ***акустическую, оптическую*** и ***моторную*** формы дислексии. Наиболее распространенной, по мнению автора, является дислексия, связанная с акустическими расстройствами, при которой отмечается недифференцированность слухового восприятия, недостаточное развитие звукового анализа. Дети с трудом сливают буквы в слоги, слова, так как буква не воспринимается ими как сигнал фонемы; смешивают сходные по артикуляции и звучанию звуки (свистящие и шипящие, звонкие и глухие и т. д.).

При оптической дислексии отмечается неустойчивость зрительного восприятия и представлений. Плохо усваиваются отдельные буквы, не устанавливаются связи между зрительным ее образом и звуком, нет четкого зрительного образа буквы, поэтому одна и та же буква воспринимается по-разному. Наблюдается частое смешение букв, сходных по начертанию, нарушается зрительное узнавание слов при чтении (вербальная дислексия).

При моторной дислексии, по О. А. Токаревой, отмечаются затруднения в движении глаз при чтении. Однако нарушения движений глаз в процессе чтения наблюдаются почти у всех детей с дислексией и представляют собой не причину, а следствие трудностей чтения.

Ряд фактов убеждает в том, что выделение моторной дислексии как самостоятельного вида является нецелесообразным.

Учитывая современное представление о системном строении высших корковых функций, при классификации дислексий нужно принимать во внимание не столько анализаторные расстройства, сколько характер нарушений высших психических функций, нарушения не только сенсомоторного уровня, но и высшего, символического, языкового уровня.

М. Е. Хватцев по признаку нарушенных механизмов выделял ***фонематическую, оптическую, оптико-пространственную, семантическую*** и ***мнестическую дислексию.*** Он считал, что у детей наблюдаются лишь фонематические и оптические формы дислексий. Другие формы отмечаются при афазии вследствие органических поражений головного мозга.

При фонематической дислексии дети не могут научиться правильно читать в течение 2—4 лет. Одни с большим трудом усваивают отдельные буквы и не могут сливать их в слоги, слова. Другие усваивают буквы без особых затруднений, но в процессе чтения слогов и слов делают большое количество ошибок, так как буква для них не является графемой (обобщенным графическим знаком). Это обусловлено, как считает автор, плохим фонематическим слухом.

В процессе чтения слов дети затрудняются сливать звуки в слоги и слова по аналогии с уже заученными слогами, плохо узнают слоги.

Оптическая дислексия проявляется в том, что буквы не осознаются как обобщенные знаки определенных фонем. Таким образом, нарушение формирования представлений о связях фонемы с графемой отмечается и при фонематической, и при оптической дислексии.

У детей с оптической дислексией наблюдаются нарушения зрительного восприятия и вне речи. Некоторые из них с трудом различают знакомые лица, сходные предметы, плохо рисуют.

При поражении правого полушария наблюдаются трудности при чтении левой части слова (Маша — каша), зеркальное чтение, слово прочитывается справа налево, отмечаются перестановки букв и слогов при чтении.

В классификации М. Е. Хватцева не учитываются все операции процесса чтения. Представленные виды дислексий у детей не охватывают всех случаев нарушений чтения.

С учетом нарушенных операций процесса чтения Р. И. Лалаева выделяет следующие виды дислексий: ***фонематическую, семантическую, аграмматическую, мнестическую, оптическую, тактильную.***

Фонематическая дислексия связана с недоразвитием функции фонематической системы, т. е. системы фонем языка, в которой каждая единица характеризуется определенной совокупностью смыслоразличительных признаков. В русском языке этими признаками являются твердость или мягкость, звонкость или глухость, способ образования, место образования, участие нёбной занавески. Каждая фонема отличается от всякой другой либо одним смыслоразличительным признаком, либо несколькими. В тех случаях, когда фонемы отличаются одна от другой несколькими смыслоразличительными признаками, говорят о звуках далеких, не сходных между собой.

В процессе формирования устной речи у детей опора на семантику является одним из основных условий развития речевой функции (т. е. смыслоразличительная функция у говорящих детей сформирована).

В ряде случаев у ребенка могут быть недоразвиты функции фонематического восприятия, анализа и синтеза.

С учетом несформированности основных функций фонематической системы фонематическую дислексию можно подразделить на две формы.

Первая форма — нарушение чтения, связанное с недоразвитием фонематического восприятия (дифференциации фонем), которое проявляется в трудностях усвоения букв, а также в заменах звуков, сходных акустически и артикуляторно (б — п, д — т, с — ш, ж — ш и т. д.).

Вторая форма — нарушение чтения, обусловленное недоразвитием функции фонематического анализа.

При этой форме наблюдаются следующие группы ошибок при чтении: побуквенное чтение, искажения звукослоговой структуры слова.

Искажения звукослоговой структуры слова проявляются в пропусках согласных при стечении (марка — «*мара*»); во вставках гласных между согласными при их стечении (пасла — «*пасала*»); в перестановках звуков (утка —

«*тука*»); в пропуске и вставках звуков при отсутствии стечения согласных в слове; в пропусках, перестановках слогов (лопата — «*лата*», «*лотапа*»).

Семантическая дислексия (механическое чтение) проявляется в нарушении понимания прочитанных слов, предложений, текста при технически правильном чтении, т. е. слово, предложение, текст не искажаются в процессе чтения. Эти нарушения могут отмечаться при послоговом чтении. После прочтения слова по слогам дети не могут показать соответствующую картинку, ответить на вопрос, связанный со значением хорошо известного слова. Нарушения понимания читаемых предложений могут наблюдаться и при синтетическом чтении, т. е. чтении целыми словами.

Нарушение понимания прочитанного обусловлено двумя факторами: трудностями звукослогового синтеза и нечеткостью, недифференцированностью представлений о синтаксических связях внутри предложения.

Разделение слова на слоги в процессе чтения — одна из причин непонимания читаемого. В результате нарушения фонематического и слогового синтеза дети не узнают слова, если они разделены на части в процессе послогового чтения, не способны объединить в единое значимое целое последовательно произнесенные слоги. Они читают механически, без понимания смысла читаемого. У детей оказывается недостаточно сформированной способность синтезировать, восстанавливать в представлении искусственно разделенную на слоги устную речь.

Дети с семантической дислексией затрудняются в выполнении следующих заданий: а) слитно произнести слова, предъявленные в виде последовательно произнесенных изолированных звуков с короткой паузой между ними (*л, у, ж, а*); б) воспроизвести слова и предложения, предъявленные по слогам (де-воч-ка со-би-ра-ет цве-ты).

Нарушение понимания прочитанных предложений обусловлено несформированностью представлений о синтаксических связях слов в предложении. При этом в процессе чтения слова воспринимаются изолированно, вне связи с другими словами предложения.

Аграмматическая дислексия обусловлена недоразвитием грамматического строя речи, морфологических и синтаксических обобщений. При этой форме дислексии наблюдаются: изменение падежных окончаний и числа существительных («*из-под листьях*», «*у товарищах*», «*кошка*» — «*кошки*»); неправильное согласование в роде, числе и падеже существительного и прилагательного («*сказка интересное*», «*детей веселую*»); изменение числа местоимения («*все*» — «*весь*»); неправильное употребление родовых окончаний местоимений («*такая город*», «*ракета наш*»); изменение окончаний глаголов 3-го лица прошедшего времени («*это был страна*», «*ветер промчалась*»), а также формы времени и вида («*влетел*» — «*влетал*», «*видит*» — «*видел*»).

Аграмматическая дислексия чаще всего наблюдается у детей с системным недоразвитием речи разного патогенеза на синтетической ступени формирования навыка чтения.

Мнестическая дислексия проявляется в трудности усвоения букв, в их недифференцированных заменах. Она обусловлена нарушением процессов установления связей между звуком и буквой и нарушением речевой памяти. Дети не могут воспроизвести в определенной последовательности ряд из 3—5 звуков или слов, а если и воспроизводят, то нарушают порядок их следования, сокращают количество, пропускают звуки, слова. Нарушение ассоциации между зрительным образом буквы и слухопроизносительным образом звука особенно ярко проявляется на этапе овладения звукобуквенными обозначениями.

Оптическая дислексия проявляется в трудностях усвоения и в смешениях сходных графических букв и их взаимных заменах. Смешиваются и взаимозаменяются буквы, как отличающиеся дополнительными элементами (Л — Д, З — В), так и состоящие из одинаковых элементов, но различно расположенные в пространстве (Т — Г, Ь — Р, Н — П — И). Данная дислексия связана с нерасчлененностью зрительного восприятия форм, с недифференцированностью представлений о сходных формах, с недоразвитием оптико-пространственного восприятия и оптико-пространственных представлений, а также с нарушением зрительного гнозиса, зрительного анализа и синтеза.

Наблюдается некоторое нарушение оптико-пространственного гнозиса и праксиса на неречевом уровне.

Для некоторых детей с оптической дислексией буква является сложным оптическим образованием, анализ которого на составляющие элементы затруднен. Вследствие несформированности оптического анализа представления о сходных графически буквах являются неточными и недифференцированными.

Отмечаются затруднения в определении пространственных соотношений в их речевом обозначении. В тяжелых случаях нарушена схема тела.

При ***литеральной оптической дислексии*** наблюдаются нарушения при изолированном узнавании и различении буквы. При ***вербальной дислексии*** нарушения проявляются при чтении слова.

При органическом поражении головного мозга может наблюдаться зеркальное чтение.

Тактильная дислексия наблюдается у слепых детей. В основе ее лежат трудности дифференциации тактильно воспринимаемых букв азбуки Брайля. В процессе чтения наблюдаются смешения тактильно сходных букв, состоящих из одинакового количества точек, точек, расположенных зеркально (**в — и, ж — х**), расположенных выше или ниже или отличающихся одной точкой (**а — б, б — л, л — к**).

Отмечается прерывистость, скачкообразность движений пальцев, возвращения назад для более точной расшифровки воспринятого знака (точек), колебания, неловкость, лишние движения. Эти особенности являются следствием трудностей в процессе чтения.

Симптоматика дислексии

При дислексии наблюдаются следующие группы ошибок:

1. Замены и смешения звуков при чтении, чаще всего фонетически близких звуков (звонких и глухих, аффрикат и звуков, входящих в их состав, и др.), а также замены графически сходных букв (Х — Ж, П — Н, З — В и др.).

2. Побуквенное чтение — нарушение слияния звуков в слоги и слова, буквы называются поочередно, «бухштабируются» (***р, а, м, а***).
3. Искажения звукослоговой структуры слова, которые проявляются в пропусках согласных при стечении, согласных и гласных при отсутствии стечения, добавлениях, перестановках звуков, пропусках, перестановках слогов и др.
4. Нарушения понимания прочитанного, которые проявляются на уровне отдельного слова, предложения и текста, когда в процессе чтения не наблюдается расстройства технической стороны.
5. Аграмматизм при чтении. Он проявляется на аналитико-синтетической и синтетической ступени овладения навыком чтения. Отмечаются нарушения падежных окончаний, согласования существительного и прилагательного, окончаний глаголов и др.

Симптоматика и течение дислексии во многом зависит от ее вида, степени выраженности, а также этапа овладения чтением.

Нарушения чтения могут отрицательно влиять на формирование личности ребенка. Так, неудачи при овладении чтением могут вызвать и закрепить у него такие черты характера, как неуверенность в себе, робость, тревожную мнительность или, наоборот, озлобленность, агрессивность, склонность к негативным реакциям.

Дисграфия

Психофизиологическая структура процесса письма

Дисграфия — это частичное специфическое нарушение процесса письма. Письмо в норме представляет собой сложную форму речевой деятельности, многоуровневый процесс. В нем принимают участие различные анализаторы: речеслуховой, речедвигательный, зрительный, общедвигательный. Между ними в процессе письма устанавливается тесная связь и взаимообусловленность. Структура этого

процесса определяется этапом овладения навыком, задачами и характером письма. Письмо тесно связано с процессом устной речи и осуществляется только на основе достаточно высокого уровня ее развития.

Процесс письма взрослого человека является автоматизированным и отличается от характера письма ребенка, овладевающего этим навыком. Так, у взрослого письмо является целенаправленной деятельностью, основной целью которого является передача смысла или его фиксация. Процесс письма взрослого человека характеризуется целостностью, связностью, является синтетическим процессом. Графический образ слова воспроизводится не по отдельным элементам (буквам), а как единое целое. Слово воспроизводится единым моторным актом. Процесс письма осуществляется автоматизированно и протекает под двойным контролем: кинестетическим и зрительным.

Автоматизированные движения руки являются конечным этапом сложного процесса перевода устной речи в письменную. Этому предшествует сложная деятельность, подготавливающая конечный этап. Процесс письма имеет многоуровневую структуру, включает большое количество операций. У взрослого человека они носят сокращенный, свернутый характер. При овладении письмом эти операции представляют в развернутом виде.

А. Р. Лурия в работе «Очерки психофизиологии письма» определяет операции письма.

Письмо начинается с побуждения, мотива, задачи. Человек знает, для чего пишет: чтобы зафиксировать, сохранить на определенное время информацию, передать ее другому лицу, побудить кого-то к действию и т. д. Он мысленно составляет план письменного высказывания, смысловую программу, общую последовательность мыслей.

Одной из сложнейших операций процесса письма является анализ звуковой структуры слова. Чтобы правильно написать слово, надо определить его звуковую структуру, последовательность и место каждого звука. Звуковой анализ слова осуществляется совместной деятельностью речеслухового и речедвигательного анализаторов. Большую роль при определении характера звуков и их последовательности в слове играет проговаривание: громкое, шепотное или внутреннее. О роли проговаривания в процессе письма свидетельствуют многие исследования. Так, Л. К. Назарова провела следующий эксперимент с детьми I класса. В первой серии им предлагается для письма доступный текст. Во второй серии аналогичный по трудности текст давался при исключении проговаривания: дети в процессе письма закусывали кончик языка или открывали рот. В этом случае они делали ошибок во много раз больше, чем при обычном письме.

На начальных этапах овладения навыком письма роль проговаривания очень велика. Оно помогает уточнить характер звука, отличить его от сходных звуков, определить последовательность звуков в слове.

Следующая операция — соотнесение выделенной из слова фонемы с определенным зрительным образом буквы, которая должна быть отдифференцирована от всех других, особенно от сходных графически. Для различения графически сходных букв необходим достаточный уровень сформированности зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений. Анализ и сравнение буквы не является для первоклассника простой задачей.

Затем следует моторная операция процесса письма — воспроизведение с помощью движений руки зрительного образа буквы. Одновременно с движением руки осуществляется кинестетический контроль. По мере написания букв, слов кинестетический контроль подкрепляется зрительным контролем, чтением написанного. Процесс письма в норме осуществляется на основе достаточного уровня сформированности определенных речевых и неречевых функций: слуховой дифференциации звуков, правильного их произношения, языкового анализа и синтеза, сформированности лексико-грамматической стороны речи, зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений.

Несформированность какой-либо из указанных функций может вызвать нарушение процесса овладения письмом, ***дисграфию.***

Дисграфия обусловлена недоразвитием (распадом) высших психических функций, осуществляющих процесс письма в норме.

Для обозначения нарушений письма в основном используются термины: ***дисграфия, аграфия, дизорфография, эволюционная дисграфия.***

Причины нарушений чтения и письма являются сходными.

У детей с дисграфией отмечается несформированность многих высших психических функций: зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений, слухопроизносительной дифференциации звуков речи, фонематического, слогового анализа и синтеза, деления предложений на слова, лексико-грамматического строя речи, расстройства памяти, внимания, сукцессивных и симультивных процессов, эмоционально-волевой сферы.

Психолингвистический аспект изучения дисграфии недостаточно представлен в логопедической литературе. Этот аспект рассматривает механизмы нарушений письма как расстройство операций порождения письменного речевого высказывания (по А. А. Леонтьеву): внутреннего программирования связного текста, внутреннего программирования отдельного предложения, грамматического структурирования, операции выбора фонем, фонематического анализа слов и др. (Е. М. Гопиченко, Е. Ф. Соботович).

Классификация дисграфии

Она осуществляется на основе различных критериев: с учетом нарушенных анализаторов, психических функций, несформированности операций письма.

О. А. Токарева выделяет 3 вида дисграфии: ***акустическую, оптическую, моторную.***

При ***акустической дисграфии*** отмечается недифференцированность слухового восприятия, недостаточное развитие звукового анализа и синтеза. Частыми являются смешения и пропуски, замены букв, обозначающих звуки, сходные по артикуляции и звучанию, а также отражение неправильного звукопроизношения на письме.

Оптическая дисграфия обусловлена неустойчивостью зрительных впечатлений и представлений. Отдельные буквы не узнаются, не соотносятся с определенными звуками.

В различные моменты буквы воспринимаются по-разному. Вследствие неточности зрительного восприятия они смешиваются на письме. Наиболее часто наблюдаются смешения следующих рукописных букв: *п — н, п — и, у — и, ц — щ, ш — и, м — л, б — д, п — т, н — к.*

В тяжелых случаях оптической дисграфии письмо слов невозможно. Ребенок пишет только отдельные буквы. В ряде случаев, особенно у левшей, имеет место зеркальное письмо, когда слова, буквы, элементы букв пишутся справа налево.

Для ***моторной дисграфии*** характерны трудности движения руки во время письма, нарушение связи моторных образов звуков и слов со зрительными образами.

М. Е. Хватцев выделял следующие виды дисграфий.

- ***Дисграфия на почве акустической агнозии и дефектов фонематического слуха.*** При этом виде списывание сохранно.

Физиологическим механизмом дефекта является нарушение ассоциативных связей между зрением и слухом. Наблюдаются пропуски, перестановки, замены букв, а также слияние двух слов в одно, пропуски слов и т. д.

В основе этого вида лежит недифференцированность слухового восприятия звукового состава слова, недостаточность фонематического анализа.

Автор объединил фактически две формы нарушений письма: связанное с нарушением дифференциации звуков и с нарушением фонематического анализа и синтеза.

- ***Дисграфия на почве расстройств устной речи*** («графическое косноязычие»), возникающая, по мнению М. Е. Хватцева, на почве неправильного звукопроизношения. Чем более тяжелым является нарушение произношения, тем грубее и разнообразнее ошибки письма.
- ***Дисграфия на почве нарушения произносительного ритма.*** М. Е. Хватцев считал, что в результате расстройства произносительного ритма на письме появляются пропуски гласных, слогов, окончаний. Ошибки могут быть обусловлены либо недоразвитием фонематического анализа и синтеза, либо искажениями звукослоговой структуры слова.

- ***Оптическая дисграфия*** вызывается нарушением или недоразвитием оптических речевых систем в головном мозге. Нарушается формирование зрительного образа буквы, слова. При литеральной дисграфии у ребенка нарушается зрительный образ буквы, наблюдаются искажения и замены изолированных букв. При вербальной дисграфии написание изолированных букв является сохранным, однако с трудом формируется зрительный образ слова, ребенок пишет слова с грубыми ошибками.

При оптической дисграфии ребенок не различает сходные графически рукописные буквы: *п — н, п — и, с — о, и — ш, л — м*.

- ***Дисграфия при моторной и сенсорной афазии*** проявляется в заменах, искажениях структуры слова, предложения и обусловливается распадом устной речи вследствие органического поражения головного мозга.

Наиболее обоснованной является классификация дисграфий, в основе которой лежит несформированность определенных операций процесса письма (разработана Р. Е. Лалаевой). Выделяются следующие виды дисграфий: ***артикуляторно-акустическая, на основе нарушений фонемного распознавания*** (дифференциации фонем), ***на почве нарушения языкового анализа и синтеза, аграмматическая и оптическая дисграфии***.

- ***Артикуляторно-акустическая дисграфия*** во многом сходна с выделенной М. Е. Хватцевым дисграфией на почве расстройств устной речи.

Ребенок пишет так, как произносит. В основе ее лежит отражение неправильного произношения на письме, опора на неправильное проговаривание. Опираясь в процессе проговаривания на неправильное произношение звуков, он отражает свое дефектное произношение на письме.

Артикуляторно-акустическая дисграфия проявляется в заменах, пропусках букв, соответствующих заменам и пропускам звуков в устной речи. Чаще всего наблюдается при дизартрии, ринолалии, дислалии полиморфного характера. Иногда замены букв на письме остаются и после того, как они устранены в устной речи. В данном случае можно пред-

положить, что при внутреннем проговаривании нет достаточной опоры на правильную артикуляцию, так как не сформированы еще четкие кинестетические образы звуков. Но замены и пропуски звуков не всегда отражаются на письме. Это обусловлено тем, что в ряде случаев происходит компенсация за счет сохранных функций (например, за счет четкой слуховой дифференциации, за счет сформированности фонематических функций).

- ***Дисграфия на основе нарушений фонемного распознавания*** (дифференциации фонем). По традиционной терминологии — это ***акустическая дисграфия.***

Проявляется в заменах букв, соответствующих фонетически близким звукам. При этом в устной речи звуки произносятся правильно. Чаще всего заменяются буквы, обозначающие следующие звуки: свистящие и шипящие, звонкие и глухие, аффрикаты и компоненты, входящие в их состав (***ч — т', ч — щ, ц — т, ц — с***). Этот вид дисграфии проявляется и в неправильном обозначении мягкости согласных на письме вследствие нарушения дифференциации твердых и мягких согласных (*«писмо»*, *«лубит»*, *«лижа»*). Частыми ошибками являются замены гласных даже в ударном положении, например, *о — у* (*тума — «точа»*), *е — и* (*лес — «лис»*).

В наиболее ярком виде дисграфия на основе нарушений фонемного распознавания наблюдается при сенсорной алалии и афазии. В тяжелых случаях смешиваются буквы, обозначающие далекие артикуляторно и акустически звуки (***л — к, б — в, п — н***). При этом произношение звуков, соответствующих смешиваемым буквам, остаются нормальным.

О механизмах этого вида дисграфии не существует единого мнения. Это обусловлено сложностью процесса фонемного распознавания.

С учетом нарушенных операций фонемного распознавания можно выделить следующие подвиды этой формы дисграфии: ***акустическую, кинестетическую, фонематическую.***

- ***Дисграфия на почве различных форм нарушения языкового анализа и синтеза:*** деления предложений на слова, слогового и фонематического анализа и син-

теза. Недоразвитие языкового анализа и синтеза проявляется на письме в искажениях структуры слова и предложения. Наиболее сложной формой языкового анализа является фонематический анализ. Вследствие этого особенно распространенными при этом виде дисграфии будут искажения звукобуквенной структуры слова.

Наиболее характерны следующие ошибки: пропуски согласных при их стечении (диктант — «*дикат*», школа — «*кола*»); пропуски гласных (собака — «*сбака*», дома — «*дма*»); перестановки букв (тропа — «*прота*», окно — «*коно*»); добавление букв (таскали — «*тасакали*»); пропуски, добавления, перестановка слогов (комната — «*кота*», стакан — «*ката*»).

Для правильного овладения процессом письма необходимо, чтобы фонематический анализ был сформирован у ребенка не только во внешнем, речевом, но и во внутреннем плане, по представлению.

Нарушение деления предложений на слова при этом виде дисграфии проявляется в слитном написании слов, особенно предлогов, с другими словами (идет дождь — «*идедошь*», в доме — «*вдоме*»); раздельное написание слова (белая береза растет у окна — «*белабе заратет ока*»); раздельное написание приставки и корня слова (наступила — «*на ступила*»).

Нарушения письма вследствие несформированности фонематического анализа и синтеза широко представлены в работах Р. Е. Левиной, Н. А. Никашиной, Д. И. Орловой, Г. В. Чиркиной.

- ***Аграмматическая дисграфия*** (охарактеризована в работах Р. Е. Левиной, И. К. Колповской, Р. И. Лалаевой). Она связана с недоразвитием грамматического строя речи: морфологических, синтаксических обобщений. Этот вид дисграфии может проявляться на уровне слова, словосочетания, предложения и текста и является составной частью более широкого симптомокомплекса — лексико-грамматического недоразвития, которое наблюдается у детей с дизартрией, алалией и у умственно отсталых.

В связной письменной речи у детей выявляются большие трудности в установлении логических и языковых связей между предложениями. Последовательность предложений не всегда соответствует последовательности описываемых событий, нарушаются смысловые и грамматические связи между отдельными предложениями.

На уровне предложения аграмматизмы на письме проявляются в искажении морфологической структуры слова, замене префиксов, суффиксов (захлестнула — «*нахлестнула*», козлята — «*козленки*»); изменении падежных окончаний («*много деревов*»); нарушении предложных конструкций (над столом — «*на столом*»); изменении падежа местоимений (около него — «*около ним*»); числа существительных («*дети бежит*»); нарушении согласования («*бела дом*»); отмечается также нарушение синтаксического оформления речи, что проявляется в трудностях конструирования сложных предложений, пропуска членов предложения, нарушении последовательности слов в предложении.

- ***Оптическая дисграфия*** связана с недоразвитием зрительного гнозиса, анализа и синтеза, пространственных представлений и проявляется в заменах и искажениях букв на письме.

Чаще всего заменяются графически сходные рукописные буквы: состоящие из одинаковых элементов, но различно расположенных в пространстве (*в—д*, *т—ш*); включающие одинаковые элементы, но отличающиеся дополнительными элементами (*и—ш*, *п—т*, *х—ж*, *л—м*); зеркальное написание букв (*с—э*, *э—є*), пропуски элементов, особенно при соединении букв, включающих одинаковый элемент (*ау—«у»*), лишние (*ш—«ш»*) и неправильно расположенные элементы (*х — «ээ»*), (*т — «пп»*).

При ***литеральной дисграфии*** наблюдается нарушение узнавания и воспроизведения даже изолированных букв. При ***вербальной дисграфии*** изолированные буквы воспроизводятся правильно, однако при написании слова наблюдаются искажения, замены букв оптического характера. К ***оптической дисграфии*** относится и зеркальное письмо, которое иногда отмечается у левшей, а также при органических поражениях мозга.

Симптоматика дисграфии

Симптоматика дисграфии проявляется в стойких и повторяющихся ошибках в процессе письма, которые можно сгруппировать следующим образом: искажения и замены букв; искажения звукослоговой структуры слова; нарушения слитности написания отдельных слов в предложении; аграмматизмы на письме.

Дисграфия может сопровождаться и неречевой симптоматикой (неврологическими нарушениями, нарушением познавательной деятельности, восприятия, памяти, внимания, психическими нарушениями). Неречевые симптомы определяются в этих случаях не характером дисграфии и в связи с этим не включаются в ее симптоматику, а совместно с нарушением письма входят в структуру нервно-психических и речевых расстройств (при алалии, дизартрии, нарушениях речи при умственной отсталости и др.).

Дисграфия (как и дислексия) у детей с нормальным интеллектом может вызывать различные отклонения в формировании личности, определенные психические наслоения.

Обследование детей с нарушениями чтения и письма

Цель обследования — выявление этиологии, симптоматики, механизмов нарушений чтения и письма. В процессе обследования определяется степень выраженности, характер, вид нарушений, что дает возможность определить направления коррекционно-логопедической работы.

При обследовании детей с нарушениями письменной речи учитывается состояние зрения, слуха, центральной нервной системы, познавательной деятельности ребенка, которые определяются врачами-специалистами.

Обследование проводится с учетом таких основных принципов, как принцип комплексности, системности, патогенетический, деятельностный, личностный, принцип развития.

Схема обследования детей с расстройствами чтения и письма включает следующие разделы:

1. Анкетные данные и изучение медико-педагогической документации.
2. Анамнез.
3. Строение органов периферического отдела артикуляционного аппарата.
4. Речевая моторика.
5. Слуховая функция.
6. Состояние звукопроизношения.
7. Состояние фонематического анализа, синтеза и представлений.
8. Фонематическое восприятие (дифференциация фонем).
9. Особенности словарного запаса и грамматического строя речи.
10. Особенности динамической стороны речи.
11. Состояние зрительной функции: биологическое зрение, зрительный гнозис, мнезис, зрительный анализ и синтез, пространственные представления.
12. Состояние процесса чтения (знание букв, характер чтения слогов, слов, предложений, текста различной трудности); скорость и способ чтения (побуквенное, послоговое, словесно-фразовое чтение).
13. Состояние различных видов письма (списывание, письмо под диктовку, изложение и сочинение, письмо текстов с дефектно произносимыми звуками, с недифференцируемыми на слух звуками, с графически сходными буквами).

В логопедическом заключении указывается степень и вид нарушений чтения и письма и их соотнесенность с состоянием устной речи.

Профилактика нарушений чтения и письма

Профилактика нарушений чтения и письма должна проводиться с дошкольного возраста, особенно у детей с речевыми нарушениями, с задержкой психического развития, умственно отсталых и других категорий аномальных детей.

Осуществляется работа по развитию зрительно-пространственных функций, памяти, внимания, аналитико-синтетической деятельности, по формированию языкового анализа и синтеза, лексики, грамматического строя, по устранению нарушений устной речи.

Методика логопедической работы по устранению нарушений письменной речи

Механизмы нарушений чтения и письма во многом являются сходными, поэтому и в методике коррекционно-логопедической работы по их устранению имеется много общего.

Развитие фонематического восприятия при устранении фонематической дислексии, артикуляторно-акустической дисграфии и дисграфии на основе нарушений фонемного распознавания

Логопедическая работа по уточнению и закреплению дифференциации звуков проводится с опорой на различные анализаторы (речеслуховой, речедвигательный, зрительный и др.).

При этом учитывается, что совершенствование слухопроизносительных дифференцировок осуществляется более успешно в том случае, если оно проводится в тесной связи с развитием фонематического анализа и синтеза. В работе по дифференциации звуков используются и задания на развитие фонематического анализа и синтеза.

Логопедическая работа по дифференциации смешиваемых звуков включает два этапа: ***предварительный этап*** работы над каждым из смешиваемых звуков; ***этап слуховой и произносительной дифференциации смешиваемых звуков.***

На ***первом этапе*** последовательно уточняется произносительный и слуховой образ каждого из смешиваемых звуков. Работа проводится по следующему плану: уточнение

артикуляции и звучания звука с опорой на зрительное, слуховое, тактильное восприятие, кинестетические ощущения; выделение его на фоне слога; определение наличия и места в слове (начало, середина, конец); определение места звука по отношению к другим (какой по счету звук, после какого звука произносится, перед каким звуком слышится в слове); выделение его из предложения, текста.

На ***втором этапе*** проводится сопоставление смешиваемых звуков в произносительном и слуховом плане. Дифференциация звуков осуществляется в той же последовательности, что и работа по уточнению слуховой и произносительной характеристики каждого звука. Однако основной целью является их различение, поэтому речевой материал включает слова со смешиваемыми звуками.

При устранении дислексии и дисграфии каждый из звуков в процессе работы соотносится с определенной буквой. При коррекции дисграфии большое место занимают письменные упражнения, закрепляющие дифференциацию звуков.

Устранению артикуляторно-акустической дисграфии предшествует работа по коррекции нарушений звукопроизношения. На начальных этапах работы рекомендуется исключить проговаривание, так как оно может вызвать ошибки на письме.

Развитие языкового анализа и синтеза при устранении фонематической дислексии и дисграфии на почве нарушения языкового анализа и синтеза

Умение определять количество, последовательность и место слов в предложении можно сформировать, выполняя следующие задания:

1. Придумать предложение по сюжетной картинке и определить в нем количество слов.
2. Придумать предложение с определенным количеством слов.
3. Увеличить количество слов в предложении.
4. Составить графическую схему данного предложения и придумать по ней предложение.
5. Определить место слов в предложении (какое по счету указанное слово).

6. Выделить предложение из текста с определенным количеством слов.
7. Поднять цифру, соответствующую количеству слов предъявленного предложения.

Развитие слогового анализа и синтеза

Работу по развитию слогового анализа и синтеза надо начинать с использования вспомогательных приемов, затем она проводится в плане громкой речи и, наконец, на основе слухопроизносительных представлений, во внутреннем плане.

При формировании слогового анализа с опорой на вспомогательные средства предлагается, например, отхлопать или отстучать слово по слогам и назвать их количество.

В процессе развития слогового анализа в речевом плане делается акцент на умении выделять гласные звуки в слове, усвоить основное правило слогового деления: в слове столько слогов, сколько гласных звуков. Опора на гласные звуки при слоговом делении позволяет устранить и предупредить такие ошибки чтения и письма, как пропуски гласных звуков, добавления гласных.

Для формирования умения определять слоговой состав слова с опорой на гласные необходима предварительная работа по дифференциации гласных и согласных звуков и выделению гласных из речи.

Дается представление о гласных и согласных звуках, об основных признаках их различения (отличаются по способу артикуляции и звучанию).

Для закрепления используется такой прием: логопед называет звуки, дети поднимают красный флажок, если звук гласный, и синий, если согласный.

В дальнейшем проводится работа по выделению гласного звука из слога и слова. Для этого сначала предлагаются односложные слова (ох, ус, да, на, дом, стул, волк). Дети определяют гласный звук и место его в слове (начало, середина, конец слова). Можно использовать графическую схему слова, в зависимости от места гласного звука в слове ставится кружочек в начале, в середине, в конце схемы:

о ___, ___ о, ___ о.

Затем проводится работа на материале двух- и трехсложных слов. Рекомендуются задания:

1. Назвать гласные в слове. Подбираются слова, произношение которых не отличается от написания (лужа, пила, лом, канава).
2. Записать только гласные данного слова (окна — о а).
3. Выделить гласные звуки, найти соответствующие буквы.
4. Разложить картинки под определенным сочетанием гласных. Например, предлагаются картинки на двухсложные слова: *«рука»*, *«окна»*, *«рама»*, *«лужа»*, *«корка»*, *«горка»*, *«ручка»*, *«сумка»*, *«каша»*, *«астра»*, *«луна»*, *«кошка»*, *«лодка»*. Записываются следующие схемы слов:

а ___ а, о ___ а, у ___ а.

Для закрепления слогового анализа и синтеза предлагаются следующие задания:

1. Повторить слово по слогам. Сосчитать количество слогов.
2. Определить количество слогов в названных словах. Поднять соответствующую цифру.
3. Разложить картинки в два ряда в зависимости от количества слогов в их названии. Предлагаются картинки, в названии которых 2 или 3 слога (*«сливки»*, *«помидор»*, *«собака»*).
4. Выделить первый слог из названий картинок, записать его. Объединить слоги в слово, предложение, прочитать полученное слово или предложение (например: *«улей»*, *«домик»*, *«машина»*, *«луна»*, *«жаба»*), после выделения первых слогов получается предложение: У дома лужа.
5. Определить пропущенный слог в слове с помощью картинки: __ буз, ут __, лод __, ка __, ка __ даш.
6. Составить слово из слогов, данных в беспорядке (нок, цып, лё, точ, лас, ка).
7. Выделить из предложения слова, состоящие из определенного количества слогов.

Развитие фонематического анализа и синтеза

Термином «фонематический анализ» определяют как элементарные, так и сложные формы звукового анализа. К элементарной форме относится выделение звука на фоне слова. По данным В. К. Орфинской, эта форма появляется

спонтанно у детей дошкольного возраста. Более сложной формой является вычленение первого и последнего звука из слова и определение его места (начало, середина, конец слова). Самым сложным является определение последовательности звуков в слове, их количества, места по отношению к другим звукам (после какого звука, перед каким звуком). Эта форма звукового анализа появляется лишь в процессе специального обучения.

Логопедическая работа по развитию фонематического анализа и синтеза должна учитывать последовательность формирования указанных форм звукового анализа в онтогенезе.

В процессе развития элементарных форм необходимо учитывать, что трудности выделения звука зависят от его характера, положения в слове, а также от произносительных особенностей звукового ряда.

Лучше всего выделяются ударные гласные из начала слова (улей, аист). Щелевые звуки, как более длительные, выделяются легче, чем взрывные. Как и гласные, они легче выделяются из начала слова. Выделение же взрывных звуков осуществляется успешнее, когда они находятся в конце слова.

Звуковой ряд из 2—3 гласных анализируется лучше, чем ряд, включающий согласные и гласные звуки. Это объясняется тем, что каждый звук в ряду гласных произносится почти тождественно изолированному произношению. Кроме того, каждый звук в таком ряду представляет собой единицу речевого произносительного потока, т. е. слог, а также произносится более длительно.

В связи с этими особенностями рекомендуется формировать функцию фонематического анализа и синтеза первоначально на материале ряда из гласных (ау, уа), затем ряда слога (ум, на), потом на материале слова из двух и более слогов.

При формировании сложных форм фонематического анализа необходимо учитывать, что всякое умственное действие проходит определенные этапы формирования, основными из которых являются следующие: освоение действия с опорой на материализацию, в плане громкой речи, перенос его в умственный план (по П. Я. Гальперину).

Первый этап — формирование фонематического анализа и синтеза с опорой на вспомогательные средства и действия.

Первоначальная работа проводится с опорой на вспомогательные средства: графическую схему слова и фишки. По мере выделения звуков ребенок заполняет схему фишками. Действие, которое осуществляет ученик, представляет собой практическое действие по моделированию последовательности звуков в слове.

Второй этап — формирование действия звукового анализа в речевом плане. Исключается опора на материализацию действия, формирование фонематического анализа переводится в речевой план. Слово называется, определяются первый, второй, третий и т. д. звуки, уточняется их количество.

Третий этап — формирование действия фонематического анализа в умственном плане. Ученики определяют количество и последовательность звуков, не называя слова и непосредственно на слух не воспринимая его, т. е. на основе представлений.

Примерные задания

1. Придумать слова с 3, 4, 5 звуками.
2. Отобрать картинки, в названии которых 4 или 5 звуков.
3. Поднять цифру, соответствующую количеству звуков в названии картинки (картинки не называются).
4. Разложить картинки в два ряда в зависимости от количества звуков в слове.

Принцип усложнения реализуется через усложнение форм фонематического анализа и речевого материала. В процессе формирования звукового анализа необходимо учитывать фонетическую трудность слова.

При этом широко используются письменные работы.

Примерные виды работ по закреплению фонематического анализа слов:

1. Вставить пропущенные буквы в слова: ви.ка, ди.ван, ут.а, лу.а, б.нокль.
2. Подобрать слова, в которых заданный звук был бы на первом, втором, третьем месте (шуба, уши, кошка).

3. Составить слова различной звукослоговой структуры из букв разрезной азбуки, например: сом, нос, рама, шуба, кошка, банка, стол, волк и др.
4. Выбрать из предложений слова с определенным количеством звуков, устно назвать их и записать.
5. Добавить различное количество звуков к одному и тому же слогу, чтобы получилось слово:

   па - (пар)
   па - - (парк)
   па - - - (паром)
   па - - - - (паруса)

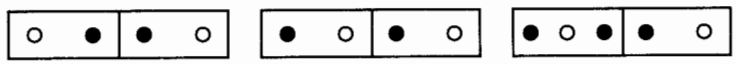
6. Подобрать слово с определенным количеством звуков.
7. Подобрать слова на каждый звук. Слово записывается на доске. К каждой букве подобрать слова, начинающиеся с соответствующего звука. Слова записываются в определенной последовательности: сначала слова из 3 букв, затем из 4, 5, 6 букв.

р	**у**	**ч**	**к**	**а**
рот	Уля	час	кот	Аня
роза	угол	чаша	каша	аист
рукав	улица	чехол	корка	астра

8. Преобразовать слова:
   а) добавляя звук: рот — крот, мех — смех, осы — косы; луг — плуг;
   б) изменяя один звук слова (цепочки слов): сом — сок — сук — суп — сух — сох — сор — сыр — сын — сон;
   в) Переставляя звуки: пила — липа, палка — лапка, кукла — кулак, волос — слово.
9. Какие слова можно составить из букв одного слова, например: ствол (стол, вол), крапива (парк, ива, карп, пар, рак, Ира)?
10. От записанного слова образовать цепочку слов таким образом, чтобы каждое последующее слово начиналось с последнего звука предыдущего слова: дом — мак — кот — топор — рука.
11. Игра с кубиком. Дети бросают кубик и придумывают слово, состоящее из определенного количества звуков в соответствии с количеством точек на верхней грани кубика.
12. Слово-загадка. На доске пишется первая буква слова, вместо остальных букв ставятся точки. Если слово не отгадано, записывается вторая буква слова и т. д. Например: *п . . . . . (простокваша)*.
13. Составить графическую схему предложения.

    ———— предложение
    —— —— слова
    — — — — слоги
    . . . . звуки

14. Назвать слово, в котором звуки расположены в обратном порядке: нос — сон, кот — ток, сор — рос, топ — пот.
15. Вписать буквы в кружки. Например, вписать в данные кружки третью букву следующих слов: рак, брови, сумка, трава, сыр (комар).
16. Разгадать ребус. Детям предлагаются картинки, например: «*курица*», «*осы*», «*шуба*», «*карандаш*», «*арбуз*». Они выделяют первый звук в названиях картинок, записывают соответствующие буквы, прочитывают полученное слово (кошка).
17. Отобрать картинки с определенным количеством звуков в их названии.
18. Расставить картинки под цифрами 3, 4, 5 в зависимости от количества звуков в их названии. Предварительно картинки называются. Примерные картинки: «*сом*», «*косы*», «*мак*», «*топор*», «*забор*».
19. Какой звук «убежал»? (Крот — кот, лампа — лапа, рамка — рама).
20. Найти общий звук в словах: луна — стол, кино — игла, окна — дом.
21. Раскладывание картинок под графическими схемами. Например:



Прямоугольники, разделенные на части, обозначают слово и слоги. Кружочками обозначаются звуки: темные кружочки — согласные, светлые кружочки — гласные звуки.

22. Придумать слова к графической схеме.
23. Выбрать слова из предложения, которые соответствуют данной графической схеме.
24. Назвать деревья, цветы, животных, посуду и т. д., слово-название которых соответствует данной графической схеме.

3. Составить слова различной звукослоговой структуры из букв разрезной азбуки, например: сом, нос, рама, шуба, кошка, банка, стол, волк и др.
4. Выбрать из предложений слова с определенным количеством звуков, устно назвать их и записать.
5. Добавить различное количество звуков к одному и тому же слогу, чтобы получилось слово:

   па - (пар)
   па - - (парк)
   па - - - (паром)
   па - - - - (паруса)

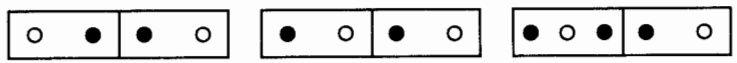
6. Подобрать слово с определенным количеством звуков.
7. Подобрать слова на каждый звук. Слово записывается на доске. К каждой букве подобрать слова, начинающиеся с соответствующего звука. Слова записываются в определенной последовательности: сначала слова из 3 букв, затем из 4, 5, 6 букв.

р	**у**	**ч**	**к**	**а**
рот	Уля	час	кот	Аня
роза	угол	чаша	каша	аист
рукав	улица	чехол	корка	астра

8. Преобразовать слова:
   а) добавляя звук: рот — крот, мех — смех, осы — косы; луг — плуг;
   б) изменяя один звук слова (цепочки слов): сом — сок — сук — суп — сух — сох — сор — сыр — сын — сон;
   в) Переставляя звуки: пила — липа, палка — лапка, кукла — кулак, волос — слово.
9. Какие слова можно составить из букв одного слова, например: ствол (стол, вол), крапива (парк, ива, карп, пар, рак, Ира)?
10. От записанного слова образовать цепочку слов таким образом, чтобы каждое последующее слово начиналось с последнего звука предыдущего слова: дом — мак — кот — топор — рука.
11. Игра с кубиком. Дети бросают кубик и придумывают слово, состоящее из определенного количества звуков в соответствии с количеством точек на верхней грани кубика.
12. Слово-загадка. На доске пишется первая буква слова, вместо остальных букв ставятся точки. Если слово не отгадано, записывается вторая буква слова и т. д. Например: *п . . . . . (простокваша)*.
13. Составить графическую схему предложения.

    ———— предложение
    —— —— слова
    — — — — слоги
    . . . . звуки

14. Назвать слово, в котором звуки расположены в обратном порядке: нос — сон, кот — ток, сор — рос, топ — пот.
15. Вписать буквы в кружки. Например, вписать в данные кружки третью букву следующих слов: рак, брови, сумка, трава, сыр (комар).
16. Разгадать ребус. Детям предлагаются картинки, например: «*курица*», «*осы*», «*шуба*», «*карандаш*», «*арбуз*». Они выделяют первый звук в названиях картинок, записывают соответствующие буквы, прочитывают полученное слово (кошка).
17. Отобрать картинки с определенным количеством звуков в их названии.
18. Расставить картинки под цифрами 3, 4, 5 в зависимости от количества звуков в их названии. Предварительно картинки называются. Примерные картинки: «*сом*», «*косы*», «*мак*», «*топор*», «*забор*».
19. Какой звук «убежал»? (Крот — кот, лампа — лапа, рамка — рама).
20. Найти общий звук в словах: луна — стол, кино — игла, окна — дом.
21. Раскладывание картинок под графическими схемами. Например:



Прямоугольники, разделенные на части, обозначают слово и слоги. Кружочками обозначаются звуки: темные кружочки — согласные, светлые кружочки — гласные звуки.

22. Придумать слова к графической схеме.
23. Выбрать слова из предложения, которые соответствуют данной графической схеме.
24. Назвать деревья, цветы, животных, посуду и т. д., слово-название которых соответствует данной графической схеме.

На начальных этапах работы по развитию фонематического анализа дается опора на проговаривание. Однако не рекомендуется долго задерживаться на этом способе выполнения. Конечной целью логопедической работы является формирование действий фонематического анализа в умственном плане, по представлению.

Устранение аграмматической дислексии и дисграфии

При устранении аграмматической дислексии и дисграфии основная задача заключается в том, чтобы сформировать у ребенка морфологические и синтаксические обобщения, представления о морфологических элементах слова и о структуре предложения. Основные направления в работе: ***уточнение структуры предложения, развитие функции словоизменения*** и ***словообразования,*** работа ***по морфологическому анализу состава слова*** и ***с однокоренными словами.***

Усвоение морфологической системы языка осуществляется в тесной связи с освоением структуры предложения. Работа над предложением учитывает сложность структуры, последовательность появления различных его типов в онтогенезе.

Работа над предложением строится по следующему плану

1. Двусоставные предложения, включающие существительное в именительном падеже и глагол 3-го лица настоящего времени. (Дерево растет.)
2. Другие двусоставные предложения.
3. Распространенные предложения из 3—4 слов: существительное, глагол и прямое дополнение (Девочка моет куклу.); предложения типа: Бабушка дает ленту внучке; Девочка гладит платок утюгом; Дети катаются с горки; Солнце светит ярко. В дальнейшем даются более сложные предложения.

Полезной является работа по распространению предложения с помощью слов, обозначающих признак предмета: Бабушка дает ленту внучке. — Бабушка дает внучке красную ленту.

При построении предложения большое значение имеет опора на внешние схемы, идеограммы. Согласно теории поэтапного формирования умственных действий, при обучении развернутым высказываниям на начальных этапах работы необходимо опираться на графические схемы, т. е. материализовать процесс построения речевого высказывания. С помощью значков и стрелок графические схемы помогают символизировать предметы и отношения между ними.

Первоначально детям объясняется метод составления предложения по наглядным схемам (фишкам) на материале 1—2 предложений. Например, предлагается картинка «Мальчик читает книгу». С помощью вопросов определяется субъект (мальчик), предикат (читает), объект действия (книгу). Каждый из выделенных элементов обозначается фишкой. Фишки соотносятся непосредственно с предметами и действиями, изображенными на картинке. Дети составляют предложение по картинке. В дальнейшем схему выкладывают не на картинке, а под ней.



Предлагаются различные графические схемы для предложений из трех элементов (Девочка рвет цветы), из четырех элементов (Мальчик рисует дом карандашом).

Рекомендуются следующие виды заданий с использованием графической схемы: подбор предложений по данной графической схеме; запись их под соответствующей схемой (предлагаются две схемы); самостоятельное придумывание предложений по данной графической схеме; составление обобщенного представления о значении предложений, соответствующих одной графической схеме.

Например, предложения: Девочка бежит; Мальчик рисует — можно свести к одному обобщенному смыслу: кто-то выполняет какое-то действие (значение субъект — предикат).

После усвоения обобщенных значений нескольких структур предложений рекомендуется выбрать среди других те, которые имеют одинаковое с данным обобщенное грамматико-смысловое значение. Например, среди предложений: Девочка читает книгу; Мальчик ловит бабочку; Дети катаются с горки — выбрать те, значение которых сходно по структуре с предложением: Девочка рвет цветы.

Используют и такие виды заданий, как ответы на вопросы, самостоятельное составление предложений в устной и письменной форме.

При формировании функции словоизменения обращается внимание на изменение существительного по числам, падежам, употребление предлогов, согласование существительного и глагола, существительного и прилагательного, изменение глагола прошедшего времени по лицам, числам и родам и т. д.

Последовательность работы определяется последовательностью появления форм словоизменения в онтогенезе.

Формирование функции словоизменения и словообразования осуществляется как в устной, так и в письменной речи.

Закрепление форм словоизменения и словообразования сначала проводится в словах, затем в словосочетаниях, предложениях и текстах.

Аналогичная работа по развитию грамматического строя речи проводится и при устранении семантической дислексии, обусловленной недоразвитием грамматического строя речи и проявляющейся в неточности понимания прочитанных предложений.

В том случае, когда семантическая дислексия проявляется на уровне отдельного слова при слоговом чтении, необходимо развитие звукослогового синтеза.

Задания будут следующие

- Назвать слово, произнесенное по отдельным звукам (***д, о, м***; ***к, а, ш, а***; ***к, о, ш, к, а***).
- Назвать слитно слово, произнесенное по слогам, длительность пауз постепенно увеличивается (*ку-ры*, *ба-боч-ка*, *ве-ло-си-пед*).
- Составить слово из слогов, данных в беспорядке.
- Назвать слитно предложение, произнесенное по слогам (Ско ро-на-сту-пит-вес-на).

Одновременно проводится работа над пониманием прочитанных слов, предложений, текста.

Задания

- Прочитать слово и показать соответствующую картинку, выполнить действие, ответить на вопрос.
- Прочитать предложение и показать соответствующую картинку.
- Выбрать из текста предложение, соответствующее содержанию картинки.

- Найти в тексте ответ на данный вопрос.
- Прочитать предложение и ответить на вопросы по его содержанию.

При устранении семантической дислексии важное место занимает словарная работа. Уточнение и обогащение словаря проводится прежде всего в процессе работы над прочитанными словами, предложениями, текстами.

Необходима и специальная работа по систематизации словаря, определению более прочных смысловых связей между словами, входящими в одно семантическое поле.

Устранения оптической дислексии и дисграфии

Работа проводится в следующих направлениях

- Развитие зрительного восприятия, узнавания цвета, формы и величины (зрительного гнозиса).
- Расширение объема и уточнение зрительной памяти.
- Формирование пространственных представлений.
- Развитие зрительного анализа и синтеза.

С целью развития предметного зрительного гнозиса рекомендуются такие задания: назвать контурные изображения предметов, перечеркнутые контурные изображения, выделить контурные изображения, наложенные друг на друга.

В процессе работы по развитию зрительного гнозиса следует давать задания на узнавание букв (буквенный гнозис).

Например: найти букву среди ряда других букв, соотнести буквы, выполненные печатным и рукописным шрифтом; назвать или написать буквы, перечеркнутые дополнительными линиями; определить буквы, расположенные неправильно; обвести контуры букв; добавить недостающий элемент; выделить буквы, наложенные друг на друга.

При устранении оптической дислексии и дисграфии проводится работа по уточнению представлений детей о форме, цвете, величине. Логопед выставляет фигуры (круг, овал, квадрат, прямоугольник, треугольник, ромб, полукруг), различные по цвету и величине, и предлагает детям подобрать

фигуры одного цвета, одинаковой формы и величины, одинаковые по цвету и форме, различные по форме и цвету.

Можно предложить задания на соотнесение формы фигур и реальных предметов (*круг — арбуз, овал — дыня, треугольник — крыша дома, полукруг — месяц*), а также цвета фигур и реальных предметов.

Для развития зрительной памяти используются следующие виды работ

- Игра «Чего не стало?». На столе раскладывается 5—6 предметов, картинок, которые дети должны запомнить. Затем убирается незаметно одна из них. Дети называют, чего не стало.
- Дети запоминают 4—6 картинок, затем отбирают их среди других 8—10 картинок.
- Запомнить буквы, цифры или фигуры (3—5), а затем выбрать их среди других.
- Игра «Что изменилось?». Логопед раскладывает 4—6 картинок, дети запоминают последовательность их расположения. Затем логопед незаметно меняет их расположение. Ученики должны сказать, что изменилось, и восстановить первоначальное их расположение.
- Разложить буквы, фигуры, цифры в первоначальной последовательности.

При устранении оптической дислексии и дисграфии необходимо уделить внимание работе по формированию пространственных представлений и речевому обозначению пространственных отношений.

В процессе работы по формированию пространственных представлений необходимо учитывать особенности и последовательность формирования пространственного восприятия и пространственных представлений в онтогенезе, психологическую структуру оптико-пространственного гнозиса и праксиса, состояние этих функций у детей с дислексией и дисграфией.

Выделяют два вида пространственных ориентировок, тесно связанных между собой: ориентировку в собственном теле и в окружающем пространстве.

Дифференциация правого и левого возникает сначала в первой сигнальной системе, а затем развивается при возрастающем взаимодействии со второй сигнальной системой. Первоначально закрепляется речевое обозначение правой руки, а затем — левой.

Ориентировка детей в окружающем пространстве развивается также в определенной последовательности. Первоначально положение предметов (справа или слева) ребенок определяет лишь в том случае, когда они расположены сбоку, т. е. ближе к правой или левой руке. При этом различение направлений сопровождается длительными реакциями рук и глаз вправо или влево. В дальнейшем, когда закрепляются речевые обозначения, эти движения затормаживаются.

Развитие ориентировки в окружающем пространстве проводится в следующей последовательности

1. Определение пространственного расположения предметов по отношению к ребенку, т. е. к самому себе.
2. Определение пространственных соотношений предметов, находящихся сбоку: «Покажи, какой предмет находится справа от тебя, слева», «Положи книгу справа, слева от себя».

Если ребенок затрудняется в выполнении этого задания, уточняется: справа — это значит ближе к правой руке, а слева — ближе к левой руке.

3. Определение пространственных соотношений между 2—3 предметами или изображениями.

Предлагается взять правой рукой книгу и положить ее возле правой руки, взять левой рукой тетрадь и положить ее у левой руки и ответить на вопрос: «Где находится книга, справа или слева от тетради?».

В дальнейшем выполняются задания по инструкции логопеда: положить карандаш справа от тетради, ручку слева от книги; сказать, где находится ручка по отношению к книге — справа или слева, где находится карандаш по отношению к тетради — справа или слева.

Затем даются три предмета и предлагаются задания: «Положи книгу перед собой, слева от нее положи карандаш, справа — ручку» и т. д.

Важным является уточнение пространственного расположения фигур и букв. Детям предлагаются карточки с различными фигурами и задания к ним:

- Написать буквы справа или слева от вертикальной линии.
- Положить кружок, справа от него квадрат, слева от квадрата поставить точку.
- Нарисовать по речевой инструкции точку, ниже — крестик, справа от точки — кружок.
- Определить правую и левую стороны предметов, пространственные соотношения элементов графических изображений и букв.

На этом этапе одновременно проводится ***работа по развитию зрительного анализа изображений и букв на составляющие элементы, их синтезу, определению сходства и различия между похожими графическими изображениями и буквами.***

Например:

- Найти фигуру, букву в ряду сходных. Предлагаются ряды сходных печатных и рукописных букв (например, **ла, лм, ад, вр, вз**).
- Срисовать фигуру или букву по образцу и после кратковременной экспозиции.
- Сложить из палочек фигуры (по образцу, по памяти).
- Сконструировать буквы печатного и рукописного шрифта из предъявленных элементов печатных и рукописных букв.
- Найти заданную фигуру среди двух изображений, одно из которых адекватно предъявленному, второе представляет собой зеркальное изображение.
- Показать правильно изображенную букву среди правильно и зеркально изображенных.
- Дополнить недостающий элемент фигуры или буквы по представлению.
- Реконструировать букву, добавляя элемент: из **А — Л — Д**, **К — Ж, З — В, Г — Б**.
- Реконструировать букву, изменяя пространственное расположение элементов букв; например: **Р — Ь, И — Н, Н — П, Г — Т**.
- Определить различие сходных букв, отличающихся лишь одним элементом: **З — В, Р — В**.
- Определить различие сходных фигур или букв, состоящих из одинаковых элементов, но различно расположенных в пространстве: **Р — Ь, Г — Т, И — П, П — Н**.

При устранении оптической дислексии и дисграфии параллельно с развитием пространственных представлений, зрительного анализа и синтеза проводится и работа над ре-

чевыми обозначениями этих отношений: над пониманием и употреблением предложных конструкций, наречий.

Большое место при устранении оптической дислексии и дисграфии занимает работа над уточнением и дифференциацией оптических образов смешиваемых букв.

Для лучшего усвоения их соотносят с какими-либо сходными предметами изображениями: **О** — с обручем, **З** — со змеей, **Ж** — с жуком, **П** — с перекладиной, **У** — с ушами и т. д. Используются различные загадки о буквах, ощупывание рельефных букв и узнавание их, конструирование из элементов, реконструирование, срисовывание.

Различение смешиваемых букв проводится в следующей последовательности: дифференциация изолированных букв, букв в слогах, словах, в предложениях, тексте.

Таким образом, устранение оптической дислексии и дисграфии осуществляется приемами, направленными на развитие зрительного гнозиса, мнезиса, пространственных представлений и их речевых обозначений, развитие зрительного анализа и синтеза. Большое внимание уделяется сравнению смешиваемых букв с максимальным использованием различных анализаторов.

Контрольные вопрос и задания

1. Дайте психофизиологическую характеристику чтения и письма в норме.
2. Дайте краткий исторический обзор развития учения о нарушениях письменной речи.
3. Какие современные точки зрения существуют по вопросам определения, терминологии, симптоматики, механизмов и классификации дислексии?
4. Дайте определение, опишите симптоматику, механизмы, классификации дисграфии. Покажите различные формы дисграфии на конкретных примерах.
5. Покажите приемы формирования дифференциации фонем при устранении дислексии и дисграфии.
6. Раскройте методику формирования языкового анализа и синтеза при устранении дислексии и дисграфии.

7. Опишите систему логопедической работы при устранении разных форм дислексии и дисграфии.

Литература

1. *Ананьев Б. Г.* Анализ трудностей в процессе овладения детьми чтением и письмом // Известия АПН РСФСР. 1950. Вып. 70.
2. *Егоров Т. Г.* Психология овладения навыком чтения. М., 1958.
3. *Корнев А. Н.* Нарушения чтения и письма у детей. С.-Пб., 1997.
4. *Лалаева Р. И., Венедиктова Л. В.* Дифференциальная диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников. СПб., 1977.
5. *Лалаева Р. И., Венедиктова Л. В.* Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников. СПб., 1998.
6. *Левина Р. Е.* Нарушения письма у детей с недоразвитием речи. М., 1961.
7. *Лурия А. Р.* Очерки психофизиологии письма. М., 1950.
8. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1968.
9. *Парамонова Л. Г.* Предупреждение и устранение дисграфий. СПб., 2001.
10. *Садовникова И. Н.* Нарушение письменной речи у младших школьников. М., 1983.
11. *Соботович Е. Ф., Гопиченко Е. М.* Фонетические ошибки в письме умственно отсталых школьников младших классов // Нарушения речи и голоса у детей и взрослых. М., 1979.
12. *Спирова Л. Ф.* Недостатки чтения и пути их преодоления // Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы. М., 1965.
13. *Токарева О. А.* Расстройства чтения и письма (дислексии и дисграфии) // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. М., 1969.
14. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997. Ч. II.

РАЗДЕЛ III

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОМ И ОБЩЕМ НЕДОРАЗВИТИИ РЕЧИ. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ СЕНСОРНОЙ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Глава 14

ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Фонетико-фонематическое недоразвитие — нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем

К этой категории относятся дети с нормальным слухом и интеллектом.

С развитием логопедической науки и практики, физиологии и психологии речи (Р. М. Боскис, Р. Е. Левина, А. Р. Лурия, Ф. А. Рау, Е. Ф. Рау, М. Е. Хватцев, Л. Ф. Чистович, Н. Х. Швачкин) стало очевидным, что в случаях нарушения артикуляторной интерпретации слышимого звука может в разной степени ухудшаться и его восприятие. Р. Е. Левина и В. К. Орфинская на основе психологического изучения речи детей пришли к выводу о важнейшем значении фонематического восприятия для полноценного усвоения звуковой стороны речи. Было установлено, что у детей с сочетанием нарушения произношения и восприятия фонем отмечается незаконченность процессов формирования артикулирования и восприятия звуков, отличающихся тонкими акустико-артикуляционными признаками.

Состояние фонематического развития детей влияет на овладение звуковым анализом.

Вторичное недоразвитие фонематического восприятия наблюдается и при нарушениях речевых кинестезий, имеющих место при анатомических и двигательных дефектах

органов речи. В этих случаях нарушается нормальное слухопроизносительное взаимодействие, которое является одним из важнейших механизмов развития произношения. Имеет значение и низкая познавательная активность ребенка в период формирования речи, ослабленное произвольное внимание.

При первичном нарушении фонематического восприятия предпосылки к овладению звуковым анализом и уровень сформированности навыков звукового анализа ниже, чем при вторичном.

Наиболее распространенной формой нарушения является искаженное произнесение звуков, при котором сохраняется некоторая сходность звучания с нормативным звуком. Обычно при этом восприятие на слух и дифференциация с близкими звуками не страдает.

Такая форма нарушения, как отсутствие звука или замена близким по артикуляции, создает условия для смешения соответствующих фонем и осложнений при овладении грамотой.

При смешении близких звуков у ребенка формируется артикуляция, но процесс фонемообразования еще не закончен. В таких случаях затрудняется различение близких звуков из нескольких фонетических групп, происходит смешение соответствующих букв.

В фонетико-фонематическом развитии детей выявляется несколько состояний:

- недостаточное различение и затруднение в анализе только нарушенных в произношении звуков. Весь остальной звуковой состав слова и слоговая структура анализируются правильно. Это наиболее легкая степень фонетико-фонематического недоразвития;
- недостаточное различение большого количества звуков из нескольких фонетических групп при достаточно сформированной их артикуляции в устной речи. В этих случаях звуковой анализ нарушается более грубо;
- при глубоком фонематическом недоразвитии ребенок «не слышит» звуков в слове, не различает отношения между звуковыми элементами, неспособен выделить их из состава слова и определить последовательность.

Таким образом, недостатки звукопроизношения могут быть сведены к следующим характерным проявлениям:

- замена звуков более простыми по артикуляции, например: звуки ***с*** и ***ш*** заменяются звуком ***ф***;
- наличие диффузной артикуляции звуков, заменяющей целую группу звуков;
- нестабильное использование звуков в различных формах речи;
- искаженное произношение одного или нескольких звуков.

Произносительные ошибки необходимо оценивать с точки зрения их значимости для речевой коммуникации.

Одни из них затрагивают лишь образование оттенков фонем и не нарушают смысла высказывания, другие ведут к смешению фонем, их неразличению. Последние являются более грубыми, так как нарушают смысл высказывания.

При наличии большого количества дефектных звуков, как правило, нарушается произношение многосложных слов со стечением согласных (*«качиха»* вместо ткачиха). Подобные отклонения в собственной речи детей также указывают на недостаточную сформированность фонематического восприятия.

Низкий уровень собственно фонематического восприятия с наибольшей отчетливостью выражается в следующем:

- нечеткое различение на слух фонем в собственной и чужой речи (в первую очередь глухих — звонких, свистящих — шипящих, твердых — мягких, шипящих свистящих — аффрикат и т. п.);
- неподготовленность к элементарным формам звукового анализа и синтеза;
- затруднение при анализе звукового состава речи.

У детей с фонетико-фонематическим недоразвитием нередко имеется определенная зависимость между уровнем фонематического восприятия и количеством дефектных звуков, т. е. чем большее количество звуков не сформировано тем ниже фонематическое восприятие. Однако не всегда

имеется точное соответствие между произношением и восприятием звуков.

После обследования детей с фонетико-фонематическим недоразвитием необходимо следующее:

- сгруппировать дефектные звуки по степени участия органов артикуляции и вычленить нарушения: звуков раннего онтогенеза (***м, п, б, т', г, х, с'***) и среднего онтогенеза (**ы**, твердые, мягкие, л', озвончение всех согласных);
- выделить смешиваемые звуки и звуки-субституты, встречающиеся и при нормальном речевом развитии (на определенном возрастном этапе);
- вычленить искаженные звуки за счет неправильного уклада органов артикуляции (**р** горловое и пр.);
- вычленить звуки, имеющие постоянные субституты, из числа более простых по артикуляции.

При анализе результатов обследования фонематического восприятия логопеду следует обратить внимание на некоторые аспекты.

- Соответствует ли нечеткое восприятие звуков их неправильной артикуляции (или отсутствию правильной артикуляции)?
- Выявляется ли большое количество нечетко воспринимаемых звуков при незначительном количестве неправильно произносимых?
- В каких условиях проявляется фонематическое недоразвитие (нерегулярно; в сложных фонетических позициях, при восприятии слов-паронимов)?
- Каков характер специфических ошибок в письме (у школьников)? Как они соотносятся с состоянием фонематического восприятия?

На материале речевых высказываний проводится оценка сформированности звукослоговой структуры речи и лексико-грамматического развития детей.

Логопедическая помощь этой категории детей дошкольного возраста осуществляется в специальных садах, в поликлинике, а школьного — на логопедических пунктах.

Коррекция фонетико-фонематического недоразвития у детей дошкольного возраста

Преодоление фонетико-фонематического недоразвития достигается путем целенаправленной логопедической работы по коррекции звуковой стороны речи и фонематического недоразвития.

Система обучения и воспитания детей дошкольного возраста с фонетико-фонематическим недоразвитием включает коррекцию речевого дефекта и подготовку к полноценному обучению грамоте (Г. А. Каше, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, позднее Т. В. Волосовец, Т. В. Туманова).

Дети, поступающие в группы с фонетико-фонематическим недоразвитием, должны усвоить объем основных знаний, умений и навыков, который необходим для успешного обучения в общеобразовательной школе.

Предусмотрены специальные разделы по формированию произношения и обучению грамоте.

Логопедическая работа включает формирование произносительных навыков, развитие фонематического восприятия и навыков звукового анализа и синтеза.

Коррекционное обучение предусматривает также определенный круг знаний об окружающем и соответствующий объем словаря, речевых умений и навыков, которые должны быть усвоены детьми на данном возрастном этапе.

На материале правильного произношения звуков осуществляется следующее:

- развитие внимания к морфологическому составу слова и изменению слов и их сочетаний в предложении;
- воспитание у детей умения правильно составлять простые распространенные и сложные предложения, употреблять разные конструкции предложений в связной речи;
- развитие связной речи, работа над рассказом, пересказом с постановкой какой-либо коррекционной задачи;

- развитие словаря детей путем привлечения внимания к способам словообразования, к эмоционально-оценочному значению слов;
- развитие произвольного внимания и памяти.

Осуществляя коррекционное обучение детей с фонетико-фонематическим недоразвитием, логопед учитывает закономерности процесса овладения звуковой стороной речи в норме, которые складываются путем постепенно вырабатывающейся дифференцировки в сфере различения характерных признаков.

Сложное взаимодействие функций, участвующих в формировании фонематических представлений, требует расчлененного поэтапного формирования как полноценного артикулирования звуков, так и их рецепции.

Фронтальные занятия по уточнению артикуляции, по развитию фонематического восприятия и по подготовке детей к анализу и синтезу звукового состава слова обязательно проводятся на звуках, правильно произносимых всеми детьми. Затем в определенной последовательности включаются поставленные к этому времени звуки.

Дифференциации звуков на всех этапах обучения уделяется большое внимание. Каждый звук, после того как достигнуто его правильное произношение, сравнивается на слух со всеми артикуляционно или акустически близкими звуками (I этап дифференциации). Позднее, после усвоения артикуляции второго из пары взаимозаменяющихся в речи звуков, дифференциация производится не только на слух, но и в произношении (II этап дифференциации).

Такая последовательность работы позволяет очень рано включать упражнения в различении звуков, что способствует спонтанному появлению в речи детей новых звуков и значительно облегчает II этап работы над дифференциацией. Благодаря развившемуся слуховому контролю он завершается значительно быстрее.

На основании уточненных произносительных навыков осуществляются наиболее простые формы фонематического восприятия, т. е. умение услышать заданный звук (в ряду других звуков); определить наличие данного звука в слове.

Постановка звуков осуществляется при максимальном использовании всех анализаторов.

Внимание детей обращается на основные элементы артикуляции звуков в период первоначальной постановки, которая является лишь одним из этапов изучения нового звука. Частные приемы коррекции определяются и детализируются в зависимости от состояния строения и функции артикуляционного аппарата. При закреплении артикуляции последовательность позиции звука от наиболее благоприятной для произнесения к наименее благоприятной, от легкой к трудной устанавливается логопедом с учетом особенностей артикуляционной базы родного языка.

Учитывается следующее

- для первоначальной постановки отбираются звуки, принадлежащие к различным фонетическим группам;
- звуки, смешиваемые в речи детей, поэтапно отрабатываются отсроченно во времени;
- окончательное закрепление изученных звуков достигается в процессе дифференциации всех близких звуков.

Материал для закрепления правильного произношения звуков подбирается таким образом, чтобы он одновременно способствовал расширению и уточнению словаря, грамматически правильной речи, умению правильно строить предложения и связную речь.

С самого начала обучения необходимо опираться на осознанный анализ и синтез звукового состава слова. Умение выделять звуки из состава слова играет большую роль при восполнении пробелов фонематического развития.

Упражнения в звуковом анализе и синтезе, опирающиеся на четкие кинестетические ощущения, способствуют осознанному звучанию речи, что является базой для подготовки к обучению грамоте. С другой стороны, навыки звукобуквенного анализа, сравнение, сопоставление сходных и различных признаков звуков и букв, упражнения по анализу, синтезу способствуют закреплению навыков произношения и усвоению сознательного чтения и письма.

В системе обучения предусмотрено определенное соотношение между изучаемыми звуками и теми или иными формами анализа. В определенной последовательности прово-

дятся упражнения, подготавливающие детей к обучению грамоте — вначале это выделение из слов отдельных звуков, затем анализ и синтез простейших односложных слов. И лишь позднее дети овладевают навыком звукослогового анализа и синтеза двух-трехсложных слов. Навыки речезвукового анализа и синтеза совершенствуются в процессе дальнейшего изучения звуков и обучения грамоте.

Работа начинается с уточнения артикуляции звуков ***у, а, и***. Эти же звуки используются для наиболее легкой формы анализа — выделения первого гласного звука из начала слов. Детям дается первое представление о том, что звуки могут быть расположены в определенной последовательности. Четко артикулируя, они произносят указанные звуки, например, ***о, у*** или ***и, у, а***, а затем определяют количество их и последовательность.

Далее осуществляется анализ и синтез обратного слога типа *ап*, *ут*, *ок*. Дети учатся выделять последний согласный из конца слова (кот, мак).

Затем они приступают к выделению начальных согласных и ударных гласных из положения после согласных (дом, танк).

После указанных упражнений дети легко овладевают анализом и синтезом прямого слога типа са.

Далее основной единицей изучения становится не отдельный звук в составе слова, а целое слово. Дети учатся делить слова на слоги. В качестве зрительной опоры используется схема, в которой длинной чертой или полоской бумаги обозначаются слова, короткими — слоги. Составляются из полосок (или записываются) схемы односложных, двусложных и трехсложных слов. Проводятся разнообразные упражнения для закрепления навыка деления слов на слоги.

Затем дети овладевают полным звукослоговым анализом односложных трехзвуковых (типа мак) и двухсложных (типа зубы) слов, составляют соответствующие схемы, в которых обозначаются не только слова и слоги, но и звуки. Постепенно осуществляется переход к полному анализу и синтезу слов без помощи схемы.

Дальнейшее усложнение материала предусматривает анализ слов со стечением согласных в составе слога (стол,

шкаф); двухсложных с одним закрытым слогом (кошка, гамак, клубок), некоторых трехсложных (канава), произношение которых не расходится с написанием. Вводятся упражнения в преобразовании слов путем замены отдельных звуков (лук — сук, мак — рак).

За это же время практически усваиваются термины: ***слог, предложение, согласные звуки, звонкие, глухие, твердые, мягкие звуки.***

Наряду с закреплением всех полученных навыков ребенка необходимо познакомить с буквами, научить объединять буквы в слоги и слова, охватывать взглядом одновременно две буквы, уяснять значение прочитанного.

Основным приемом при овладении чтением слова является ***чтение по следам анализа.*** При этом слог или слово после предварительного анализа складывается из букв разрезной азбуки, а затем, непосредственно за расположением слов на слоги и звуки, следует обратный процесс — соединение звуков в слоги и чтение слов по слогам. С самых первых упражнений в чтении надо стремиться к тому, чтобы ребенок читал слово по слогам. Постепенно у детей воспитывается навык одновременного восприятия двух, а позднее трех букв.

Необходимо следить за тем, чтобы дети понимали каждое прочитанное слово, а позднее — предложение. Для чтения используются буквы разрезной азбуки, слоговые таблицы, слоги и слова.

Обучение чтению тесно связано с обучением письму. Дети печатают или складывают после устного анализа, а позднее самостоятельно слова, затем их читают.

Большое внимание уделяется всевозможным преобразованиям слов, например: каша — кашка — кошка — мошка. Внимание детей обращается на то, что изменение только одного звука в слове достаточно для образования нового слова.

К концу обучения дети должны овладеть сознательным послоговым чтением, уметь читать не только слова, но и простые предложения и тексты.

К моменту поступления в школу дети, прошедшие курс специального обучения, подготавливаются к усвоению программы общеобразовательной школы. Они умеют различать

и дифференцировать на слух и в произношении все фонемы родного языка, осознанно контролировать звучание собственной и чужой речи, последовательно выделять звуки из состава слова, самостоятельно определять звуковые его элементы. Дети учатся распределять внимание между различными звуковыми элементами, удерживать в памяти порядок звуков и их позицию в слове, что является решающим фактором в предупреждении нарушений письма и чтения.

Коррекция фонетико-фонематического недоразвития у детей школьного возраста

Дети, у которых нарушения произношения (смешение и замены фонем) сочетаются с недостаточностью фонематического восприятия, составляют значительные группы от общего числа детей, зачисляемых на логопедические занятия.

Система коррекционного обучения детей с фонетико-фонематическим недоразвитием в условиях школьного логопедического пункта предусматривает единство основных направлений в работе: постановку отсутствующих и неправильно произносимых звуков, введение поставленных звуков в речь и развитие навыков анализа и синтеза звукового состава слов (Н. А. Никашина, М. Е. Хватцев, А. В. Ястребова).

Постановка звуков проводится общепринятыми в логопедии методами. При этом большое внимание уделяется сознательному закреплению артикуляции звука, что имеет большое значение в развитии аналитико-синтетической деятельности учащихся. Поставленные звуки вводятся в самостоятельную речь. Чтобы лучше дифференцировать смешиваемые звуки внутри одной группы и создать более прочные связи между слуховыми и артикуляционным образом, необходимо сначала научить детей произносить и различать каждый звук в пределах одной фонетической группы. Упражнения подбираются так, чтобы последовательно отрабатывался каждый смешиваемый звук.

Работа ведется над несколькими звуками из разных групп (например, *ш*, *р*). Упражнения в правильном произношении и различении звуков сочетаются с обучением выделению звуков в словах, определении их последовательности. При этом создается определенная основа для более глубокой работы по анализу и синтезу звукобуквенного состава слов.

Проводится направленная работа по выработке у детей прочных связей между звуками и буквами. Систематическое использование серии упражнений для выработки умений соотносить определенную артикуляцию с соответствующим звучанием и затем акустико-артикуляционный образ звука с буквой предупреждает ошибки на замены сходных букв на письме.

Рациональной и эффективной формой оказания помощи этим детям является включение элементов логопедической работы в учебный процесс.

Подход к данному пониманию сущности нарушений устной речи и письма находит подтверждение в исследованиях, выполненных на материале многих национальных языков (украинском, литовском, эстонском, казахском, молдавском и др.).

Для выработки продуктивных приемов коррекции фонетико-фонематического недоразвития у детей с нерусским языком обучения требуется тщательный анализ фонетической системы родного языка и характерных черт его орфографии.

В то же время большая осторожность необходима при выявлении фонематического недоразвития, проявляющегося в русской речи у детей с другим родным языком. В этих случаях требуется сопоставление двух фонологических систем языков — родного и русского.

Это обусловлено тем, что в речевых ошибках может отразиться, по выражению А. А. Реформатского, «фонологичность речевого слуха, настроенного на свой родной язык». В этих случаях двуязычные учащиеся с нормальным речевым развитием допускают в речи и письме ошибки интерференции, которые имеют другую природу и обусловлены различием фонологических систем двух языков.

Замены букв, обозначающих общие для обоих языков фонемы, преодолеваются у школьников с нормальной устной речью быстрее, чем у детей с фонетико-фонематическим недоразвитием. В диагностических целях для отграничения патологии письма от сходных проявлений неосвоенного двуязычия необходимо проводить обследование фонематического восприятия на доминантном языке учащихся.

Итак, раннее выявление детей с фонетико-фонематическим недоразвитием и оказание им логопедической помощи в специально организованных условиях помогает корректировать речевую функцию у дошкольников и своевременно предупреждать неуспеваемость учащихся общеобразовательной школы.

Контрольные вопрос и задания

1. Сформулируйте задачи коррекционного обучения дошкольников с фонетико-фонематическим недоразвитием в условиях специального детского сада.
2. В чем состоит принцип предупредительного подхода к детям дошкольного возраста с фонетико-фонематическим недоразвитием? Раскройте влияние фонетико-фонематического недоразвития на усвоение письма и чтения.
3. Охарактеризуйте основные направления дифференцированной коррекции фонетико-фонематического недоразвития у детей младшего школьного возраста.
4. Подготовьте речевой и дидактический материал для развития фонематического восприятия.

Литература

1. *Каше Г. А.* Подготовка к школе детей с недостатками речи. М., 1985.
2. *Орфинская В. К.* О воспитании фонологических представлений в младшем школьном возрасте. Л., 1946.

3. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Б. Левиной. М., 1969.
4. *Филичева Т. Б., Чиркина Г. В.* Программа обучения и воспитания детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (старшая группа детского сада). М., 1993.
5. *Филичева Т. Б., Туманова Т. В.* Формирование звукопроизношения у дошкольников. М., 1993.
6. *Филичева Т. Б., Туманова Т. В.* Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием речи. Воспитание и обучение. М., 1999.
7. *Филичева Т. Б., Чиркина Г. В.* Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с фонетико-фонематическим недоразвитием. Программа и методические рекомендации для дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида (старшая группа). М., 2002.
8. *Фомичева М. Ф.* Воспитание у детей правильного произношения. М., 1989.
9. *Хватцев М. Е.* Логопедия. М., 1959.
10. *Швачкин Н. Х.* Развитие фонематического восприятия речи в раннем возрасте. М., 1948.

Глава 15

ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Общее недоразвитие речи — различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.

Впервые теоретическое обоснование общего недоразвития речи было сформулировано Р. Е. Левиной и коллективом научных сотрудников НИИ дефектологии (Н. А. Никашина, Г. А. Каше, Л. Ф. Спирова, Г. И. Жаренкова и др.) в 50–60-х гг. XX в. Отклонения в формировании речи стали рассматриваться как нарушения развития, протекающие по законам иерархического строения высших психических функций. С позиций системного подхода был решен вопрос о структуре различных форм патологии речи в зависимости от состояния компонентов речевой системы.

Правильное понимание структуры ОНР, причин, лежащих в его основе, различных соотношений первичных и вторичных нарушений необходимо для отбора детей в специальные учреждения, для выбора наиболее эффективных приемов коррекции и для предупреждения возможных осложнений в школьном обучении.

Общее недоразвитие речи может наблюдаться при наиболее сложных формах детской речевой патологии: алалии, афазии, а также ринолалии, дизартрии — в тех случаях, когда выявляются одновременно недостаточность словарного запаса, грамматического строя и пробелы в фонетико-фонематическом развитии.

Характеристика детей с общим недоразвитием речи

Несмотря на различную природу дефектов, у этих детей имеются типичные проявления, указывающие на системное

нарушение речевой деятельности. Одним из ведущих признаков является более позднее начало речи: первые слова появляются к 3—4, а иногда и к 5 годам. Речь аграмматична и недостаточно фонетически оформлена, малопонятна. Наиболее выразительным показателем является отставание экспрессивной речи при относительно благополучном, на первый взгляд, понимании речи обращенной. Наблюдается недостаточная речевая активность, которая с возрастом без специального обучения резко падает. Однако дети достаточно критичны к своему дефекту.

Неполноценная речевая деятельность накладывает отпечаток на формирование у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сферы. Отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограниченные возможности его распределения. При относительно сохранной смысловой, логической памяти у детей снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. Они забывают сложные инструкции, элементы и последовательность заданий.

У наиболее слабых детей низкая активность припоминания может сочетаться с ограниченными возможностями развития познавательной деятельности.

Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обусловливает специфические особенности мышления. Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением.

Наряду с общей соматической ослабленностью им присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризуется плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости выполнения. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции.

Дети с общим недоразвитием речи отстают от нормально развивающихся сверстников в воспроизведении двигательного задания по пространственно-временным параметрам, нарушают последовательность элементов действия, опуска-

ют его составные части. Например, перекатывание мяча с руки на руку, передача его с небольшого расстояния, удары об пол с попеременным чередованием; прыжки на правой и левой ноге, ритмические движения под музыку.

Отмечается недостаточная координация пальцев рук, недоразвитие мелкой моторики. Обнаруживается замедленность, застревание на одной позе.

Правильная оценка неречевых процессов необходима для выявления закономерностей атипичного развития детей с общим недоразвитием речи и в то же время для определения их компенсаторного фона.

Детей с общим недоразвитием речи следует отличать от детей, имеющих сходные состояния, например, временную задержку речевого развития. При этом следует иметь в виду, что у детей с общим недоразвитием речи в обычные сроки развивается понимание обиходно-разговорной речи, интерес к игровой и предметной деятельности, эмоционально избирательное отношение к окружающему миру.

Одним из диагностических признаков может служить диссоциация между речевым и психическим развитием. Это проявляется в том, что психическое развитие этих детей, как правило, протекает более благополучно, чем развитие речи. Их отличает критичность к речевой недостаточности. Первичная патология речи тормозит формирование потенциально сохранных умственных способностей, препятствуя нормальному функционированию речевого интеллекта. Однако по мере формирования словесной речи и устранения собственно речевых трудностей их интеллектуальное развитие приближается к норме.

Чтобы отграничить проявление общего недоразвития речи от замедленного речевого развития, необходимы тщательное изучение анамнеза и анализ речевых навыков ребенка.

В большинстве случаев в анамнезе не содержится данных о грубых нарушениях центральной нервной системы. Отмечается лишь наличие негрубой родовой травмы, длительные соматические заболевания в раннем детстве. Неблагоприятное воздействие речевой среды, просчеты воспитания, дефицит общения также могут быть отнесены к факторам, тормозящим нормальный ход речевого развития.

В этих случаях обращает на себя внимание прежде всего обратимая динамика речевой недостаточности.

У детей с задержкой речевого развития характер речевых ошибок менее специфичен, чем при общем недоразвитии речи. Преобладают ошибки типа смешения продуктивной и непродуктивной форм множественного числа («*стулы*», «*листы*»), унификация окончаний родительного падежа множественного числа («*карандашов*», «*птичков*», «*деревов*»). У этих детей отстает от нормы объем речевых навыков, для них характерны ошибки, свойственные детям более младшего возраста.

Несмотря на определенные отклонения от возрастных нормативов (в особенности в сфере фонетики), речь детей обеспечивает ее коммуникативную функцию, а в ряде случаев является достаточно полноценным регулятором поведения. У них более выражены тенденции к спонтанному развитию, к переносу выработанных речевых навыков в условия свободного общения, что позволяет скомпенсировать речевую недостаточность до поступления в школу.

Периодизация ОНР

Р. Е. Левиной и сотрудниками ее лаборатории (1969) была разработана периодизация проявлений общего недоразвития речи: от полного отсутствия речевых средств общения до развернутых форм связной речи с элементами фонетико-фонематического и лексико-грамматического недоразвития.

Выдвинутый Р. Е. Левиной подход позволил отойти от описания лишь отдельных проявлений речевой недостаточности и представить картину аномального развития ребенка по ряду параметров, отражающих состояние языковых средств и коммуникативных процессов. На основе поэтапного структурно-динамического изучения аномального речевого развития раскрыты также специфические закономерности, определяющие переход от низкого уровня развития к более высокому.

Каждый уровень характеризуется определенным соотношением первичного дефекта и вторичных проявлений, задерживающих формирование зависящих от него речевых

компонентов. Переход с одного уровня на другой определяется появлением новых языковых возможностей, повышением речевой активности, изменением мотивационной основы речи и ее предметно-смыслового содержания, мобилизацией компенсаторного фонда.

Индивидуальный темп продвижения ребенка определяется тяжестью первичного дефекта и его формой.

Наиболее типичные и стойкие проявления ОНР наблюдаются при алалии, дизартрии и реже — при ринолалии и заикании.

Р. Е. Левина и другие ученые выделяют ***три уровня речевого развития,*** отражающие типичное состояние компонентов языка у детей дошкольного и школьного возраста с общим недоразвитием речи.

Первый уровень речевого развития характеризуется крайне ограниченными речевыми средствами общения. Активный словарь детей состоит из небольшого количества нечетко произносимых обиходных слов, звукоподражаний и звуковых комплексов. Широко используются указательные жесты, мимика. Дети пользуются одним и тем же комплексом для обозначения предметов, действий, качеств, обозначая разницу значений интонацией и жестами. Лепетные образования в зависимости от ситуации можно расценить как однословные предложения.

Дифференцированное обозначение предметов и действий почти отсутствует. Названия действий заменяются названиями предметов (открывать — «*древ*» (дверь), и наоборот — названия предметов заменяются названиями действий (кровать — «*пат*»). Характерна многозначность употребляемых слов. Небольшой запас слов отражает непосредственно воспринимаемые предметы и явления.

Дети не используют морфологические элементы для передачи грамматических отношений. В их речи преобладают корневые слова, лишенные флексий. «Фраза» состоит из лепетных элементов, которые последовательно воспроизводят обозначаемую ими ситуацию с привлечением поясняющих жестов. Каждый используемый элемент в такой «фразе» имеет многообразную соотнесенность и вне конкретной ситуации не может быть понятным.

Пассивный словарь детей шире активного. Однако исследованием Г. И. Жаренковой (1967) показана ограниченность импрессивной стороны речи детей, находящихся на низком уровне речевого развития.

Отсутствует или имеется лишь в зачаточном состоянии понимание значений грамматических изменений слова. Если исключить ситуационно-ориентирующие признаки, дети оказываются не в состоянии различить формы единственного и множественного числа существительных, прошедшего времени глагола, формы мужского и женского рода, не понимают значения предлогов. При восприятии обращенной речи доминирующим оказывается лексическое значение.

Звуковая сторона речи характеризуется фонетической неопределенностью. Отмечается нестойкое фонетическое оформление. Произношение звуков носит диффузный характер, обусловленный неустойчивой артикуляцией и низкими возможностями их слухового распознавания. Число дефектных звуков может быть значительно бóльшим, чем правильно произносимых. В произношении имеются противопоставления лишь гласных — согласных, ротовых — носовых, некоторых взрывных — фрикативных. Фонематическое развитие находится в зачаточном состоянии.

Задача выделения отдельных звуков для ребенка с лепетной речью в мотивационном и познавательном отношении непонятна и невыполнима.

Отличительной чертой речевого развития детей этого уровня является ограниченная способность восприятия и воспроизведения слоговой структуры слова.

Переход ко ***второму уровню речевого развития*** характеризуется возросшей речевой активностью ребенка. Общение осуществляется посредством использования постоянного, хотя все еще искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов.

Дифференцированно обозначаются названия предметов, действий, отдельных признаков. На этом уровне возможно пользование местоимениями, а иногда союзами, простыми предлогами в элементарных значениях. Дети могут ответить на вопросы по картине, связанные с семьей, знакомыми событиями окружающей жизни.

Речевая недостаточность отчетливо проявляется во всех компонентах. Дети пользуются только простыми предложениями, состоящими из 2—3, редко 4 слов. Словарный запас значительно отстает от возрастной нормы: выявляется незнание многих слов, обозначающих части тела, животных и их детенышей, одежды, мебели, профессий.

Отмечаются ограниченные возможности использования предметного словаря, словаря действий, признаков. Дети не знают названий цвета предмета, его формы, размера, заменяют слова, близкими по смыслу.

Наблюдаются грубые ошибки в употреблении грамматических конструкций:

- смешение падежных форм («*едет машину*» вместо на машине);
- нередко употребление существительных в именительном падеже, а глаголов в инфинитиве или форме 3-го лица единственного и множественного числа настоящего времени;
- в употреблении числа и рода глаголов, при изменении существительных по числам («*два каси*» — два карандаша, «*де тун*» — два стула);
- отсутствие согласования прилагательных с существительными, числительных с существительными.

Много трудностей испытывают дети при пользовании предложными конструкциями: часто предлоги опускаются вообще, а существительное при этом употребляется в исходной форме («*книга идит то*» — книга лежит на столе); возможна и замена предлога («*гиб лятет на далевим*» — гриб растет под деревом). Союзы и частицы употребляются редко.

Понимание обращенной речи на втором уровне значительно развивается за счет различения некоторых грамматических форм (в отличие от первого уровня). Дети могут ориентироваться на морфологические элементы, которые приобретают для них смыслоразличительное значение.

Это относится к различению и пониманию форм единственного и множественного числа существительных и глаголов (особенно с ударными окончаниями), форм мужского и женского рода глаголов прошедшего времени. Затруднения остаются при понимании форм числа и рода прилагательных.

Значения предлогов различаются только в хорошо знакомой ситуации. Усвоение грамматических закономерностей в большей степени относится к тем словам, которые рано вошли в активную речь детей.

Фонетическая сторона речи характеризуется наличием многочисленных искажений звуков, замен и смешений. Нарушено произношение мягких и твердых звуков, шипящих, свистящих, аффрикат, звонких и глухих («*пат книга*» — пять книг; «*папутька*» — бабушка; «*дупа*» — рука). Проявляется диссоциация между способностью правильно произносить звуки в изолированном положении и их употреблением в спонтанной речи.

Типичными остаются и затруднения в усвоении звукослоговой структуры слова. Нередко при правильном воспроизведении контура слов нарушается звуконаполняемость: перестановка слогов, звуков, замена и уподобление слогов («морашки» — ромашки, «кукика» — клубника). Многосложные слова редуцируются.

У детей выявляется недостаточность фонематического восприятия, их неподготовленность к овладению звуковым анализом и синтезом.

Третий уровень речевого развития характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Характерным является недифференцированное произнесение звуков (в основном это свистящие, шипящие, аффрикаты и соноры), когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной или близкой фонетической группы. Например, мягкий звук с', сам еще недостаточно четко произносимый, заменяет звук с («*сяпоги*»), ш («*сюба*» вместо шуба), ц («*сяпля*» вместо цапля), ч («*сяйник*» вместо чайник), щ («*сетка*» вместо щетка); замены групп звуков более простыми по артикуляции. Отмечаются нестойкие замены, когда звук в разных словах произносится по-разному; смешения звуков, когда изолированно ребенок произносит определенные звуки верно, а в словах и предложениях их взаимозаменяет.

Правильно повторяя вслед за логопедом трех-четырехсложные слова, дети нередко искажают их в речи, сокращая

количество слогов (Дети слепили снеговика. — «*Дети сипили новика*»). Множество ошибок наблюдается при передаче звуконаполняемости слов: перестановки и замены звуков и слогов, сокращения при стечении согласных в слове.

На фоне относительно развернутой речи наблюдается неточное употребление многих лексических значений. В активном словаре преобладают существительные и глаголы. Недостаточно слов, обозначающих качества, признаки, состояния предметов и действий. Неумение пользоваться способами словообразования создает трудности в использовании вариантов слов, детям не всегда удается подбор однокоренных слов, образование новых слов с помощью суффиксов и приставок. Нередко они заменяют название части предмета названием целого предмета, нужное слово — другим, сходным по значению.

В свободных высказываниях преобладают простые распространенные предложения, почти не употребляются сложные конструкции.

Отмечается аграмматизм: ошибки в согласовании числительных с существительными, прилагательных с существительными в роде, числе, падеже. Большое количество ошибок наблюдается в использовании как простых, так и сложных предлогов.

Понимание обращенной речи значительно развивается и приближается к норме. Отмечается недостаточное понимание изменений значения слов, выражаемых приставками, суффиксами; наблюдаются трудности в различении морфологических элементов, выражающих значение числа и рода, понимание логико-грамматических структур, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения.

Описанные пробелы в развитии фонетики, лексики и грамматического строя у детей школьного возраста проявляются более отчетливо при обучении в школе, создавая большие трудности в овладении письмом, чтением и учебным материалом.

Многолетнее изучение речи 6–7-летних дошкольников позволило установить, что выделяется еще одна категория детей, которая оказывается за пределами выше описанных

уровней и может быть определена как ***четвертый уровень*** речевого развития (Т. Б. Филичева) — нерезко выраженное недоразвитие речи.

У этих детей обнаруживаются незначительные нарушения всех компонентов языка. Чаще они проявляются в процессе детального обследования при выполнении специально подобранных заданий.

Такие дети производят, на первый взгляд, вполне благополучное впечатление, у них нет ярких нарушений звукопроизношения. Как правило, имеет место лишь недостаточная дифференциация звуков (*«р-рь-л-ль-иот»*, *«щ-ч-ш»*, *«ть-ц-с-сь»* и др.). Характерным своеобразием нарушения слоговой структуры является то, что, понимая значение слова, ребенок не удерживает в памяти его фонематический образ и, как следствие, наблюдается искажение звуконаполняемости в разных вариантах: персеверации, перестановки звуков и слогов, элизии, парафазии. В редких случаях — опускание слогов, добавление звуков и слогов.

Недостаточная внятность, выразительность, несколько вялая артикуляция и нечеткая дикция оставляют впечатление общей смазанности речи. Незаконченность формирования звукослоговой структуры, смешение звуков характеризуют недостаточный уровень дифференцированного восприятия фонем. Эта особенность является важным показателем еще не закончившегося процесса фонемообразования.

Наряду с недостатками фонетико-фонематического характера обнаружены у этих детей и отдельные нарушения смысловой стороны речи.

Имея определенный запас слов, обозначающих разные профессии, они испытывают большие трудности при дифференцированном обозначении для лиц мужского и женского рода. Образование слов с помощью суффиксов также вызывает значительные затруднения. Стойкими остаются ошибки при употреблении: существительных с уменьшительно-ласкательными суффиксами, существительных с суффиксами единичности, прилагательных, образованных от существительных, прилагательных с суффиксами, характеризующими эмоционально-волевое и физическое состояние объектов, притяжательных прилагательных *волчий* — *«волкин»*; *лисий* — *«лисовой»*.

Дети с ***четвертым уровнем*** речевого развития достаточно легко справляются с подбором общеупотребительных антонимов, указывающих на размер предмета (большой — маленький), пространственную противоположность (далеко — близко), оценочную характеристику (плохой — хороший). Трудности проявляются в выражении антонимических отношений следующих слов: бег — шаг, бежать — ходить.

Анализ особенностей грамматического оформления речи детей позволяет выявить ошибки в употреблении существительных родительного и винительного падежей множественного числа, сложных предлогов (в зоопарке кормили лисов, собаков); в использовании некоторых предлогов (выглянул из-за двери — «выглянул и двери», упал со стола — «упал из стола», «мяч лежит около стола и стула» вместо между столом и стулом). Кроме того, в отдельных случаях отмечаются нарушения согласования прилагательных с существительными.

Особую сложность представляют для этих детей конструкции предложений с разными придаточными:

- пропуски союзов: «мама предупредила, я не ходил далеко» (*чтобы не ходил далеко*);
- замена союзов: «я побежал, куда сидел щенок» (*где сидел щенок*);
- инверсия: «наконец, все увидели долго искали которого котенка» (*увидели котенка, которого долго искали*).

Следующей отличительной особенностью детей ***четвертого уровня*** является своеобразие их связной речи:

- в беседе, при составлении рассказа по заданной теме, картине, серии сюжетных картинок констатируются нарушения логической последовательности, «застревание» на второстепенных деталях, пропуски главных событий, повтор отдельных эпизодов;
- рассказывая о событиях из своей жизни, составляя рассказ на свободную тему с элементами творчества, они пользуются в основном простыми малоинформативными предложениями;

- остаются трудности при планировании своих высказываний и отборе соответствующих языковых средств.

Самостоятельное рассказывание, требующее мобилизации творческих способностей, выливается в неполные и скудные тексты, не вбирающие в себя значимые для наименования элементы ситуации.

Таким образом, полученные данные позволяют выделить детей с более легкой формой общего недоразвития речи в самостоятельную категорию — четвертый уровень речевого недоразвития.

Обследование детей с общим недоразвитием речи

Логопед выявляет объем речевых навыков, сопоставляет его с возрастными нормативами, с уровнем психического развития, определяет соотношение дефекта и компенсаторного фона, речевой и познавательной активности.

Необходим анализ взаимодействия между процессом овладения звуковой стороной речи, развитием лексического запаса и грамматического строя. Важно определить соотношение развития экспрессивной и импрессивной речи ребенка; выявить компенсирующую роль сохранных звеньев речевой способности; сопоставить уровень развития языковых средств с актуальным их использованием в речевом общении.

Выделяются три этапа обследования.

Первый этап — ориентировочный. Логопед заполняет карту развития ребенка со слов родителей, изучает документацию, беседует с ребенком.

На ***втором этапе*** проводится обследование компонентов языковой системы и на основе полученных данных делается логопедическое заключение.

На ***третьем этапе*** логопед проводит динамическое наблюдение за ребенком в процессе обучения и уточняет проявления дефекта.

В беседе с родителями выявляются предречевые реакции ребенка, в том числе гуление, лепет (модулированный). Важно выяснить, в каком возрасте появились первые слова и каково количественное соотношение слов в пассивной и активной речи.

Диссоциация между количеством произносимых слов и пассивным словарем у детей с первичной речевой патологией (за исключением редких случаев сенсорной алалии) сохраняется без специального обучения длительное время.

Во время беседы с родителями важно выявить, когда появились двухсловные, многословные предложения, не прерывалось ли речевое развитие (если да, то по какой причине), какова речевая активность ребенка, его общительность, стремление к установлению контактов с окружающими, в каком возрасте родителями обнаружено отставание в развитии речи, каково речевое окружение (особенности естественной речевой среды).

В процессе беседы с ребенком логопед устанавливает контакт с ним, нацеливает его на общение. Ребенку предлагаются вопросы, помогающие выяснить его кругозор, интересы, отношение к окружающим, ориентировку во времени и пространстве. Вопросы задаются таким образом, чтобы ответы были развернутыми, рассуждающего характера. Беседа дает первые сведения о речи ребенка, определяет направление дальнейшего углубленного обследования различных сторон речи. Особенно тщательно обследуются звукослоговая структура слов, грамматический строй и связная речь. При обследовании связной речи выясняется, как ребенок самостоятельно может составить рассказ по картине, серии картин, пересказ, рассказ-описание (по представлению).

Установление сформированности грамматического строя языка — один из ведущих моментов логопедического обследования детей с общим недоразвитием речи. Выявляется правильность употребления детьми категории рода, числа, падежа существительных, предложных конструкций, умение согласовывать существительное с прилагательным и числительным в роде, числе, падеже. Материалом обследования являются картинки, изображающие предметы и их признаки, действия. Для выявления умения пользоваться морфологическими формами слов проверяется образование множественного числа от существительных в единственном числе и, наоборот, образование уменьшительной формы существительного от данного слова, а также глаголов с оттенками действий.

Основными приемами могут быть следующие:

- закончить начатую фразу по наводящим вопросам;
- составить предложения по картине или демонстрации действий;
- вставить пропущенный предлог или слово в нужной падежной форме.

При обследовании словарного запаса выявляется умение ребенка соотносить слово (как звуковой комплекс) с обозначаемым предметом, действием и правильно употреблять его в речи.

Основными приемами могут быть следующие:

- нахождение (показ) детьми предметов и действий, названных логопедом (Покажи, кто моет, а кто подметает, и т. д.);
- выполнение названных действий (Нарисуй дом — раскрась дом);
- самостоятельное называние детьми показанных предметов, действий, явлений, признаков и качеств (Кто нарисован на картинке? Что делает мальчик? Из чего он лепит шарик?);
- называние детьми видовых понятий, входящих в какую-либо обобщающую тему (Скажи, какую ты знаешь летнюю одежду, зимнюю обувь);
- объединение предметов в обобщающую группу (Как можно одним словом назвать шубу, пальто, платье, юбку? и т. д.).

Обследование строения артикуляционного аппарата и его моторики имеет важное значение для определения причин дефекта звуковой стороны речи ребенка и для планирования коррекционных упражнений. Оценивается степень и качество нарушений двигательных функций органов артикуляции и выявляется уровень доступных движений.

Для обследования звукопроизношения подбираются слоги, слова и предложения с основными группами звуков русского языка.

Для выявления уровня фонематического восприятия, возможности запоминания и воспроизведения слогового ряда ребенку предлагается повторить сочетания из 2—3—4 слогов. Сюда входят слоги, состоящие из звуков, различающихся по артикуляции и акустическим признакам (*ба-па-ба, да-да-да, са-ша-са*).

Для определения наличия звука в слове слова подбираются так, чтобы заданный звук находился в разных позициях (в начале, середине и в конце слова), чтобы наряду со словами, включающими данный звук, были слова без этого звука и со смешиваемыми звуками. Это позволит в дальнейшем установить степень смешения как далеких, так и близких звуков.

Для обследования слоговой структуры и звуконаполняемости подбираются слова с определенными звуками, с разным количеством и типом слогов; слова со стечением согласных в начале, середине, в конце слова. Предлагается отраженное и самостоятельное называние картинок: предметных и сюжетных.

Если у ребенка выявляются трудности в воспроизведении слоговой структуры слова, его звуконаполняемости, то предлагается повторить ряды слогов, состоящих из разных гласных и согласных звуков (па-ту-ко); из разных согласных, но одинаковых гласных звуков (па-та-ка-ма и т. д.); из разных гласных, но и одинаковых согласных звуков (па-по-пы, ту-та-то); из одинаковых гласных и согласных звуков, но с разным ударением (па-па-па); отстучать ритмический рисунок слова.

При этом становится возможным установить границы доступного уровня, с которого следует в последующем начинать коррекционные упражнения.

При обследовании общей и мелкой моторики логопед обращает внимание на общий вид ребенка, его осанку, походку, навыки самообслуживания (завязать бант, заплести косу, застегнуть пуговицы, зашнуровать ботинки и т. д.), особенности бега, выполнение упражнений с мячом, прыжки в длину на точность приземления. Проверяется умение сохранить равновесие (стояние на левой, правой ноге), попеременно постоять (попрыгать) на одной ноге, выполнить упражнения на переключаемость движений (правую руку к плечу, левую — на затылок, левую руку на пояс, правую — за спину и т. д.).

Оценивается точность воспроизведения задания по пространственно-временным параметрам, удерживанию в памяти составных частей и последовательности элементов

структуры действия, наличию самоконтроля при выполнении заданий.

Логопедическое заключение базируется на всестороннем анализе результатов изучения ребенка, на достаточно большом количестве примеров детской речи и на динамическом наблюдении в процессе коррекционно-педагогической работы.

Результаты комплексного обследования обобщаются в виде логопедического заключения, где указывается уровень речевого развития ребенка и форма речевой аномалии. *Примерами логопедических заключений могут быть следующие: ОНР третьего уровня у ребенка с дизартрией; ОНР второго уровня у ребенка с алалией; ОНР второго-третьего уровня у ребенка с открытой ринолалией и т. п.*

Логопедическое заключение раскрывает состояние речи и нацеливает на преодоление специфических трудностей ребенка, обусловленных клинической формой речевой аномалии. Это необходимо для правильной организации индивидуального подхода на фронтальных и в особенности на подгрупповых занятиях.

Методика коррекционно-педагогической работы

Основы коррекционного обучения разработаны в психолого-педагогических исследованиях ряда авторов (Р. Е. Левина, Б. М. Гриншпун, Л. Ф. Спирова, Н. А. Никашина, Г. В. Чиркина, Н. С. Жукова, Т. Б. Филичева, А. В. Ястребова и др.).

Формирование речи основывается на следующих положениях:

- распознавание ранних признаков ОНР и его влияние на общее психическое развитие;
- своевременное предупреждение потенциально возможных отклонений на основе анализа структуры речевой недостаточности, соотношения дефектных и сохранных звеньев речевой деятельности;

- учет социально обусловленных последствий дефицита речевого общения;
- учет закономерностей развития детской речи в норме;
- взаимосвязанное формирование фонетико-фонематических и лексико-грамматических компонентов языка;
- дифференцированный подход в логопедической работе с детьми, имеющими ОНР различного происхождения;
- единство формирования речевых процессов, мышления и познавательной активности;
- одновременное коррекционно-воспитательное воздействие на сенсорную, интеллектуальную и афферентно-волевую сферу.

Дети с ОНР не могут спонтанно встать на онтогенетический путь развития речи, свойственный нормальным детям (Л. Ф. Спирова, 1980). Коррекция речи для них длительный процесс, направленный на формирование речевых средств, достаточных для самостоятельного развития речи в процессе общения и обучения.

Эта задача реализуется различно в зависимости от возраста детей, условий их обучения и воспитания, уровня развития речи.

Обучение детей первого уровня речевого развития предусматривает: развитие понимания речи; развитие самостоятельной речи на основе подражательной деятельности; формирование двусоставного простого предложения на основе усвоения элементарных словообразований.

Логопедические занятия с безречевыми детьми проводятся небольшими подгруппами (2—3 человека) в форме игровых ситуаций, что помогает постепенно формировать мотивационную основу речи. При этом используются персонажи кукольного театра, заводные игрушки, теневой театр, фланелеграф и т. д.

Работа по расширению понимания речи базируется на развитии у детей представлений о предметах и явлениях окружающей действительности, понимания конкретных слов и выражений, отражающих знакомые детям ситуации и явления.

С первых моментов логопедической работы детей ориентируют на понимание словосочетаний, подкрепленных

наглядным действием. Логопед говорит короткими фразами из 2—4 слов, употребляя одни и те же слова в разных грамматических формах, повторяя отдельные словосочетания.

Дети усваивают в импрессивной речи названия предметов, действий, совершаемых самим ребенком, постепенно приучаются различать признаки предметов. Материалом для проведения таких занятий являются игрушки, одежда, посуда, продукты питания и т. д.

Одновременно они обучаются пониманию некоторых грамматических значений. Особое внимание обращается на умение различать грамматические формы единственного и множественного числа существительных и глаголов; обращения-повеления к одному или нескольким лицам (сядь — сядьте); глаголы, близкие по звучанию (везут — несут; купается — катается); действия, близкие по сходству ситуации (шьет, вяжет, вышивает, лежит, спит), а также противоположные по значению (надень — сними, включи — выключи) и т. д. Формирование пассивной речи способствует преодолению конкретности и недифференцированности словесных понятий. Точное понимание речевых инструкций контролируется ответным действием ребенка. Важно правильно организовать предметную ситуацию, подобрать соответствующий дидактический и игровой материал. При этом необходимо использовать музыкальные занятия, изобразительную деятельность, экскурсии, прогулки и т. д. Упражнения проводятся при хорошем эмоциональном контакте с ребенком, устойчивости его произвольного внимания.

Развитие самостоятельной речи является необходимым условием для формирования активного лексического запаса у детей. Логопед называет те слова, словосочетания и фразы, которые хотел бы включить в экспрессивную речь ребенка.

Создается ситуация, которая вызывает коммуникативно-познавательную потребность в речи. Появившиеся звуковые комплексы или лепетные слова в игровой форме нужно неоднократно повторить в разной тональности, темпе, с разной интонацией.

Перед ребенком не ставится задача правильного фонетического оформления. На этом этапе детей учат называть: близких людей (мама, папа, баба); простые имена (Тата, Ната, Коля, Оля); выражать просьбы (иди, на, да) в сопровождении жеста и т. д.

После того как у детей появилась возможность подражать слову взрослого, добиваются воспроизведения ударного слога, а затем ритмико-интонационного рисунка одно-двух-трех-сложных слов (мак, киса, машина). Детей учат приращивать одинаковые слоги из доступных звуков в конце слова (ру-ка, нож-ка, пап-ка).

Лепетные слова необходимо использовать в простых предложениях, содержащих обращение и повеление (мама, дай); указательные слова и именительный падеж существительного (тут киса); повеление и прямое дополнение (дай мяч).

При обучении детей употреблению формы повелительного наклонения 2-го лица единственного числа первоначально можно ограничиться воспроизведением лишь ударного слога, а затем — двух слогов и более.

Детей учат грамматически правильно строить предложения типа: именительный падеж существительного + согласованный глагол 3-го лица настоящего времени. Рекомендуется предварительно повторить глаголы повелительного наклонения 2-го лица единственного числа, а затем к основе глагола «наращивать» звук т (сиди — сидит).

Логопед вовлекает детей в речевое общение и приучает к пользованию такой элементарной формой устной речи, как краткий ответ на вопрос. Это является переходной ступенью к овладению простым диалогом.

Работа по формированию звуковой стороны речи в этот период заключается прежде всего в развитии восприятия речи. ***Рекомендуются различные специальные упражнения:***

- выделение заданного слова в ряду других слов. Логопед называет: машина, собака, кошка, а ребенок должен поднять флажок, если услышит слово собака;
- различение слов, близких по звучанию, но разных по смыслу (уточка — удочка); различение сходных по звуковому составу предложений (показать картинку: кто купается, а кто катается).

Для расширения объема слуховой памяти и удержания последовательности слов детям предлагается ряд занятий на выполнение двух-трехступенчатых инструкций, запоминание ряда из 3—4 картинок и т. д.

Формирование звукопроизношения на данном этапе не является самостоятельной задачей. Однако отдельные артикуляционные упражнения, уточнение правильного произношения имеющихся у детей звуков позволяют создавать благоприятные условия для вызывания отсутствующих. Формирование произношения тесно связано также с усвоением слов разной слоговой структуры. Детей обучают неосознанному членению слов на слоги, послоговому проговариванию слова. Воспроизведение слова сопровождается отхлопыванием с соблюдением соответствующего ритма. Проговариваются прямые одинаковые слоги (да-да, да-да), слоги с разными согласными звуками (ма-па, па-ма), закрытые в обратные слоги (пап-ап).

В процессе проведения занятий с детьми первого уровня последовательно формируется активное отношение ребенка к языковой действительности.

Стержневым моментом на этом этапе обучения является специально организованная эмоциональная игра с определенной учебно-речевой задачей.

Мотивы, цель и ситуация игры конкретизируются в зависимости от направленности на овладение словарным запасом, начатками грамматических значений.

В результате многоаспектного воздействия на речевую деятельность дети переходят на новую ступень развития. Они начинают использовать начатки разговорной речи в различных ситуациях в связи с разными видами деятельности. Заметно повышается их познавательная и речевая активность.

Обучение детей второго уровня осуществляется преимущественно в дошкольных группах для детей с ОНР (с 4-летнего возраста), в подготовительном классе школы для детей с тяжелыми нарушениями речи I отделения (с 6 7-летнего возраста). Коррекция речевого дефекта с одновременным медикаментозным воздействием при показаниях

может периодически проводиться на базе речевых стационаров, психоневрологических санаториев (с 4—7 лет — дошкольное отделение, от 7—13 лет — школьное отделение).

Основные задачи обучения включают:

- интенсивную работу по развитию понимания речи, направленную на различение форм слова;
- развитие элементарных форм устной речи на базе уточнения и расширения словарного запаса, практического усвоения простых грамматических категорий;
- овладение правильным произношением и различением звуков, формирование ритмико-слоговой структуры слова.

Материалом для обогащения речи детей служит окружающая действительность, изучение которой происходит на основе тематического цикла. Уточняются и накапливаются конкретные понятия, формируется предметная соотнесенность слова, выделение и называние действий, признаков и качеств и т. д.

Систематическая работа по расширению пассивного и активного словаря, развитие сознательного восприятия речи позволяет наращивать и обобщать языковые наблюдения над смысловыми, звуковыми, морфологическими и синтаксическими сторонами речи.

В целях дальнейшего развития понимания речи детей учат различать значение приставок в страдательных причастиях; по окончанию глагола прошедшего времени определять лицо, совершающее действие; определять взаимоотношения действующих лиц по синтаксической конструкции (например, предъявляются парные картинки, на одной из которых изображена «нестандартная» ситуация: «*Заяц убегает от девочки*», «*Девочка убегает от зайца*»); понимать пространственные отношения предметов, выраженных предлогами; объединять предметы по их общему назначению (отбери все, что тебе нужно для шитья); различать падежные окончания (покажи книжку карандашом, карандаш — ручкой), существительные в уменьшительно-ласкательной форме (себе возьми гриб, дай мне грибок).

Вводятся вопросы, требующие понимания изменения форм слов и их связей в предложении.

Развитие элементарных форм устной речи на данном эта пе предусматривает практическое употребление предложе ний из нескольких слов.

Обязательным условием успешного обучения детей на данном этапе является понимание ими значения каждого члена предложения.

Детей учат отвечать на вопросы, составлять предложе ния по моделям.

Их учат слушать и сопоставлять существительные вини тельного, творительного (с ударными окончаниями), дател ного падежей с именительным. Предложения с данными формами слов четко произносит сначала логопед, а затем неоднократно повторяет ребенок. В это время в речь детей вводятся простые определения, обозначающие признаки предметов по величине, цвету, вкусу и т. д.

Организуются вопросно-ответные беседы по поводу зна комых ситуаций и предметов.

Практическое усвоение грамматических форм подготав ливается развитием слухового восприятия, пассивного и активного словаря, звукопроизношения.

Как только дети научатся отвечать на вопросы, состав лять предложения по демонстрации действий к картинкам, можно приступить к воспитанию умения объединять пред ложения в маленький рассказ. Широко используется зау чивание коротких стихов.

Овладение правильным произношением включает ис пользование разнообразных упражнений по развитию ар тикуляции, вызыванию звуков, различению на слух постав ленных фонем.

Дети третьего уровня речевого развития в настоя щее время составляют основной контингент специальных дошкольных и школьных учреждений. В возрасте 5 лет они зачисляются для воспитания и обучения в старшую груп пу детского сада, с 6—7 лет поступают в подготовитель ный или I класс школы для детей с тяжелыми нарушения ми речи.

Дети, которые могут быть условно отнесены к верхней границе третьего уровня, при условии достаточной школь ной подготовки обучаются в общеобразовательной школе с

обязательным посещением логопедических занятий на школьном логопедическом пункте.

Основными задачами коррекционного обучения данной категории детей являются:

- практическое усвоение лексических и грамматических средств языка;
- формирование полноценной звуковой стороны речи (воспитание артикуляционных навыков, правильного звукопроизношения, слоговой структуры и фонематического восприятия);
- подготовка к грамоте; овладение элементами грамоты;
- дальнейшее развитие связной речи.

Формирование речевой практики как основы усвоения элементарных закономерностей языка осуществляется на базе развивающегося фонематического восприятия, правильного произношения звуков и правильного восприятия структуры слова; практического умения различать, выделять и обобщать значимые части слова; на основе наблюдений над связью слов в предложении.

Путем планомерного накопления наблюдений над смысловыми, звуковыми, морфологическими, синтаксическими сторонами речи у детей развивается чутье языка и происходит овладение речевыми средствами, на основе которых возможен переход к самостоятельному развитию и обогащению речи в процессе свободного общения.

Одновременно дети подготавливаются к успешному усвоению учебных предметов.

Выполнение этих задач тесно связано с развитием познавательной деятельности детей, с выработкой у них умения наблюдать, сравнивать и обобщать явления окружающей жизни.

Дети с ***четвертым уровнем*** речевого развития владеют развернутой фразовой речью, достаточно коммуникабельны, охотно отвечают на вопросы, сами задают их окружающим.

Процесс усвоения языковых средств в условиях специального обучения ориентирован на два аспекта: опора на осмысление и тренировочные упражнения. Воспитанные у детей умения сравнивать, анализировать, выделять различия в определенных лексико-грамматических категориях позволяют

обобщать языковые закономерности, что, в свою очередь, способствует выработке явления переноса и чувства языка.

При реализации принципа системного подхода при обучении детей с четвертым уровнем речевого развития по-прежнему большая роль отводится взаимосвязанному формированию лексико-грамматических и фонетико-фонематических компонентов языка.

Ставятся следующие задачи:

- развитие у детей умения дифференцировать на слух оппозиционные звуки речи (свистящие — шипящие, звонкие — глухие, мягкие — твердые, ***р — л***), а затем отработка этих дифференцировок в произношении;
- закрепление произношения многосложных слов с различными вариантами стечения согласных звуков, при этом акцент делается на их дифференциацию, использование в самостоятельной речи сложной слоговой структуры и звуконаполняемости (*птичница, термометр, заржавелая проволока, нержавеющая кастрюля, баскетболистки играют в баскетбол*);
- закрепление навыков звукового анализа и синтеза;
- обучение грамоте.

Логопедические занятия по формированию произносительных навыков на этом этапе коррекционного обучения включают несколько направлений:

- закрепление навыков четкого, внятного произношения гласных и согласных звуков;
- усвоение сложных дифференцировок (ть-ч-сь-щ-с; рр-лль-й);
- употребление в речевом контексте слов сложной слоговой структуры и звуконаполняемости («*велосипедистки едут на велосипедах*» и т. д.).

При работе над лексическим компонентом языка внимание акцентируется на следующем:

- на уточнении и расширении значений слова;
- на формировании семантической структуры слова;
- на введении новых слов и сочетаний в самостоятельную речь.

В связи с этим выделяется направление по обучению детей навыкам практического употребления слов в речи. В процессе коррекционного обучения на четвертом уровне также уделяется большое внимание практическому усвоению грамматических форм языка. Закрепляя навыки изменения слов по числам, родам, падежам, лицам, дети учатся правильно использовать усвоенный материал в различных речевых контекстах и режимных ситуациях. А это, в свою очередь, требует хорошо организованной речевой практики. По-прежнему широко используются варианты хорового проговаривания. Это помогает неоднократно произносить каждому ребенку новую форму слова, повышает речевую активность детей, помогает расширить их речевую деятельность.

Разнообразные виды предложений закрепляют направленность внимания на различное звучание вопросов, в зависимости от этого изменяется время, вид, число глаголов. О выполненных действиях ребенок может говорить от своего лица, от лица других детей и т. д. Дети тренируются в построении короткого вопроса и ответа полным распространенным предложением.

В течение всего коррекционного обучения вышеперечисленные лексико-грамматические формы изучаются не изолированно, а в речевом контексте с опорой на ранее сформированные навыки составления предложений.

При формировании у детей навыка связного рассказывания выделяется ряд требований к их речи:

- раскрытие темы (это условие является обязательным);
- соблюдение определенного объема рассказа;
- использование выразительных средств (эпитеты, антонимы, сравнения, метафоры);
- использование прямой речи;
- правильная структура повествования, композиционная стройность и завершенность рассказа.

Работа над связной речью предполагает дальнейшее закрепление навыков составления разных типов рассказов и пересказов.

Таким образом, успешная коррекция речевого недоразвития осуществляется в результате многоаспектного воздействия, направленного на речевые и внеречевые процессы, на активизацию познавательной деятельности дошкольников (И. Т. Власенко).

Обучение и воспитание детей с ОНР школьного возраста осуществляется в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Разработка содержания и методов обучения основывается на тщательном изучении закономерностей речевого развития учащихся (Р. Е. Левина, Н. А. Никашина, Г. А. Каше, Л. Ф. Спирова, И. К. Колповская, Г. В. Чиркина, О. Е. Грибова и др.).

Системное нарушение всех компонентов речевой деятельности характеризуется следующими проявлениями:

- ограниченным словарным запасом;
- наличием многочисленных словесных замен;
- использованием слов в ограниченных речевых ситуациях без учета контекстуальных связей;
- устойчивым аграмматизмом;
- бедностью и стереотипностью синтаксического оформления речи; использованием преимущественно простых распространенных предложений с небольшим количеством членов (3—4);
- нарушением звукослоговой структуры речи с преобладанием звуковых ошибок фонематического типа.

Разговорная речь детей, поступающих в школу, малословна, тесно связана с определенной ситуацией. Связная (монологическая) речь значительно отстает от возрастной нормы по уровню развития и имеет специфические дефекты (В. К. Воробьева, 1975; Л. Ф. Спирова, 1980).

У детей с ОНР, таким образом, к началу школьного обучения недостаточно сформированы языковые средства, задерживается формирование коммуникативной и обобщающей функции речи.

Особенности речевого развития учащихся I отделения определяют специфику обучения в школе. Основным учебным предметом, который в наибольшей степени служит коррекционным целям, является начальный курс русского языка. Содержание уроков по этому предмету в специальной школе имеет несколько направлений: устранение нарушений речевого развития; организацию активной речевой практики; обучение письму, чтению; систематическое изучение сведений по грамматике, правописанию; подготовку к дальнейшему

усвоению русского языка как предмета и других курсов в объеме неполной средней общеобразовательной школы.

В процессе специального обучения языку осуществляется также развитие познавательной деятельности на материале речевых фактов, постепенное формирование отвлеченного словесного мышления, создание прочной основы для дальнейшего повышения образовательного и культурного уровня учащихся и овладения профессией.

Цели специального обучения обеспечиваются четко продуманным решением ряда частных задач:

- усвоением элементарных теоретических сведений по фонетике, морфологии, синтаксису, орфографии, графике и пунктуации, подготавливающих к изучению систематического курса языка средней школы;
- обогащением речевой практики детей, развитием умения сознательно использовать знания по фонетике, грамматике и правописанию;
- овладением на этой основе способами моделирования, различными речевыми операциями.

Постепенно осуществляется переход от сугубо практических занятий по формированию речи к изучению языка. Решение речевых и языковых задач в их взаимосвязи требует специальных педагогических средств и расчленения курса русского языка на разделы, отличные от общеобразовательной школы.

Программа начальных классов состоит из следующих разделов: «Развитие речи», «Произношение», «Обучение грамоте», «Фонетика, грамматика, правописание и развитие речи», «Чтение и развитие речи».

Основная задача развития речи состоит в том, чтобы приблизить учеников к уровню практического владения родным языком в норме, т. е. научить пользоваться речью как средством общения.

С этой целью систематически проводится совершенствование форм речевого общения и средств языка по следующим взаимосвязанным направлениям:

- развитие у детей различных видов устной речи (диалогической, монологической) на основе обогащения знаний об окружающем мире;

- формирование и расширение лексической стороны речи;
- практическое овладение основными закономерностями языка на основе усвоения смысловых и грамматических отношений;
- формирование лексико-грамматической готовности к осознанному усвоению других разделов родного языка (обучению грамматике, грамоте, правописанию).

Исходным положением для системы работы по развитию речи является принцип коммуникативной направленности речи. Соблюдение его предполагает формирование общения в процессе активной речевой деятельности, создание у учащихся мотивированной потребности к речи путем стимуляции их речевой активности и моделирования ситуаций, способствующих порождению самостоятельных и инициативных высказываний.

Учащиеся с общим недоразвитием речи вовлекаются в коммуникативную деятельность с самых ранних этапов обучения, еще не владея всей языковой системой. Языковой материал накапливается поэтапно в связи с различными видами деятельности. При этом осуществляется постепенный переход от речевой деятельности, развертывающейся в наглядной ситуации, к общению с опорой на прежний речевой опыт, на контекст. Учащиеся подготавливаются к продуцированию развернутых высказываний, требующих усложненных синтаксических конструкций, использования отвлеченной лексики, свободного владения морфологическими изменениями слов.

Отбор языкового материала также подчинен коммуникативным целям и осуществляется с учетом частоты его употребления, продуктивности и доступности для усвоения.

Система работы по развитию речи предусматривает концентрический путь освоения речевого материала.

Сначала отрабатывается обиходная лексика и побудительные фразы простейшей конструкции. Этим обеспечиваются элементарные формы общения. Постепенно вводится словарный материал, необходимый для выражения понятий более отвлеченного характера, и усложняются грамматические формы. На этой основе осуществляется переход от диалогической речи к описательно-повествователь-

ной, а затем к составлению устных и письменных связных текстов.

В начале обучения используется преимущественно ситуативная форма общения, а затем формируется база для контекстной речи.

Программа по развитию речи имеет специальные подразделы: «Работа над словом», «Работа над предложением» и «Связная речь».

В ней отражены требования к устной и письменной речи учащихся, объему словарно-семантической работы, представлены модели словосочетаний. Материалы для развития речи включают курс ознакомления с окружающим миром, предусмотренный программой для общеобразовательной школы.

Изучение лексики и отбор словаря для развития пассивной и активной форм речи осуществляются тематически. Каждая тема содержит примерный объем сведений, признаки принадлежности к данной теме и предусматривает постепенное ее уточнение и систематизацию на основе наблюдений и логических приемов сравнения, анализа, синтеза, обобщения.

Первоначально основное внимание уделяется развитию понимания разговорной речи. В специально организованных ситуациях учащиеся вслушиваются в обращенную к ним речь, осмысленно выполняют просьбы, поручения и т. п. Правильность понимания на этом этапе контролируется ответным действием, однако не исключается возможность и словесного ответа.

Затем формируется диалог в учебной и игровой ситуации (подг. — I класс) с постепенным переходом к краткой беседе по представлениям детей (II–III классы).

В III–IV классах осуществляется развитие связной устной речи при проведении тематических бесед. Обращается внимание на правильную последовательность в передаче событий, включение элементов рассуждения, оценки и доказательности.

Практическое овладение морфологическими и синтаксическими закономерностями происходит в процессе работы над усвоением тематического материала. Таким образом,

лексический, морфологический и синтаксический материал усваивается в тесной взаимосвязи.

Овладение грамматическим строем языка, морфологическими и синтаксическими элементами осуществляется практическим путем, без употребления грамматических терминов.

Выделяя для изучения ту или иную грамматическую категорию или форму, учитель должен подвести учащихся к определенным грамматическим обобщениям.

В подготовительном, I, II и частично III классах учащиеся должны практически овладеть основными грамматическими закономерностями языка.

Начиная с III класса у детей формируется умение употреблять сложные предложения и закрепляются навыки использования усвоенных типов предложений в связной речи.

В IV и V классах предусматривается практическое обобщение усвоенных грамматических закономерностей.

На основе развития устной речи вырабатываются умения в области письменной речи.

Обучение письменной речи начинается с III класса и условно делится на ***три этапа:***

- вводный;
- этап сознательного усвоения грамматических действий и осознанного оперирования грамматическими единицами;
- этап формирования автоматизированных умений.

Методика обучения письменной речи носит коррекционно-пропедевтический характер. В задачу методики наряду с обучением новому виду речевой деятельности и формированию навыка пользования грамматическими правилами построения письменного высказывания включается создание адекватных предпосылок для успешного их освоения, заключающееся в коррекции механизма порождения аграмматизма в письменной речи (О. Е. Грибова).

В тесной связи с формированием речи происходит овладение ее ***звуковой стороной***. В системе обучения детей с тяжелыми нарушениями речи выделен специальный раздел — произношение. Его основная задача — воспитание у учащихся четкой, внятной и выразительной речи, коррекция фонематического недоразвития и формирование навыков анализа и синтеза звукового состава речи.

При обучении произношению на всех этапах решаются три основных задачи: формирование навыков произношения звуков и развитие фонематического восприятия; развитие ритмической и звукослоговой структуры речи; развитие навыков анализа и синтеза звукового состава речи.

Наиболее эффективной работой по формированию произношения в специальной школе является сочетание уроков произношения и индивидуальных логопедических занятий.

Индивидуальные часы предназначаются преимущественно для коррекции произношения звуков. Существенной их особенностью в младших классах является предваряющая отработка звуков до изучения их в классе на уроках произношения.

При планировании фронтальной работы учитель-логопед основное внимание должен акцентировать на особенностях звуковой стороны, характерных для первого, второго уровня развития речи. Специфические же особенности артикулирования и восприятия звуков, обусловленные различными формами речевой патологии, устраняются на индивидуальных занятиях.

Учащиеся с первым и вторым уровнем развития речи обычно зачисляются в подготовительный класс.

Общая задача обучения в этот период заключается в активизации, уточнении и обогащении словесной речи, в процессе чего постепенно развивается фонетическое ее оформление. Особое внимание обращается на вызывание слов с последующим уточнением и закреплением правильного произношения звуков, слогов и слов несложной звукослоговой структуры.

Изучение звуков речи осуществляется концентрически. Сначала усваивается произношение звуков и их дифференциация. Процесс развития происходит в сфере слухового и кинестетического восприятия. Затем осуществляется изучение соответствующих букв и устанавливается взаимосвязь между звуковыми и графическими образами.

Закреплению правильного произношения и различия звуков способствует письмо под диктовку отдельных слов,

предложений с предварительным анализом и самостоятельно.

В связи с этим для каждого этапа обучения разработана система упражнений, позволяющая последовательно формировать грамматические навыки и умения у учеников с общим недоразвитием речи.

Задача ***вводного этапа*** состоит в том, чтобы познакомить детей с таким явлением, как письменная форма речи и выявить ее специфические черты. На этом этапе решается еще и косвенная задача — уточнение обобщенных морфологических значений частей речи и формирование умения соотносить конкретное слово с его обобщенным лексико-грамматическим значением. С этой целью используется алгоритм определения морфологической соотнесенности слова, опирающийся, с одной стороны, на наглядно-предметные представления учеников, а с другой — на формальный языковой анализ.

На ***втором этапе*** учат определять границы предложения, на основе автоматизированного умения вычленять предикативное ядро из состава предложения, вырабатывается осознанный навык оформления предложения в письменных работах. Для этого детям предлагается алгоритм анализа предложения «от предиката к субъекту» и вводятся специальные надстрочные знаки, позволяющие установить наглядные связи между составляющими ядра. В ходе обучения используется метод лингвистического эксперимента и большое количество упражнений коррекционного характера. Использование условных обозначений, несущих смысловую нагрузку, позволяет эффективно применять методы моделирования и конструирования в процессе формирования осознанного навыка и автоматизированного умения.

Алгоритмизация грамматических действий позволяет в случае появления у детей затруднений возвращаться к отдельным операциям и корректировать их на доступном учащимся понятийном и языковом уровнях.

На ***третьем этапе*** обучения ставится задача включить осознаваемые учениками навыки грамматического оформления письменного высказывания в самостоятельную письменную речь и довести их до уровня автоматизированного умения.

В процессе автоматизации навыков устанавливаются параллели между письменной речью и кодифицированным литературным языком с использованием в качестве тренировочных многочисленных устных высказываний, при этом в них подчеркиваются особенности, присущие литературному языку. Использование схем и условных обозначений позволяет на этом этапе регулировать процесс автоматизации навыков и ограничивать круг используемых грамматических форм и конструкций. На ***третьем*** этапе приступают к работе над изложениями и сочинениями.

Закончив подготовительный класс, учащиеся, как правило, овладевают нормативным произношением всех звуков речи на ограниченном речевом материале.

Поэтому в I классе изученные ранее звуки вновь отрабатываются на расширенном словарном материале. Соответственно усложняются задания по развитию и уточнению фонематического восприятия.

Работа в I классе строится с учетом более сложного и неоднородного состава учащихся. Наряду с детьми, закончившими подготовительный класс, в I класс зачисляются и неуспевающие из общеобразовательной школы. Их устная речь характеризуется общей невнятностью, нечеткостью и, как правило, фонематическим недоразвитием, а письмо — дисграфическими ошибками.

В соответствии с этим на индивидуальных занятиях осуществляется следующая работа:

- развитие движений артикуляционного аппарата, необходимых для правильного и четкого произношения звуков. Для детей с выраженными нарушениями артикуляционного праксиса проводятся (в течение года) специальные упражнения.
- формирование навыка правильного произношения звуков у вновь поступивших учащихся в соответствии с их индивидуальными затруднениями и структурой дефекта;
- преодоление нарушений произношения слов сложного слогового состава (со стечением 2—3 согласных, трех- и четырех сложных слов и т. п.);

- преодоление индивидуальных затруднений, связанных с анализом звукового состава слова, и коррекция дисграфии.

Содержание фронтальной работы в I классе составляет усовершенствование навыка правильного произнесения звуков, изученных ранее, и постановка неправильно произносимых. Усложняется звукослоговая структура речевого материала, и дифференцируются между собой звуки, близкие по акустико-артикуляционным признакам. Усвоение произношения каждого звука речи и дифференциация его со всеми близкими звуками должны предшествовать изучению букв.

Работа над правильным построением предложений проводится с учетом программы по развитию речи. Внимание обращается на умение четко произносить окончания слов в связи с изменением их форм.

Развитие слуховой памяти включает умение повторить в данной последовательности слоговой ряд, состоящий из 3—4 сочетаний, умение запомнить в данной последовательности 3—5 слов, заучивание наизусть букварных текстов (8 предложений).

Формирование звуковой стороны речи во II классе ставит своей целью полное усвоение звукового состава речи и выработку нормального темпа и плавности речи. На основе индивидуальных планов осуществляется преодоление индивидуальных речевых затруднений учащихся. Сюда входит:

- развитие артикуляционной моторики и постановка звуков учащимся с нарушением подвижности или строения артикуляционного аппарата, продолжение работы, начатой в подготовительном и I классах, постановка звуков вновь поступившим учащимся;
- закрепление правильного произношения звуков и дифференциация звуков;
- преодоление затруднений, связанных с произношением слов сложного слогового состава и предложений;
- устранение индивидуальных отклонений в письме вновь поступивших учащихся и учащихся с особо сложными нарушениями речи.

Предусматривается проведение специальных упражнений по устранению дисграфии.

На фронтальных занятиях продолжается формирование навыков произношения звуков. Оно включает дифференциацию всех звуков речи в словах любой звукослоговой сложности.

Предъявляется требование четкого, слитного, с правильным ударением произношения многосложных слов.

Учащиеся упражняются в составлении и четком произнесении простых распространенных предложений с соблюдением правильной интонации и ударения.

Происходит совершенствование навыков произношения в самостоятельной связной речи. К этому времени уже сформированы под влиянием специального обучения и возрастной речевой практики механизмы восприятия фонем (фонемной идентификации слышимой речи) и правильной артикуляции звуков. Актуальной остается задача автоматизации этих навыков в связной речи, причем процесс автоматизации навыков идет по пути уменьшения сознательности при произношении.

Предъявляются значительно более высокие требования к ритмико-интонационной организации речи. Закрепляются средства интонационного оформления высказывания, изменения темпа, увеличения или ослабления громкости. Для этого привлекается более сложный речевой материал.

Содержательная, методическая и организационная стороны уроков произношения подчинены необходимости сформировать у детей звуковую, звукослоговую структуру речи и фонематическое восприятие. Одновременно учитывается связь с обучением грамоте, а в дальнейшем и с грамматикой. На уроках произношения тренируются различные виды речевой деятельности.

Урок произношения в специальной школе для детей с тяжелыми нарушениями речи, как правило, состоит из следующих разделов: «Развитие артикуляционного аппарата»; «Артикуляция и восприятие звуков»; «Усвоение слоговых структур»; «Анализ и синтез звукового состава речи». Речевой материал для урока подбирается дифференцированно в

зависимости от основной цели: распознавания звуков на слух или четкого их воспроизведения.

Кроме того, речевой материал зависит от уровня речевого развития учащихся.

В программе по чтению помимо формирования общеобразовательных и воспитательных задач учитывается коррекционная роль чтения как эффективного средства закрепления правильного произношения звуков и слов различной слоговой структуры, накопления и обогащения словарного запаса, развития грамматического строя языка, понимания синтаксических конструкций и развития связной речи.

В программе по грамматике и правописанию закрепляются грамматические закономерности, предварительно практически усвоенные учащимися на уроках развития речи и произношения.

Программа по ритмике предусматривает устранение недостатков моторного развития учащихся. В связи с этим на уроках решаются специфические коррекционные задачи:

- научить детей управлять мышечным тонусом;
- координировать движения в связи с изменением музыки;
- воспитывать слуховое внимание;
- развивать голос и четкую артикуляцию.

Уроки трудового обучения в специальной школе являются мощным коррекционным средством для развития речи и социальной адаптации.

Определены содержание и методические приемы развития речи, которые должны применяться на уроках ручного труда.

Под влиянием всестороннего коррекционного обучения и воспитания у выпускников специальной школы происходят позитивные изменения в развитии речевой и познавательной деятельности.

У большинства учеников прослеживается активность в общественной жизни, добросовестное отношение к труду в разных видах профессиональной деятельности, а в ряде случаев и стремление к дальнейшему образованию. Все это позволяет положительно оценить возможности их полной социальной адаптации.

Контрольные вопрос и задания

1. Дайте определение ОНР.
2. Опишите особенности детей I уровня речевого развития, приведите примеры.
3. Сравните характеристику II и III, IV уровней речевого развития, приведите примеры.
4. Выделите основные задачи и направления коррекционного обучения дошкольников с I уровнем речевого развития.
5. Раскройте поэтапность логопедической работы с детьми дошкольного возраста II и III уровня речевого развития.
6. Какие положения являются исходными при обучении детей школьного возраста с ОНР?
7. Раскройте организационно-методические требования к построению обучения в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Литература

1. *Воробьева В. К.* Формирование связной речи учащихся с моторной алалией. М., 1986.
2. *Глухов В. И.* Особенности связной монологической речи детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. Л., 1987.
3. *Грибова О. Е., Бессонова Т. П.* Формирование грамматического строя речи учащихся начальных классов школы для детей с тяжелыми нарушениями речи. М., 1992.
4. *Ефименкова Л. Н.* Формирование речи у дошкольников. М., 1985.
5. *Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б.* Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М., 1990.
6. *Жукова Н. С.* Преодоление недоразвития речи у детей. М., 1994.
7. *Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В.* Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников. СПб., 1999.

8. *Комаров К. В.* Методика обучения русскому языку в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи. М., 1982.
9. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников // Под. ред. Т. В. Волосовец. М., 2002.
10. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1968.
11. *Спирова Л. Ф.* Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи. М., 1980.
12. *Филичева Т. Б., Туманова Т. В.* Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение. М., 1999.
13. *Филичева Т. Б., Чиркина Г. В.* Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада. М., 1994.

Глава 16

ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СЛУХА

Логопедическое воздействие может эффективно использоваться в работе со слабослышащими детьми.

Выраженное и стойкое снижение слуха затрудняет не только восприятие речи, но и неизбежно приводит к нарушению или недоразвитию экспрессивной речи. При этом степень нарушения (недоразвития) экспрессивной речи в каждом конкретном случае будет зависеть от степени снижения слуха (чем тяжелее степень, тем хуже речь), времени наступления тугоухости, условий развития ребенка (принятие специальных мер по сохранению и развитию речи обеспечивает сравнительно лучшее ее состояние).

Для детей со сниженным слухом типично недоразвитие всех компонентов речи, которое непосредственно связано со слуховой недостаточностью. Оно охватывает все ее стороны. Однако у слабослышащих могут наблюдаться и такие формы речевой патологии, которые непосредственно не связаны с состоянием слуховой функции: заикание, нарушение темпа речи, ринолалии, оптическая дисграфия и дислексия, дизартрия, механическая дислалия, нарушения голоса, алалия, ранняя детская афазия.

■ Фонетико-фонематические нарушения

Слуховая дифференциация звуков речи у слабослышащих страдает прежде всего из-за ограничения диапазона воспринимаемых ими звуковых частот. Кроме этого, у детей наблюдается вторичное недоразвитие аналитико-синтетической деятельности в центральном отделе речеслухового анализатора, вызванное «некачественностью» поступающих с периферии слуховых раздражений (полная невозможность восприятия на слух звуков или восприятие не всех их формант).

Дети с I степенью тугоухости различают на слух не более 75% согласных, произнесенных голосом разговорной громкости около самой ушной раковины. При этом уже на расстоянии 0,5 м от уха возможность различения согласных снижается до 60%, а на расстоянии 2 м — даже до 40% [8, с. 64]. Восприятие связной речи в этих условиях оказывается возможным лишь потому, что дети, полностью владеющие речью, опираются на имеющиеся у них целостные образы слов и фраз, что позволяет им домыслить (нередко ошибочно) недостающие звенья. Если же ребенок не владеет развернутой речью, то такое домысливание оказывается невозможным. Поэтому дети с одинаковой степенью тугоухости, но с разным уровнем речевого развития распознают звуки речи по-разному. По этой причине даже при одинаковой степени тугоухости состояние слуховой дифференциации звуков речи у учащихся II отделения школы слабослышащих в целом значительно хуже, чем у учащихся I отделения.

Однако даже в I отделении школы слабослышащих, согласно исследованиям Л. Г. Парамоновой, свыше 78% учащихся старших классов не дифференцируют на слух от 4 до 45 пар согласных звуков. Особенно затруднена слуховая дифференциация свистящих *с* и *ц* в словах типа свет — цвет. Слуховая дифференциация остальных фонетических групп согласных звуков для слабослышащих учащихся I отделения представляет значительно меньшие трудности.

Для слабослышащих учащихся II отделения трудность представляет восприятие именно свистящих и шипящих звуков [4, с. 239]. Помимо упомянутых чисто акустических особенностей сказывается и то, что эти звуки сравнительно поздно начинают дифференцироваться в произношении. Здесь наблюдается тормозящее влияние речедвигательного анализатора на речеслуховой.

Состояние слуховой дифференциации звуков речи у слабослышащих как I, так, в особенности, II отделения таково, что оно не может обеспечить усвоения детьми полноценного звукопроизношения, а в дальнейшем — и письма.

Формирование звукопроизношения у слабослышащих протекает со значительными отклонениями от нормы из-за

неполноценности речеслухового анализатора, который не способен в необходимой степени осуществлять свою «ведущую роль» в отношении речедвигательного анализатора. Не имея возможности воспринять тот или иной звук речи на слух или отдифференцировать его от сходных звуков, ребенок не может самостоятельно овладеть и правильной его артикуляцией. У слабослышащих детей могут быть нарушения в строении и функционировании речедвигательного анализатора, что также может обусловливать у них дефектное произношение звуков.

Особенно нарушено звукопроизношение у слабослышащих учащихся II отделения, причем не только согласных, но даже и гласных звуков. Однако и в I отделении школ слабослышащих дефекты звукопроизношения имеются даже в старших классах. Как и у слабослышащих II отделения, здесь преобладают случаи полиморфного нарушения звукопроизношения, охватывающего многие фонетические группы звуков (в среднем на каждого ученика приходится по 11 дефектно произносимых звуков). Даже у слабослышащих I отделения страдает произношение не только артикуляторно сложных, но также и сравнительно артикуляторно простых согласных (губных, губно-зубных, переднеязычных т, д, н и др.). Дефекты произношения гласных звуков в I отделении выражены меньше, чем во II. В основе их нарушений лежит неполноценность работы не только речеслухового, но одновременно и речедвигательного анализатора. Можно выделить три основные формы нарушения звукопроизношения у слабослышащих.

1. При недостаточности сенсорного отдела речевого аппарата, т. е. неполноценной деятельности слухового анализатора, характерны замены одних звуков речи другими («суба» вместо шуба). Реже, чем замены, наблюдается искаженное произношение звуков, связанное с невозможностью их четкой слуховой дифференциации от других звуков или с полной невозможностью восприятия их на слух из-за парциального выпадения соответствующих звуковых частот. Отклонений от нормы в строении или функционировании моторного отдела речевого аппарата при сенсорных формах нару-

шения звукопроизношения обычно не наблюдается. Звуковые замены, имеющиеся в устной речи ребенка, обычно отражаются и на письме в виде соответствующих буквенных замен.

В младших классах школ слабослышащих такие формы нарушений звукопроизношения обычно выступают на первый план.

2. Вследствие недостаточности моторного отдела речевого аппарата, т. е. отклонений от нормы в строении или функционировании артикуляторных органов, нарушения выражаются обычно в искаженном звучании звуков (картавое *р*, межзубное или боковое *с* и пр.).
3. Смешанные формы нарушений звукопроизношения, обусловленные одновременно и сенсорной, и моторной недостаточностью.

У слабослышащих детей преобладающими являются смешанные формы нарушений звукопроизношения [6, с. 447].

Итак, фонетико-фонематические нарушения у слабослышащих проявляются в резко выраженных затруднениях слуховой дифференциации многих звуков речи и в полиморфном нарушении звукопроизношения, имеющем в большинстве случаев сложную сенсомоторную обусловленность.

Нарушения лексического и грамматического строя речи

При сильно выраженном и рано наступившем снижении слуха у детей развитие словаря настолько отстает от нормы, что многие из них приходят в школу, владея лишь несколькими лепетными словами. Однако и при менее тяжелом снижении слуха лексическая сторона речи у слабослышащих обычно оказывается нарушенной.

В основе недоразвития словарного запаса лежит невозможность дифференцированного восприятия на слух близких по звучанию слов и нечеткость (или полная невозможность) восприятия безударных частей слова, каковыми в русском языке чаще всего являются окончания, суффиксы

и приставки. Слабослышащий ребенок нередко способен более или менее отчетливо воспринять на слух лишь ударную (чаще — корневую) часть слова, что приводит к «усеченности», неотчетливости и недостаточной устойчивости слуховых его образов, которые не могут служить полноценной основой для формирования лексической стороны речи.

Согласно исследованиям Р. М. Боскис, А. Г. Зикеева, К. Г. Коровина и других, для слабослышащих характерна крайняя ограниченность словарного запаса.

Ограниченность имеющегося у слабослышащего словарного запаса приводит к неточности употребления слов, к расширению их значений. Так, слово стол в речи слабослышащего ребенка может обозначать и стул, и табуретка, и кресло, и садиться, поскольку в его словарном запасе имеется лишь это слово.

Отмеченная неточность употребления слов выражается в замене одних слов другими. Так, Р. М. Боскис отмечает следующие наиболее характерные для слабослышащих группы смысловых замен слов [1, с. 170—172].

1. Употребление характерного признака вместо всего предмета («*борода*» вместо дедушка или «*водопровод*» вместо *кран*).
2. Называние другого предмета, ситуационно связанного с данным («*клей*» или «*краска*» вместо *кисточка*).
3. Называние общей «ситуации вместо предмета («*заболела*», «*аптека*», «*болит*» вместо *термометр*).
4. Называние предмета, сходного по назначению («*замок*» или «*ключ*» вместо *крючок*).
5. Называние предмета, внешне сходного с данным («*кисточка*» вместо *метла*).
6. Называние действия, которое может быть связано с данным предметом («*садиться*» вместо *стул*).
7. Использование перифраза для обозначения предмета («*дверь закрывают*» вместо *крючок*).

Для всех приведенных случаев характерны полные замены лексического значения слова, основанные на их семантической общности.

Наряду с этим К. Г. Коровин отмечает у этих детей и смешения аффиксов при сохранении корневой части слова, что

объясняется уже не только семантическим, но и фонетическим сходством слов [3, с. 10—11]. Например:

1. Смешение приставок («*Боря доказал* (показал) *ему избу*»).
2. Опущенные приставки («*Мы держали* (одержали) *по беду над захватчиками*»).
3. Лишние приставки («*А теперь вступай* (ступай) *до мой*»).
4. Суффиксальные ошибки («*Он вниманительно* (внимательно) *осматривал его*»).

Эти разновидности вынужденных замен одних слов другими объясняются главным образом отсутствием у слабослышащего ребенка нужных ему в той или иной ситуации более адекватных слов, т. е. бедностью словаря, а также и недостаточным пониманием грамматических значений слов.

Для слабослышащих детей характерны грубые искажения звукослоговой структуры слов, что объясняется недифференцированностью их восприятия на слух. Эти нарушения характерны для учащихся младших классов и касаются главным образом безударных частей слова, где возможно выпадение некоторых звуков (особенно при стечениях согласных), вставка лишних звуков или их смешение. Часто опускаются окончания слов («табира» вместо собирает), а нередко и вообще сохраняется лишь ударная часть слова («ко» вместо молоко).

Одним из важнейших проявлений недоразвития речи у слабослышащих является несформированность у них грамматического строя речи.

Усвоению правильных грамматических форм слова препятствует неточность слухового восприятия его окончаний, являющихся одним из основных средств выражения связей между словами в русском языке, и невозможность восприятия на слух многих предлогов, также выражающих эти связи. Многие слабослышащие долгое время не овладевают фразовой речью, их речь состоит из не связанных между собою слов.

У слабослышащих нередко наблюдается неправильное согласование слов («*В лесу слышались пение птиц*»), неправильное употребление падежных окончаний («*Он лежал*

в палатку»), пропуск предлогов («*Все лицо морщинках*»), употребление лишних предлогов («*Друзья ушли в куда-то далеко*») и другие ошибки. Еще больше разного рода аграмматизмов наблюдается при употреблении сложных предложений, структура которых с трудом усваивается даже учащимися старших классов.

Письменная речь слабослышащих во многом отражает недочеты устной речи. При всем многообразии ее нарушений условно можно выделить две основные группы:

1) грубый аграмматизм, выражающийся в неправильном согласовании и употреблении предлогов, в пропусках главных и второстепенных членов предложения и т. п.;
2) наличие тех форм дисграфий, которые связаны с имеющимися у слабослышащих грубым фонетико-фонематическим недоразвитием (акустическая и артикуляторно-акустическая дисграфия).

Эти формы дисграфий особенно ярко проявляются у учащихся I—II классов, где имеет место почти «фотографическое» отражение на письме нарушений слуховой или слухопроизносительной дифференциации звуков; например, «*лузайка*» вместо лужайка, «*сапка*» вместо шапка и т. п. У многих детей даже при сохраняющихся нарушениях слухопроизносительной дифференциации звуков нет соответствующих буквенных замен на письме.

Помимо рассмотренных форм дисграфий встречается и дисграфия при нарушении фонематического анализа и синтеза слов. Для нее характерно искажение звукослоговой структуры слов за счет пропусков и перестановок букв в словах, вставок лишних букв и пр.

Проблема дислексии у слабослышащих до настоящего времени остается неизученной. Наиболее распространены у них фонематические дислексии, обусловленные фонетико-фонематическим недоразвитием.

Логопедическое обследование слабослышащих детей должно быть направлено на возможно более полное и всестороннее выявление симптоматики речевых нарушений и их патогенеза в целях постановки дифференцированного диагноза, позволяющего применить дифференцированные и этиопатогенетически обоснованные методы коррекцион-

ного воздействия. В процессе обследования слабослышащих детей нередко возникает необходимость отграничения тугоухости от сенсорной алалии.

При наличии у слабослышащих речевого недоразвития необходимо исследование как импрессивной, так и всех сторон экспрессивной речи. Если помимо недоразвития речи имеются и какие-то другие ее нарушения, не связанные непосредственно с состоянием слуховой функции (например, заикание, ринолалии и пр.), то обследование дополняется также и выявлением симптоматики названных расстройств.

Во всех этих случаях логопедическое обследование слабослышащих несущественно отличается от обследования детей с нормальным слухом. Основная специфика заключается в самом характере проведения с необходимостью учета неполноценности слуховой функции ребенка. Так, в ходе всего обследования приходится постоянно обращать внимание на то, как слышит ребенок предлагаемый ему речевой материал. В противном случае некоторые задания могут оставаться просто им непонятыми, что приведет к ошибочной диагностике.

Для обеспечения лучшей слышимости используются усиление громкости голоса; сокращение расстояния от говорящего до ушной раковины ребенка; звукоусиливающая аппаратура (чаще всего слуховые аппараты индивидуального пользования).

При сильном снижении слуха средства могут быть комбинированными (например, одновременное усиление громкости голоса и сокращение расстояния до уха ребенка).

Для слабослышащих с выраженным недоразвитием речи наиболее существенным будет обследование нарушений слуховой дифференциации звуков речи. Во избежание возможных ошибок при оценке состояния слуховой дифференциации звуков у ребенка логопеду при обследовании необходимо закрыть лицо экраном, чтобы исключить возможность зрительного восприятия. При несоблюдении этого условия ребенок может различать звуки по особенностям артикуляции (т. е. зрительно), что позволит ему безошибочно показывать называемые логопедом парные

картинки типа «миска — мишка». Естественно, что это создаст иллюзию сохранности слуховой дифференциации данной пары звуков, а значит, приведет к ошибочному заключению.

Исключение зрительного восприятия необходимо и при проведении слуховых диктантов, однако даже при этом условии слабослышащие могут опираться в процессе письма на имеющиеся у них оптические образы слов. Поэтому в слуховые диктанты, преследующие цель выявления акустической и артикуляторно-акустической дисграфии, обязательно должны включаться незнакомые детям слова, содержащие звуки, не различаемые слабослышащими. Устранение у слабослышащих нарушений речи, не связанных с состоянием слуховой функции детей, ведется обычными, принятыми в логопедии методами. Специфика сводится к учету имеющейся слуховой недостаточности и к обеспечению индивидуального подхода.

Система работы по обогащению и уточнению словаря и по формированию грамматического строя речи освещена в работах А. Г. Зикеева, К. Г. Коровина и других авторов. При ознакомлении слабослышащего ребенка с новым словом важно обеспечить его полноценное восприятие. Это достигается за счет достаточно громкого и отчетливого произнесения, в особенности безударной части слова за счет одновременного предъявления написанного слова и привлечения внимания ребенка к артикуляции говорящего и т. п. Те же условия должны быть соблюдены и при ознакомлении слабослышащих учащихся с новыми грамматическими формами.

Слуховая дифференциация звуков речи, являющаяся необходимой предпосылкой для устранения сенсорных форм нарушения звукопроизношения и упомянутых выше форм дисграфий, слабослышащим детям дается с большим трудом. Имеющиеся у них нарушения звукопроизношения и письма обычно отличаются гораздо большей стойкостью, чем однотипные нарушения у детей с нормальным слухом. В частности даже после усвоения слабослышащим ребенком правильной артикуляции ранее заменяемого им звука (например, *ш*) в его речи еще долго сохраняется смешение это-

го звука со звуком-заменителем. Это обязывает педагогов при устранении сенсорных форм нарушений звукопроизношения у слабослышащих большое внимание уделять тщательному проведению заключительного этапа работы по коррекции дефектов звукопроизношения — дифференциации смешиваемых звуков.

Воспитание у слабослышащих слуховой дифференциации той или иной пары звуков нередко оказывается вообще невозможным. Устранение звуковых замен в устной речи и соответствующих буквенных замен на письме в этих случаях может быть достигнуто лишь за счет использования компенсаторных приемов. Так, при воспитании правильного звукопроизношения у ребенка, не дифференцирующего на слух звуки ***с*** и ***ш***, используется опора на зрительное представление артикуляции звука и на чувство положения артикуляторных органов, т. е. на кинестетическое чувство.

Эти же самые зрительно-кинестетические представления о звуке (вместо отсутствующих слуховых) могут быть положены и в основу работы по устранению имеющихся буквенных замен на письме. Однако этот путь компенсации может обеспечить лишь правильное написание знакомых ребенку слов, тогда как при написании незнакомых он по-прежнему не будет застрахован от ошибок.

Использование описанных приемов компенсации при устранении буквенных замен на письме оказывается почти безрезультатным и в тех случаях, когда не дифференцируемые ребенком по слуху звуки имеют к тому же и сходные буквенные обозначения как в печатном, так и в рукописном шрифте. Это относится в первую очередь к звукам ***ш*** и ***щ***, отличающимся друг от друга в буквенном обозначении лишь небольшим дополнительным элементом, и к мягким и твердым согласным, обозначаемым на письме одной и той же буквой.

В подобных случаях для исправления ошибок на письме применяют обходные методы, заключающиеся, главным образом, в запоминании детьми основных корневых слов со звуком ***щ*** (их в русском языке сравнительно немного) и в овладении правилами словоизменения и словообразования. Например, детям объясняется, что из всех предметов одеж

ды звук ***щ*** имеется лишь в слове плащ (следовательно, слова рубашка, шапка, шуба и другие следует писать с буквой ***ш***). Далее внимание детей акцентируется на том, что звук ***щ*** сохраняется во всех грамматических формах слова плащ (т. е. во всех косвенных падежах единственного и множественного числа) и во всех производных словах, образованных от данного корневого слова (плащик, плащевой и пр.). Осознанный учет слабослышащими всех этих обстоятельств существенно сократит число ошибок при написании слов с данными звуками в тех случаях, когда детям так и не удалось овладеть их слуховой дифференциацией.

Подобным же образом ведется работа и со словами, включающими в свой состав мягкие и твердые согласные.

Со слабослышащими детьми с недоразвитием речи необходимо работать над коррекцией всех нарушенных речевых компонентов — звукопроизношения, лексико-грамматического строя, письма, над экспрессивной и импрессивной речью.

Контрольные вопросы

1. Каких детей принято относить к слабослышащим?
2. Какие нарушения речи наиболее характерны для слабослышащих детей?
3. В чем выражаются нарушения фонетико-фонематической системы у слабослышащих?
4. Какие основные формы нарушений звукопроизношения наблюдаются у слабослышащих?
5. Чем обусловлены нарушения словарного запаса у слабослышащих и в чем они выражаются?
6. Чем обусловлены и в чем выражаются нарушения грамматического строя речи у слабослышащих?
7. Каковы основные нарушения письменной речи у слабослышащих?
8. В чем заключаются особенности логопедического обследования детей с нарушениями слуха?
9. В чем состоят основные особенности логопедической работы со слабослышащими детьми?

Литература

1. *Боскис Р. М.* Глухие и слабослышащие дети. М., 1963.
2. *Зикеев А. Г.* Развитие речи слабослышащих учащихся. М., 1976.
3. *Коровин К. Г.* Усвоение основных грамматических понятий учащимися старших классов школы слабослышащих. М., 1982.
4. *Нейман Л. В.* Слуховая функция у тугоухих и глухонемых детей. М., 1961.
5. *Парамонова Л. Г.* Методические указания по выявлению и коррекции нарушений слуховой дифференциации звуков речи у слабослышащих школьников. Л., 1981.
6. *Парамонова Л. Г.* Методические указания по выявлению и коррекции дефектов звукопроизношения и связанных с ними нарушений письма у слабослышащих учащихся I отделения. Л., 1984.
7. *Правдина О. В.* Логопедия. М., 1973.
8. *Рау Ф. Ф., Нейман Л. В., Бельтюков В. И.* Использование и развитие слухового восприятия у глухонемых и тугоухих учащихся. М., 1961.
9. *Трауготт Н. Н., Кайданова С. Н.* Нарушение слуха при сенсорной алалии и афазии. Л., 1975.
10. *Хватцев М. Е.* Логопедия. М., 1959.

Глава 17

ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ

В силу нарушения деятельности зрительного анализатора у слепых и слабовидящих детей может проявляться своеобразие речевого развития, которое часто не укладывается в обычные возрастные границы и выражается в особенностях речи (нарушении словарно-семантической стороны, «формализме», эхолалиях и т. д.).

Имеющиеся в логопедии исследования в основном посвящались нарушениям звукопроизношения (М. Е. Хватцев, С. Л. Шапиро, А. Д. Шипило, С. В. Яхонтова) у детей с глубокими дефектами зрения. Лишь в 60–70-х гг. в связи с развитием в логопедии системного направления по изучению речевых расстройств (Р. Е. Левина, В. К. Орфинская) появляются исследования, касающиеся выявления у слепых и слабовидящих детей не только нарушения звукопроизношения, но и недоразвития речи. Это работы как специалистов в области методики обучения родному языку, так и логопедов (О. Л. Жильцова, С. Л. Коробко, Н. С. Костючек, Н. А. Крылова, Т. П. Свиридюк). Так, С. Л. Коробко выделила значительную группу слабовидящих детей, у которых было общее недоразвитие речи.

Теоретически и экспериментально доказано, что расстройства речи слепых и слабовидящих детей являются сложным дефектом, в котором прослеживаются определенные связи и взаимодействия речевой и зрительной недостаточности. Речевые нарушения у детей со зрительным дефектом многообразны, сложны по степени выраженности, структуре и затрагивают речь как целостную систему, где, по определению Р. Е. Левиной, собственно речевые нарушения не являются единственным ядром речевой аномалии. Это объясняется в значительной мере тем, что формирование речи таких детей протекает в более сложных условиях, чем у зрячего ребенка. Среди них чаще встречаются дети с

врожденными формами зрительной аномалии, что способствует нарушению формирования и других функций, имеющих непосредственное отношение к образованию речи.

Речевые нарушения у детей с глубокими нарушениями зрения встречаются значительно чаще, чем у зрячих.

Проведенные исследования позволили выделить четыре уровня сформированности речи у этой категории детей.

Первый уровень. Экспрессивная речь не выполняет коммуникативной функции, крайне ограничена, имеются значительные нарушения в соотнесении слова — образа предмета и обобщающих понятий. Связная речь состоит из отдельных слов или их «осколков». Отмечаются эхолалии. С заданиями, направленными на выявление качественной стороны грамматического строя речи, дети не справляются, не выполняют они и задания на слуховую дифференциацию звуков. Отмечается полная несформированность процессов фонематического анализа и синтеза.

Второй уровень. Экспрессивная речь отличается бедностью словаря. На низком уровне находятся соотнесенность слова и образа предмета и знание обобщающих понятий. Связная речь аграмматична, состоит из перечислений и одно-двухсловных предложений. Нет развернутых рассказов. Множественные нарушения звукопроизношения. Недостаточно сформирована слуховая и произносительная дифференциация звуков.

На низком уровне находится формирование фонематического анализа и синтеза.

Третий уровень. Активный словарь ограничен, допускаются ошибки в соотнесении слова и образа предмета, в употреблении обобщающих понятий, грамматических категорий, а также в составлении предложений и развернутых рассказов.

Нарушения звукопроизношения детей этого уровня выражаются в различных видах сигматизма, ротацизма, ламбдацизма, парасигматизма, параротацизма, параламбдацизма. Отмечается также недостаточная сформированность слуховой и произносительной дифференциации звуков и фонематических представлений. Фонематический анализ несформирован.

Четвертый уровень. Отмечаются единичные нарушения звукопроизношения, что не позволяет данный уровень рассматривать в качестве речевой нормы.

Таким образом у многих детей наблюдаются системные нарушения, при которых имеются расстройство речи как целостной функциональной системы и совместное нарушение ее ведущих компонентов (фонетического, лексического, грамматического). Если сравнивать системные нарушения речи зрячих и детей с глубокими дефектами зрения, то обнаруживается много общего, но наряду с этим отмечается и частное, особенное в выраженности речевых нарушений и в факторах, их обусловливающих. Так, у детей с глубокими дефектами зрения вследствие нарушения зрительного анализатора расстройства речи обусловлены ее ранним недоразвитием: отсутствием необходимого запаса слов, нарушением понимания смысловой стороны слова, которое не соотносится со зрительным образом предмета, «вербализмом» (у ребенка недостаточный запас слов, но он может говорить о желтых листьях, блестящем снеге и т. д.), эхолалией. В результате недостаточности предметных образов действительности отмечается сложность удержания в речевой памяти развернутых высказываний и правильного грамматического конструирования предложений. Выявлены как следствие ранних натальных и постнатальных патологических осложненностей анамнеза общие и частные факторы, обусловливающие речевое недоразвитие детей с нарушенным зрением, а также значительная задержка развития ряда важнейших функций, которые всегда имеют то или иное отношение к формированию речевой системы (праксис, гнозис, координация, пространственная ориентировка). Во всех рассмотренных группах недоразвития стойко прослеживается врожденное расстройство зрения. Следовательно, в ранний постнатальный период развития функций врожденный или рано приобретенный зрительный дефект в этом сложном сочетании становится первичным, влияющим на формирование внеречевых функций. У детей со зрительным дефектом особенно обширно представлены нарушения, становящиеся причиной сокращения двигательной активности и раннего расстройства информативных

связей с окружающим миром. На развитие психических процессов (в том числе и речи) огромное влияние оказывает качество речевого общения, микросоциальная среда. Положительное влияние на развитие речи доказано на группе детей с четвертым уровнем сформированности речи. В то же время на последующих уровнях отчетливо прослеживается ослабление положительного влияния. Таким образом, наличие обширно представленных системных нарушений речи, затрагивающих те или иные речевые компоненты, обусловлено влиянием полиморфности факторов, по-разному взаимодействующих между собой и создающих значительно более сложный дефект, чем у зрячих детей.

Наличие врожденного или рано приобретенного зрительного дефекта выделяется в качестве усугубляющего, влияние которого может усиливаться или ослабевать в зависимости от наличия других патологических факторов, условий речевого общения и индивидуальных особенностей детей.

Изучение нарушений речи у слепых и слабовидящих детей как сложного дефекта требует учета и анализа состояния не только всех компонентов речевой деятельности, но и множества неречевых функций, что составляет методику комплексного логопедического обследования. Своеобразие комплексной и многофакторной методики заключается в том, что изучение нарушений речи этих детей и факторов, их обусловливающих, осуществляется с учетом состояния зрения, особенностей способов восприятия, а следовательно, и специфических приемов подачи одного и того же материала в процессе обследования.

У многих детей с глубокими дефектами зрения нет опыта совместной игровой деятельности и ограничены знания о предметном мире. По этой причине на протяжении всего обследования выполнению заданий должны предшествовать своеобразные инструкции, показ, совместное выполнение упражнений.

При всем многообразии исследуемых неречевых и речевых данных основное внимание должно обращаться на состояние экспрессивной речи.

Коррекционная работа со слепыми и слабовидящими дошкольниками и учащимися начальных классов осуществляется в условиях естественного педагогического процесса. Она строится с учетом ведущих дидактических и специфических принципов для данной группы детей. К последним относятся принципы корректирующего обучения, учет первичных и вторичных дефектов, опора на сохранные анализаторы и создание полисенсорной основы, формирование всесторонних представлений об окружающем с опорой на различные формы вербальной и невербальной деятельности, учет уровней сформированности речи и структуры речевого нарушения, опора на сохранные компоненты речевой деятельности, учет новизны, объема, нарастающей сложности вербального материала.

В процессе коррекционной работы осуществляется комплексное многостороннее воздействие, организуемое силами логопеда, учителя (в школе), тифлопедагога (в детском саду) и воспитателя в системе разнообразных занятий с детьми. В коррекционной работе огромное значение придается логопедическому воздействию на специально организованных занятиях, которые проводятся дифференцированно, с учетом состояния зрения детей, их речи, способов восприятия и индивидуальных особенностей. В соответствии с этим комплектуются логопедические группы. Из-за специфики и сложности работы со слепыми детьми логопедические занятия с ними значительное время проводятся индивидуально. Преобладающими являются индивидуальные занятия и с детьми, имеющими сложное нарушение речи и несформированность неречевых функций, т. е. находящимися на четвертом уровне развития речи.

Воспитателями и тифлопедагогами (учителями школ) совместно с логопедами определяются задачи, направленные на коррекцию речевых нарушений. Коррекционно-логопедические задачи по развитию речевой культуры решаются в игровой, учебной и трудовой деятельности, а также в предметно-практической деятельности, на музыкальных и ритмических занятиях.

При организации логопедических занятий со слабовидящими детьми особое внимание обращается на возможность

использования имеющегося зрения (дидактический материал необходимой величины, окраски и объемности), используются рельефные картинки, «волшебные мешочки» с набором игрушек, кубики и брусочки для обозначения звуков, построения слогов, слов и предложений.

Огромное значение в работе с этими детьми в целях формирования представлений о многообразии предметного мира придается природной наглядности. Обязательным элементом занятий должна быть игра, так как у детей с глубокими дефектами зрения (до обучения) значительно позже, чем у зрячих, формируются предпосылки игровой деятельности. При планировании коррекционно-логопедической работы с детьми, имеющими четвертый уровень развития речи, учитывается их хорошая речевая база, основное внимание обращается на работу по совершенствованию фонетической стороны речи. Проводятся упражнения и игры, способствующие развитию слухового внимания. Учитывая, что у детей с нарушением зрения существенно страдает формирование речедвигательных образов по подражанию, применяются приемы механической постановки звуков, доступные сравнения артикуляции звуков с образами предметов, кинестетические ощущения и т. д., используются элементы занимательности.

При планировании логопедической работы с детьми, имеющими третий уровень сформированности речи, учитываются и сохраняются все разделы, применяемые для детей четвертой группы. Но при этом особое внимание обращается на словарную работу, развитие фонематического анализа и синтеза.

При реализации плана по обучению детей логопеды (по согласованию с тифлопедагогами и воспитателями) вводят элементы, направленные на коррекцию предметно-практической, игровой и познавательной деятельности. Неотъемлемым должно быть совершенствование моторных навыков, координации, ориентировки в пространстве и конструктивного праксиса. Эта работа увязывается с развитием речевых навыков и формированием соответствующих понятий. В основу ее должно быть положено формирование углубленных представлений и реальных знаний детей об окружающем

мире. На этой предметной базе строится развитие их речи. Учитывая особенности слепых и слабовидящих детей, основное внимание обращают на расширение их словарного запаса, на правильность соотнесенности слова с образом предмета, формирование обобщающих понятий, грамматического строя и связной речи.

В основу работы положено формирование речевых стереотипов, накопление которых строится посредством вычленения обобщающих или контрастных признаков. Накопление словарного запаса, практическое овладение грамматическим строем обеспечивают переход к составлению предложений по картинкам (для слепых — по рельефным картинкам), по опорным словам, а также по представлениям, которые могут быть сформированы у детей об окружающем мире, по описанию своего опыта. В системе логопедических занятий отрабатываются наиболее слабые звенья речевой деятельности детей. Но совместная работа логопеда, воспитателя, тифлопедагога (учителя в школе) создает систему, которая обеспечивает речевую базу для школьного обучения. На сформированной речевой основе логопеды переходят к работе, например, по воспитанию навыков правильного звукопроизношения и обучения операциям фонематического анализа и синтеза.

Предметная и речевая база, создаваемая воспитателем и тифлопедагогом, широко используется и совершенствуется на занятиях логопеда. Работа логопеда находит предложение в практике работы по совершенствованию навыков, сформированных на занятиях воспитателя и тифлопедагога. Работа строится на основе совместного планирования с использованием дублирования игровой и речевой картотеки (игры и речевой материал для закрепления навыков правильного звукопроизношения, развития словаря и связной речи).

В целом можно говорить о том, что происходит логопедизация педагогического процесса. В начальных классах она осуществляется в совместной работе учителя, воспитателя на всех этапах обучения грамоте и развития речи. Выделяются программные разделы работы, в процессе реализации которых учитель дифференцированно осуществляет закрепление

речевых навыков, усвоенных детьми на логопедических занятиях.

Такая работа (комплексная, коррекционная и методическая) требует от логопедов не только высокой квалификации, но и специальных знаний о ребенке с глубокими дефектами зрения, об особенностях его развития, способах восприятия и организации различных видов деятельности, а также знания программы обучения в специальной школе.

Проводится работа по устранению нарушений речи типа ринолалии, заикания, нарушений голоса, которые встречаются у слепых и слабовидящих детей. Работа ведется с учетом общепринятых методик, но с опорой на остаточное зрение или специфические способы восприятия (у слепых детей).

Контрольные вопросы и задания

1. В чем проявляются особенности формирования речи у детей с глубокими дефектами зрения?
2. Каковы уровни речевой сформированности у данной группы детей и факторы, обусловливающие множественное проявление у них нарушений речи?
3. Охарактеризуйте особенности методики логопедического обследования слепых и слабовидящих детей, имеющих нарушения речи.
4. Раскройте содержание и специфику логопедической работы с детьми, имеющими глубокие нарушения зрения.

Литература

1. *Волкова Л. С.* Некоторые теоретические итоги и аспекты изучения проблемы формирования связной речи у дошкольников с нарушениями зрения и речи. СПб., 2000.

2. *Волкова Л. С.* Коррекционно-логопедическая работа по развитию речи слепых и слабовидящих детей // Дефектология. 1982. № 5.
3. *Волкова Л. С.* Результаты экспериментального изучения нарушений устной речи у детей с глубокими дефектами зрения // Дефектология. 1982. № 3.
4. *Волкова Л. С.* Выявление и коррекция нарушений устной речи у слепых и слабовидящих детей. Л., 1991.
5. *Левина Р. Е.* Разграничение аномалий речевого развития у детей // Дефектология. 1975. № 2.
6. *Правдина О. В.* Логопедия. М., 1973.
7. *Солнцева Л. И.* Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. М., 1980.
8. *Хватцев М. Е.* Логопедия. Л., 1959.

Глава 18

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Особенности логопедической работы с умственно отсталыми детьми

Специфика нарушений речи и их коррекция у умственно отсталых детей определяются особенностями их высшей нервной деятельности и психического развития.

У умственно отсталых детей отмечается недоразвитие высших форм познавательной деятельности, конкретность и поверхностность мышления, замедленное развитие речи и ее качественное своеобразие, нарушение словесной регуляции поведения, незрелость эмоционально-волевой сферы.

Особенности речевого развития детей с умственной отсталостью в степени дебильности

Характерным для них является позднее развитие речи. Резкое отставание наблюдается уже в период доречевых вокализаций. Если в норме спонтанный лепет у детей появляется в период от 4 до 8 месяцев, то у умственно отсталых детей лепет отмечается в период от 12 до 24 месяцев (И. В. Карлин, М. Стразулла).

По мнению Касселя, Шлезингера, М. Зеемана, у умственно отсталых детей с дебильностью первые слова появляются позднее 3 лет. Исследования И. В. Карлина и М. Стразуллы показали, что первые слова у этих детей появляются в период от 2,5 до 5 лет. (В норме появление первых слов у детей от 10 до 18 месяцев.)

Значительное отставание отмечается у умственно отсталых детей в появлении фразовой речи. При этом временной интервал между первыми словами и фразовой речью у них более длительный, чем у нормальных детей.

Особенности речевого развития умственно отсталых детей в психологическом аспекте изучены многими авторами (В. Г. Петрова, М. С. Певзнер, И. Карлин, М. Стразулла, К. Лонэ, С. Борель-Мезонни, Шлезингер, М. Зееман и др.).

Нарушения речи у умственно отсталых детей

Нарушения речи у умственно отсталых школьников исследовались М. Е. Хватцевым, Р. Е. Левиной, Г. А. Каше, Д. И. Орловой, М. А. Савченко, Е. Ф. Соботович, Е. М. Гопиченко, Р. И. Лалаевой, К. К. Карлепом и др. По данным этих исследований, в начальных классах вспомогательной школы выраженные дефекты наблюдаются у 40—60% детей. В первых же классах вспомогательной школы, по данным М. Е. Хватцева, Г. А. Каше, число детей с дефектами речи значительно выше. Анализируя особенности речи у умственно отсталых школьников, В. Г. Петрова выделяет комплекс многообразных факторов, обусловливающих нарушения их речи, отмечая, что основной причиной аномального развития и нарушений речи у умственно отсталых детей является недоразвитие познавательной деятельности.

Снижение уровня аналитико-синтетической деятельности проявляется в нарушении фонематического восприятия, сложной психической деятельности по дифференциации звуков речи. Нарушение познавательной деятельности приводит к трудностям усвоения семантической стороны языка, поэтому умственно отсталые дети с трудом овладевают сложными по семантике словами (абстрактными, обобщенными) и грамматическими формами (например, сложноподчиненными предложениями с придаточными цели, причины и др.).

В связи с общим недоразвитием аналитико-синтетической деятельности у них затруднено формирование всех язы-

ковых обобщений, замедленно и качественно иначе, чем нормальные дети, усваивают они закономерности языка.

Ограниченность представлений об окружающем мире, слабость речевых контактов, незрелость интересов, снижение потребности в речевом общении представляют собой значимые факторы, обусловливающие замедленное и аномальное развитие у них речи. Наряду с этим имеют место и другие факторы, вызывающие у них нарушения речи: аномалии в строении речевого аппарата, обусловливающие ринолалию, механическую дислалию, локальное органическое поражение подкорковых отделов головного мозга, приводящее к возникновению органического заикания, дизартрии.

Нарушения речи у умственно отсталых детей носят системный характер.

У детей с умственной отсталостью встречаются все формы расстройства речи, как и у нормальных детей (дислалия, ринолалия, дисфония, дизартрия, алалия, дислексия, дисграфия, заикание, афазия и др.). Преобладающим в структуре системного речевого нарушения является семантический дефект.

Нарушения речи у умственно отсталых детей характеризуются стойкостью, они с большим трудом устраняются, сохраняясь вплоть до старших классов вспомогательной школы.

Нарушения фонетической стороны речи у умственно отсталых школьников и логопедическая работа по их преодолению

Дефекты звукопроизношения во вспомогательной школе встречаются гораздо чаще, чем в массовой.

В их основе лежит не одна, а целый ряд причин: недоразвитие познавательной деятельности, несформированность речеслуховой дифференциации, нарушения речевой моторики, аномалии в строении артикуляторного аппарата.

Правильное использование звуков в самостоятельной речи представляет для умственно отсталых детей большую сложность и вырабатывается чрезвычайно медленно. Для них характерно резкое расхождение между умением произносить звуки и использовать их в речи.

У умственно отсталых школьников младших классов отмечается глубокая степень проявления расстройств звукопроизношения. В I–II классах вспомогательной школы нарушения нескольких групп звуков встречаются в 2 раза чаще, чем нарушения только одной группы звуков. Наиболее многочисленными являются нарушения произношения двух и трех групп звуков (свистящих, шипящих, *р* или *л*). Нарушения четырех и пяти групп звуков встречаются относительно редко. Начиная с III класса наиболее распространенными становятся недостатки произношения одной-двух групп звуков, в старших классах у подавляющего большинства детей с дефектами звукопроизношения отмечаются дефекты только одной группы звуков.

Большое количество замен обусловлено не только трудностями тонкой моторной дифференциации, но и нарушениями слуховой дифференциации звуков, несформированностью операций слухового и кинестетического контроля, а также операции выбора фонем.

Следующей особенностью звукопроизношения у умственно отсталых детей является то, что эти нарушения довольно часто бывают вариативными, т. е. проявляются по-разному. Один и тот же звук умственно отсталый ребенок в одних случаях произносит правильно, в других — пропускает или искажает. Это зависит от характера звукослоговой структуры, а также от места звука в слове. В простом слове и в начале его ребенок может правильно произнести звук, а в середине сложного слова со стечением согласных — пропускает или искажает (сом, но «*котюм*»).

Нарушения звукопроизношения, особенно замены звуков, у умственно отсталых детей чаще, чем у детей с нормальным интеллектом, отражаются на письме. Это относится прежде всего к заменам звуков.

Нарушения звукопроизношения у умственно отсталых детей характеризуются стойкостью симптоматики.

Нарушения звукослоговой структуры слова не являются столь многочисленными, однако в I–II классах вспомогательной школы они встречаются и характеризуются определенной спецификой.

Искажения звукослоговой структуры слова проявляются в нарушениях количества последовательности слогов, а также структуры отдельного слога. Более характерными являются искажения структуры отдельного слога со стечением согласных. Количество и последовательность слогов в слове оказывается более сохранным, чем структура слога со стечением согласных, кроме слов с большим количеством слогов. Самыми распространенными являются пропуски согласных при их стечении как в начале, так и в середине слова.

Искажения структуры отдельного слога у умственно отсталых детей проявляются и в перестановках звуков соседних слогов (кипарис — «*пикарис*», танкист — «*кантис*»). Последовательность слогообразующих элементов слова, т. е. гласных, воспроизводится правильно, переставляются только согласные.

Искажения слоговой структуры на уровне слова проявляются в большинстве своем в пропусках слогов (санитар - «*сатар*», колбаса — «*баса*», продавец — «*провес*»). Пропуски слога наблюдаются в основном в середине слова (медвежонок — «*межонок*», жаворонок — «*жаворок*») или в начале слова (аптечка — «*течка*», поросенок — «*росенок*»).

Искажения слоговой структуры слова проявляются только начиная с 3—5-сложных слов, чаще в словах со стечением согласных. Многосложные слова, хорошо знакомые детям и часто употребляемые, реже искажаются, чем слова, мало знакомые и редко употребляемые.

Речь детей часто монотонная, маловыразительная, лишена сложных и тонких эмоциональных оттенков, в одних случаях замедленная, в других — ускоренная, у заторможенных голос тихий, слабый, немодулированный, у возбудимых — крикливый, резкий.

Особенно выраженными являются нарушения просодической стороны речи у детей с болезнью Дауна.

Коррекция нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей является более длительным и более сложным процессом, чем у нормальных детей.

В логопедической работе по коррекции нарушений звукопроизношения во вспомогательной школе широко используется прием сравнения.

Большое внимание уделяется развитию общей и речевой моторики, воспитанию слухового восприятия, внимания, памяти, т. е. нормализации всех тех факторов, которые лежат в основе нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей и обусловливают особенности их проявления.

Особенностью логопедической работы по устранению дефектов звукопроизношения во вспомогательной школе является ее ***индивидуализация***. Специфика проявляется и в планировании. Темы фронтальных занятий должны быть узкими, учитывающими постепенное введение трудностей.

Предварительный этап устранения нарушений звукопроизношения во вспомогательной школе является более продолжительным и характеризуется качественно иным содержанием. Проводится развитие общей, ручной, речевой моторики, развитие слухового восприятия, внимания, памяти.

Необходима работа над правильным речевым дыханием, формированием длительного плавного выдоха в игровых упражнениях («тихий ветерок задувает свечу, колышет листья деревьев, гонит облака»). На длительном выдохе вводятся голосовые упражнения, целью которых является развитие силы, тембра, высоты голоса (игры «Эхо», «Сирена», звукоподражания к сказке «Три медведя», повторение серии гласных из 2, 3, 4 звуков). В дальнейшем вводятся простые артикуляторные упражнения.

Особенностью этапа постановки звука будет максимальное использование полимодальных афферентаций: зрительного образа артикуляции, слухового образа звука, кинестетических, тактильных и тактильно-вибрационных ощущений. Постановка звука у умственно отсталых детей осуществляется с использованием смешанных способов.

Особенно длительным во вспомогательной школе является этап автоматизации звуков речи. На этом этапе проводится работа над сложными формами звукового анализа и синтеза, умением выделять звук в слове, определять его место по отношению к другим звукам.

В процессе автоматизации звуков рекомендуется прово дить и развитие просодической стороны речи: работу над ударением в слогах, словах, над лексическим ударением при автоматизации звука в предложении, над интонацией при закреплении звука в предложении, связной речи.

Обязательным этапом логопедической работы является ***дифференциация*** звуков, что обусловлено особенностями симптоматики нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей. В массовой школе эта работа проводится лишь в том случае, когда звуки заменяются в устной речи. Во вспомогательной школе она необходима даже в том случае, когда звук искажается в устной речи. Это обусловлено недоразвитием речеслуховой дифференциации звуков речи, которое приводит к большому количеству замен букв при письме.

Работа по разграничению звуков осуществляется в двух направлениях: уточнение произносительной дифференциации звуков, развитие слуховой дифференциации звуков речи, особенно фонетически близких: твердых и мягких, звонких и глухих, аффрикат и входящих в их состав свистящих и шипящих звуков.

Нарушения лексики у умственно отсталых школьников

Особенности словарного запаса умственно отсталых детей привлекали внимание многих авторов (В. Г. Петрова, Г. И. Данилкина, Н. В. Тарасенко, Г. М. Дульнев), которые отмечали, что нарушения познавательной деятельности накладывают отпечаток на формирование пассивного и активного словаря.

У умственно отсталых выявляется бедность словарного запаса, неточность употребления слов. Трудности актуализации словаря более значительны, чем в норме, пассивный словарь преобладает над активным, отмечаются несформированность структуры значения слова, нарушение процесса организации семантических полей.

Наиболее важными причинами бедности словарного запаса у этих детей является низкий уровень их умственного развития, ограниченность представлений и знаний об окружающем мире, несформированность интересов, снижение потребности в речевых и социальных контактах, а также слабость вербальной памяти.

По данным В. Г. Петровой, умственно отсталые школьники I класса не знают названий многих предметов, которые их окружают.

В активном словаре умственно отсталых детей отсутствуют многие глаголы, обозначающие способы передвижения животных (скачет, ползает, летает). Ученики I–II классов говорят *«лягушка идет»*, *«змея идет»*, *«птичка идет»*. Глаголы с приставками заменяются бесприставочными глаголами (пришел, перешел — «шел»).

Умственно отсталые дети употребляют лишь незначительное количество слов, обозначающих признаки предмета: цвет (красный, синий, зеленый), величину (большой, маленький), вкус (сладкий, горький, вкусный). Противопоставления же по признакам «длинный — короткий», «толстый — тонкий» и т. д. используются очень редко.

Встречается неточное употребление слов, парафазии. Преобладающими являются замены слов по семантическому сходству. Характерными являются замены слова с диффузным, расплывчатым значением (скачет, ползает — *«идет»*, толстый, высокий — *«большой»*). Наблюдаются смешения слов одного рода, вида. Так, словом ботинки дети называют сапоги, туфли, галоши; словом рубашка — кофту, рубашку, свитер, куртку.

Пассивный словарь умственно отсталых детей больше активного, но он с трудом актуализируется.

Нарушение грамматического строя речи у умственно отсталых школьников

Как показали исследования многих авторов (В. Г. Петрова, М. Ф. Гнездилов, М. Ф. Феофанов, А. П. Федченко,

Е. Ф. Соботович, Р. И. Лалаева), у умственно отсталых школьников наблюдается несформированность грамматической стороны речи, которая проявляется в аграмматизмах, в трудностях выполнения многих заданий, требующих грамматических обобщений. Недостаточно сформированными оказываются морфологические формы словоизменения и словообразования, синтаксические структуры предложения.

Выявляются искажения в употреблении падежей. Наиболее сформированными оказываются формы именительного, винительного и родительного падежей. Наибольшее количество ошибок встречается в употреблении творительного и всех предложно-падежных конструкций. Творительный падеж часто заменяется именительным («*Мальчик копает лопата*»), родительным («*под стула, под дивана*»), формой предложного падежа («*Лампа висит на диване*»), предложный падеж — винительным («*Мальчик катается на санки*»). Нарушения использования предложно-падежных конструкций проявляются в пропуске, замене предлогов, искажении окончаний.

Неправильное употребление падежей с предлогами наблюдается у умственно отсталых детей гораздо чаще, чем неправильное понимание тех же конструкций с предлогами. В импрессивной речи наблюдаются смешения предлогов *за*, *перед*, *около*, *на* и *над*, *под* и *в*. В экспрессивной речи отмечается опускание предлогов *в*, *из*, отсутствие предлогов *над*, *около*, *перед*, *за*, *между*, *через*, *из-за*, *из-под*.

Отмечаются нарушения в словосочетании наречия *много* и существительного, неправильное согласование существительного и числительного, существительного и прилагательного.

Дети неправильно употребляют форму родительного падежа множественного числа существительных: «*много девочки*», «*много курицы*», «*много цыплятах*». В некоторых случаях смешиваются окончания родительного падежа множественного числа различных склонений («много рыбков»). Допускаются ошибки при выполнении заданий на согласование прилагательного с существительным в роде, числе и

падеже, особенно прилагательного с существительным в среднем роде («*красная платье*»).

Функция словообразования у умственно отсталых детей является менее сформированной, чем словоизменение. Несформированность словообразования проявляется в трудности образования прилагательных от формы существительного (камень — каменный), уменьшительно-ласкательных форм, глаголов с приставками (*влил* — *вылил* — *налил*). В основном дети пользуются суффиксальным способом словообразования. Однако количество суффиксов при этом очень незначительно (-ик, -очек, -чик, -онок, -енок, -от, -як, -к).

Характерными для умственно отсталых школьников младших классов являются простые нераспространенные предложения.

Нарушение связной речи у умственно отсталых школьников

В работах многих авторов отмечается, что становление связной речи у умственно отсталых детей осуществляется замедленными темпами и характеризуется качественными особенностями. Они длительное время задерживаются на этапе вопросно-ответной и ситуативной речи. Переход к самостоятельному высказыванию у этих детей является очень трудным и во многих случаях затягивается вплоть до старших классов вспомогательной школы.

Связные высказывания малоразвернуты, фрагментарны. В рассказе нарушена логическая последовательность, связь между отдельными его частями. Связные тексты часто состоят из отдельных фрагментов, не связанных в единое целое, и характеризуются краткостью и сжатостью изложения.

Одной из причин задержки формирования связной речи умственно отсталых детей является то, что их речевая активность очень слаба и довольно быстро истощается.

Более легко, чем самостоятельный рассказ, осуществляется у умственно отсталых детей пересказ.

Особенности логопедической работы по коррекции нарушений лексико-грамматического строя и формированию связной речи

Особенности логопедической работы по развитию лексики

В процессе коррекционно-логопедического воздействия ведется работа по обогащению словарного запаса, уточнению значения слов, по развитию семантики слова, формированию лексической системности и семантических полей. Особого внимания требуют предикативный словарь, глаголы и прилагательные.

В младших классах вспомогательной школы работа начинается с расширения словаря за счет наиболее употребительных глаголов с использованием заданий или игр: «Кто как передвигается», «Кто как голос подает», «Кто как ест», «Кто какие звуки издает», «Кто что делает» и т. д.

Овладение прилагательными начинается со слов, обозначающих основные цвета, форму, величину. В дальнейшем отрабатываются слова, обозначающие высоту, толщину, длину, ширину, вкусовые качества, качества поверхности, вес.

Затем проводится работа над прилагательными, которые образуются от существительных с помощью суффиксов, а также над прилагательными, сложными по семантике (например, оценочными, обозначающими внутренние качества человека).

Параллельно с развитием предикативного словаря продолжается работа по обогащению и уточнению номинативного словаря. Особенно важным является работа по усвоению слов обобщающего характера (мебель, одежда и т. д.), которая способствует развитию операций обобщения, аналитико-синтетической деятельности детей.

Обогащение словаря осуществляется и за счет местоимений, числительных, наречий и других частей речи.

Работа по обогащению словаря у умственно отсталых детей предполагает и уточнение слов-синонимов.

Работа над уточнением значения слова во вспомогательной школе должна быть тесно связана с уточнением представлений у учащихся об окружающих предметах и явлениях с классификацией предметов, с работой по формированию лексической системности. Классификация предметов проводится как в неречевом плане (например, разложить картинки на 2 группы), так и с использованием речи (например, выбрать только овощи, найти лишнее, назвать одним словом все предъявленные предметы и т. д.). Рекомендуются записи, рисунки, помогающие детям овладеть различными категориями предметов, усвоить и соотнести обобщенное название и названия конкретных предметов, овладеть родовидовыми отношениями.

Актуализации словаря способствует и работа по звуковому анализу слова, закреплению его слухового и кинестетического образов.

Особенности логопедической работы по коррекции нарушений грамматического строя речи и связной речи

В процессе развития грамматического строя речи у умственно отсталых школьников необходимо учитывать структуру речевого дефекта, несформированность грамматических значений, трудности дифференциации близких по семантике и оформлению грамматических форм.

Большое значение в работе по формированию грамматического строя во вспомогательной школе имеет использование онтогенетического принципа. Последовательность работы над грамматическими формами осуществляется как и в нормальном онтогенезе: от конкретного к абстрактному, от семантически простых форм к семантически более сложным, от продуктивных к непродуктивным, от простых по грамматическому оформлению предложений к более сложным.

Рекомендуется следующая последовательность логопедической работы над падежными формами: дифференциация именительного падежа единственного и множественного числа, винительный падеж, родительный, дательный, творительный (беспредложные), предложно-падежные конструкции, падежные формы множественного числа. При

согласовании прилагательного и существительного отрабатываются именительный падеж мужского и женского рода, затем именительный падеж среднего рода, а далее косвенные падежи словосочетания прилагательного с существительным.

Развитие функции словоизменения глагола проводится сначала в настоящем времени (единственное и множественное число), затем в прошедшем времени (изменение по родам, лицам и числам) и, наконец, в будущем времени, которое является наиболее сложной временной формой глагола.

Длительным и трудным процессом является работа по формированию формы словообразования у умственно отсталых школьников.

Начинать ее надо с уменьшительно-ласкательных и других простых словообразовательных форм существительных. После этого следует работа по образованию прилагательных от существительных, глаголов с приставками, над родственными словами.

При формировании структуры предложения особое внимание уделяется усвоению глубинно-семантических (предикативных) отношений внутри речевого высказывания (субъектных, объектных, локативных, атрибутивных), которые постепенно усложняются и последовательно включаются в структуру высказывания (предложения). Сначала предложение распространяется за счет простых объектных отношений (Девочка рвет цветы.), затем — локативных (Дети идут в школу.), в дальнейшем — атрибутивных (Это мамина сумка.; Мама несет красную сумку.).

Рекомендуется следующая последовательность работы над предложениями: простые нераспространенные, распространенные, сложные предложения. Работа над связной речью сначала проводится на материале диалогической, ситуативной речи, а позднее — контекстной, монологической. Целесообразна следующая последовательность в работе над связным текстом: пересказ короткого текста с иллюстрациями, пересказ длинного текста с опорой на наглядность, короткий рассказ по серии сюжетных картинок, более длинный по серии сюжетных картинок, по сюжетной картинке, самостоятельный на заданную тему.

Развитие связной речи у умственно отсталых детей должно быть теснейшим образом связано с развитием анализа, синтеза, сравнения, обобщения, особенно при отработке операций внутреннего программирования.

Каждая из операций порождения связного высказывания вначале формируется самостоятельно, изолированно, на простых заданиях, постепенно операции объединяются в целостный процесс порождения связного текста.

Особенности нарушений письменной речи и их коррекция у умственно отсталых школьников

Нарушения чтения у умственно отсталых школьников

Процесс овладения чтением умственно отсталыми детьми протекает замедленно, характеризуется качественным своеобразием и определенными трудностями (М. Ф. Гнездилов, В. Г. Петрова, Г. И. Данилкина, Н. К. Сорокина). В процессе овладения чтением умственно отсталые дети проходят те же этапы, что и в норме. Однако, по данным Г. Я. Трошина, они овладевают ступенями чтения в 3 раза дольше, чем нормальные школьники. Ступени обучения чтению у них растягиваются во времени, а промежутки между ними более продолжительны.

Характерным для учеников вспомогательной школы является то, что ребенок в одно и то же время пользуется как примитивными, так и более совершенными способами чтения.

Каждый из этапов процесса чтения у умственно отсталых детей характеризуется определенными трудностями.

Так, усвоение букв представляет большую трудность для умственно отсталых первоклассников.

Особенно сложной задачей для умственно отсталых детей является слияние звуков в слоги. Процесс слияния звуков в слоги осуществляется лишь на основе четкого представления о звуковой структуре слога. А функция фонематического анализа формируется у умственно отсталых школьников с боль-

шим трудом. Сложным является для них и формирование обобщенного представления о слоге.

В процессе чтения слов вследствие недифференцированности восприятия для умственно отсталых детей почти не существует доминирующих букв. Правильное чтение и понимание прочитанного слова осуществляется на основе синтеза слогов в единое целое слово. У умственно отсталых детей способность звукослогового синтеза часто снижена, происходит замедленное узнавание и понимание прочитанного слова.

Еще бóльшие затруднения вызывает чтение предложений и текста.

Среди умственно отсталых школьников I–II классов отмечается большое количество детей со специфическими стойкими и повторяющимися ошибками в процессе чтения, дислексиями. По данным Р. И. Лалаевой, К. Аверино-Жакке, у 65–70% умственно отсталых первоклассников обнаруживаются дислексии.

Симптоматика дислексии у умственно отсталых школьников характеризуется большим разнообразием, выраженностью и стойкостью ошибок чтения. Нарушения чтения у этих детей можно представить в виде следующих типичных проявлений: 1) неусвоение букв, 2) побуквенное чтение, 3) искажения звуковой и слоговой структуры слова, 4) нарушения понимания прочитанного, 5) аграмматизмы в процессе чтения.

В младших классах вспомогательной школы имеются дети, которые хорошо читают текст (по слогам или целыми словами), но плохо понимают прочитанное. Прочитав правильно слова, они не могут соотнести их с соответствующей картинкой, а прочитав текст, затрудняются в ответах на вопросы либо дают не соответствующие содержанию ответы. В эту группу нарушений чтения не включаются те нарушения понимания читаемого, которые объясняются искажением читаемого вследствие незнания букв, побуквенного чтения, искажения звукослоговой структуры слова, т. е. нарушениями технической стороны процесса чтения.

Во II классе резко возрастает количество детей с нарушением понимания читаемого текста, так как большинство из

них на втором году обучения «технически» уже подготовлено к прочтению текста.

Аграмматизмы проявляются у умственно отсталых школьников на этапе синтетических приемов чтения, особенно начиная со II класса вспомогательной школы. Они проявляются в нарушении морфологической структуры слова, в заменах префиксов, суффиксов, окончаний, в нарушении их понимания и употребления в процессе чтения (захотел — «*хотел*», голубь — «*голубка*»).

У умственно отсталых школьников наблюдаются разнообразные виды дислексий: оптическая, фонематическая, мнестическая, семантическая, аграмматическая.

Дислексия у умственно отсталых школьников чаще всего проявляется, особенно в I–II классах, не в изолированном, а в сложном виде: в сочетании различных форм дислексии (например, фонематическая и семантическая, фонематическая и аграмматическая и т. д.), что связано с глобальным недоразвитием многих функциональных систем, с недоразвитием познавательной деятельности, с нарушениями устной речи.

Нарушения письма у умственно отсталых школьников

По данным М. Е. Хватцева, Д. И. Орловой, В. В. Воронковой, нарушения письма у умственно отсталых школьников отмечаются значительно чаще, чем у детей с нормальным интеллектом.

Симптоматика дисграфии у умственно отсталых школьников характеризуется большим количеством и разнообразием ошибок на письме и сложностью их механизмов (В. В. Воронкова, Е. М. Гопиченко, Е. Ф. Соботович, К. К. Карлеп, Д. И. Орлова).

Дисграфия у умственно отсталых детей сопровождается распространенными орфографическими ошибками. Это объясняется тем, что применение многих правил требует достаточно высокого уровня усвоения языковых закономерностей, сформированности языковых обобщений.

Нарушения развития речи сопровождаются, с одной стороны, расстройствами в овладении письменной речью,

с другой — трудностями использования орфографических правил.

Дисграфия у умственно отсталых школьников проявляется чаще всего в сложном виде, в комплексе, в сочетании различных форм (дисграфия на почве языкового анализа и синтеза и акустическая дисграфия, акустическая и артикуляторно-акустическая дисграфия и т. д.).

Особенности логопедической работы по коррекции нарушений письменной речи во вспомогательной школе

При устранении нарушений письменной речи у умственно отсталых школьников необходимо учитывать особенности высшей нервной деятельности, психопатологические особенности детей.

В связи с этим коррекция нарушений чтения и письма во вспомогательной школе должна быть тесно связана с развитием познавательной деятельности, анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования. Так, широко используется сравнение фонетически близких звуков (при устранении акустической, артикуляторно-акустической дисграфии, фонематической дислексии), анализ структуры предложения, звукослоговой структуры слова (при устранении фонематической дислексии и дисграфии на почве нарушения языкового анализа и синтеза), развитие зрительно-пространственного анализа и синтеза (при устранении оптической дислексии и дисграфии).

При устранении нарушений письменной речи во вспомогательной школе возникает необходимость развивать различные психические функции, начиная с самых элементарных форм. Так, развитие фонематического анализа и синтеза начинается с выделения гласного звука на фоне других, развитие слогового анализа — с использования вспомогательных средств.

Устранение нарушений чтения и письма проводится в тесной связи с коррекцией нарушений устной речи как системы с коррекцией дефектов звукопроизношения, фонематической стороны речи, лексико-грамматического строя.

Логопедическая работа во вспомогательной школе характеризуется определенной спецификой, которая обусловлена особенностями высшей нервной деятельности, психологическими особенностями умственно отсталых детей, а также характером симптоматики, механизмов, структуры дефекта у этих детей.

Особенности логопедической работы с детьми, страдающими задержкой психического развития

Одним из характерных признаков интеллектуальной недостаточности является недоразвитие высших психических функций, а следовательно, и недоразвитие речи как одной из наиболее сложно организованных функций.

У детей с ЗПР отмечается замедленный темп речевого развития, его качественное своеобразие и большая распространенность нарушений речи (В. А. Ковшиков, Ю. Г. Демьянов, З. Тржесоглава, Е. В. Мальцева и др.).

При ЗПР имеют место все виды нарушений речи, наблюдающиеся и у детей с нормальным интеллектом. Характерным признаком клинической картины нарушений у большинства детей с ЗПР является сложность речевой патологии, наличие комплекса речевых нарушений, сочетание различных дефектов речи. Многие проявления патологии речи связаны с общими психопатологическими особенностями этих детей, с особенностями протекания речевой деятельности в целом.

У большинства детей с ЗПР имеются нарушения как импрессивной, так и экспрессивной речи, нарушения устной и письменной речи, неполноценность не только спонтанной, но и отраженной речи.

Импрессивная речь этих детей характеризуется недостаточностью дифференциации речеслухового восприятия, речевых звуков, неразличением смысла отдельных слов, тонких оттенков речи.

Экспрессивной речи этих детей свойственны нарушения звукопроизношения, бедность словарного запаса, недоста-

точная сформированность грамматического строя речи, наличие аграмматизмов, речевая инактивность (Н. Ю. Борякова, Е. В. Мальцева, Е. С. Слепович, Е. Ф. Соботович, Р. Д. Тригер, С. Г. Шевченко и др.).

Структура речевого дефекта детей с ЗПР является очень вариативной, характеризуется комбинаторностью различных симптомов речевой патологии.

В работах различных авторов делается попытка классифицировать детей с ЗПР с учетом характера их речевых нарушений.

Так, Е. В. Мальцева выделяет три группы детей.

Первая группа — дети с изолированным дефектом, проявляющимся в неправильном произношении лишь одной группы звуков. Нарушения связаны с аномалией строения артикуляторного аппарата, недоразвитием речевой моторики.

Вторая группа — дети, у которых выявлены фонетико-фонематические нарушения. Дефекты звукопроизношения охватывают 2–3 фонетические группы и проявляются преимущественно в заменах фонетически близких звуков. Наблюдаются нарушения слуховой дифференциации звуков и фонематического анализа.

Третья группа — дети с системным недоразвитием всех сторон речи (ОНР). Кроме фонетико-фонематических нарушений наблюдаются существенные нарушения в развитии лексико-грамматической стороны речи: ограниченность и недифференцированность словарного запаса, примитивная синтаксическая структура предложений, аграмматизмы.

Исследованием И. А. Симоновой выявлены особенности речевого недоразвития у детей с ЗПР 8–10 лет в двух клинических группах: 1) при неосложненном инфантилизме (по классификации М. С. Певзнер); 2) при осложненном инфантилизме и в результате цереброастенических состояний различного генеза.

Первая группа немногочисленна.

Ведущим психопатологическим синдромом у этих детей является незрелость эмоционально-волевой сферы. У школьников этой группы сохраняются игровые интересы, отмечаются неподготовленность к учебной деятельности, отсутствие познавательного интереса к учебе. Им трудно подчинить свои эмоциональные реакции школьным требованиям. Очень активные, целенаправленные и неутомимые в игре, эти дети быстро устают во время урока, отвлекаются. Они либо растормаживаются, либо становятся пассивными, вялыми. Учебная деятельность у них характеризуется импульсивностью, хаотичностью, неравномерностью.

В анамнезе большинства детей отмечается задержка речевого развития: первые слова появляются к 1,5–2 годам, фразы — к 3 годам.

В процессе обследования нарушения звукопроизношения выявлены лишь у одного ребенка. Почти у всех детей оказалась сохранной артикуляционная моторика. Небольшие отклонения наблюдались лишь при выполнении серии артикуляторных движений. Вместе с тем выявились трудности повторения серий из 3–4 слогов с фонетически близкими звуками. Дети чаще всего смешивали звонкие и глухие звуки. Аналогичные смешения наблюдались иногда и на письме, однако дети самостоятельно исправляли ошибки.

Дети неточно различают понятия «слог», «звук», «буква». У них сформированы лишь простые формы фонематического анализа. Сложные формы звукового анализа (определение последовательности и количества звуков в слове) затруднены. Процесс звукослогового анализа значительно облегчается использованием вспомогательных приемов, внешних действий (например, с помощью отхлопывания слогов).

У детей с неосложненным инфантилизмом выявляются особенности речи, связанные со своеобразием эмоционально-волевой сферы. Эти дети многословны, охотно вступают в речевое общение, активны в диалоге, часто перебивают собеседника. Они не продумывают ответы, в связи с чем их ответы характеризуются импульсивностью, наличием побочных ассоциаций.

Речь таких детей во многом определяется наличием эмоционального компонента.

Так, при составлении рассказа по серии сюжетных картинок, интересных и доступных их возрасту, дети легко составляют грамматически сложные предложения, используют прямую речь, вносят в рассказы элементы фантазии,

разнообразные детали. При этом речь сопровождается выразительной интонацией, адекватной мимикой, эмоциональными жестами.

В заданиях же, которые ограничивают речевую деятельность определенными рамками, когда требуется обдумывание, четкие формулировки, точное словесное оформление, наблюдаются снижение речевой активности, трудности в подборе слов, неточное их употребление.

И. А. Симонова делает вывод о том, что уровень речевого развития этих детей и их речевое поведение соответствуют нормально развивающимся сверстникам более младшего возраста.

Во ***второй группе*** детей с ЗПР (с осложненным инфантилизмом и с церебрастеническими состояниями) наблюдалась иная картина речевого недоразвития.

Дети этой группы испытывали существенные трудности с самого начала школьного обучения. В основе школьной неуспеваемости лежит истощаемость нервной системы, быстрая утомляемость, нарушение работоспособности.

В анамнезе у большинства из них отмечалась задержка развития речи. Первые слова появились лишь к 2–2,5 годам. Логопедическое исследование выявило у большого количества этих детей (32%) нарушения звукопроизношения, которое проявляется в основном в нечетком произношении свистящих и шипящих (боковое, межзубное произношение), отсутствии или неправильном произношении звука *р*.

При повторении серий из 3–4 слогов с фонематически близкими звуками наблюдались: смешения глухих и звонких, твердых и мягких согласных звуков, расщепление аффрикат.

У детей этой группы не дифференцированы понятия «буква», «звук», «слово». Они испытывают большие затруднения в звукобуквенном анализе слов. Так, 18 детей из 50 не смогли определить последовательность и количество слогов и звуков в слове. У детей выявлено недоразвитие фонетико-фонематической стороны речи.

Особенности речи у детей второй группы проявлялись и в бедности лексико-семантической стороны речи, в ограниченном объеме словаря, в неточном употреблении слов.

Несформированность лексической стороны речи особенно ярко проявлялась в особенностях выполнения задания на подбор синонимов и антонимов. Характерной ошибкой при выполнении этого задания была замена необходимого антонима исходным словом с частицей ***не*** (спокойный — неспокойный, храбрый — нехрабрый). Другой характерной ошибкой был подбор вместо антонима других форм слова или родственных слов.

При выполнении заданий на подбор синонимов дети вместо синонимов предлагали слова, связанные одной ситуацией (врач — больной, медсестра; огонь — газ, огнетушитель).

Особую трудность вызывает употребление обобщающих понятий (мебель, посуда и т. д.). Дети не осознают взаимоотношений между родовыми и видовыми понятиями («стол, шкаф, мебель, кровать»). Вместе с тем в пассивном словаре детей встречаются обобщающие понятия, например, они правильно подбирают картинки к словам «мебель», «посуда» и т. д.

В активном словаре широко представлены неологизмы (*«подметальщики»*, *«кирпичник»*, *«шахтерка»* (вместо *швея*, *«столист»*).

В экспрессивной речи используется очень небольшое количество прилагательных и наречий. В высказываниях наблюдаются аграмматизмы, неправильная последовательность слов.

Связная речь детей второй группы находится на более низком уровне, чем у детей первой группы.

Рассказы характеризуются бедностью языкового оформления и нарушением логической связности. Отмечается непоследовательность в изложении, смысловое несоответствие частей высказывания, их искажения. Дети часто не сохраняют основной сюжетной линии при пересказе, соскальзывают на второстепенные детали.

В высказываниях детей проявляется неумение оформлять с помощью языковых средств смысловые (временные, причинно-следственные) отношения (*«Доктор лечит мальчика, чтобы он не заболел»*, *«Шел дождь, потому что он взял взял дождь»*).

Таким образом, особенности речи у этой группы детей характеризуются нарушением речи как системы; своеобразие речи отражает недоразвитие эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности.

Одним из характерных признаков нарушений речевого развития детей с ЗПР является недостаточность речевой регуляции действия, трудности вербализации действий, несформированность планирующей функции речи (В. И. Лубовский, Г. И. Жаренкова).

Нарушения звукопроизношения у детей с ЗПР встречаются гораздо чаще, чем у детей без нарушений психического развития.

Наибольшая распространенность нарушений звукопроизношения имеет место у учеников 1-го класса (55,8%, по данным Е. В. Мальцевой). К 4 классу это количество значительно снижается (20,5%).

Логопедическая работа с детьми, страдающими ЗПР, учитывает их психологические особенности и проводится по следующим направлениям:

- развитие мыслительных операций анализа, синтеза, сравнения, обобщения;
- развитие зрительного восприятия, анализа, зрительной памяти;
- формирование пространственных представлений;
- развитие слухового восприятия, внимания, памяти;
- коррекция нарушений моторного развития, особенно нарушений ручной и артикуляторной моторики;
- коррекция нарушений звукопроизношения, искажений звукослоговой структуры слова;
- развитие лексики (обогащение словаря, уточнение значения слова, формирование лексической системности, структуры значения слова, закрепление связей между словами);
- формирование морфологической и синтаксической системы языка;
- развитие фонематического анализа, синтеза, представлений;
- формирование анализа структуры предложений;
- развитие коммуникативной, познавательной и регулирующей функции речи.

Коррекционно-логопедическое воздействие при ЗПР носит комплексный и в то же время дифференцированный характер.

Дифференциация коррекционно-логопедического воздействия осуществляется с учетом клинической характеристики, индивидуально-психологических особенностей ребенка, особенностей его психической деятельности, работоспособности, уровня недоразвития и механизмов нарушений речи.

В процессе коррекционной работы логопеду необходимо уметь организовать умственную и речевую деятельность детей, вызвать положительную мотивацию, максимально активизировать познавательную деятельность детей с ЗПР, использовать разнообразные приемы и методы, эффективно осуществлять помощь детям в зоне их ближайшего развития.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте патогенетические факторы, обусловливающие особенности нарушений устной и письменной речи умственно отсталых детей.
2. Раскройте особенности нарушений фонетической стороны речи и их коррекции у умственно отсталых детей.
3. Каковы особенности нарушений лексико-грамматического строя речи и их коррекции у умственно отсталых школьников?
4. Охарактеризуйте особенности нарушений письменной речи и их коррекции у учащихся вспомогательной школы.
5. Проанализируйте основные особенности нарушений речи у детей с ЗПР.
6. Какие причины вызывают задержку психического развития ребенка?
7. Какие выделяются виды (варианты) задержки психического развития детей?
8. Какие трудности обучения отмечаются у детей с ЗПР и с чем они связаны?

Литература

1. Дети с временной задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. М., 1971.
2. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. М., 1984.
3. *Каше Г. А.* Логопедическая работа в I классе вспомогательной школы. М., 1957.
4. *Лалаева Р. И.* Нарушение процесса овладения чтением у школьников. М., 1983.
5. *Лалаева Р. И.* Нарушение речи у детей с задержкой психического развития. СПб., 1992.
6. *Лалаева Р. И.* Логопедическая работа в коррекционных классах. М., 1998.
7. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Под ред. Ж. И. Шиф. М., 1965.
8. *Парамонова Л. Г.* Нарушения речи у учащихся вспомогательной школы и пути их коррекции // Обучение во вспомогательной школе. М.; Л., 1973.
9. *Соботович Е. Ф., Гопиченко Е. М.* Фонетические ошибки в письме умственно отсталых учащихся младших классов // Нарушения речи и голоса у детей и взрослых. М., 1979.
10. *Петрова В. Г.* Развитие речи учащихся вспомогательной школы. М., 1977.
11. *Рубинштейн С. Я.* Психология умственно отсталых школьников. М., 1979.
12. *Ульенкова У. В.* Шестилетние дети с задержкой психического развития. М., 1990.
13. *Шевченко С. Г.* Ознакомление с окружающим миром учащихся с задержкой психического развития. М., 1990.

РАЗДЕЛ IV

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ. ПРОФИЛАКТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ

Глава 19

СИСТЕМА СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Система коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии складывалась в России постепенно.

В период до 1917 г. учреждения для аномальных лиц существовали за счет частных благотворительных средств, в которых специальное обучение строилось на основе выделения и разграничения наиболее резко выраженных дефектов (глухота, слепота, умственная отсталость). Организованной логопедической помощи людям с дефектами речи не оказывалось.

Систематическая разносторонняя помощь лицам с различными видами речевой патологии стала развиваться лишь с 20-х гг. XX в.

В 1911 г. состоялся съезд московских учителей, где впервые была подчеркнута необходимость организации специальной помощи детям, страдающим речевыми расстройствами. Такая помощь оказывалась в двух вспомогательных школах под руководством сурдопедагога Ф. А. Рау. В 1915 г. создаются логопедические курсы.

В 1918 г. по инициативе В. В. Бонч-Бруевича организуются обязательные для всех воспитателей и врачей дошкольных учреждений Москвы логопедические курсы. Через год вышло постановление Совнаркома, в котором были определены функции наркоматов просвещения и здравоохранения в отношении воспитания и охраны здоровья аномальных детей. Обучение аномальных детей было выделено в общегосударственную задачу.

I Всероссийский съезд (1920) по борьбе с детской дефективностью определил принципы построения системы воспитания и обучения детей с различными видами аномального развития.

В 1922 г. на Всероссийском съезде заведующих губоно говорилось о важности создания учреждений для этих категорий детей.

В 1924 г. проходил II съезд по социально-правовой охране несовершеннолетних (СПОН). Л. С. Выготский, выступая на съезде, предложил новый подход к анализу структуры дефекта, его коррекции и компенсации, выделил цели и задачи специального обучения исходя из единых с массовой школой принципов воспитания детей.

Трудно переоценить значение создания в 1929 г. Научного центра по разработке проблем дефектологии экспериментально-дефектологического института (ЭДИ) — в последующем НИИ дефектологии АПН СССР, а ныне НИИ коррекционной педагогики РАО.

Это способствовало проведению комплексного изучения аномальных детей, разработке научных основ дифференцированной сети специальных школ и системы воспитания и обучения.

Институт участвовал в принятии (начало 30-х гг.) закона об обязательном всеобуче аномальных детей.

Научный анализ развития государственной системы специального образования в России проведен П. И. Малофеевым (1996 г.). Выделены этапы становления и функционирования различных типов учреждений, их постепенная дифференциация в связи с изменением отношения государства и общества к людям с особыми нуждами.

Комплексное изучение детей, основанное на клинико-психологической диагностике различных видов аномалий, позволило создать фундаментальную научную базу для развития в стране разветвленной сети специальных дошкольных и школьных учреждений.

Правильное понимание сложной структуры речевого дефекта дало возможность не только устанавливать точный диагноз, определять тип специального учреждения и методы коррекционно-воспитательной работы с ребенком, но и прогнозировать нарушения вторичного порядка.

Органами образования и здравоохранения была проведена организационно-методическая работа, направленная на выявление и учет детей ясельного, дошкольного и школьного возраста, нуждающихся в специальном обучении и коррекции.

Тесное содружество теории и практики позволило дать научное обоснование обучения и воспитания детей и подро-

стков с речевой патологией, установить потребность в развитии сети специальных учреждений.

После принятия решения «О номенклатуре дошкольных учреждений для детей с нарушениями в физическом и умственном развитии» получила значительное развитие сеть специальных дошкольных учреждений. Продолжилось совершенствование системы школьного и дошкольного обучения детей с нарушениями речи.

Взрослые, подростки и дети с нарушениями речи стали получать комплексную медицинскую, логопедическую помощь в поликлиниках, больницах, диспансерах, санаториях. Подавляющее большинство специальных школ являлось интернатными, и все содержание детей в них обеспечивалось за счет государства.

В нашей стране широко развита дифференцированная логопедическая помощь взрослому и детскому населению. Она осуществляется по линии образования и здравоохранения.

В соответствии с постановлением правительства РФ от 31 июля 1998 года № 867 утверждено «Типовое положение об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи». Определены следующие типы учреждений: центры диагностики и коррекции; центры психолого-медицинского и социального сопровождения; центры психолого-педагогической реабилитации и коррекции; центры социально-трудовой адаптации; центры лечебной педагогики и дифференцированного обучения и др.

Логопедическая помощь в системе образования

Дошкольные учреждения для детей с нарушениями речи. (Дошкольные образовательные учреждения компенсирующего вида — ДОУ)

Научными исследованиями в области дефектологии доказано исключительно важное значение раннего распознавания дефекта и его ранней коррекции.

В большинстве случаев специальное дошкольное обучение и воспитание корректируют нарушения в развитии и тем самым предупреждают затруднения детей при обучении в школе (Т. А. Власова, 1972).

При выраженных нарушениях речи ранняя коррекционно-воспитательная работа с детьми приводит к значительной компенсации дефекта.

Сеть дошкольных учреждений для детей с нарушениями речи начала развиваться с 1960 г. Вначале это были отдельные экспериментальные группы, организованные при массовых детских садах, а затем — отдельные детские сады и ясли-сады для детей с нарушениями речи.

Первоначально в детских садах открывались группы для детей только с легкими нарушениями речи (недоразвитием фонетической стороны речи). Затем были организованы группы для детей с более сложными нарушениями (заикающихся детей, для детей с общим недоразвитием речи). На основании приказа МП СССР от 21 ноября 1972 г. № 125 утверждена номенклатура специальных дошкольных учреждений для аномальных детей системы просвещения.

1 июля 1995 года выходит постановление правительства РФ № 677, в котором утверждается «Типовое положение о дошкольных образовательных учреждениях». В соответствии с этим положением организуются детские сады (ДОУ) компенсирующего вида с приоритетным осуществлением квалифицированной коррекции отклонений в физическом и психическом развитии воспитанников.

Детские сады, ясли-сады для детей с нарушениями речи и соответствующие дошкольные группы при детских садах и яслях-садах общего типа комплектуются непосредственно теми отделами народного образования, в ведении которых находятся указанные дошкольные учреждения.

Дети, овладевшие нормальной речью, успешно закончившие обучение и не достигшие 7-летнего возраста, переводятся в дошкольные учреждения общего типа.

Основные задачи логопедического обучения детей с различными видами речевых аномалий в условиях специальных дошкольных учреждений включают в себя не только

коррекцию ведущего дефекта, но и подготовку к овладению грамотой и школьному обучению.

В дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи предусматривается четкая организация всего коррекционного процесса. Она обеспечивается:

- своевременным обследованием детей;
- рациональным составлением расписания занятий;
- планированием индивидуальной работы с каждым ребенком;
- наличием планов фронтальных занятий;
- оснащением их необходимым оборудованием и наглядными пособиями;
- совместной работой логопеда с воспитателем группы и родителями.

Проведение всего комплекса коррекционного обучения требует совмещения специальных занятий по исправлению недостатков речи с выполнением общих программных требований. Для дошкольных групп детей с нарушениями речи разработан режим дня, отличающийся от обычного. Предусмотрено проведение логопедом фронтальных, подгрупповых и индивидуальных занятий. Наряду с этим выделяются в вечернее время специальные часы для работы воспитателя с подгруппами и отдельными детьми по коррекции речи (по заданию логопеда). Воспитатель планирует свою работу с учетом программных требований и речевых возможностей детей. Он обязан знать индивидуальные отклонения в формировании речи ребенка, слышать дефекты произносительной и лексико-грамматической сторон речи, в процессе учебной и внеучебной деятельности учитывать речевые возможности каждого ребенка. Совместно с логопедом (в группах ОНР, ФФН) планируются занятия по развитию речи, ознакомлению с окружающим, подготовке к письму и т. д. Преемственность в работе логопеда и воспитателя фиксируется в специальной тетради.

По мере развития сети дошкольных учреждений, обеспечивающих потребность в логопедической помощи, осуществляется их дальнейшая дифференциация для детей с различными речевыми аномалиями (заикающиеся с нормальным уровнем речевого развития — заикающиеся с недоразвитием

речи; дети с легкой степенью дизартрии; дети с ринолалией и др.).

В последнее время в ряде регионов страны открываются дошкольные логопедические кабинеты в детских садах общего типа. Логопед оказывает консультативную и коррекционную помощь по типу амбулаторного приема детям преимущественно с нарушениями произношения.

В логопедической помощи в условиях специальных дошкольных учреждений нуждаются дети, имеющие недостатки речи при других нозологических формах (олигофрения, нарушения зрения, опорно-двигательного аппарата), а также дети с задержкой психического развития.

Согласно положению «О типовых штатах дошкольных учреждений специального назначения для детей с дефектами умственного и физического развития и об оплате труда учителей-дефектологов и учителей-логопедов» (из приказа министра просвещения от 14 октября 1975 г. № 131) в детских садах (яслях-садах) для детей с нарушением зрения, опорно-двигательного аппарата и интеллекта вводится должность учителя-дефектолога из расчета 1 единица на группу.

Детские дошкольные учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Группы детского дошкольного учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата комплектуются с учетом возраста следующим образом: ясельная группа — дети в возрасте от 2—3 лет; младшая группа — дети в возрасте от 3—4 лет; средняя группа — 4—5 лет; старшая группа — 5—6 лет; подготовительная к школе группа — 6—7 лет. Наполняемость группы — 10—12 человек.

Прием детей проводится ежегодно с 1 августа по 1 сентября. Дети, достигшие 7-летнего возраста, по решению медико-психолого-педагогической комиссии переводятся в соответствующие типы школ.

Учитель-логопед проводит всю учебно-коррекционную работу по умственному развитию детей, по обучению правильной речи, правильному произношению. Он работает в тесном

контакте с врачом-психоневрологом, воспитателями групп, проводит с детьми фронтальные, подгрупповые и индивидуальные занятия, ведет соответствующую документацию.

Детские дошкольные учреждения для умственно отсталых детей

Основным типом дошкольных учреждений для умственно отсталых детей является детский сад (детский дом). Группы комплектуются с учетом возраста: младшая группа — дети в возрасте от 3–4 до 4–5 лет; средняя группа — от 4–5 до 5–6 лет; старшая группа — 5–6 лет; подготовительная к школе группа 6–7 лет. Наполняемость групп независимо от степени нарушения интеллекта — 10–12 человек.

Значительное количество умственно отсталых дошкольников имеет выраженные речевые расстройства, поэтому в общей системе коррекционного обучения предусматривается систематическая логопедическая работа. Она проводится на фронтальных занятиях по развитию речи в соответствии с расписанием 2 раза в неделю в каждой возрастной группе (на 1–3-м годах обучения группа делится на подгруппы, на 4-м году фронтальные занятия проводятся со всеми детьми). Индивидуальные логопедические занятия с каждым ребенком организуются не менее 3 раз в неделю.

В содержание коррекционного обучения включается постановка и автоматизация звуков родного языка, работа над плавностью речи, дыханием, ударением, над уточнением и расширением словаря, практическим употреблением грамматических конструкций, формированием связной речи. Ежедневная работа по развитию речи детей ведется всем коллективом специального дошкольного учреждения.

Дошкольные учреждения (группы) для детей с нарушениями зрения

В данные учреждения принимаются дети с нарушениями зрения в возрасте от 2 до 7 лет (в ясли-сады — от 2 лет, в детские сады — от 3 лет), имеющие выраженное понижение зрения и нуждающиеся в интенсивном лечении.

Наполняемость дошкольных групп для слепых детей — 10 человек, для слабовидящих, включая амблиопию и косоглазие, — 12–15 человек.

Необходимость систематической логопедической работы с данной категорией детей обусловлена наличием выраженных нарушений устной речи. Первоначальное знакомство с детьми начинается с подробного обследования и оценки речевых и неречевых процессов (состояние связной речи, сформированность грамматического строя, словаря, фонетики, восприятия; исследование общей и речевой моторики и т. д.). Коррекционная работа планируется с учетом результатов обследования.

Система дифференцированного обучения предусматривает разные уровни (их 4) речевого развития детей. Так, в группах с четвертым уровнем основное внимание уделяется формированию звукопроизношения. В группах для детей со вторым — третьим и особенно с первым речевым уровнем логопедическая работа предусматривает ликвидацию пробелов в формировании фонетико-фонематического и лексико-грамматического строя речи. С детьми ведутся логопедические занятия по формированию связной речи, коррекции всех компонентов речевой системы.

По форме логопедические занятия могут быть индивидуальными и подгрупповыми. Коррекция речевого развития слепых и слабовидящих детей осуществляется совместными усилиями всех специалистов, работающих в данном дошкольном учреждении.

При широко развитой системе детских садов для детей с нарушениями зрения становится возможным более эффективно решать вопросы преемственности в обучении детей дошкольного и школьного возраста.

Школа для детей с тяжелыми нарушениями речи (V вида)

Школа для детей с тяжелыми нарушениями речи — тип специального школьного учреждения, предназначенного для детей, страдающих алалией, афазией, ринолалией, дизартрией, заиканием при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте. Успешное формирование речи и усвоение

программы обучения у данного контингента детей эффективно лишь в школе специального назначения, где используется особая система коррекционного воздействия.

При непосредственном участии сектора логопедии НИИ дефектологии в 1954 г. в Ленинграде была организована первая школа.

В 1956 г. при школе для слабослышащих детей организуются отдельные классы для детей с тяжелой формой недоразвития речи (Москва). На базе школы в 1958 г. открывается специальная школа-интернат с особым режимом для детей с тяжелыми нарушениями речи.

После 1958 г. подобные школы появляются в других городах (Москва (вторая школа), Ленинград, Свердловск и др.).

Первоначально эти школы обеспечивали образование в объеме 4 классов массовой школы.

С 1961 г. начинает развертываться сеть специальных школ-интернатов для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Наряду с задачами общеобразовательной школы общего типа в данном учреждении выдвигаются специфические задачи:

- преодоление различных видов нарушений устной и письменной речи;
- устранение связанных с ними особенностей психического развития в процессе коррекционно-воспитательной работы в учебное и внеучебное время;
- профессионально-трудовая подготовка.

Школа состоит из двух отделений.

В I отделение принимаются дети с диагнозами: алалия, детская афазия, дизартрия, ринолалия, заикание, имеющие общее недоразвитие речи тяжелой степени, препятствующее обучению в общеобразовательной школе. При комплектовании классов учитывается в первую очередь уровень речевого развития и характер первичного дефекта.

Во II отделение зачисляются дети, страдающие тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи.

В I и II отделении образовательный процесс осуществляется в соответствии с образовательным уровнем программ двух отделений. В I отделении — I ступень — начальное общее образование с нормативным сроком освоения — 4—5 лет;

II ступень — основное общее образование с нормативным сроком освоения — 6 лет.

Во II отделении — I ступень — начальное общее образование за 4 года, II ступень — основное общее образование за 5 лет.

Предельная наполняемость классов составляет 12 человек.

Выпускники специальных школ получают свидетельство о неполном среднем образовании.

В учебном процессе предусматривается большое число часов на производственно-трудовое обучение. При этом решаются две задачи: труд как важное коррекционно-воспитательное средство преодоления дефектов развития и формирования личности и как главное условие подготовки детей с отклонением в психофизическом развитии к жизни и труду в обществе.

Коррекция нарушений речи и письма у учащихся проводится систематически в течение всего учебно-воспитательного процесса, но в наибольшей степени на уроках родного языка. В связи с этим выделены специальные разделы: произношение, развитие речи, обучение грамоте, фонетика, грамматика, правописание и развитие речи, чтение и развитие речи.

Сочетание фронтальных (урочных) и индивидуальных форм работы обеспечивает преодоление разнообразных проявлений речевых дефектов детей.

Индивидуальные логопедические занятия проводятся учителем-логопедом во внеурочное время. Каждый ученик дополнительно занимается речевой работой 3 раза в неделю (по 15-20 минут). Для детей с нарушением моторики проводятся занятия по лечебной гимнастике. II отделение специальной школы предназначается для учащихся с тяжелой формой заикания, дополнительный по сравнению с массовой школой год отводится на специальную речевую работу в младших классах.

При обучении детей с тяжелой формой заикания используются учебники для общеобразовательных школ, специальные логопедические пособия и технические средства обучения. В специальной школе систематически осуществ-

ляются коррекционно-воспитательные мероприятия, направленные на преодоление особенностей психического развития.

Состав учащихся специальных школ пересматривается в конце каждого учебного года. По мере устранения речевого дефекта учащиеся переводятся в общеобразовательную школу. Выпускники специальной школы для детей с тяжелыми нарушениями речи могут продолжать обучение в общеобразовательной школе или в профессионально-технических училищах.

Помимо логопеда работу по преодолению речевых нарушений у детей ведут учителя и воспитатели, кроме этого воспитатель проводит работу по закреплению полученных в классе знаний, а также по развитию речевого общения, навыков самообслуживания и санитарно-гигиенических навыков.

Воспитатель постоянно работает с одной группой учащихся и обязан хорошо изучить индивидуальные особенности каждого ребенка и особенности его речевого дефекта.

Учителя, воспитатели и логопед школы совместно в процессе учебной и трудовой деятельности корректируют общее и речевое развитие детей. Адекватная общеобразовательная и трудовая подготовка позволяет лицам с дефектами речи стать полноценными членами общества, участвующими как в трудовой, так и в других видах деятельности.

В современных условиях роста патологии, в том числе речевой, огромное значение следует придавать логопедической работе в классах выравнивания при общеобразовательных школах (для детей с задержками психического развития и другими трудностями в обучении).

Организация логопедической работы во вспомогательной школе[1]

Коррекция нарушений речи умственно отсталых учащихся требует организации специальной логопедической работы. В учебном плане вспомогательных школ предусмотрены

[1] Содержание логопедической работы во вспомогательной школе и с детьми, имеющими задержки психическими развития, рассмотрено в главе 18.

часы логопедических занятий, которые проводятся учителем-логопедом. Учитель-логопед является членом медико-психолого-педагогической комиссии. Он должен путем специального обследования установить, имеется ли у ребенка речевое нарушение, и определить его характер. В сложных случаях дать аргументированное заключение о том, что является первичным: недоразвитие познавательной деятельности или речевое нарушение ребенка.

В начале учебного года логопед обследует всех поступивших в школу учащихся независимо от класса, в котором они будут учиться.

Обследование речи охватывает произношение, темп, плавность, а также ее понимание, словарь, грамматический строй, навыки чтения и письма в соответствии со школьным стажем ребенка.

Первичное обследование устной речи детей проводится во время уроков в классе. Изучение состояния письма (у ранее обучающихся детей) проводится при помощи диктантов, тексты которых отвечают условиям логопедической проверки и соответствуют требованиям программы данного класса.

Всех детей, у которых в результате первичного обследования обнаружено нарушение речи, логопед отмечает в специальном журнале учета. Кроме этого на каждого учащегося, имеющего нарушения речи, после индивидуального обследования состояния его речи и письма заполняется речевая карта.

Обследование речи детей, занимающихся у логопеда в предыдущем году, проводится не полностью, а только по тем параметрам, которые были намечены логопедом для продолжения занятий. Соответственно заполняется и речевая карта.

Для занятий с логопедом отбираются наиболее остро нуждающиеся ученики. Остальные зачисляются кандидатами и вызываются логопедом на занятия по мере выпуска ранее принятых учащихся после устранения у них нарушений речи.

Основным критерием при зачислении на занятия является характер речевого нарушения и его значение для успеваемости ребенка.

К речевой карте учащегося, зачисленного на логопедические занятия, прилагается индивидуальный план занятий с

ним, который составляется на основании логопедического заключения, обобщающего все данные обследования.

Логопед также знакомится с данными медицинского обследования с целью уточнения этиологии и характера речевого нарушения ученика и для того, чтобы найти наиболее правильный и эффективный коррекционный подход.

Началу систематических занятий предшествует организационный период (первые две недели учебного года).

Работа по исправлению речевых нарушений

Она строится с учетом возрастных особенностей, школьной программы по родному языку и особенностей речевого дефекта. На логопедические занятия отводятся 5-е и 6-е уроки, свободные от классных занятия, и внеклассное время (в частности, режимные моменты после обеда). По договоренности с администрацией школы и учителями классов логопед может брать детей с уроков чтения.

Индивидуальные и групповые занятия проводятся 4 раза в неделю с учащимися I–IV классов и 3 раза в неделю с учащимися V–VI классов. На индивидуальное занятие с каждым учащимся отводится, как правило, 15 минут. Продолжительность занятий для группы — 45 минут. Допускаются занятия с подгруппами продолжительностью 20–25 минут.

Как правило, индивидуальные занятия проводятся с детьми, нуждающимися в постановке или коррекции звуков.

Логопед комплектует группы по признаку однородности речевого нарушения у учащихся, по возможности в пределах одного или двух смежных классов (например, вторых-третьих классов). Учащихся первых классов выделяют в отдельную группу, поскольку работа с ними требует подбора особого учебно-дидактического материала.

Подгруппы комплектуются в тех случаях, когда особенности нарушения речи у некоторых учащихся требуют работы с ними по особому плану, не совпадающему с групповым планом.

Группы для логопедических занятий комплектуются в количестве 4—6 человек, подгруппы — из 2—3 человек.

При необходимости логопед может производить перераспределение детей по группам. Так, для закрепления и дифференциации поставленных на индивидуальных занятиях звуков целесообразно детей объединить в группы или подгруппы, что значительно повышает эффективность работы. И наоборот, на определенном этапе группа может быть разделена на подгруппы или часть детей выделена для индивидуальной работы.

Ответственность за аккуратное посещение учащимися логопедических занятий возлагается на логопеда и учителя данного класса, в старших классах школ-интернатов — на воспитателя, в школах без интернатов — на классного руководителя.

Обязанности логопеда

- ведет журнал учета посещаемости занятий, в котором кратко отражает содержание пройденного на занятиях материала (ежедневно);
- организует работу в тесном контакте с учителями и воспитателями, которые на уроках, при подготовке домашних заданий, в быту должны способствовать закреплению речевых навыков, приобретаемых учащимися в процессе логопедических занятий;
- систематически информирует учителей и воспитателей об успехах и недостатках учащихся, с тем чтобы во время и после уроков к речи детей предъявлялись посильные требования;
- при завершении логопедических занятий с ребенком инструктирует учителя и воспитателя о приемах доведения достигнутых навыков до полной автоматизации в условиях класса и во внеурочное время;
- посещает уроки родного языка, развития речи, чтения и другие для проверки речевых возможностей учащихся, имеющих нарушения речи (в свободное от логопедических занятий время). В свою очередь, учителя и воспитатели также должны периодически присутствовать на логопедических занятиях, чтобы быть в курсе проводимой работы с учащимися данного класса;
- хорошо ориентируется в программных требованиях, в методах и приемах обучения родному языку, учитывает их в своей

работе, использует дидактический материал в соответствии с темой программы, которая изучается на уроке;

- помогает воспитателям в организации речевой работы с учащимися;
- в конце учебного года проводит утренник, на котором дети, окончившие логопедические занятия, демонстрируют свои успехи. В утреннике должны принимать участие все дети, имеющие нарушения речи и занимающиеся с логопедом, независимо от этапа работы с ними (кроме начального). В этих случаях для них подбирается соответствующий материал;
- принимает участие в педагогических советах, где выступает с сообщениями и докладами о своей работе. Такие выступления имеют большое значение для пропаганды логопедических знаний среди учителей.

Работа логопеда с учителями и воспитателями может иметь разные формы: индивидуальные беседы, открытые занятия, сообщения на методобъединениях с демонстрацией магнитофонных записей речи учащихся при поступлении и выпуске, сравнение письменных работ на разных этапах работы и др.

В конце учебного года логопед составляет текстовой и цифровой отчеты о работе за год.

Логопедические пункты при средних общеобразовательных школах

Развертывание сети логопедических пунктов при средних общеобразовательных школах в республиканских, краевых и областных центрах началось в 1949 г.

В 1976 г. вступило в действие Положение об образовании логопедических пунктов при общеобразовательных школах на всей территории страны.

Логопедические пункты — специальные учебно-воспитательные учреждения, предназначенные для коррекции нарушений речи у детей школьного возраста. Они организуются в одной из общеобразовательных школ района. За каждым из них закрепляется определенное количество школ, общее число начальных классов которых не должно превышать 16.

Основные задачи

- исправлять недостатки речи у учащихся;
- пропагандировать логопедические знания среди учителей и населения;
- своевременно выявлять и предупреждать нарушения речи у детей, поступающих в первые классы.

Основной контингент логопедических пунктов составляют учащиеся, имеющие недостатки звукопроизношения, заикание, нарушения чтения и письма, нерезко выраженное общее недоразвитие речи.

При отборе детей логопед обследует их в классе (подготовительной группе).

На логопедический пункт направляются дети по инициативе психоневрологов, учителей, родителей.

Одновременно на городском логопедическом пункте занимается 18–25 человек, на сельском — 15–20 человек. Педагогическая работа логопеда планируется из расчета 20 часов в неделю.

Продолжительность коррекционно-развивающего обучения детей с ФФН и нарушением чтения и письма составляет примерно 4–9 месяцев; детей с ОНР и нарушениями письма и чтения — 1,5–2 года.

Результаты логопедических занятий отмечаются в речевой карте ребенка и доводятся до сведения классного руководителя и родителей. Ответственность за обязательное посещение учащимися занятий и выполнение необходимых требований возлагается на учителя-логопеда, классного руководителя и администрацию школы.

Родители присутствуют при зачислении детей в логопедическую группу, следят за посещаемостью и выполнением заданий. В отдельных случаях они присутствуют на занятиях. Связь логопеда с родителями осуществляется также путем проведения родительских собраний, консультаций.

Логопедическая помощь в системе здравоохранения

Вопросы совершенствования логопедической помощи населению, повышения качества и эффективности лечения лиц, страдающих расстройствами речи, успешно решаются

в системе Минздрава страны. На основании приказа Минздрава № 465 от 8 апреля 1985 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию логопедической помощи больным с нарушениями речи» определены направления развития специализированной помощи: расширение сети логопедических кабинетов, отделений восстановительного лечения в детских поликлиниках, психоневрологических диспансерах. В них оказывается помощь лицам разного возраста с функциональными и органическими речевыми расстройствами.

Также в приказе Минздрава № 1096 от 19 августа 1985г. определены расчетные нормы обслуживания для логопедов:

- при индивидуальной работе с лицами, имеющими тяжелые расстройства речи (афазия, дизартрия, заикание и др.), — 1–5 посещений в час, при проведении групповых логопедических занятий — 8–10 посещений в час;
- при индивидуальной работе с лицами, страдающими дислалией, — 4 посещения в час, при проведении групповых логопедических занятий — 10–12 посещений в час;
- 1 ставка логопеда на 100 тыс. взрослого населения, 1 ставка — на 20 тыс. детского и подросткового населения.

Успешно функционирует Федеральный центр патологии речи и нейрореабилитации (Москва). Его основной задачей являются содержательная, организационная и методическая работа и помощь органам и учреждениям здравоохранения по организации работы логопедических кабинетов поликлиник, психоневрологических диспансеров, специализированных отделений больниц для лечения больных с патологией речи (руководитель и основатель центра профессор В. М. Шкловский). Логопедическая помощь оказывается и при НИИ уха, горла, носа и речи. В них основное внимание обращается на патологию голоса и заикания.

В настоящее время логопедическая работа в системе здравоохранения определяется приказом Минздрава РФ от 28 декабря 1988 года № 383 «О систематизированной помощи больным при нарушении речи и других высших психических функций».

Логопедический кабинет детской поликлиники

Основным звеном логопедической помощи в системе здравоохранения является логопедический кабинет детской поликлиники.

Работа логопеда поликлиники строится согласно «Положению о логопедическом кабинете детской поликлиники», в котором определены направления его работы:

1. Педагогическая работа по исправлению дефектов речи проводится на систематических и консультативных занятиях.
2. Диспансеризация организованных и неорганизованных детей.
3. Участие в комплектовании логопедических учреждений системы здравоохранения и образования. Оформление на каждого ребенка логопедической характеристики.
4. Проведение логопедической санитарно-просветительной работы: беседы с родителями, работа с педиатрами и воспитателями детских садов, выпуск логопедических бюллетеней, изготовление наглядных дидактических пособий.

Специализированные ясли для детей с нарушением речи

Специализированные ясли для детей с нарушением речи являются самостоятельным учреждением здравоохранения и имеют своей целью воспитание детей и проведение мероприятий, направленных на правильное развитие речи или исправление ее дефектов.

Ясли находятся в ведении местных органов здравоохранения, которые руководят их работой и осуществляют контроль за правильной организацией обслуживания в них детей.

Отбор в ясли для детей с нарушениями речи проводится специальной комиссией в составе педиатра, психиатра (невропатолога, психоневролога) и логопеда. Дети направляются на отборочную комиссию со следующей документацией: выписка из истории развития болезни, заключение психоневролога и логопеда поликлиники, справка с места жительства, справка с места работы родителей о размере заработной платы.

Прием в специализированные ясли осуществляется:

- для детей с задержкой речевого развития в течение всего года по мере освобождения мест;
- для заикающихся — один раз в 6 месяцев, в особых случаях срок пребывания ребенка в группе для заикающихся может быть продлен до одного года.

В специализированные ясли принимают детей с заиканием и задержкой речевого развития на органическом фоне.

Противопоказаниями к приему являются: выраженная умственная отсталость (олигофрения, умственная отсталость, связанная с прогредиентным психическим заболеванием), судорожные припадки, грубые нарушения двигательных функций.

Работа специализированных яслей строится по типу учреждений с круглосуточным пребыванием детей. В специализированных яслях находятся дети до 4 лет (принимаются в возрасте до 3 лет).

Группы комплектуются по речевому дефекту (заикание, задержка речевого развития).

Выписка из специализированных яслей производится домой, в специальный детский сад или детский сад общего профиля (по показаниям).

Специализированный дом ребенка

Основной задачей логопеда в доме ребенка является профилактика отклонения в речевом развитии (начиная с доречевого периода — от 3 месяцев и до 1 года), своевременная диагностика и исправление речи детей во всех возрастных группах.

Логопед принимает активное участие в медико-психолого-педагогических комиссиях, обследует всех детей по видам речевой и неречевой деятельности, описывает уровень развития каждого ребенка, составляет план мероприятий, обеспечивающий своевременное развитие речи или ее исправление, по каждой подгруппе детей и индивидуально.

Он ежедневно занимается с детьми всех возрастных групп (начиная с 3-месячного возраста) по подгруппам и индивидуально (в соответствии с методическими установками по

обучению детей раннего возраста), оценивает эффективность обучения.

Детский психоневрологический санаторий — лечебно-оздоровительное учреждение санаторного типа

Детский психоневрологический санаторий находится в районном, городском, республиканском подчинении. Общее руководство осуществляется Министерством здравоохранения, областными и городскими отделами здравоохранения.

Дети 4–7 лет принимаются в дошкольный психоневрологический санаторий; дети от 7 до 13 лет — в школьный психоневрологический санаторий.

Отбор детей в детский психоневрологический санаторий осуществляется в соответствии с «Показаниями и противопоказаниями для лечения детей в местных санаториях и на курортах».

Показания для направления детей в психоневрологический санаторий:

- неврозы и невротические формы реактивных состояний; астенические, церебростенические, неврозоподобные состояния как следствие раннего органического поражения центральной нервной системы; травмы черепа, нейроинфекции, соматические заболевания;
- неврозоподобные формы психических заболеваний в стадии неполной компенсации;
- начальное проявление психогенных патологических формирований личности и патологических черт характера без выраженных расстройств поведения и социальной адаптации;
- общее недоразвитие речи всех уровней с сопутствующими нарушениями чтения и письма; дислексия, дисграфия, дизартрия, дислалия, ринолалия; задержка речевого развития; заикание (с сопутствующими нарушениями звукопроизношения, чтения и письма), мутизм.

Срок пребывания в санатории — 3 месяца. Возможно повторное лечение через 6 месяцев.

Комплектование осуществляется по возрастному принципу.

Задача санатория — проведение лечебно-оздоровительных и логопедических мероприятий с целью коррекции речевых нарушений и отклонений в психическом развитии детей. С детьми школьного возраста осуществляется обучение по общеобразовательным предметам соответственно классу.

Основные разделы лечебно-оздоровительной работы

- лечебно-охранительный и лечебно-тренирующий режим с учетом возраста и состояния детей;
- рациональное питание;
- психотерапия;
- физиотерапия и лечебная физкультура;
- медикаментозная терапия;
- логопедические коррекционные занятия;
- ритмика;
- трудотерапия.

Работа планируется ответственными за каждый раздел работы (педагогом, врачами, логопедом) и координируется главным врачом.

Используются современные лечебные и логопедические методы (рациональная психотерапия, гипнотерапия и пр.).

Имеется тесная связь со школами близлежащего района, ведущими в городе, области, республике медицинскими учреждениями.

Непосредственное руководство детского психоневрологического санатория осуществляет главный врач (психоневролог или педиатр).

Логопедическая помощь взрослому населению

За последние годы в системе здравоохранения проводится интенсивная работа по улучшению логопедической помощи взрослым, страдающим различными речевыми расстройствами. Особое внимание уделяется проблемам восстановления речи у больных, перенесших тяжелый инсульт, операции на головном мозге и т. д.

Система логопедической помощи взрослому населению включает учреждения разного типа:

- стационарного (неврологические отделения при больницах);
- полустационарного (кабинеты трудотерапии);
- амбулаторного (методические кабинеты при районных поликлиниках города, реабилитационные центры при поликлиниках).

Прием больных в поликлинике планируется из расчета 4—6 человек за рабочий день. Один раз в неделю логопед поликлиники посещает больных на дому. Курс восстановительного обучения в условиях поликлинического кабинета охватывает одновременно от 10 до 17 человек. Количество занятий в неделю с каждым больным планируется от 1 до 5 раз и обусловлено состоянием пациента. Курс восстановления речи длится в среднем 3 месяца. При наличии соответствующих показаний больному курс обучения можно повторить. Постоянно осуществляется контроль и наблюдение врача-невропатолога, проводятся систематические фронтальные и индивидуальные логопедические занятия. Одновременно назначается комплекс лечебной физкультуры, массаж, физиотерапия и трудотерапия. Открытие полустационаров и центров реабилитации для больных с афазией позволяет успешнее решать вопросы социальной адаптации и психотерапевтического воздействия.

Оказание логопедической помощи в условиях неврологического отделения больным с выраженными нарушениями речи (афазия, дизартрия, заикание и т. д.) осуществляется поэтапно. Раннее коррекционное воздействие повышает эффективность работы и имеет большое профилактическое значение.

Сроки нахождения больных в неврологическом стационаре 1–3 месяца.

Больным с тяжелой формой заболевания рекомендуются повторные стационирования с интервалом 6–12 месяцев. Общий объем логопедической работы включает 1–2 года и более.

Комплексное обследование (логопед, нейропсихолог и т. д.) и анализы его результатов помогают выявить степень,

характер и локализацию поражения, компенсаторные возможности.

С больными, страдающими афазией, проводятся подгрупповые, индивидуальные занятия: их частота, характер и содержание зависят от индивидуальных возможностей больного и степени речевого расстройства. Продолжительность логопедического занятия в первые недели — 10–15 минут (1–2 раза в день). Несколько позже длительность занятий возрастает до 45 минут ежедневно, для подгрупповых занятий срок удлиняется до 1 часа. В речевой карте больного 2 раза в месяц фиксируется динамика логопедической работы (текущий эпикриз).

Наряду с утренними занятиями рекомендуется проводить и вечерние — в форме домашнего задания.

Во многих муниципальных образованиях организуются городские и районные гериатрические центры и муниципальные бригады оказания помощи (в том числе и силами логопеда).

Эффективность логопедической работы во многом определяется контактом логопеда с врачом и родственниками больного.

Оборудование логопедического кабинета

Использование современных технических средств и наглядных пособий занимает важное место в работе логопедических учреждений.

В специальных дошкольных учреждениях и школах применяются модели предметов, макеты, муляжи, иллюстрированные таблицы, схемы.

Особое по значимости место занимают пособия для самостоятельной работы детей (раздаточный материал, различные конструкторы, разборные модели).

Логопеды могут пользоваться разными дидактическими пособиями для детей, не имеющих отклонений в развитии.

В примерный перечень оборудования для проведения логопедических занятий входят следующие ***аппараты*** и ***приборы:*** секундомер; магнитофон (с кассетами); наушники стереофонические, метроном, экран, диапроектор для слайдов,

видеомагнитофон, АИР, электрофон, набор пластинок; экран для закрывания лица логопеда; зонды, шпатели; часы.

Дидактический материал: наборы игрушек (образные, игры-забавы; строительный материал) для детей разных возрастных групп; настольные игры (лото, домино и др.); альбомы для обследования и коррекции речи, предметные и сюжетные картинки; разрезная азбука; счетный материал; мозаика; набор предметов разного цвета, величины, формы.

Набор звучащих игрушек: барабан, ксилофон, дудки, губные гармошки, рояль, бубен.

Комплекты игрушек для фронтальной работы по развитию речи: мебель, одежда, посуда, транспорт, домашние и дикие животные, овощи и фрукты. Имеющиеся в кабинете пособия должны быть систематизированы.

Общие требования к оформлению логопедического кабинета

Индивидуальные, групповые и фронтальные логопедические занятия проводятся в специально оборудованных кабинетах, размещение и площадь которых должны соответствовать инструкции о проектировании специальных учреждений. Финансирование логопедических кабинетов осуществляется областным, городским и районным отделами народного образования по смете того учреждения, где работает логопед.

В логопедическом кабинете необходимо иметь шкаф для пособий и литературы, столы и стулья для проведения занятий. Число столов должно быть не менее 4, не считая большого стола для логопеда, а количество стульев — не менее 8—10.

В логопедическом кабинете необходимо иметь навесную доску, наполовину разлинованную. На ней должны быть приспособления для размещения картинок, фланелеграфа, предметов и другого оборудования. Необходимым в оборудовании логопедического кабинета является настенное зеркало со шторой размером 70 х 100 см для групповой работы по постановке звуков и маленькие зеркала 9—12 см для индивидуальной работы (не менее 10).

Для удобства пользования дидактическими пособиями логопед оформляет специальную картотеку.

Оборудование логопедического кабинета на школьном пункте дополнительно включает:

1. Специальные пособия для развития фонематической дифференцировки (набор парных предметных картинок, соответствующих словам с начальными звуками, близкими и далекими по звучанию, и различной звуковой и слоговой сложностью); наборы картинок, соответствующих словам с различным местоположением букв: в начале, в середине, в конце.
2. Наборы различных слов и картинок для составления предложений; набор опорных фраз для составления рассказов; фразы с пропущенными словами, различными по их грамматической принадлежности и по степени, характеру их связи с фразеологическим контекстом.
3. Наборы предложений, соответствующих различным логико-грамматическим конструкциям, и пространственные схемы предлогов.
4. Наборы слов с пропущенными буквами; тексты предложений и рассказов с пропущенными словами; тексты диктантов.
5. Наборы слов: антонимов, синонимов и омонимов.
6. Наборы букв разного шрифта; цифр; элементов букв и цифр, наборы арифметических примеров и элементарных задач; наборы геометрических фигур и элементов фигур для конструирования.
7. Книги со стихами, пословицами, баснями, юмористическими рассказами, поговорками с разработанными к ним вопросами.
8. Наборы текстов с пропущенным началом, серединой, концом.
9. Картинки, изображающие предметы и действия, сюжетные картинки различной сложности, последовательные серии картинок, отражающие постепенно развивающиеся события; репродукции художественных произведений (картин); наборы предметных картинок с недостающими элементами.
10. Книги для чтения, сборники диктантов, азбука, географические карты, наборы пластинок.

Контрольные вопрос и задания

1. Охарактеризуйте основные типы специальных учреждений для детей с нарушениями речи (в системе образования и здравоохранения).

2. Раскройте основные направления в работе логопеда с родителями.
3. Выделите задачи коррекционного обучения в школах для детей с тяжелыми нарушениями речи.
4. Расскажите об оказании логопедической помощи взрослому населению.
5. Перечислите требования к оформлению логопедического кабинета.
6. Какая документация должна быть у логопеда в разных типах учреждений?
7. При посещении специального учреждения выясните конкретные организационные условия работы.
8. Познакомьтесь подробнее с оснащенностью логопедического кабинета и документацией логопеда (в школе, в детском саду, пункте и т. д.).

Литература

1. *Волкова Л. С.* Выявление и коррекция нарушений устной речи у слепых и слабовидящих детей. Л., 1991.
2. Воспитание и обучение умственно отсталых детей дошкольного возраста. М., 1983.
3. *Гаранина Л. А.* Вариативность организации логопедической помощи детям дошкольного возраста. Курск, 1998.
4. Дети с задержкой психического развития / Под. ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. М., 1984.
5. Основы логопедии / Под. ред. Т. В. Волосовец. М., 2000.
6. *Филичева Т. Б., Чевелева Н. А.* Логопедическая работа в специальном детском саду. М., 1987.
7. *Ястребова А. В., Бессонова Т. П.* Инструктивно-методическое письмо о работе учителя-логопеда логопедического пункта при общеобразовательных учреждениях. М., 1996.

Глава 20

ОТБОР В СПЕЦИАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Успешному развитию сети специальных учреждений для детей с нарушениями речи способствуют новейшие исследования в области логопедической науки, охватывающие различные вопросы теории и практики.

Сюда относятся:

- совершенствование диагностики (особенно ранней) речевых нарушений и дифференцированная диагностика, позволяющая проводить отграничение детей с речевыми нарушениями от других аномалий, иногда внешне сходных, но имеющих разную природу возникновения и требующих разных методов коррекции;
- определение оптимальных возрастных сроков выявления детей с различными нарушениями речи и своевременная организация дифференцированного обучения;
- исследование взаимосвязи между нарушениями устной (в дошкольном возрасте) и письменной (в школе) речи;
- теоретическое обоснование предупредительной направленности работы в дошкольных учреждениях;
- разработка модели преемственности в работе дошкольных и пкольных учреждений;
- изучение особенностей развития детей с нарушениями речи в дошкольном возрасте;
- разработка содержания и методов обучения дошкольников с учетом различных речевых нарушений;
- разработка организационных вопросов и соответствующей документации.

В учреждениях для детей с нарушениями речи последовательно осуществляется обучение и воспитание по специальным программам, предусматривающим наряду со всесторонним развитием детей коррекцию дефектного становления речи и вторичных проявлений, вызванных первичным (речевым) нарушением. Коррекционным обучением в большинстве случаев достигается реабилитация детей в условиях специальных дошкольных и школьных учреждений.

Своевременное выявление детей с нарушениями речи и направление их на медико-психолого-педагогическую комиссию осуществляется логопедами детских поликлиник, педиатрами, психиатрами и невропатологами, логопедами детских садов, школьных логопедических пунктов.

Отбор в детские сады (группы) для детей с нарушениями речи

В дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи осуществляется дифференцированное обучение и воспитание детей с различными речевыми аномалиями.

Для реализации дифференцированного подхода в обучении и воспитании детей, имеющих различные речевые нарушения, в дошкольных учреждениях создаются следующие группы:

- для детей с общим недоразвитием речи (3–6 лет);
- для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (5–6 лет);
- для детей с нарушением произношения отдельных звуков (5–6 лет);
- для заикающихся детей (2–6 лет).

Отбор детей с нарушениями речи в специальные ясли-сады, детские сады и отдельные группы при массовых детских садах и комплектование групп в них производится на заседаниях медико-психолого-педагогических комиссий и осуществляется на основе соблюдения ряда принципов.

- Принцип отграничения детей с нарушениями речи от других аномалий. В дошкольные учреждения принимаются дети с нарушениями речи только в том случае, если они имеют нормальный слух и первично сохранный интеллект.

В связи с этим серьезное внимание уделяется правильной диагностике речевых нарушений и отграничению детей с речевыми аномалиями от сходных состояний (нарушения речи при умственной отсталости, задержке психического развития, нарушениях слуха).

- Возрастной принцип. В детские сады, ясли-сады и отдельные группы при массовых детских садах принимаются дети с нарушениями речи в возрасте от 2 до 7 лет, причем в каждую отдельную группу зачисляются дети одинакового возраста.
- Принцип дифференцированного обучения детей с разными по тяжести речевыми дефектами.

Рекомендации к зачислению дошкольников в специальные группы для детей с нарушениями речи

Правильное комплектование групп для детей с нарушениями речи обеспечивается соблюдением всех принципов отбора. В группу с общим недоразвитием речи принимаются дети с разным уровнем речевого развития, имеющие различные формы речевой патологии (алалия, дизартрия, ринолалия).

Дети с ***первым уровнем*** речевого развития зачисляются в дошкольное учреждение с 3 лет на 3–4 года обучения. Дети со ***вторым уровнем*** развития зачисляются с 4 лет на 3 года обучения. Дети с ***третьим уровнем*** зачисляются в дошкольное учреждение с 4–5 лет на 2 года обучения, с четвертым уровнем — на 1 год обучения.

Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием речи зачисляются в специальное дошкольное учреждение с 5 лет на 1 год обучения. При наличии достаточного контингента детей, имеющих однородную форму речевой патологии (ринолалия, дизартрия), создаются специальные группы. Дети с ринолалией и дизартрией зачисляются на 2 года обучения с 4 лет.

В группу для детей с нарушением произношения отдельных звуков зачисляются те, кто имеет лишь фонетические отклонения. Основным признаком нарушения речи является неправильное звукопроизношение, проявляющееся поразному. При этом для зачисления ребенка в специальную группу дошкольного учреждения необходимо, чтобы у него было нарушено не менее двух групп звуков, например, свистящие и сонорные или сонорные и шипящие, что в целом должно составлять не менее 5—6 звуков. Детей с нарушением произношения отдельных звуков зачисляют с 5 лет, срок обучения — полгода.

В группу для заикающихся принимаются дети с расстройством коммуникативной функции речи. Наряду с заиканием у них может быть нарушено произношение отдельных звуков либо наблюдаться фонетико-фонематическое или общее недоразвитие речи. Заикающихся детей зачисляют в дошкольные учреждения с 2 лет на срок 1 год, с 4–5-летнего возраста — на 2 года. Продолжение специального обучения заикающихся детей от 2 до 5 лет рассматривается медико-педагогической комиссией.

Наполняемость групп определяется тяжестью речевого дефекта; так, количество детей в группах с общим недоразвитием речи, заиканием — 10 человек, в группах с фонетико-фонематическим недоразвитием — 12, нарушением произношения отдельных звуков — 15.

В группах ***для детей с общим недоразвитием речи*** осуществляется подготовка к обучению в общеобразовательной школе или в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.

В группах ***для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием*** и с нарушением произношения отдельных звуков осуществляется подготовка к обучению в общеобразовательной школе. В группах ***с заиканием*** ведется подготовка детей к обучению в общеобразовательной школе или в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи. По мере устранения речевого дефекта дети также переводятся в детские сады общего типа.

Противопоказания к зачислению

В специальные детские сады (группы) не принимаются дети:

- со сниженным слухом;
- имеющие недоразвитие речи, обусловленное умственной отсталостью;
- с частыми эпилептическими припадками;
- с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- с выраженным психопатоподобным поведением;
- дети-инвалиды, не обслуживающие себя;
- дети, имеющие противопоказания к зачислению в детские сады общего типа.

Отбор детей на логопедические пункты при общеобразовательных школах

Сведения об учащихся с нарушениями речи логопед получает в результате:

- просмотра медицинских карт, где имеется заключение логопеда поликлиники о состоянии речи ребенка;
- обследования подготовительных групп детских садов данного района (проводится 3 раза в год в каникулярное время);
- участия в работе комиссии по приему детей в общеобразовательную школу;
- обследования учащихся младших классов общеобразовательных школ.

Составляется график (с 1 по 15 сентября и с 15 по 30 мая), согласованный с директором каждой школы. Фронтальное обследование устной речи учащихся первых классов проводится с помощью картинного материала и небольшой беседы; во II–IV классах обследуются устная и письменная речь.

Учащиеся старших классов обычно поступают на логопедический пункт по направлению учителя или по просьбе родителей.

Выявленные дети с недостатками речи фиксируются в специальном списке, где, кроме общепринятых данных (фамилия, имя, класс, школа, домашний адрес и дата обследования), указываются успеваемость по родному языку, недостатки речевого развития, а также краткие соответствующие рекомендации.

Логопед проводит совместно с учителем отбор учащихся для занятий и связывается с родителями детей.

Занятия начинаются с 15 сентября. Зачисляется одновременно от 30 до 40 детей. Прием проводится в соответствии со списком выявленных учащихся в течение всего учебного года по мере освобождения мест.

На логопедические пункты в первую очередь зачисляются учащиеся начальных классов, имеющие нарушения речи, препятствующие успешному обучению. Речь детей, зачисленных на логопедический пункт на основании предварительного обследования, тщательно изучается логопедом в соответствии с планом, отраженным в специальной речевой карте.

Рекомендации к комплектованию логопедических пунктов

Основной формой организации учебно-коррекционной работы на логопедическом пункте являются групповые занятия. Правильное комплектование групп — важнейшее условие организации эффективной работы с детьми и применения адекватных коррекционных приемов.

Комплектуются следующие группы учащихся: с недостатками письма и чтения, обусловленными речевой патологией; с отклонениями фонетического и лексико-грамматического развития (нерезко выраженное общее недоразвитие речи); заиканием; с недостатками произношения отдельных фонем.

Правом преимущественного зачисления на занятия пользуются дети, недостатки речи которых являются препятствием для усвоения программы общеобразовательной школы.

Комплектование специальных школ для детей с нарушениями речи

Зачисление детей в специальную школу проводит медико-психолого-педагогическая комиссия, состав и организация работы которой определены положением «О республиканских и областных медико-педагогических комиссиях».

Задачи комиссии состоят в следующем:

- осуществление дифференцированного отбора детей с недостатками умственного и физического развития в специальные школы-интернаты;
- рекомендации к направлению детей школьного возраста, не подлежащих обучению в школах общего типа, в соответствующие специальные школьные учреждения;
- решение вопросов о выводе из специальных школ или переводе в соответствующие условия обучения и воспитания;
- консультирование родителей и педагогов по вопросам лечения, воспитания и обучения детей с легкими отклонениями в развитии.

Медико-психолого-педагогическая комиссия начинает свою работу с конца учебного года (апрель — июнь).

Устанавливается график приема детей, когда члены комиссии знакомятся с документами на каждого ребенка, проводят индивидуальное психолого-педагогическое обследование. Члены ПМПК (психолого-медико-педагогических комиссий-консультаций) составляют протокол (в 2 экземплярах), где записывается окончательное логопедическое заключение и рекомендации к зачислению ребенка.

В I отделение зачисляются дети с ОНР (выраженным в разной степени) и имеющие диагноз алалия, афазия, дизартрия, ринолалия, алексия, аграфия.

Дети, страдающие тяжелой формой заикания, препятствующей общению и обучению в общеобразовательной школе, принимаются во II отделение.

Специальная школа для детей с нарушениями речи по своей структуре имеет переменный состав учащихся. В нее могут быть зачислены дети не только в начальные, но и более старшие классы, если дети обучались ранее в общеобразовательной школе или других типах школ.

Основным критерием для зачисления учащихся в классы I отделения служит состояние их речи. Классы комплектуются по степени речевого недоразвития детей с учетом их общеобразовательной подготовки.

В подготовительный класс принимаются дети в возрасте 6–7 лет, не прошедшие дошкольной подготовки и имеющие первый уровень речевого развития.

В I класс принимаются учащиеся, перешедшие из подготовительного класса и из других учреждений (общеобразовательная школа, детский сад для детей с нарушениями речи и т. д.), имеющие второй и третий уровни речевого развития, а также знания и навыки по учебным предметам, соответствующие программным требованиям I класса речевой школы.

В остальные классы I отделения принимаются учащиеся из общеобразовательной школы, имеющие разную степень ОНР, владеющие общеобразовательными знаниями в объеме программы того или иного класса специальной школы независимо от того, в каком классе они до этого обучались.

В исключительных случаях, когда отсутствует помощь детям при логопедических пунктах массовой школы или в специальных логопедических учреждениях, в I класс могут зачисляться дети и с менее выраженным недоразвитием речи, имеющие, например, лишь грубые нарушения ее звуковой стороны и недостаточно подготовленные к овладению чтением и письмом. Такие дети зачисляются в специальную речевую школу обычно после пребывания их в массовой школе, где были обнаружены специфические речевые трудности, обусловливающие неуспеваемость по чтению и письму.

Часть детей по мере исправления речи постепенно выбывает из специальной школы в массовую. Поэтому IV–VI классы I отделения доукомплектовывают детьми, которые по тем или иным причинам не могли поступить в речевую школу.

Недоразвитие речи у детей с возрастом становится менее выраженным. Однако оно полностью не преодолевается и при отсутствии специальной помощи сохраняется на протяжении многих лет. При этом особенно страдают письменные формы речи.

Так, 10–12-летние дети при относительно сохранной устной речи продолжают пользоваться самыми простыми предложениями, не употребляя более сложные конструкции; при построении предложений у них в ряде случаев отсутствует правильная связь слов, выражающая временные, причинные и другие отношения; наблюдаются отдельные ошибки и в согласовании, особенно существительных с прилагательными и с числительными.

При зачислении таких детей в тот или иной класс речевой школы в первую очередь нужно учитывать следующее:

- требованиям какого класса отвечают имеющиеся у них знания и навыки по математике и другим общеобразовательным предметам;
- в какой коррекционной работе по речи и письму они нуждаются;
- возможна ли эта работа в данном классе.

В младшие классы зачисляются дети, имеющие разные формы нарушения речи (алалию, дизартрию, ринолалию,

алалию, осложненную заиканием, и т. д.), для преодоления которых требуется применение специфических приемов и методов обучения. При достаточном количестве учащихся на первоначальных этапах обучения важно предусмотреть дифференцированное обучение детей в зависимости от природы и характера речевого нарушения путем организации параллельных классов.

По мере обучения детей организация учебного процесса уже не требует такой дифференциации, так как речевые дефекты становятся все более сглаженными.

Если в процессе учебной работы будет установлено, что тот или иной ребенок преодолел имеющийся дефект речевого развития и может продолжать обучение в массовой школе, тогда районный или городской отдел народного образования по получении необходимых материалов от директора речевой школы должен направить его в соответствующий класс массовой школы. Директору и педагогическому совету массовой школы следует создать условия для успешного интегрированного обучения учащегося, переведенного из специальной школы для детей с тяжелыми нарушениями речи (индивидуальный подход, продолжение занятий на логопедическом пункте для закрепления правильной речи и т. д.).

Перевод целесообразен только тогда, когда общеобразовательные знания соответствуют определенному классу массовой школы.

Если в процессе учебы выявляется, что ребенок не соответствует по своему развитию данному типу школы, то он проходит комиссию повторно и уже с результатами заключения учителей и логопеда переводится или во вспомогательную школу, или в школу для слабовидящих детей.

В специальную школу для детей с нарушениями речи не принимаются дети:

- имеющие снижение слуха;
- требующие специального ухода;
- больные эпилепсией с частыми припадками;
- инвалиды, не умеющие себя обслуживать;
- дети, речевые нарушения которых могут быть преодолены на школьных логопедических пунктах.

На комиссию представляются следующие документы:

1. Логопедическая характеристика. В ней подробно описывается состояние речевого развития ребенка.
2. Педагогическая характеристика. В ней содержатся сведения о том, какие трудности он испытывает в процессе обучения или воспитания, чем объясняются эти затруднения, какая индивидуальная помощь была оказана ребенку; как реагировал на нее; как относился к своему дефекту; какие отношения с коллективом и т. д. К характеристике прилагается копия личного дела учащегося и письменные работы, а также табель успеваемости и школьная медицинская карта.
3. Подробная выписка из истории болезни ребенка, подписанная главным врачом детской поликлиники, с заключениями: педиатра, психоневролога, оториноларинголога, офтальмолога, врача-ортопеда (для детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата).
4. Свидетельство о рождении (предъявляется).

Рекомендации к обследованию детей

При отборе в специальные дошкольные и школьные учреждения важно своевременно отграничить детей с первичными речевыми нарушениями от умственно отсталых, так как у них наблюдаются сходные проявления. Известно, что значительное число умственно отсталых детей имеют различно выраженные нарушения речи, общее недоразвитие, дефекты произношения.

Но сходные по своим внешним признакам речевые нарушения обусловлены разными причинами.

Дефекты речи у умственно отсталых детей, как отмечает Р. Е. Левина, «представляют собой вполне закономерное явление, если учесть пониженную способность умственно отсталых детей к наблюдению и сравнению правильного и неправильного произношения, к вычислению и обобщению фонематических признаков языка, пониженную познавательную активность. Столь же закономерно влияние нарушений обобщающих процессов на формирование смысловой стороны речи» [6, с. 22].

Правильное диагностирование детей в условиях краткосрочной работы приемно-отборочной комиссии весьма сложно. Эта задача усугубляется еще и тем, что у ряда детей с речевыми нарушениями при неблагоприятных условиях воспитания и обучения может возникнуть как вторичное явление отставание общего развития. Последнее обстоятельство в комплексе с недоразвитием речи нередко способствует ошибочному отнесению умственно отсталых детей к числу речевых и, наоборот, речевые дети считаются умственно отсталыми. Чтобы избежать подобной ошибки, важно выявить причины, обусловливающие отклонения в речевом развитии ребенка.

Разница между ними наглядно проявляется при обследовании различных сторон их познавательной деятельности. Умственно отсталый ребенок поставленную перед ним познавательную задачу решает на очень низком уровне обобщения или совсем не может ее решить.

Правильно подойти к анализу нарушения речи у детей с достаточной степенью достоверности, определить, имеет ли данный ребенок нормальный или первично сниженный интеллект, можно лишь при совместной комплексной работе врача и логопеда, владеющего методами как логопедического, так и психолого-педагогического обследования ребенка.

Сложные вопросы диагностики речевых нарушений требуют правильной квалификации патологических симптомов, остаточных явлений, свидетельствующих о перенесенном ребенком заболевании. Поэтому обследование ребенка на медико-педагогических комиссиях начинает врач-психоневролог. Учитывая анамнестические данные (особенности раннего развития, появления речи, перенесенные заболевания, бытовые условия и т. д.), он выявляет неврологические особенности. Однако результаты исследования, полученные врачом, не являются решающими для отбора. Основное значение должно придаваться логопедическому обследованию.

В процессе дифференциальной диагностики детей необходимо исходить из следующих положений:

1. Обследованию подлежат основные виды познавательной деятельности ребенка. При этом не столько проверяются его знания, сколько выявляются его умствен-

ные способности. Обследуя ребенка в диагностических целях, логопед или педагог должен применять такие задания, которые помогли бы выявить наиболее существенные операции мышления: анализ и синтез, обобщение и абстракцию. Устанавливается, умеет ли ребенок отличать существенные признаки и свойства предмета от несущественных, находить сходство или различие, обобщать окружающие предметы по какому-либо признаку, относить их к определенной категории и т. д., т. е. отбирать сложные и многообразные связи действительности.

2. Диагностическое обследование каждого ребенка должно состоять из двух частей: констатирующей, т. е. выявления того, на каком уровне он может выполнить стоящую перед ним познавательную задачу, и обучающей — с целью выявления характера усвоения ребенком нового материала. Значимость анализа особенностей усвоения ребенком нового материала («зоны ближайшего развития», по Л. С. Выготскому) постоянно подчеркивается отечественными психологами. При этом большое значение для правильного суждения об умственном развитии ребенка имеет учет реакции его на помощь — способствует ли она преодолению встречающихся затруднений и насколько существенно влияет на его дальнейшую самостоятельную деятельность.
3. При оценке уровня познавательных возможностей должны учитываться не только конечные результаты и скорость выполнения задания, но и данные анализа самого процесса деятельности. Поэтому в процессе обследования необходимо обращать внимание, проявляет ли ребенок интерес к тому, что он делает, или нет; внимателен он или быстро переключается с одного вида деятельности на другой; как относится к успехам и неудачам в своей работе; каковы трудности; умеет ли он их преодолевать и т. д. Особенности процесса деятельности являются неоценимым материалом для правильного суждения о ребенке. Быстрый переход от одного вида деятельности к другому, стереотипные и

инертные действия, не связанные с заданием, отсутствие анализа собственных неудач — все это является отличительными чертами умственно отсталого ребенка.

4. Обследование ребенка рекомендуется начинать с выполнения заданий, доступных его возрасту, и в случае необходимости упрощать их до тех пор, пока ребенок не будет справляться с новой для него формой деятельности. Диагностика не должна производиться на основе обследования, проведенного с помощью одного какого-либо приема, метода или одного вида деятельности, а только на основе комплексного исследования. Используется совокупность приемов и методов с учетом всех данных о ходе развития ребенка, с обязательными дополнительными упражнениями, позволяющими довести до ребенка поставленную перед ним задачу.

Медико-психолого-педагогическая комиссия должна располагать определенным ассортиментом игрушек, разнообразными играми, пирамидками, звучащими игрушками (необходимыми для исследования слуха), предметными, сюжетными и серийными картинками, а также картинками, разрезанными на части, цветными палочками для счета и специально подобранными математическими задачами, текстами для чтения и письма и другими дидактическими материалами.

Материал для обследования познавательной деятельности ребенка предъявляется преимущественно в наглядной форме.

Обследование не может быть стандартным по отношению ко всем детям. В зависимости от возраста ребенка, его развития, речевых возможностей и уровня знаний варьируются методы и приемы обследования, предъявляемый материал и формулирование задания.

Обследование ребенка кроме исследования речи включает:

- счет и счетные операции (материал подбирается с учетом возраста и программных требований дошкольного и школьного учреждения);
- конструктивную деятельность;
- логическое мышление;
- состояние слуха.

При отграничении детей с первичными речевыми нарушениями следует иметь в виду, что у них может иметь место

недоразвитие познавательной деятельности, которое носит вторичный характер, в то время как у умственно отсталых это недоразвитие имеет первичный характер.

Наряду с обследованием слуха, интеллекта выявляются особенности речевого развития ребенка: уровень связной речи, степень сформированности грамматического строя, характер лексических ошибок, а также пробелы в фонетико-фонематическом развитии.

У детей школьного возраста проверяется навык усвоения письма и чтения.

Результаты педагогического изучения ребенка согласовываются с результатами медицинского обследования, на основании чего логопедом совместно с врачом-невропатологом или психиатром составляется общее заключение с обоснованным диагнозом и конкретными рекомендациями о зачислении ребенка в специализированное учреждение.

В случаях расхождения заключения комиссии с диагнозом, который представляется в справках, решается вопрос о приеме ребенка в школу, руководствуясь своим заключением.

В тех случаях, когда однократное обследование ребенка не дает возможности установить точный диагноз и определить соответствующий тип специальной школы, комиссия может принять решение о зачислении ребенка сроком не более года в соответствующий класс школы для детей с тяжелыми нарушениями речи (для окончательного установления диагноза).

По истечении установленного срока на основании результатов обучения ребенка ПМПК принимает окончательное решение об оставлении его в школе или о выводе в другое соответствующее учреждение.

Контрольные вопрос и задания

1. Охарактеризуйте основные задачи ПМПК по дифференцированному отбору детей в специальные дошкольные и школьные учреждения.
2. Определите состав ПМПК и организацию ее работы.

3. Каковы основные положения анализа по результатам обследования детей на ПМПК?
4. Перечислите противопоказания (показания) к зачислению детей в специальные (дошкольные) школьные учреждения, на логопедические пункты.
5. Назовите необходимую документацию, предъявляемую на ПМПК.

Литература

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под. ред. Н. С. Лебединской. М., 1982.
2. *Бессонова Т. П., Грибова О. Е.* Дидактический материал по обследованию речи детей. М., 1994. Ч. 1.
3. *Власенко И. Т., Чиркина Г. В.* Методы обследования речи детей. М., 1996.
4. *Забрамная С. Д.* Наглядный материал для психолого-педагогического обследования. М., 1991.
5. *Лубовский В. И.* Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития // Дефектология, 1994, № 1.
6. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1968.
7. Отбор детей во вспомогательную школу. М., 1983.
8. *Филичева Т. Б., Чевелева Н. А.* Логопедическая работа в специальном детском саду. М., 1987.
9. *Хватцев М. Е.* Логопедия. М., 1959.

Глава 21

ПРОФИЛАКТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ

Актуальность проблемы профилактики речевых нарушений детей и подростков принимает глобальный характер.

Решение этих задач неразрывно связано с профилактикой и своевременным выявлением отклонений в физическом, нервно-психическом и речевом развитии детей.

Разработке профилактических медицинских, психологических и педагогических методов воздействия предшествуют научные изыскания, позволяющие полноценно использовать защитные механизмы организма в целом.

Путем специальных воздействий на детей во многих случаях удается предотвратить или затормозить появление у них различных отклонений от нормы, в частности речевой патологии.

Специалисты детских поликлиник наряду с постоянным динамическим наблюдением проводят профилактические осмотры детей от 0 до 14 лет не только в поликлинике, но и в детских дошкольных учреждениях и школах. Совместная работа врачей и педагогов в детских педагогических учреждениях позволяет рано выявлять отклонения от нормы в состоянии здоровья детей, врожденные и приобретенные заболевания, сказывающиеся на развитии речи или способствующие возникновению речевой патологии.

Большое значение в разработке проблемы профилактики речевых расстройств имеет изучение факторов, обеспечивающих нормальное развитие речи у детей. Эти знания имеют непосредственное отношение к гигиене речевого развития, являющегося важнейшим показателем нервно-психического здоровья ребенка. Задачи ее в основном сводятся к изучению возрастных этапов речевого онтогенеза и выявлению условий (включая внешнюю среду и социальные условия) положительно или отрицательно влияющих на речевое развитие.

Перед специальной отраслью логопедии стоят следующие задачи: а) предупреждение речевых нарушений — первичная профилактика; б) предупреждение перехода речевых расстройств в хронические формы, а также предупреждение последствий речевой патологии — вторичная профилактика; в) социально-трудовая адаптация лиц, страдающих речевой патологией, — третичная профилактика.

Первичная профилактика

Предупреждение нарушений в речевом развитии основывается на мерах социального, педагогического и прежде всего психологического предупреждения расстройств психических функций.

Реализация профилактического направления здравоохранения и специальной педагогики начинается еще до рождения ребенка путем создания для будущей матери в период беременности максимально благоприятных условий, регламентируемых соответствующими законами и обеспечиваемых всей службой охраны здоровья матери и ребенка.

В системе психопрофилактических мер существенное значение имеет своевременное генетическое консультирование будущих родителей с целью предупреждения развития тех или иных отклонений в нервно-психическом и, в частности, речевом развитии ребенка.

В научной литературе возникает понятие «фактор риска», под которым подразумеваются различные условия внешней сферы (биологические и социальные) и индивидуальной реактивности организма, в большей или меньшей степени способствующие развитию тех или иных патологических состояний.

Между биологическими и социальными факторами риска прослеживается тесное взаимодействие.

Биологические факторы риска развития речевых нарушений имеют патогенную природу и действуют на организм главным образом в период внутриутробного развития и родов, мозговые инфекции и травмы, перенесенные после рождения, семейная отягощенность речевыми нарушениями.

В качестве первичного дефекта у новорожденных могут выступать нарушения слуха, зрения, двигательной сферы как в неосложненном виде, так и в различных сочетаниях нескольких первичных дефектов.

Работа с детьми, имеющими фактор риска речевых нарушений, строится исходя из сущности патологии центральной нервной системы.

Ранняя коррекционно-педагогическая работа необходима с первых дней жизни такого ребенка, так как нарушение развития одних функций приводит к вторичной задержке формирования других и в дальнейшем к педагогической запущенности.

Ранняя диагностика нарушений сенсорных и двигательных систем мозга имеет большое значение в организации лечебно-профилактической и медико-педагогической коррекции проявлений дизонтогенеза и последствий органической недостаточности мозга.

Коррекционно-педагогические мероприятия включают в себя развитие ориентировочно-познавательных реакций, фиксацию взора, его прослеживание, слуховое сосредоточение, стимуляцию двигательной активности, вызывание голосовых реакций и т. д.

Основное внимание обращается на развитие сенсорного восприятия: зрительного, слухового, кинестетического. В процессе целенаправленной работы с ребенком раннего возраста, имеющим риск речевой патологии, происходит компенсация дефектных сенсорных функций ребенка, что в значительной степени способствует в дальнейшем нормализации его речевого развития.

К биологическим факторам риска речевых нарушений генетического характера относится, в частности, нарушение формирования психомоторного профиля (леворукость и различные варианты неполного правшества).

В некоторых случаях можно предупредить развитие леворукости, если ребенку с раннего возраста стараться давать предметы только в правую руку, осторожно, но настойчиво перекладывать предметы из левой руки в правую (ложку во время еды и т. п.), в игре использовать преимущественно правую руку, давать ощупывать или угадывать предмет именно правой рукой и т. д.

К биологическим факторам риска речевых нарушений относится также и семейная отягощенность патологией речи.

Социально-психологические факторы риска в последние годы привлекают большое внимание исследователей, в особенности вопросы психической депривации детей. Под ***депривацией*** понимают недостаточное удовлетворение основных потребностей (эмоциональной и сенсорной). Выделяют ***познавательную*** и ***социальную*** депривации (И. Лангмейер, З. Матейчик, 1984). Установлено, что все виды депривации существенно влияют на речевое развитие ребенка.

Отделение от матери в раннем возрасте иногда влечет за собой тяжелые нарушения деятельности мозга и является в дальнейшем одной из главных причин развития эмоциональной неустойчивости, импульсивности, нарушения поведения, которые, в свою очередь, могут осложниться речевыми расстройствами.

После 2,5 лет и старше приобретают значение такого рода воздействия, как наказание дома и особенно в детском учреждении, нежелание посещать ясли или группу, испуг при встрече с малознакомыми лицами, животными, страх отрицательных сказочных персонажей и пр.

Нервно-психическое здоровье, обеспечивающее нормальное речевое развитие ребенка, зависит во многом от межличностных отношений в семье. Особое значение при этом имеют следующие данные:

- характерологические и поведенческие особенности родителей (тревожность, мнительность, инфальтильность, импульсивность, эмоциональная холодность);
- неполная семья;
- конфликтные взаимоотношения в семье, изменение в структуре семьи (смерть, болезнь близких, развод и т. д.);
- резкая смена жизненного стереотипа и типа воспитания;
- неадекватный тип воспитания («кумир», гиперопека, гипоопека);
- несогласованность в воспитательных позициях родителей.

По мере роста и развития ребенка круг психотравмирующих ситуаций может значительно расширяться за счет возрастающего значения влияний внешней среды. Это конфликтные отношения со сверстниками и взрослыми, чрезмерные наказания, запугивания, переживание ситуации испуга (внезапное появление устрашающего животного, просмотр «страшного» фильма, «страшная» сказка), рождение другого ребенка при отсутствии готовности занять позицию старшего и пр.

Учет закономерностей действия факторов риска позволяет целенаправленно проводить первичную профилактическую коррекционно-педагогическую работу.

Стимуляция формирования речевой функции имеет большое значение для развития ребенка. Следует всемерно содействовать тому, чтобы период овладения ребенком двигательными навыками (сидение, ползание, ходьба, тонкие движения рук и пр.), и в частности речевым моторным аппаратом, протекал благоприятно. Необходимо создавать условия для осуществления разнообразных двигательных реакций, способствовать «играм» младенца голосом. Формирование речедвигательной функции тесно связано с развитием общей моторики и в особенности с манипулятивной деятельностью рук.

У детей первых лет жизни особое значение имеет развитие понимания речи, что в значительной степени зависит от речевого поведения взрослых.

Понимание речи происходит у ребенка путем установления связи между словами, произносимыми взрослыми, и предметами, окружающими ребенка. Необходимо объяснять родителям, что они поступают неправильно в тех случаях, когда стремятся по мимике и жестам угадать желания ребенка. При этом у него не появляется необходимости в голосовых реакциях и произнесении звуков и слов.

Лингвистическое воспитание ребенка должно начинаться рано и в первые годы жизни совершаться на родном языке (К. Д. Ушинский, 1948—1952; Е. И. Тихеева, 1981 и др.). Усвоение двух языковых систем на раннем этапе развития речи может быть для ребенка трудной задачей. Если малыш слышит кроме родного языка еще другой язык, то его речь

может развиваться медленнее, а в некоторых случаях появляются многочисленные итерации, переходящие иногда в запинки судорожного характера. В этом плане в семье должны быть установлены взаимопонимание и единый подход, которые позволят ребенку в последующем овладеть в совершенстве двумя и более языковыми системами.

Желательно, чтобы члены семьи были информированы о ходе развития речи в норме и, в соответствии с этим, предъявляли к речи ребенка реальные, а не завышенные требования.

Не следует в начальный период развития речи перегружать ребенка усвоением трудных для произношения и малопонятных слов, заучиванием стихов и песен, не соответствующих возрасту.

К 3 годам у нормально развивающегося ребенка словарь включает 1000—1200 слов. Малыш употребляет почти все части речи, распространенные предложения, его общение со взрослыми и детьми становится речевым. В этот период бурно развивается инициативное обращение со взрослым (вопросы: «как?» «где?» и т. д.). Таким образом, речь взрослого является для ребенка самым важным средством познания окружающего мира. К 3-му году жизни ребенка его собственная речь становится самостоятельным видом деятельности.

При общении с ребенком, который уже научился говорить, следует задавать ему простые вопросы и терпеливо ждать ответ, уметь выслушать малыша и правильно ему ответить.

Окружающие ребенка люди своей плавной, четкой по артикуляции и построению фразы спокойной речью побуждают его к такому подражанию оформления речевого высказывания. В случае появления у ребенка быстрого темпа речи, «захлебывания» словами, «лавинообразного» развития накопления словарного запаса и развития фразовой речи необходим особый речевой режим с ограничением введения в лексикон ребенка новых слов и понятий и в целом речевой нагрузки.

К 6 годам жизни у ребенка бывают сформированы лишь основные параметры речедвигательных механизмов: сокращения мышц речевого аппарата в процессе речи недостаточно автоматизированы, речедвигательные стереотипы легко нарушаются при усложнении речевой задачи, координаторные взаимоотношения между отделами речедвигательного аппарата (в частности, между артикуляторным и дыхательным) неустойчивы.

Несмотря на довольно большой словарный запас, внешнее оформление речи в этом возрасте нередко еще далеко от совершенства: нет чистоты в звучании шипящих, звука ***р***, наблюдаются перестановки звуков и т. п. Обычно эти особенности формирования речи исчезают к 4–5-му году жизни, по мере созревания физиологических и психологических функций мозга, спонтанно под влиянием речи окружающих и правильных ее образцов.

В тех случаях, когда окружающие взрослые имеют неправильное произношение либо, забавляясь, копируют речь ребенка («сюсюкают»), процесс овладения правильным звукопроизношением затрудняется, аномально произносимые звуки речи закрепляются и в дальнейшем такому ребенку бывает необходимо специальное корректирующее обучение у логопеда.

В процессе становления речи дети проходят через так называемые физиологические запинки, что проявляется в прерывистости речевого потока, многократном повторении слогов и слов, произнесении слов в период вдоха. Эти явления, так же как и ненормативное для родного языка звукопроизношение, связаны главным образом с незрелостью координаторных механизмов в деятельности периферического речевого аппарата и обычно исчезают к 4–5 годам жизни. Однако эти запинки могут перейти в настоящую речевую патологию, если в этот период ребенка будет окружать напряженная психологическая обстановка в семье или его речевое воспитание будет неправильным. Детей не следует наказывать за погрешности в речи, передразнивать или раздраженно поправлять.

Ребенок в этот период должен быть ограждан от пребывания в конфликтных ситуациях, от участие в эмоционально значимых для него мероприятиях. Социально-психологическая среда должна быть специально организована в целях стабилизации его эмоционального состояния. Помочь становлению нормальной речи можно, разучивая с ребенком

короткие ритмичные стихи и песни, сопровождая движения, совершаемые в определенном темпе (например, при маршировке), пением и декламацией. Необходимо приучать ребенка говорить с умеренной скоростью. Разговаривать с детьми надо спокойным тоном, четко произнося слова, договаривая окончания.

Большое значение для развития речи имеет сенсорное воспитание и развитие игровой деятельности.

Формирование речевой функции должно осуществляться параллельно с изучением окружающей среды. Правильное восприятие предметов, накопление представлений и знаний о них происходит благодаря теснейшему взаимодействию речевого и сенсорного развития.

Важнейшим средством психического развития является игра.

В самостоятельном пользовании детей должны быть разнообразные наборы игрушек и пособий для развития тонкой моторики рук, конструирования и пр. Включение дидактических игр способствует сенсорному развитию ребенка, формирует понятия, развивает способность обучаться, совершенствует слуховое внимание, речевую артикуляцию и речь в целом. Подбор игрушек и пособий, приемы руководства взрослых игрой детей должны быть тщательно продуманы и усвоены воспитателями в связи с их влиянием на развитие речи детей.

Развитие дифференцированного слухового и фонематического восприятия является необходимым условием для успешного обучения в дальнейшем детей грамоте. Готовность ребенка к обучению письму и чтению неразрывно связана с возможностью осознавать звуковой строй языка, т. е. умением услышать в слове отдельные звуки и их определенную последовательность. Обучение детей различать звуки ведет к развитию внимания к звуковой стороне речи.

Предстоящий переход к обучению в школе предъявляет новые требования к организму ребенка. Психофизиологические исследования детей 6 лет показывают, что этот возраст представляет собой особый переломный период.

В настоящее время особое значение приобретает проблема обучения грамоте и родному языку: формирование практических речевых навыков (сформированность лексико-грамматической стороны речи), развитие осознания языковой действительности, элементов языка, смысловой стороны слова.

Ребенку, поступающему в I класс, необходим запас знаний об окружающих предметах, их свойствах, явлениях живой и неживой природы, о моральных нормах поведения.

Формирование умения соблюдать дисциплинарные требования, предъявляемые детям в школе, идет через развитие всех сторон психики и личности ребенка.

При наличии у ребенка речевых нарушений возрастает необходимость своевременной диагностики степени функциональной готовности к школьному обучению. Только со специалистами разного профиля можно с определенной уверенностью решить вопрос о целесообразности поступления ребенка в школу или предоставления ему отсрочки.

Школе принадлежит большая роль в охране нервно-психического здоровья детей. У детей с речевыми нарушениями адаптация нередко проходит болезненно: усиливаются неустойчивость внимания, памяти, отвлекаемость. Они становятся раздражительными, часто крайне возбудимыми, неусидчивыми, теряют аппетит, плохо спят, с трудом входят в контакт с педагогом. Лишь постепенно эти явления уменьшаются. Критериями наступившей адаптации служат уменьшение утомляемости, восстановление аппетита и сна, установление нормальных взаимоотношений с педагогом и товарищами. Правильное поведение педагога в этот трудный для первоклассника период, его терпение и доброжелательность, постепенность включения детей в учебную нагрузку, индивидуальный подход облегчают адаптацию к школе.

Необходимо помнить, что устную речь у школьника (особенно младших классов) надо развивать не только в плане расширения словарного запаса и оформления грамматической ее стороны, но и в плане специальной тренировки ее внешнего звукового оформления: воспитание ритмичности, четкости звукопроизношения, интонационной выразительности, т. е. всего того, что способствует укреплению речедвигательной стереотипии как базального компонента экспрессивной речи.

Особое внимание необходимо обращать на тех учащихся, речь которых делает их «трудными» в обучении, во взаимоотношениях со сверстниками и старшими, а также на детей с повышенной тревожностью, эмоциональной неустойчивостью, склонностью к самообвинениям, застенчивостью, замкнутостью, склонностью к бурному реагированию на стрессовые факторы.

Таких детей нужно адаптировать к коллективу сверстников, способствовать развитию контактов между ними, умению сотрудничать. В целях преодоления у школьников с речевой патологией чувства неуверенности, эмоциональной напряженности в процессе речевого общения логопедом должна проводиться массированная психотерапевтическая работа.

Окружающим ребенка взрослым необходимо понимать значение авторитета педагога для младшего школьника, а также авторитета группы сверстников для подростка и роль самооценки в раннем юношеском возрасте. Незнание или игнорирование этих сведений неизбежно ведут к стрессам и нарушениям психического здоровья детей, что может сказаться на речевом поведении.

Вторичная профилактика

Известно, что нарушения речи отражаются на психическом развитии ребенка, формировании его личности и поведения (вторичные расстройства). В коррекционную работу должны быть максимально вовлечены родители. Им следует знать, что слабый или сиплый голос ребенка, малая двигательная активность, низкий уровень развития сосательного рефлекса и проч. свидетельствуют о повреждении головного мозга.

Господствующие в обществе взгляды на излечимость и прогноз органических поражений мозга оказывает влияние на отношение родителей к ребенку. Логопед должен разъяснять родителям механизмы компенсации имеющегося органического дефекта, значение таких врожденных рефлексов, как эхопраксия и эхолалия, первых этапов лепета для развития движений артикуляционного аппарата и вызывание

голосовых реакций у ребенка. Родители должны хорошо представлять себе, что чем раньше будет начата доречевая коррекционная работа, тем с меньшими отклонениями будет идти речевое и интеллектуальное развитие детей.

Иногда с детьми, у которых имеются нарушения речи, родители стараются меньше разговаривать и начинают общаться жестами, желая облегчить взаимное понимание. Этим они наносят вред речевому и психическому развитию ребенка. Если ребенок не говорит, то мать и все окружающие должны как можно больше разговаривать с ним. Постепенно у ребенка накапливается словарный запас, необходимый для дальнейшего развития его речи (Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова, 1985).

Степенью, характером речевой недостаточности и психических наслоений определяются возможности ребенка учиться и активно участвовать в общественной жизни школы. Успеваемость в школе тормозится невозможностью вовремя и отчетливо спросить, ответить, рассказать или прочитать. Из-за детей, страдающих речевыми нарушениями, задерживается нередко динамика урока, нарушается дисциплина (в классе возникает смех, передразнивание, жалобы и т. п.).

Недоразвитие звуковой стороны речи, недостаточная сформированность фонематических процессов и звукопроизношения препятствуют своевременному формированию предпосылок к спонтанному овладению практическими навыками анализа и синтеза звукового состава слова. Это состояние можно рассматривать как первое следствие, создающее значительные трудности на пути овладения детьми грамотой. Вторым следствием можно считать те трудности, которые возникают у детей в процессе овладения грамотой.

Школьники, у которых имеются речевые расстройства, теряют интерес к обучению, подчас переходят в категорию нарушителей дисциплины.

Многие дефекты речи, имеющие в своей основе органическое поражение мозга, меняют перспективы жизни. Нередки ситуации, когда будущее для подростка, страдающего речевой патологией, теряет свои четкие очертания. Некоторые расстройства речевой функции влияют не только на получение профессии, но сказываются на устойчивости

энергетического потенциала деятельности и сохранности ее операционального состава.

Таким образом, внимание учителя-логопеда должно быть максимально сконцентрировано на своевременном предупреждении возможных вторичных, более отдаленных последствий речевой патологии. Особенно внимательно следует проанализировать с этих позиций состояние звуковой стороны речи, ибо недостаточная сформированность фонематических процессов даже при полностью скомпенсированных дефектах звукопроизношения может привести к недостаткам в овладении навыками письма и чтения.

В процессе воспитания детей, имеющих речевые нарушения, родителям и педагогам необходимо постоянно осмысливать свое поведение и свою позицию. Взаимопонимание, поощрение, взаимное уважение, соблюдение порядка, взаимодействие как между членами семьи, так и между педагогами и родителями играют серьезную роль в профилактике психогенных реактивных явлений у детей, страдающих речевой патологией. В особенности данное положение актуально для заикающихся школьников.

В тех случаях, когда у детей наблюдаются психологические осложнения типа личностных переживаний, связанных с наличием речевого дефекта, страх речи, уход от ситуаций, требующих речевого общения, логопеду необходимо существенно усилить психотерапевтический акцент в своей работе. Всякий раз этот акцент и формы психотерапии будут зависеть от возраста ребенка и особенностей индивидуального психологического реагирования.

Необходимо хорошо знать и учитывать конкретные проявления речевого дефекта, а также условия его полной компенсации. Вследствие этого тщательное всестороннее изучение каждого ребенка приобретает особую значимость при построении оптимального варианта коррекционного воспитания и обучения детей с патологией речи и вторичной профилактике осложнений. Четкое знание учителем-логопедом индивидуальных особенностей всех детей группы позволяет определить возможность преодоления дефекта в целом, установить необходимые для этого сроки, сделать прогноз в отношении обучения по программе общеобразовательной школы.

Третичная профилактика

Некоторые дефекты речи ограничивают возможности выбора профессии. Профессиональная ориентация и обучение лиц, страдающих патологией речи, входит в задачи третичной профилактики последствий речевых нарушений.

Основным направлением этого этапа является глубокий учет личностных возможностей и интересов каждого ученика, страдающего тяжелым нарушением речи. У таких учащихся должна быть возможность выбора с помощью педагога, психолога, врачей такого пути обучения, который позволит конкретно этой личности достичь наилучших результатов. Для этого контингента учащихся особенно важно перенести центр тяжести обучения с когнитивного развития на эмоциональное и социальное.

Изменения в состоянии здоровья детей отрицательного характера, различные хронические заболевания, сиротство, бродяжничество, ведущие к полиморфным отклонениям в психическом и речевом состоянии, делают необходимым создание центров медико-психолого-педагогической реабилитации, центров надомного обучения и других детских реабилитационных учреждений. В нашей стране появляется тенденция к организации новых образовательных учреждений, где учитываются не только способности и склонности учащихся, но и их психофизическое состояние.

Контрольные задания

1. Опишите систему профилактики нервно-психических нарушений у детей, являющуюся основой для предупреждения речевой патологии.
2. Дайте характеристику форм профилактической логопедической работы.
3. Раскройте направления, формы и содержание пропаганды педагогических и логопедических знаний.
4. Составьте тематический план лекций и докладов для родителей и логопедов по профилактике речевых нарушений.

Литература

1. *Воронова А. П.* К вопросу о профилактике дисграфии у дошкольников с общим недоразвитием речи // Психолого-педагогические основы коррекционной работы с аномальными детьми. Л., 1990.
2. Выготский Л. С. Педагогическая психология. М., 1997.
3. *Ковадев В. В.* Проблемы факторов риска возникновения нарушений психического здоровья в детском возрасте и ее значение для профилактики // Психогигиена детей и подростков. М., 1985.
4. *Лангмейер И., Матейчик З.* Психическая депривация в детском возрасте / Пер. с чеш. Прага, 1984.
5. *Тихеева Е. И.* Развитие речи у детей. М., 1981.
6. *Парамонова Л. Г.* Предупреждение и устранение дисграфии у детей. СПб., 2001.
7. *Спирова Л. Ф., Ястребова А. В.* Учителю о детях с нарушениями речи. М., 1976.

СЛОВАРЬ

ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ ЛОГОПЕДИИ

Автоматизированные речевые ряды — речевые действия, реализуемые без непосредственного участия сознания.

Агнозия — нарушение различных видов восприятия, возникающее при определенных поражениях мозга. Различают зрительные, тактильные, слуховые агнозии.

Аграмматизм — нарушение понимания (импрес.) и употребления (экспрес.) грамматических средств языка.

Аграфия (дисграфия) — невозможность (аграфия) или частичное специфическое нарушение письма (дисграфия).

Адаптация — приспособление организма к условиям существования.

Акалькулия — нарушения счета и счетных операций как средство поражения различных областей коры головного мозга.

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Различают моторные и сенсорные алалии. Существуют и другие систематизации.

Алексия (дислексия) — невозможность (алексия) или частичное специфическое нарушение процесса чтения (дислексия).

Амнезия — нарушение памяти, возникающее при различных локальных поражениях мозга.

Анамнез — совокупность сведений о болезни и развитии ребенка.

Антиципации — способность предвидеть проявление результатов действия, «опережающее отражение», например, преждевременная запись звуков, входящих в конечные слоги слова.

Апраксия — нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, не являющееся следствием параличей и парезов, относящихся к расстройствам

высшего уровня организации двигательного акта.

Артикуляция — деятельность речевых органов, связанных с произнесением звуков речи и различных их компонентов, составляющих слоги, слова.

Астения — слабость.

Асфиксия — удушье плода и новорожденного — прекращение дыхания при продолжающейся сердечной деятельности вследствие понижения или утраты возбудимости дыхательного центра.

Атаксия — расстройство координации движения, наблюдается при различных заболеваниях головного мозга.

Атрофия — патологические структурные изменения в тканях, связанные с угнетением обмена веществ в них.

Аудиограмма — графическое изображение данных исследования слуха с помощью прибора (аудиометра).

Афазия — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Основные формы: ***акустико-гностическая (сенсорная)*** — нарушение фонематического восприятия; ***акустико-мнестическая*** — нарушение слухоречевой памяти; ***семантическая*** — нарушение понимания логико-грамматических конструкций; ***афферентная моторная*** — кинестетическая оральная и артикуляторная апраксия; ***эфферентная моторная*** — нарушения кинетической основы серии речевых движений; ***динамическая*** — нарушение последовательной организации высказывания, планирования высказывания.

Афония — полное отсутствие голоса (***дис-*** — частичное).

Афферентный анализ и синтез — анализ и синтез импульсов, идущих от рецепторов от периферии к коре головного мозга, контролирующих выполнение отдельного движения; организован симультанно, пространственно.

Брадилалия — патологически замедленный темп речи.

Брока центр (зона) — центр моторной речи, расположенной в задней части нижней лобной извилины левого полушария.

Вербализм — недостаток, при котором словесные выражения у детей не соответствуют конкретным представлениям и понятиям.

Вернике центр (зона) — центр восприятия речи, расположенный

в заднем отделе верхней височной извилины левого полушария.

Внутренняя речь — произносимая беззвучно, скрытая, имеет место в процессе мышления.

Воспитание — целенаправленное управление формированием личности.

Высшие психические функции — сложные, прижизненно формирующиеся системные психические процессы, социальные по своему происхождению.

Гаммацизм — недостаток произношения звуков ***г, г'.***

Гемиплегия — поражение на одной половине тела функции произвольной подвижности, т. е. паралич (парез) мышц одной половины тела.

Герц (Гц) — международная единица измерения частоты колебания.

Гиперакузия — повышенная чувствительность к тихим звукам, безразличным для окружающих, наблюдается при сенсорных нарушениях.

Гиперкинез — чрезмерные непроизвольные движения, возникающие при нарушениях нервной системы.

Гипоксия — кислородное голодание организма.

Декомпенсация — расстройство деятельности какого-либо органа или организма в целом вследствие нарушения компенсации (сложного процесса перестройки функции организма при нарушениях или утрате какой-либо функции вследствие заболевания, повреждений).

Деонтология — термин происходит от греческого слова *deon* — должное. Совокупность этических норм и принципов поведения логопеда при выполнении своих профессиональных обязанностей. ***Педагогическая д.*** является учением о педагогической этике, нравственности.

Депривация — недостаточное удовлетворение основных потребностей.

Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Заикание — нарушение темпоритмической организации речи,

обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Задержка речевого развития — замедление темпа, при котором уровень речевого развития не соответствует возрасту ребенка.

Каппацизм — недостаток произношения звуков ***к, к'.***

Кинестетические ощущения — ощущения положения и движения органов.

Клоническая судорога — быстро следующее одно за другим кратковременное сокращение и расслабление мышц.

Комбинированный речевой дефект — сочетание двух и более речевых патологий.

Коммуникативная функция речи — функция общения.

Компенсация — сложный, многоаспектный процесс перестройки психических функций при нарушении или утрате каких-либо функций организма.

Контаминация — ошибочное воспроизведение слов, заключающееся в объединении в одно слово слогов, относящихся к различным словам.

Коррекция нарушений речи — исправление недостатков речи, используются также термины «устранение», «преодоление речевых нарушений».

Ламбдацизм — неправильное произношение звуков ***л, л'.***

Логопедическое воздействие — педагогический процесс по коррекции, компенсации личности ребенка.

Логопедия — специальная педагогическая наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания.

Логоррея — бессвязный речевой поток как проявление речевой активности, наблюдается при сенсорных нарушениях.

Локализация функций — связь физиологических и психических функций с работой определенных участков коры головного мозга.

Механизм нарушения речи — характер отклонений процессов и операций в возникновении и развитии речевой деятельности.

Микроглоссия — врожденное недоразвитие языка (***макро-*** — массивный язык).

Мимика — движения мышц лица, глаз, отражающие разнообразные чувства человека: радость, печаль, беспокойство, удивление, страх и т. д.

Модуляция голоса — изменение высоты голоса, связанное с интонацией.

Мутация голоса — изменение голоса, наступающее в результате изменений в голосовом аппарате (13—15 лет).

Мутизм — прекращение речевого общения с окружающими вследствие психической травмы.

Нарушения голоса — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.

Нарушения речи (синонимы — ***расстройство речи, речевые нарушения, дефекты речи, недостатки речи, речевые отклонения, речевая патология***) — отклонения в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, проявляющиеся в парциальных (частичных) нарушениях (звукопроизношения, голоса, темпа и ритма и т. д.) и обусловленные расстройствами нормального функционирования психофизических механизмов речевой деятельности. С точки зрения коммуникативной теории ***Н. Р.*** есть нарушения вербальной коммуникации.

Нарушение речевого развития — группа различных видов отклонений в развитии речи, имеющая различную этиологию, патогенез, степень выраженности. При ***Н. р. р.*** нарушается ход речевого развития, проявляются несоответствия нормальному онтогенезу, отставания в темпе.

Недоразвитие речи — качественно низкий уровень сформированности сравнительно с нормой той или иной речевой функции или речевой системы в целом.

Нейролингвистика — отрасль психологической науки, пограничной с психологией, неврологией и лингвистикой.

Нейроонтогенез — созревание нервной системы.

Нейрон — нервная клетка с отростками (дендритами и аксоном). Нейроны подразделяются на афферентные, несущие импульсы к центру, эфферентные, несущие информацию от центра к периферии, и вставочные, в которых происходит предварительная переработка импульсов.

Невропатия — конституциональная нервность (повышенная возбудимость нервной системы).

Негативизм — немотивированное сопротивление ребенка воздействию на него взрослого. Речевой Н. — упорный отказ от общения.

Обтуратор — приспособление для закрытия дефекта твердого неба при его расщелинах.

Общее недоразвитие речи — различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

Ортодонтия — раздел медицины, занимающийся изучением, предупреждением и лечением деформаций зубных рядов и челюстно-лицевого скелета.

Отраженная речь — повторенная за кем-либо.

Перевоспитание (в логопедии) — коррекция и компенсация лиц с нарушениями речи.

Позотонические рефлексы — врожденные рефлексы, проявляющиеся в изменении позы и мышечного тонуса в зависимости от положения головы.

Психическая (в том числе и речевая) система — сложные связи, возникающие между отдельными функциями в процессе развития.

Парафазия — нарушение речевого высказывания, проявляющееся в неправильном употреблении звуков (литеральная) или слов (вербальная) в устной и письменной речи.

Патогенез нарушений речи — раздел патологии, изучающий механизмы возникновения и развития нарушений речевой деятельности.

Персеверация — повторение или настойчивое воспроизведение какого-либо действия или слога, слова. В основе ***П.*** лежат процессы, связанные с запаздыванием сигнала о прекращении действия.

Пренатальный — относящийся к периоду перед рождением.

Психотерапия — лечение психическим воздействием.

Распад речи — утрата имевшихся речевых навыков и коммуникативных умений вследствие локальных поражений мозга.

Релаксация — расслабление, понижение тонуса скелетной мускулатуры.

Рефлекс-запрещающая позиция — специальная поза ребенка, в которой достигается максимальное расслабление.

Рефлексы орального автоматизма — врожденные ***Р.***, вызываемые в области рта.

Ринолалия — нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Ротацизм — неправильное произношение звуков ***р, р'.***

Сенсорный — чувствующий (противоположный — моторный, двигательный).

Сигматизм — недостаток произношения свистящих и шипящих звуков.

Симптом нарушения речи — признак (проявление) нарушения речевой деятельности.

Синапс — область соприкосновения (контакта) нервных клеток друг с другом (межнейронный ***с.***) или с иннервируемыми ими тканями (органный ***с.***).

Синдром — сочетание признаков (симптомов) речевой деятельности в нарушенном виде.

Синтагма — синтаксическая интонационно-смысловая единица.

Симультанный — анализ и синтез, имеющий определенный целостный (одновременный) характер.

Сложный (комбинированный) дефект — дефект, при котором прослеживаются определенные связи, например, речевая и зрительная недостаточность и другие сочетания.

Соматический — телесный.

Сопряженная речь — одновременное совместное произнесение двумя или более лицами слов и фраз.

Структура речевого дефекта — совокупность речевых и неречевых симптомов и их связи.

Судороги — непроизвольные сокращения мышц.

Сукцессивный — анализ (и синтез), реализуемый по частям (последовательный), а не целостно.

Тахилалия — патологически ускоренный темп речи.

Тоническая судорога — длительное сокращение мышц и вызванное им напряженное положение.

Тремор — непроизвольные ритмические колебания конечностей, голоса, языка.

Фактор риска — различные условия внешней или внутренней сферы организма, способствующие

развитию патологических состояний.

Фонетико-фонематическое недоразвитие — нарушение процесса формирования произносительной системы рóдного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Фонематический анализ и синтез — умственные действия по анализу или синтезу звуковой структуры слова.

Фонематическое восприятие — специальные умственные действия по дифференциации фонем и установлению звуковой структуры слова.

Фонематический слух — тонкий систематизированный слух, обладающий способностью осуществлять операции различения и узнавания фонем, составляющих звуковую оболочку слова (***Ф. с.*** близок по значению ***Ф. в.***).

Фонопедия — комплекс педагогического воздействия, направленного на активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани, коррекцию дыхания и личности обучающегося.

Экстирпация (гортани) — удаление.

Этиология — учение о причинах.

Эхолалия — автоматическое повторение слов вслед за их воспроизведением.

Церебральный — мозговой.

Язык — система знаков, служащая средством человеческого общения, мыслительной деятельности, способом передачи информации от поколения к поколению и ее хранения.

ПЕРСОНАЛИИ

Основоположники отечественной логопедии

Власова Наталия Александровна (1899—1989)

Логопед-дефектолог, кандидат педагогических наук, профессор. Окончила 2-й МГУ (ныне МПГУ). В 1929 г. с профессором В. А. Гиляровским организовала в больнице им. Соловьева детскую площадку, где оказывалась логотерапевтическая помощь заикающимся детям.

Впервые на детской площадке при больнице Соловьева Н. А. Власовой вместе с профессором В. А. Гринер была внедрена логопедическая ритмика.

В 1964 г. Н. А. Власова была приглашена на работу в НИИ психиатрии им. Сербского в лабораторию патологии речи. Автор многочисленных научных и практических трудов. Она долгие годы сотрудничала с факультетом реабилитации Берлинского университета им. Гумбольдтов, совместно с профессором К. П. Беккером ею была написана монография «Заикание»; переведен и отредактирован учебник «Логопедия» К. П. Беккера и М. Совака.

Имя Н. А. Власовой достойно стоит среди тех, кто внес большой вклад в развитие отечественной логопедии.

Основные труды

Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. М., 1955.

О заикании у детей дошкольного возраста. М., Педиатрия, 1974. № 7.

Заикание (в соавторстве с К. П. Беккером).М.; Берлин, 1978 (перевод с нем.).

Доброгаев Сергей Мартьянович (1873, дата кончины неизвестна)

Врач-невропатолог, профессор. Работал зав. кафедрой физиологии, патофизиологии речи, логотерапии и логопедии с 1932 по 1935 гг. в Ленинграде. Большая часть его работы связана с ЛГПИ им. А. И. Герцена. Лекции, экспериментальные научные исследования посвящены вопросам физиологии, патофизиологии и терапии речи. По проблемам речи опубликованы научные работы в области сурдопедагогики и логопедии.

Основные труды

Физиологический и социальный элементы в учении о речи человека / РАНИОН НИИ сравнит., истории лит. и яз. Запада и Востока. Л., 1929.

Звукопроизносительная речь нормально слышащих и кинетическая речевая коммуникация глухонемых // Язык и мышление: Сб. ст. / АН СССР. Ин-т языка и мышления. Л., 1934.

Конспект курсов физиологии речи, патофизиологии речи и логотерапии / ЛГПИ. Л., 1934.

Ипполитова Анастасия Гавриловна (1902—1986)

Трудовая деятельность началась в детском доме для глухонемых детей, затем она поступила на дефектологический факультет 2-го МГУ, по окончании которого получила специальность сурдопедагога и логопеда. Работала в различных специальных учреждениях Москвы, а с 1946 года — в Центральном невропсихиатрическом диспансере для детей

и подростков, сочетая практическую работу логопеда с научной в НИИ дефектологии АПН РСФСР и педагогической — в МГПИ им. В. И. Ленина. В это же время стала главным методистом Москвы.

Осуществленная ею теоретическая и практическая разработка системы методических приемов постановки звукопроизношения у детей с псевдобульбарной дизартрией и ринолалией явилась ценным вкладом в дефектологическую науку.

Основные труды

Логопедические занятия при ринолалии в дооперационном периоде. М., 1963.

Открытая ринолалия. М., 1983.

Левина Роза Евгеньевна (1908—1989)

В 1927 году поступила во 2-й МГУ. В 1933 г. возглавила медико-педагогическую группу, сформированную при ЭДИ для работы с детьми-алаликами. В 1951 г. опубликовала книгу «Опыт изучения неговорящих детей (алаликов)», где впервые в логопедии были последовательно изложены принципы системного анализа речевой и психической недостаточности алаликов. Основные положения и выводы этой работы имеют и до настоящего времени первостепенное дифференциально-диагностическое значение для теории и практики логопедии.

Наиболее значительной научной заслугой профессора Левиной по праву считается построение концепции общего недоразвития речи. В 1961 г. завершила обширное исследование, результаты которого были изложены в ее докторской диссертации «Нарушение письма у детей с недоразвитием речи». Впервые был осуществлен анализ различных компонентов речевой деятельности, влияющих на природу нарушений письма: описаны индивидуальные особенности компенсации в соответствии с различной структурой дефекта письма.

Итогом значительного периода научной деятельности Р. Е. Левиной явилась широко известная логопедам книга «Основы теории и практики логопедии» (1968 г.), написанная коллективом сотрудников под ее непосредственным руководством. Значительным вкладом в развитие организации логопедической помощи в системе образовательных учреждений явилась разработанная ею психолого-педагогическая классификация речевых нарушений.

Выдающийся ученый в области логопедии, Р. Е. Левина всегда являлась высочайшим авторитетом для ученых, учителей, организаторов корррекционного обучения — всех, кто был занят проблемой преодоления речевых нарушений у детей.

Основные труды

Опыт изучения неговорящих детей. М., 1954.

Нарушение письма у детей с недоразвитием речи. М., 1961.

Основы теории и практики логопедии. М., 1968.

Ляпидевский Сергей Семенович (1903—1975)

Свою трудовую деятельность начал с работы в детских трудовых колониях и детских домах для аномальных детей в качестве педагога-воспитателя. После окончания педагогического факультета 2-го МГУ в 1925 году был направлен на работу в Казань и поступил на медицинский факультет Казанского университета. В 30-е гг. вместе с А. И. Дьячювым организовал Московский областной и городской дефектологический кабинет, а в 1932 году — дефектологический факультет и кафедру дефектологии в Московском городском педагогическом институте.

В годы Великой Отечественной войны служил в рядах Советской армии. С 1946 по 1965 год работал в Научно-исследовательском институте дефектологии АПН РСФСР. В 1955 году был избран на должность заведующего кафедрой

психопатологии и логопедии МГПИ им. В. И. Ленина, в 1962 году ему было присвоено звание профессора.

Сочетание двух профессий — педагога и врача — способствовало формированию С. С. Ляпидевского как разностороннего ученого с широким кругом интересов. Он является автором и редактором учебников для высшей школы, монографий, сборников статей. С 1946 по 1955 г. был экспертом ЮНЕСКО по дефектологии, способствовал установлению научных связей с дефектологами ряда стран. Его работы изданы в Румынии и Югославии.

Научно-педагогическая и общественная деятельность С. С. Ляпидевского получила высокую оценку. Он был награжден орденом Красной Звезды, медалями, Почетной грамотой Верховного Совета РСФСР. За большие заслуги в педагогической деятельности и в развитии специальной педагогики был удостоен медали им. К. Д. Ушинского.

Основные труды

Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С. С. Ляпидевского. М., 1963. Вып. I, II, III.

Расстройства речи у детей и подростков // Под ред. С. С. Ляпидевского. М., 1969.

Анатомо-физиологические механизмы речи (в соавторстве). М., 1969.

Орфинская Вера Константиновна (1899—1971)

Училась в Петрограде на этнолого-лингвистическом отделении университета. Ее учителями и руководителями первых научных работ были ученые с мировым именем, профессора-лингвисты М. Г. Долобкс и Л. В. Щерба. В течение нескольких лет занималась и на биологическом факультете, где серьезно изучила курсы анатомии, гистологии, а также физиологии под руководством А. А. Ухтомского.

Еще в довоенные годы занялась изучением дисграфии у учащихся младших классов массовой школы. В 1928 г. продолжила свои исследования в Отофонетическом институте, где обследовались, воспитывались и обучались дети с различными видами патологии: глухие, слепоглухонемые, заикающиеся, алалики и др.

В 1934 г. стала заведующей фонолого-логопедической лаборатории института.

Ее исследовательская деятельность начиная с военных лет сосредоточилась в основном на проблеме алалии и афазии.

Впервые в истории логопедии В. К. Орфинской было проведено сравнительное лингвистическое исследование таких сложных речевых расстройств, как афазия и алалия. В разработанной ею лингвистической классификации представлены не только ведущие расстройства, но и характер неполноценности языковых систем, их соотношение с гностико-практическими расстройствами, подробно описаны симптомы языковых расстройств, проявления нарушений фонематической, морфологической, синтаксической систем языка.

Результаты сравнительного лингвистического изучения алалии и афазии были обобщены В. К. Орфинской в ее докторской диссертации, которую она защитила в 1960 году в ЛГПИ им. А. И. Герцена на дефектологическом факультете.

Основные труды

Спорные вопросы обучения слышащих детей без речи. Л., 1959.

Принципы построения дифференциальной методики обучения алаликов на основе лингвистической классификации форм алалии. Л., 1963.

Методика работы по подготовке к обучению грамоте детей-алаликов и анартриков. Л., 1963.

Правдина Ольга Владимировна (1894—1977)

Окончила в 1917 г. физико-математический факультет Московских высших женских курсов. В 1920—21 уч. г. по

ее просьбе была командирована на годичные курсы по детской дефективности, а через год начала работать в медико-педагогической клинике Наркомпроса в качестве логопеда. Ее идейными руководителями стали широко известные ученые Ф. А. Рау и Ю. А. Флоренская.

С 1933 по 1936 г. О. В. Правдина работала в логопедической поликлинике при объединении им. Н. А. Семашко. С 1936 стала работать логопедом в Научно-практическом институте (ныне Институт коррекционной педагогики РАО).

В период Великой Отечественной войны защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата педагогических наук на тему: «Тяжелая детская дизартрия в логопедической практике». С 10 сентября 1952 г. начала работать на кафедре психопатологии и логопедии МГПИ им. В. И. Ленина под руководством С. С. Ляпидевского.

В 1969 г. вышел ее учебник «Логопедия» для дефектологических и дошкольных факультетов, а также для логопедов-практиков и для учащихся педагогических училищ.

В настоящее время в области логопедии активно работает ряд известных методистов — учеников Ольги Владимировны Правдиной, которые продолжают дело подготовки логопедических кадров для Российской Федерации.

Основные труды

Альбом по коррекции речевых расстройств при афазии (опыт работы в госпитале). М., 1945—49.

Логопедия. М., 1973.

Рау Федор Андреевич (1868—1957)

Советский дефектолог, член-корр. АПН РСФСР, д-р пед. наук, профессор. Разрабатывал вопросы теории и практики в сурдопедагогике и логопедии. В течение многих лет возглавлял Арнольдо-Третьяковское училище глухонемых (позднее Московский институт глухонемых).

Инициатор первых мероприятий по организации логопедической помощи в стране. Большое внимание уделял подготовке сурдопедагогов и логопедов, он является одним из организаторов высшего дефектологического образования.

В течение многих лет возглавлял кафедру сурдопедагогики и логопедии МГПИ им. В. И. Ленина. Он автор и редактор большого числа печатных трудов (монографий, статей, учебников, методических пособий) по сурдопедагогике и логопедии. Награжден орденом Ленина.

Основные работы

Букварь для школ глухонемых (совм. с Н. А. Рау). М., 1940.

Методика обучения глухонемых произношению (совм. с Ф. Ф. Рау). М., 1959.

Методические указания к книге М. Г. Генинг и А. Копейкиной «Учись правильно говорить». М., 1931.

Рау Елена Федоровна (1889—1969)

Имя Е. Ф. Рау известно дефектологам всех поколений. Кандидат пед. наук, доцент. Она (как и Ф. А. Рау и Н. А. Рау) стояла у истоков развития отечественной сурдопедагогики и логопедии, работая с глухими и неговорящими дошкольниками. При Московском институте педиатрии ею был открыт стационар для глухих детей от 2—3 месяцев и до 2 лет, а также слухоречевой кабинет для детей с недостатками слуха и речи. В 1935 г. по ее инициативе были открыты первые ясли для детей раннего и преддошкольного возраста, имеющих недостатки слуха и речи. В 1954—56 гг. она совмещала работу в здравотделе Москвы с преподавательской деятельностью на дошкольном отделении дефектологического факультета МГПИ им. В. И. Ленина. С 1956 по 1969 г. Е. Ф. Рау — доцент кафедры дефектологии МГЗПИ, автор многих известных научных работ.

Основные труды

О заикании детей дошкольного возраста. М., 1958.

Воспитание правильного звукопроизношения у детей (советы родителям). М., 1961.

Логопедия — учебник для студентов заочников (в соавт.). М., 1969.

Трауготт Наталия Николаевна (1904—1994)

Доктор мед. наук профессор Наталия Николаевна Трауготт работала вместе с И. П. Павловым, Л. С. Выготским, А. Г. Ивановым-Смоленским, Л. А. Орбели.

С 30-х гг. начала изучать физиологию ВИД у лиц с патологией речи, а также у больных с психопатологическими синдромами. В сферу ее научных интересов в дальнейшем входило изучение межполушарного взаимодействия. Впервые в истории науки она экспериментально изучала работу анализаторов человека при локальных поражениях головного мозга, изучила работу слухового анализатора при детской тугоухости, алалии и афазии. Ей удалось дифференцировать сенсорную алалию от тугоухости по специфике нарушений слуховой функции. Ею был впервые в отечественной и мировой физиологии выявлен и описан феномен замыкательной акупатии как общий механизм нарушения неречевого и речевого слуха.

Под руководством Н. Н. Трауготт в лаборатории патологии высшей нервной деятельности ИЭФиБ им. И. М. Сеченова, которую она возглавила в 1956 году, проводились исследования анализаторных систем. В конце 60-х гг. лаборатория обратилась к изучению проблемы межполушарного взаимодействия.

До последнего дня своей жизни Наталия Николаевна консультировала детей с речевыми, интеллектуальными и поведенческими аномалиями.

Консультации больных с речевой патологией, детей и взрослых, которые проводились с участием Н. Н. Трауготт, были открыты для всех логопедов города. Их посещали и невропатологи, и нейропсихологи, и специалисты по смежным дисциплинам: сурдологи, психиатры, лингвисты, нейрофизиологи. Это была хорошая школа для всех, кто работал со сложными формами речевой патологии.

Основные труды

К вопросу об организации и методике речевой работы с моторными алаликами // Расстройства речи в детском возрасте. Л., 1940.

Нарушения слуха при сенсорной алалии и афазии (в соавт.). Л., 1975.

Фельдберг Давид Владимирович (1873—1942)

Доктор медицины профессор Д. В. Фельдберг окончил медицинский факультет Киевского университета (1897) и естественное отделение физико-математического факультета С.-Петербургского университета. Работал на Педагогических курсах Фребелевского общества (1911—1916). В Педагогическом институте дошкольного образования занимал должность профессора кафедры гигиены детского возраста. С 1918 по 1925 годы был зав. кафедрой сурдопедагогики и логопедии. Являлся организатором этой кафедры. С 1925 года и до 1938 г. занимал должность декана дефектологического факультета ЛГПИ им. А. И. Герцена. Одновременно являлся директором Отофонетического ин-та.

Область научных интересов: обучение детей с недостатками слуха и речи.

Основные труды

Программы по сурдопедагогике и логопедии: (Для дефектол. отделения педтехникума) / Сост. Фельдберг Д. В. Л., 1931.

Таблицы речевой артикуляции: Нагляд. метод. учеб. пособие для спец. публ. речи и певцов / Под ред. Д. В. Фельдберга / Ленингр. науч.-практ. Ин-т по болезням уха, носа, горла и речи. Л., 1934.

Слуховая проблема у акупатов // Методы исследования и воспитания слуха и ритма у тугих и тугоухих детей (школьная акуметрия, акупедия и ритмопедия). СПб-М., 1936.

Хватцев Михаил Ефимович (1883—1977)

Начал свою научную деятельность в 1926 г.

Начиная с 1934 г. его жизнь и деятельность была неразрывно связана с дефектологическим факультетом ЛГПИ им. А. И. Герцена, где он в течение трех десятилетий вел активную педагогическую и научную работу: читал лекционные курсы по логопедии, а также по психологии глухих и методике обучения глухих произношению, одновременно формируя содержание этих курсов.

Уже в 1930 г. вышла первая написанная им книга — «Дефекты речи». Далее — «Логопедия», выдержавшая пять изданий и до настоящего времени являющаяся наиболее полным и всеобъемлющим руководством в области речевой патологии.

Им написано свыше 70 научных трудов, которые адресованы не только логопедам, но и учителям массовых школ, воспитателям дошкольных учреждений и родителям и даже самим логопатам (подросткам и взрослым).

Особую заботу Михаил Ефимович всегда проявлял о созданном им методическом объединении ленинградских школьных логопедов, которым он бессменно руководил в течение нескольких десятилетий, будучи заведующим кафедрой сурдопедагогики.

Михаил Ефимович Хватцев был истинным патриотом; он всегда проявлял большую заботу о том, чтобы отечественная логопедия достойным образом была представлена и за рубежом.

Правительство высоко оценило научно-педагогическую и общественную деятельность профессора М. Е. Хватцева: он был награжден орденом Трудового Красного Знамени и многими медалями, а также значком «Отличник народного образования».

Основные труды

Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. М., 1957.

Недостатки речи у школьников. М., 1958.

Логопедия. Учебник. М.—Л., 1959.

Известные ученые-логопеды

Бейн Эсфирь Соломоновна (1907—1981)

Нейропсихолог, доктор биол. наук, профессор, ученица и друг Л. С. Выготского и А. Р. Лурии.

С 1954—1976 гг. руководитель группы нейропсихологии и логопедии НИИ неврологии при АМН СССР, автор большого числа исследований по проблемам психологии, нарушения и восстановления речи при афазии (афазия и пути ее преодоления).

Основные труды

Парафазии при различных видах афазии. М., 1961.

Пособие по восстановлению речи у больных с афазией (в соавт.). М., 1962.

Афазия и пути ее преодоления. М., 1964.

Белякова Лидия Ивановна

Окончила в 1952 г. Московский медицинский институт им. И. П. Сеченова по специальности «Лечебное дело».

Затем работала в лаборатории психологии под руководством проф. К. К. Платонова, позже окончила аспирантуру Института высшей нервной деятельности АН СССР.

С 1961 г. — научный сотрудник Лаборатории высшей нервной деятельности АМН СССР, с 1968 г. работала в лаборатории патологии речи Института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. С 1981 года заведовала кафедрой логопедии МГПИ.

В 1962 г. защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. А в 1982 году — доктора медицинских наук на тему: «Клинико-физиологический анализ центральных механизмов заикания». В 1987 г. получила звание профессора. Имеет около 150 научных и научно-методических публикаций, в том числе ею в соавторстве издано 5 монографий, 2 из них — на немецком языке, 3 учебных пособия и главу в учебнике «Логопедия», которые имеют гриф Министерства образования РФ. Научные интересы Л. И. Беляковой связаны с исследованием высшей нервной деятельности детей, речевым онтогенезом, патогенетическими механизмами заикания.

Активно участвует в разработке стандартов образования, а также экспертной оценке образовательных программ по логопедии.

Основные труды

Проблемный подход к анализу патогенетических механизмов заикания // Заикание: проблемы теории и практики. М., 1992.

Сравнительный анализ речеязыковых параметров у лиц с нормальной речью и заикающихся // Психолингвистика и современная логопедия. М., 1997.

Заикание (в соавт.) М., 1998.

Винарская Елена Николаевна

Профессор, доктор наук, потомственный дефектолог, известна не только в России, но и за рубежом. Область ее

исследований — проблемы дефектологии (в том числе логопедии), проблемы афазиологии раннего речевого развития детей. В работах Елены Николаевны блестяще представлены аспекты неврологии, нейрофизиологии, нейропсихологии, лингвистики, психолингвистики и логопедии. Как ученый она сформировалась под влиянием и в сотрудничестве с О. В. Правдиной, Э. С. Бейн, В. Б. Касевичем. Все ее научные исследования связаны с именами Л. С. Выготского и А. Р. Лурии. Е. Н. Винарская имеет свою научную школу. Ею написано большое количество работ, в которых рассматриваются вопросы диагностики, коррекционного и восстановительного обучения детей и взрослых с нарушениями речи.

Основные труды

Клинические проблемы афазии. М., 1971.

Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга (в соавт.). Ташкент, 1973.

Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии. М., 1987.

Визель Татьяна Григорьевна

В 1961 году окончила дефектологический факультет МГПИ им. В. И. Ленина. После окончания института в течение 5 лет работала логопедом с детьми, а затем — в НИИ неврологии АМН СССР прошла специализацию по нейропсихологии и восстановительному обучению больных с афазией и стала работать с больными как практический логопед.

Под руководством Э. С. Бейн написала кандидатскую диссертацию «Некоторые особенности грамматического строя речи у больных с афазией», которую защитила в 1976 году.

Работает в Центре патологии речи и нейрореабилитации, возглавляемом профессором В. М. Шкловским. Автор 90 публикаций, имеет авторские свидетельства на разрабо-

танные в соавторстве с В. М. Шкловским и Т. Г. Боровенко методики, в частности на методику использования при афазии средств невербальной коммуникации.

В течение 25 лет ведет регулярный семинар, а также циклы повышения квалификации для специалистов (дефектологов, психологов, врачей), занимающихся проблемами патологии речи и других высших психических функций. В 2002 году защитила докторскую д*иссертацию.

Основные труды

Исследование некоторых особенностей грамматического строя речи при афазии. М., 1975.

Восстановление речи у больных с афазией (в соавт.) М., 1982.

Нейролингвистический анализ афазий. М., 2001.

Власенко Игорь Тихонович (1941–2003)

Как ученый сформировался в научной школе Э. С. Бейн. В конце 70-х и начале 80 гг. работал сотрудником лаборатории логопедии НИИ дефектологии АПН СССР под руководством Р. Е. Левиной. Затем возглавил эту лабораторию, а в последующем стал заместителем директора по научной работе в НИИ дефектологии СССР. На всех этапах творческой жизни его научные интересы были связаны с психологическими проблемами афазии и алалии.

Основные труды

Об особенностях ассоциативных процессов у больных с моторной афазией. М., 1973.

Глагольные парафазии у больных с моторной и сенсорной афазией (в соавт.) // Дефектология. М., 1975. № 4.

Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи. М., 1990.

Волкова Галина Анатольевна

Окончила дефектологический факультет ЛГПИ им. А. И. Герцена в 1959 году. С 1959 по 1966 гг. работала логопедом в детской поликлинике и психоневрологическом диспансере г. Владивостока.

Ученица профессора М. Е. Хватцева. В 1972 г. она успешно защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата педагогических наук на тему: «Заикание у детей дошкольного возраста и коррекционная работа с ними по системе игр». Ею разработана новая дисциплина — логопатопсихология, наука о психологическом развитии лиц с нарушениями речи.

Она автор более 120 научных трудов, в том числе и пробного рукописного варианта проспекта учебника «Логопедия». Участвует и в создании уже авторского проспекта, который в последующем и был утвержден МП СССР. Соавтор учебника «Логопедия», «Хрестоматия по логопедии» в 2-х томах (проблемы заикания и афазии). Автор учебных и методических пособий. Под руководством профессора Г. А. Волковой защищены кандидатские диссертации.

В 1991 г. создала Ассоциацию логопатологов Санкт-Петербурга и области.

Основные труды

Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. М., 1983.

Логопедическая ритмика. М., 1985, 1998.

Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой (гл. учебника). М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Хрестоматия по логопедии (составитель разделов 5, 7). М., 1997.

Волкова Лариса Степановна

В 1952 г. закончила дефектологический факультет ЛГПИ им. А. И. Герцена и была зачислена в штат кафедры

сурдопедагогики. Работала старшим преподавателем, заведовала несколько лет кафедрой педагогики начальной школы в ЛГПИ им. В. Лациса в г. Лиепае. В 1965 г. защитила кандидатскую диссертацию.

В 1970 г. вновь была приглашена на работу в ЛГПИ им. А. И. Герцена, избрана деканом дефектологического факультета и доцентом кафедры психопатологии и логопедии. В 1983 г. защитила докторскую диссертацию, а в 1985 г. ей присвоили ученое звание профессора. С 1980 г. заведует кафедрой психопатологии и логопедии, в последующем преобразованную в кафедру логопедии.

Лариса Степановна Волкова — ученый-педагог, видный организатор науки, немало сделавший для развития отечественной дефектологии и логопедии, подготовки научно-педагогических кадров. Под ее научным руководством в области логопедии подготовлены диссертации. На созданной ею и руководимой в прошлом кафедре логопедии в РГПУ им. А. И. Герцена сформирована ее научная школа.

Является членом учебно-методического совета по дефектологии при Министерстве образования РФ. В течение многих лет была членом редколлегии научно-методического журнала «Дефектология». Работая 10 лет деканом факультета дефектологии и 15 лет заведуя кафедрой логопедии, она внесла большой вклад в развитие высшего дефектологического образования.

По поручению Министерства просвещения СССР Л. С. Волкова стала автором и научным редактором учебника «Логопедия» (издания 1989, 1995, 2002, 2004), научным редактором двухтомного издания «Хрестоматия по логопедии» (1997).

Награждена орденом «Знак Почета», медалью «За доблестный труд», серебряной медалью ВДНХ за создание учебника «Логопедия», знаками «Отличник просвещения СССР», «Отличник высшей школы».

Решением Ученого совета ей присваивается звание «Почетный профессор РГПУ им. А. И. Герцена».

В октябре 1994 года указом Президента ей присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки РФ», а в сен-

тябре 1998 г. звание «Лауреат премии правительства в области образования Российской Федерации». С 1999 г. работает в Ленинградском государственном областном университете им. А. С. Пушкина.

Основные труды

Выявление и коррекция нарушений речи у детей с глубокими дефектами зрения. Л., 1991.

Логопедия (научный редактор и автор). М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Хрестоматия по логопедии, I и II том (научный редактор). М., 1997.

Воробьева Валентина Константиновна

Кандидат педагогических наук доцент кафедры логопедии Московского государственного открытого педагогического университета.

Ею разработаны и читаются лекционные курсы по логопедии, основам психолингвистики, логопатопсихологии и спецкурс по авторской методике: «Формирование умений и навыков связной речи у детей с ее системным недоразвитием».

Работает в русле нового направления в логопедии, связанного с психолингвистическим обоснованием механизмов нарушения речевой деятельности у детей с моторной алалией. Такой подход отражен в ее диссертационном исследовании, дипломных работах и в диссертационных работах аспирантов, которыми она руководит. В. К. Воробьева осуществляет квалифицированную деятельность по разработке стандартов, учебных планов по специальности «Логопедия».

Неоднократно выступала с докладами на международных и российских научных конференциях по дефектологии, ею опубликовано свыше 40 научных работ, а также подготовлен ряд учебно-методических пособий по курсам логопедии и основ психолингвистики.

Основные труды

Формирование связной речи у учащихся с моторной алалией. М., 1986.

Возможности прогнозирования в процессе связного речевого сообщения учащимися с системными нарушениями речи. СПб., 2001.

К понятию системности нарушения речевой деятельности при моторной алалии. М., 2002.

Волосовец Татьяна Владимировна

В 1987 году окончила отделение логопедии дефектологического факультета МГПИ им. В. И. Ленина, а затем аспирантуру и в 1995 году защитила кандидатскую диссертацию «Логопедическая работа с детьми 1—3 лет с врожденными расщелинами губы и неба». В МГПУ им. В. И. Ленина работала заместителем декана факультета, а в Московском городском педагогическим университете — доцентом кафедры логопедии; ученый секретарь университета. В настоящее время — начальник управления специального образования Министерства образования Российской Федерации. Имеет свыше 40 научных работ.

Основные труды

Основы логопедии: Учебное пособие (автор и научный редактор). М., 2000.

Актуальные проблемы подготовки кадров по специальности «Логопедия». СПб., 2002.

Преодоление общего недоразвития речи дошкольников — учебное пособие (автор и научный редактор). М., 2002.

Гриншпун Борис Моисеевич (1929—1986)

Окончил МГПИ им. В. И. Ленина, работал учителем в Калуге. Под научным руководством профессора С. Е. Крючкова защитил диссертацию в 1963 году, получив степень кандидата филологических наук. На дефектологическом факультете работал с 1958 года доцентом кафедры психопатологии и логопедии (позднее — кафедры логопедии). Эрудированный, хорошо знающий литературу, обладающий научным предвидением, Б. М. Гриншпун был отличным воспитателем молодежи.

Им разработан ряд разделов лекционного курса по логопедии. Читал лекции и вел практические занятия по психологии речи (теории речевой деятельности), выступал на педагогических чтениях и научных конференциях, пользовался авторитетом и большой популярностью у коллег и многочисленных учеников.

Один из видных дефектологов нашей страны, Б. М. Гриншпун является автором нескольких глав современного учебника «Логопедия», целого ряда научных работ по различным аспектам логопедии. Его лекции пользовались неизменным успехом не только у студентов, но и у преподавателей дефектологических факультетов.

Основные труды

О принципах логопедической работы на начальных этапах формирования речи и голоса у детей. М., 1975.

Классификация речевых нарушений (гл. в учебнике). М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Дислалия (гл. в учебнике). М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Иванов Евгений Сергеевич

Доктор мед. наук профессор, окончил лечебный факультет Военно-морской медицинской академии, адъюнктуру ВМА (1949). В ЛГПИ работал на кафедре психопатологии и логопедии в должности доцента, зав. кафедрой (1965—1980), профессора (1967); профессора каф. анатомо-физиологических основ дефектологии (1986—1994). Участник Великой Отечественной войны. Награжден орденом Отечественной войны I степени (1944), Красной Звезды

(1945); 22 медалями; значком «Отличник народного просвещения».

В настоящее время — профессор международного университета им. Р. Валленберга. Научные исследования Евгения Сергеевича посвящены психопатологии аномальных детей; патогенезу психопатологических синдромов; задержке психического и речевого развития. Он опубликовал более 140 научных трудов, подготовил более 22 кандидатов наук. Е. С. Иванов был в течение многих лет председателем специализированного Ученого совета по защите кандидатских диссертаций. Принимал активное участие в работе советов и комиссий, проводимых Министерством просвещения СССР и Министерством образования РСФСР.

Основные труды

Речевой стационар как центр медико-психолого-педагогической реабилитационной работы для детей с речевой недостаточностью (в соавт.) / XXXI Герценовские чтения «Опыт изучения аномальных школьников». Л., 1978.

Клиническое изучение побегов и агрессии у умственно отсталых школьников младших классов вспомогательных школ // Дифференциальная диагностика нарушений речи и поведения у аномальных детей. Межвуз. сб. науч. тр. ЛГПИ. Л., 1989.

Спорные вопросы диагностики раннего детского аутизма // Детский аутизм: Хрестоматия. СПб., 1997.

Ковшиков Валерий Анатольевич (1936—2000)

Имя Валерия Анатольевича Ковшикова тесно связано с РГПУ им. А. И. Герцена и Санкт-Петербургским научно-исследовательским институтом уха, горла, носа и речи. В отечественной логопедии это был один из ведущих специалистов в области теории и практики речевой патологии, автор 70 научных работ по разным разделам логопедии. Ведущий преподаватель кафедры логопедии им. Герцена.

Окончив в 1956 году дефектологический факультет (сурдоотделение) ЛГПИ им. А. И. Герцена, В. А. Ковшиков больше 40 лет отдал работе в стенах этого вуза. Новым направлением, разрабатываемым В. А. Ковшиковым, была историография отечественной логопедии. Он составил программу к курсу «История логопедии» и преподавал его в течение многих лет. Рассматривал алалию с современных лингвистических и психолингвистических позиций, продолжая традиции Б. К. Орфинской.

Его деятельность как ученого и педагога была многогранной. Он неизменно являлся редактором сборников научных трудов кафедры логопедии. Во всех проявлениях своей деятельности заявлял о себе как крупный ученый и талантливый педагог.

Основные труды

Определение экспрессивной алалии как языкового расстройства. Л., 1978.

Нарушения актуализации слов у детей с экспрессивной алалией. Л., 1985.

Экспрессивная алалия. СПб., 1994.

Лалаева Раиса Ивановна

После окончания педагогического училища поступила в 1956 году в ЛГПИ им. А. И. Герцена на дефектологический факультет. Окончила 2 отделения этого факультета: в 1961 году — дневное по специальности «Тифлопедагогика», в 1966 году — заочное по специальности «Олигофренопедагогика». Работала учителем и логопедом вспомогательной школы. В 1970 году окончила аспирантуру по кафедре психопатологии и логопедии ЛГПИ им. А. И. Герцена, в 1971 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Нарушения чтения у умственно отсталых школьников и пути их коррекции». В 1989 году защитила докторскую диссертацию «Нарушения устной речи и система их коррекции у умственно отсталых школьников».

С 1970 по 1975 г. работала ассистентом кафедры психопатологии и логопедии, с 1975 по 1990 г. — доцентом, с 1990 по 1999 г. — профессором кафедры логопедии РГПУ им. А. И. Герцена. С 1999 г. — профессор кафедры дефектологии Ленинградского государственного областного университета им. А. С. Пушкина.

Внесла весомый вклад в решение многих проблем логопедии. Ею была разработана классификация дислексий и дисграфий.

Под руководством Р. И. Лалаевой сформировалась научная школа по изучению структуры сложного речевого дефекта у детей с интеллектуальной недостаточностью.

При решении актуальных проблем логопедии Р. И. Лалаева работала в русле психолингвистического подхода к анализу механизмов речевой патологии. Психолингвистический подход был реализован и в кандидатских диссертациях, выполненных под ее руководством.

Научно обоснованные результаты исследований Р. И. Лалаевой нашли отражение более чем в 120 печатных работах, в том числе в монографиях, учебниках, учебно-методических пособиях, программах, сборниках научных трудов.

Р. И. Лалаева — один из авторов фундаментального учебника «Логопедия», а также «Хрестоматии по логопедии». В 1997 году она получила звание лауреата премии правительства Российской Федерации в области образования за участие в создании комплекта учебников и учебных пособий по логопедии.

Основные труды

Нарушение процесса овладения чтением у школьников. М., 1983.

Логопедия (гл. в учебнике) / Под ред. Л. С. Волковой. М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997. (Автор разд. 8.)

Логопедическая работа в коррекционных классах. М., 1999, 2002.

Лаврова Елена Викторовна

Кандидат педагогических наук, профессор кафедры логопедии МПГУ им. В. И. Ленина.

Основным направлением ее научно-исследовательской работы является проблема изучения патологии голоса и ее устранения педагогическими приемами. В 1975 г. защитила диссертацию «Методика восстановления голоса при некоторых нарушениях функции голосового аппарата».

Автор более сорока научных публикаций, среди которых книга «Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса» (в соавт.) и глава «Нарушения голоса» в учебнике «Логопедия».

Елена Викторовна Лаврова проводит сбор данных и клинико-педагогическое исследование малоизученных нарушений голоса при тяжелых неврологических заболеваниях, а также ведет активную педагогическую работу на дефектологическом факультете МПГУ им. В. И. Ленина.

Основные труды

Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. М., 1984.

Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой (гл. «Нарушения голоса»). М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Мастюкова Елена Михайловна

Ученый-дефектолог, известный не только в России, но и за рубежом. Доктор медицинских наук, профессор. Ее исследовательская и консультативная работа по изучению детей с детскими церебральными параличами всегда отличается высочайшим уровнем профессионализма. Широкую известность среди ученых и родителей аномальных детей приобрела деятельность Е. М. Мастюковой в период ее работы в лаборатории НИИ дефектологии. Лаборатория превратилась во всесоюзный консультационный диагностический центр для детей и их родителей. Елена

Михайловна проявила себя и как педагог: преподавала в МГПИ им. В. И. Ленина на кафедре логопедии. В настоящее время работает в детском восстановительном центре «Аист».

Автор многих блестящих монографий, учебных пособий, глав учебников, пособий для родителей.

Основные работы

Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972 (в соавт.).

Лечебная педагогика. М., 1997.

Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой (гл. учебника). М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Миссуловин Леон Яковлевич

Окончил дефектологический факультет ЛГПИ им. А. И. Герцена. Заведующий городским консультативно-диагностическим логотерапевтическим центром объединения психического здоровья № 1 Василеостровского района Санкт-Петербурга, старший специалист сети межрайонных логотерапевтических кабинетов психоневрологических диспансеров Санкт-Петербурга, доктор психологических наук, заслуженный работник здравоохранения РФ.

Успешно оказывая логотерапевтическую помощь заикающимся различных возрастных категорий, постоянно совмещает практическую работу с научной деятельностью. Он является автором ряда статей, научных разработок, методических пособий, отечественных авторских свидетельств и зарубежных патентов. В 1988 г. вышла в свет его монография «Лечение заикания».

В настоящее время продолжает разработку новых лого- и психотерапевтических методик и приемов устранения заикания у различных категорий нервно-психических больных.

Им защищена докторская диссертация «Лечение, прогноз и военная экспертиза заикания в связи с его патоморфозом».

Основные труды

К вопросу о лечении взрослых с остро развившимся заиканием на фоне истерического невроза. М., 1985.

Лечение заикания. Л., 1988.

Заикание: Особенности возникновения. Л., 1999.

Оганесян Евгений Вазгенович

Окончил дефектологический факультет МГПИ им. В. И. Ленина в 1976 г. С 1973 г. совмещал учебу с практической деятельностью в лаборатории патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, где и продолжил научно-практическую деятельность в качестве научного сотрудника после окончания института. В 1981 г. защитил кандидатскую диссертацию «Логопедическая ритмика в коррекционно-педагогической работе со взрослыми заикающимися».

В 1990 году ему присвоили ученое звание доцента, а затем — профессора. С 1977 по 1995 г. работал в МПГУ им. В. И. Ленина на кафедре логопедии, с 1985 по 1991 г. занимал должность декана дефектологического факультета. С 1995 г. являлся заведующим кафедрой логопедии Московского городского педагогического университета.

Е. В. Оганесян является одним из ведущих специалистов России по проблеме коррекционного воздействия средствами логопедической ритмики.

В течение ряда лет был членом Научно-методического совета по дефектологии Министерства Просвещения СССР членом ученой комиссии по логопедии Министерства просвещения РСФСР. В 1991 г. ему было присвоено звание «Отличник народного просвещения РФ».

Ведет активную международную деятельность в сфере общей и специальной педагогики (в США, Чехии, Венгрии, Германии, Великобритании и др., где выступал с научными докладами по изучаемым им проблемам). Он является членом ряда международных организаций в области специальной педагогики и специальной психологии, в том числе:

Международного клуба кохлеарных имплантантов (США), Международной организации «MENSA INTERNATIONAL»; Британско-европейской психологической ассоциации (Leicester, UK) и ряда других. С 1996 г. — ректор Московского социально-гуманитарного института.

Основные труды

Логопедическая ритмика в коррекционно-педагогической работе со взрослыми заикающимися. Л., 1981.

Обоснование принципов дифференцированного применения логопедической ритмики со взрослыми заикающимися (в соавт.). М., 1982.

Логопедическая ритмика. М., 1998.

Орлова Ольга Святославовна

Доктор пед. наук, профессор, с 1999 г. заведующая кафедрой олигофренопедагогики и логопедии, а затем — логопедии Московского государственного открытого педагогического университета им. М. А. Шолохова.

В 1976 г. с отличием окончила дефектологический факультет МГПИ им. В. И. Ленина и начала работать на кафедре психопатологии и логопедии. В 1977 г. прошла по конкурсу на должность младшего научного сотрудника в отделении патологии голоса и речи Московского научно-исследовательского института уха, горла и носа.

В 1985 г. защитила кандидатскую диссертацию «Система коррекционно-педагогического воздействия в процессе реабилитации голоса у лиц со спастической дисфонией», а в 1998 г. — докторскую диссертацию «Система логопедической работы по предупреждению нарушений голоса у педагогов».

Научная деятельность О. С. Орловой связана с разработкой вопросов реабилитации детей и взрослых с различными нарушениями голоса. Результаты исследований отражены в 110 работах, в том числе в 15 методических рекомендациях Министерства здравоохранения СССР и РФ.

Автор учебных курсов и программ для студентов дефектологических факультетов, фониатров и фонопедов, обучающихся в НИИ уха, горла и носа. Она является одним из активных организаторов всероссийских и международных конгрессов и симпозиумов в Москве, Киеве, Санкт-Петербурге, Казани, Екатеринбурге.

В 1991 г. была одним из инициаторов создания Ассоциации фониатров и фонопедов, в настоящее время является заместителем председателя, ведет большую общественную работу.

Основные труды

Нарушения голоса в период мутации: Особенности фонопедической работы // Методические рекомендации МЗ РСФСР. М., 1984.

Нарушения голоса у детей // Новости отоларингологии и логопедии. 1996. № 34.

Реабилитация лиц речевых профессий с нарушениями голоса. М., 1998.

Парамонова Людмила Георгиевна

В 1951 г. поступила на дефектологический факультет ЛГПИ им. А. И. Герцена, где училась у профессора Михаила Ефимовича Хватцева.

После окончания аспирантуры с 1958 по 1962 г. работала в Ленинградском ЛОР НИИ на отделении патологии речи в должности логопеда.

В 1962 г. была приглашена в ЛГПИ им. А. И. Герцена.

С 1995 г. является доцентом кафедры дефектологии Ленинградского государственного областного университета им. А. С. Пушкина, совмещая преподавательскую деятельность с практической работой в должности логопеда-консультанта в центре «Здоровье».

Активная практическая деятельность доцента Л. Г. Парамоновой дает ей возможность приблизить учебный процесс в вузе к насущным проблемам современности, пока-

зать студентам сегодняшнего ученика и труд логопедов новой генерации.

Основные труды

Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой (гл. учебника). М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Воспитание и обучение детей шестого года жизни. М., 1987.

Логопедия для всех. СПб., 1998.

Селиверстов Владимир Ильич

Кандидат педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой дошкольной коррекционной педагогики и психологии (дошкольной дефектологии) МПГУ им. В. И. Ленина, заместитель декана по научной работе, научный руководитель СНО факультета.

Он окончил дефектологический факультет этого института в 1955 г., затем по направлению института 7 лет был на практической работе в г. Кирове, где работал учителем-логопедом, логопедом-методистом областного масштаба.

Автор более 200 публикаций. Ему принадлежат первые обобщения по истории логопедии как науки.

Ведет большую научно-методическую и научно-организационную работу. В течение многих лет был заместителем председателя Ученой комиссии по дефектологии МП РСФСР и членом президиума Научно-методического совета по коррекционно-педагогическим проблемам дошкольного образования Минобразования РФ, руководитель комиссии по дошкольной дефектологии УМО совета по педагогическому образованию Минобразования РФ, член редколлегии научно-методического журнала РАО «Дефектология»; член специализированного диссертационного совета МПГУ и др.

Награжден почетными знаками: «Отличник здравоохранения», «Отличник народного просвещения», «Отличник просвещения СССР», «За отличные успехи в работе в области

высшего образования», двумя знаками «За успехи в научно-исследовательской работе студентов», серебряной медалью ВДНХ СССР, медалью «Ветеран труда», многочисленными почетными грамотами и дипломами.

В 1997 г. присвоено звание Заслуженного работника высшей школы Российской Федерации, в 1998 г. — звание лауреата премии правительства Российской Федерации в области образования за участие в создании комплекта учебников и учебных пособий по логопедии для высших учебных заведений.

Основные труды

Игры в логопедической работе с детьми / Ред. и сост. В. И. Селиверстов. 1987.

Практикум по дошкольной логопедии / Под ред. В. И. Селиверстова. М., 1988.

Заикание у детей. Пособие для логопедов. М., 1994.

Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой (гл. учебника). М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Соботович Евгения Федоровна

Окончила филологический факультет ЛГПИ им. А. И. Герцена в 1958 г., в 1961 г. — дефектологический факультет по специальности «Сурдопедагогика» того же института. Затем работала логопедом детской поликлиники, а с 1966 по 1971 г. преподавала логопедию на кафедре психопатологии и логопедии ЛГПИ им. А. И. Герцена. С 1971 по 1994 г. работала доцентом, профессором, заведующей кафедрой сурдопедагогики и логопедии Киевского государственного педагогического института. С 1994 г. по настоящее время — заведующая лабораторией НИИ дефектологии АПН Украины.

В 1970 г. защитила кандидатскую диссертацию «Проявления косноязычия у детей дошкольного возраста и пути его устранения»; в 1984 г. — докторскую диссертацию «Психолого-педагогические основы коррекции нарушений формирования грамматического строя речи у детей».

Известный ученый, внесший крупный вклад в развитие проблемы изучения механизмов алалии. Разработала концепцию моторной алалии как сложного языкового расстройства. Исследования Е. Ф. Соботович выявили сложный и своеобразный характер недоразвития интеллектуальной деятельности у детей с моторной алалией. Ей принадлежит приоритет в разработке психолингвистической модели развития речи в онтогенезе, в котором раскрыта динамика развития психолингвистических механизмов речевой деятельности, формирования языковых структур.

Является руководителем научной школы по изучению языковых расстройств у дошкольников на основе психолингвистического подхода. Ею опубликовано более 100 научных работ.

Основные труды

Формирование правильной речи у детей с моторной алалией.

Нарушения речевого развития у детей и пути их коррекции.

Психолингвистическая структура речевой деятельности и механизмы ее формирования.

Спирова Людмила Федоровна

Окончила филологический факультет Госуниверситета в 1948 г., в 1952 г. — аспирантуру при НИИ психологии АПН РСФСР. Имеет степень кандидата педагогических наук (по психологии) и звание старшего научного сотрудника по логопедии.

С 1953 (почти с момента основания сектора логопедии при НИИ психологии АПН РСФСР) по 1986 г. она работала старшим научным сотрудником. Опубликовала около 80 работ по теории и практике логопедии.

Новый подход в рассмотрении нарушений устной и письменной речи позволил принять участие в разрешении ряда

организационных и методических вопросов: научно обосновывается открытие специальных логопедических учреждений, разрабатывается их структура, принципы и методы отбора детей в эти учреждения, пути коррекционного воздействия с учетом индивидуальных особенностей детей, рекомендации учащимся общеобразовательных школ по устранению ошибок речи, письма и чтения.

Проведенное Л. Ф. Спировой исследование послужило основанием для разработки первых учебных планов, программ по развитию речи, а также для выявления наиболее эффективных методических приемов по развитию и совершенствованию путей усвоения детьми с общим недоразвитием речи языковых форм общения.

Она принимает активное участие в научных сессиях, конгрессах, научно-практических конференциях. Оказывает разнообразную методическую помощь логопедам, учителям специальных и общеобразовательных школ в повышении их квалификации.

Основные труды

Роль фонематических представлений при обучении детей письму. М., 1952.

Особенности звукового анализа у детей с недостатками речи. М., 1957.

Соотношение между недостатками произношения чтения и письма. М., 1959.

Усанова Ольга Николаевна

Окончила дефектологический факультет МГПИ им. В. И. Ленина в 1964 г. Параллельно с учебой в институте и затем в аспирантуре на кафедре психопатологии и логопедии работала в лаборатории нейропсихологии, возглавляемой А. Р. Лурией в НИИ нейрохирургии АМН СССР.

В 1970 г. защитила кандидатскую диссертацию по проблеме формирования звукопроизношения у детей с моторной алалией.

В течение 20 лет она работала на кафедре психопатологии и логопедии МГПИ им. В. И. Ленина сначала ассистентом, затем доцентом. За это время выполнила и опубликовала свыше 70 научных работ.

На дефектологическом факультете читала различные учебные курсы по теории и практике логопедии, а также курсы по специальной психологии.

Вместе со своими коллегами в течение более десяти лет работала в научно-методическом совете по дефектологии.

С 1989 г. начала работать на кафедре психологии того же института, где читала курсы по специальной психологии и психодиагностике, а также занималась разработкой учебных планов для подготовки практических психологов для системы образования.

В 1990 г. открыла негосударственный Институт психологии и педагогики. Сегодня это аккредитованное государством высшее учебное заведение, в котором создан факультет коррекционной педагогики. Психологи и логопеды обучаются здесь по современным программам, в которых учитывается зарубежный опыт.

О. Н. Усанова неоднократно читала лекции за рубежом.

В 1996 г. ею была защищена докторская диссертация по проблеме взаимодействия специалистов — субъектов практической помощи детям с проблемами в развитии.

Основные труды

Опыт формирования коллектива учащихся младших классов школ для детей с тяжелыми нарушениями речи. М., 1987.

Специальная психология. М., 1990.

Дети с проблемами психического развития. М., 1995.

Филичева Татьяна Борисовна

В 1960 г. окончила дефектологический факультет МГПИ.

Является ведущим специалистом в области дошкольной логопедии. Профессор, доктор педагогических наук,

Т. Е. Филичева — автор более 40 научных работ. Публикации эти известны в нашей стране и за рубежом. Ее исследования легли в основу научно-практической разработки проблем преодоления общего недоразвития речи у дошкольников. Ее методические пособия являются основой системы коррекционно-воспитательной работы в детских дошкольных учреждениях для детей с речевой патологией. Ею написаны главы в учебнике «Логопедия», а также «Основы логопедии».

Ведет большую научно-исследовательскую работу, разрабатывая вопросы предупреждения и коррекции речевых дефектов детей дошкольного возраста. Благодаря ей организована система логопедической помощи дошкольникам с речевой патологией, которая широко внедрена в России. Является научным руководителем уникального дошкольного образовательного учреждения компенсирующего типа № 1793 Москвы, где внедряются современные методики обучения детей с отклонениями в развитии. Благодаря ее усилиям это дошкольное образовательное учреждение стало базой для обучения студентов дефектологического факультета МГОПУ им. М. А. Шолохова.

Является председателем экспертного совета по издательской деятельности и членом учебно-методического совета по дефектологии Министерства образования Российской Федерации. Награждена медалью К. Д. Ушинского; медалью 850 лет Москвы, имеет звание «Отличник народного просвещения», Заслуженный учитель СССР, Заслуженный работник высшей школы РФ.

Основные труды

Обучение и воспитание детей с общим недоразвитием речи в старших группах специального детского сада. М., 1983.

Основы логопедии. М., 1989.

Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста. Монография по докторской диссертации. М., 1999.

Фомичева Мария Федоровна

В 1955 г. окончила дефектологический факультет МГПИ им. В. И. Ленина и получила квалификацию логопед, учитель русского языка и литературы средней школы.

С 1955 г. она работала логопедом в детской поликлинике, а с 1956 г. совмещала практическую работу с преподаванием в МГПИ им. В. И. Ленина. В 1958 г. стала заниматься организацией работы во впервые открытом логопедическом отделении детской городской клинической больницы № 9 им. Ф. Э. Дзержинского. В 1965 г. являлась старшим логопедом Дзержинского района Москвы. В 1966 г. начинает преподавать в МГПИ им. В. И. Ленина, совмещая эту работу с практической деятельностью логопеда в различных учреждениях как в системе здравоохранения, так и в системе народного образования. В 1969 г. она работает по совместительству в Научно-исследовательском институте дефектологии. В настоящее время — доцент кафедры логопедии МГПУ им. В. И. Ленина.

Научно-исследовательская деятельность М. Ф. Фомичевой охватывает широкий круг проблем логопедии. У нее более 20 научных публикаций, в числе которых методические пособия для логопедов, воспитателей детских садов, студентов педагогических вузов.

Заслуги М. Ф. Фомичевой отмечены значком «Отличник народного просвещения».

Основные труды

Воспитание речи у детей с органическим поражением центральной нервной системы. М., 1965.

Учите детей говорить правильно. М., 1968.

Воспитание у детей правильного звукопроизношения. М., 1989.

Цветкова Любовь Семеновна

Доктор психологических наук, профессор, заведующая проблемной лабораторией экспериментальной и прикладной

психологии факультета психологии МГУ им. М. В. Ломоносова, автор многих известных в отечественной и мировой логопедии работ по теоретическим, методологическим проблемам афазии и реабилитации больных с афазией. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга, проблемы афазии и восстановительное обучение, нейропсихологическая реабилитация больных — вот круг проблем, освещенных в работах Л. С. Цветковой, широко известных как в России, так и за рубежом.

Основные труды

Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., 1972.

Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985.

Мозг и интеллект. М., 1995.

Чиркина Галина Васильевна

Доктор педагогических наук, профессор, зав. лабораторией содержания и методов обучения детей с нарушениями речи Института коррекционной педагогики РАО.

Окончила дефектологический факультет МГПИ им. В. И. Ленина. В 1961 г. начала научную деятельность в области логопедии в Институте дефектологии АПН СССР под руководством проф., доктора педагогических наук Розы Евгеньевны Левиной.

В 1967 г. защитила кандидатскую диссертацию по проблеме дисграфии у детей с нарушением артикуляционного аппарата. В 1969 г. была опубликована ее монография «Дети с нарушением артикуляционного аппарата». В период с 1970 по 1980 гг. занималась разработкой содержания и методов обучения детей с общим и фонетико-фонематическим недоразвитием речи дошкольного и школьного возраста. Ей принадлежат разделы программ для специальной школы V вида и для логопедического детского сада, созданные коллективом ученых ИКП РАО и МГОПУ. Несколько изданий выдержал сборник «Методы обследования речи у детей» (1992,

1996), научным редактором и автором двух глав которого она является.

В 1987 г. на основе многолетнего изучения детей с ринолалией Г. В. Чиркиной защищена докторская диссертация, разработаны методические рекомендации по комплексной психолого-педагогической коррекции данного расстройства. Результаты исследования по ринолалии были отражены в учебнике «Логопедия» для вузов под ред. Л. С. Волковой, в котором Г. В. Чиркина является автором ряда глав.

В помощь педагогам специальной школы для детей с тяжелыми нарушениями речи написан учебник «Русский язык» для II класса (в соавторстве с Н. Ф. Комковой).

В общей сложности по актуальным проблемам логопедии Г. В. Чиркиной опубликовано более 80 работ. Большое внимание она уделяет подготовке кадров логопедов: является профессором МГОПУ, успешно руководит диссертационными работами аспирантов, докторантов из различных регионов страны, заместителем председателя диссертационного совета ИКП РАО.

Основные труды

Программа «Подготовка к школе детей с ОНР в условиях спец. д/с». М., 1991.

Основы логопедии (в соавт.) М., 1989.

Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой (гл. учебника). М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Методы обследования речи детей. Пособие по диагностике речевых нарушений. М., 2003.

Шаховская Светлана Николаевна

Окончила дефектологический факультет МГПИ им. В. И. Ленина по специальности русский язык и литература, логопедия, получив диплом с отличием. Работала логопедом вспомогательной школы, старшим логопедом го-

родской клинической больницы № 9 им. Ф. Э. Дзержинского, а также логопедом медико-педагогической консультации Научно-исследовательского института дефектологии АПН СССР (Институт коррекционной педагогики РАО).

В 1964 г. защитила кандидатскую диссертацию «Логопедическая работа по формированию грамматического строя речи детей с моторной алалией». С 1960 г. работает на кафедре логопедии МГПИ им. В. И. Ленина: сначала ассистентом, с 1965 г. доцентом, с 1995 г. профессором. Заместитель декана дефектологического факультета.

Является преподавателем и ученым высокой квалификации. Она активно развивает научную школу, связанную с поиском путей совершенствования теории и практики логопедии, с повышением качества подготовки дефектологических кадров. Она автор и редактор множества методических материалов в помощь практическим логопедам и вузовским преподавателям. Имеет 200 печатных работ научного и научно-методического характера, в том числе и на иностранных языках.

Шаховской С. Н. принадлежат первые обобщения по проблемам теории и практики зарубежной логопедии. Она соавтор фундаментального учебника «Логопедия», «Хрестоматия по логопедии», «Практикума по дошкольной логопедии», «Практикума по детской логопедии», монографического пособия «Расстройства речи у детей и подростков», монографического сборника научных трудов «Психолингвистика и современная логопедия».

Многочисленные ученики профессора С. Н. Шаховской ныне стали ведущими специалистами. С лекциями и докладами Шаховская выступала в России и зарубежом. В течение ряда лет была заместителем председателя научно-методического совета по дефектологии МП СССР, членом Республиканской медико-педагогической комиссии, научным консультантом.

В 1998 г. получила звание лауреата Премии правительства Российской Федерации в области образования за создание комплекта учебников и учебных пособий по курсу «Логопедия» для высших учебных заведений.

Основные труды

Логопедическая работа по формированию грамматического строя речи у детей, страдающих моторной алалией // Патология речи. 1971.

Планы-конспекты логопедических занятий по формированию связной устной речи у детей: III период обучения (в соавт.). М., 1995.

Развитие словаря в системе работы при общем недоразвитии речи // Психолингвистика и современная логопедия. М., 1997.

Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой (гл. учебника). М., 1989, 1995, 1998, 2002.

Шкловский Виктор Маркович

Один из наиболее крупных деятелей в области научно-практической дефектологии, психологии, нейропсихологии и нейрореабилитации. Он окончил дефектологический факультет ГПИ им. А. И. Герцена, работал в Научно-исследовательском институте им. В. М. Бехтерева, где и защитил кандидатскую диссертацию по проблеме заикания. Вел активную работу по организации в Ленинграде специализированной службы по оказанию помощи больным с патологией речи. В 1976 г. защитил диссертацию по проблемам заикания, ему присвоено звание доктора психологических наук. Разработанная В. М. Шкловским комплексная система лечения заикания получила широкую известность и практическое применение как в стране, так и за рубежом.

В дальнейшем научно-практическую деятельность В. М. Шкловский продолжил в Москве. С 1971 г. работал в Московском НИИ психиатрии руководителем отделения патологии речи. Помимо научных исследований большое место в его деятельности занимает организационно-методическая работа. Он — инициатор создания и бессменный руководитель Центра патологии речи и нейрореабилитации, предназначенного для оказания помощи детям и

взрослым с различными видами речевых расстройств. Центр — крупное специализированное учреждение, известное не только в нашей стране, но и за рубежом.

В течение 25 лет В. М. Шкловский — главный специалист по логопедии при Департаменте здравоохранения Москвы (ранее Главном управлении здравоохранения), автор более 100 научных и научно-методических работ, из которых наиболее крупной является монография «Заикание» (1997).

Большое место в деятельности В. М. Шкловского занимает педагогическое направление. Под его руководством постоянно повышает квалификацию значительное число специалистов (дефектологов, психологов, врачей), работающих в области патологии речи.

Основные труды

Психотерапия в комплексной системе терапии логоневрозов: Руководство по психотерапии. М., 1974.

Заикание. М., 1994.

Афазиология (в соавт). М., 1999, 2000.

Шохор-Троцкая (Бурлакова) Марианна Константиновна

В 1953 г. окончила логопедическое отделение дефектологического факультета МГПИ им. В. И. Ленина и в течение 2 лет работала по совместительству в областной клинической больнице г. Иркутска, в клинике уха горла носа, в Центральной детской поликлинике и в качестве учителя литературы в IX классах.

В 1955 г. вернулась в Москву и поступила на работу в сектор логопедии института дефектологии АПН СССР к Р. Е. Левиной. В феврале 1956 г. перешла в качестве логопеда в НИИ неврологии АМН СССР в группу нейропсихологии и логопедии, где и работала до 1975 г.

С 1962 г. по 2000 г. вела курс лекций и практических занятий по темам «Афазия» и «Основы нейропсихологии»

на III и V курсах кафедры логопедии МПГУ (МГПИ) им. В. И. Ленина.

В течение 1962—1990 гг. в НИИ неврологии АМН СССР проводила систематическую работу по повышению квалификации логопедов-афазиологов из всех областных и республиканских клинических больниц. Постоянно выступала с докладами на научных конференциях института неврологии.

Основные труды

Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М., 1972.

Речь и афазия. М., 1972.

Стратегия и тактика восстановления речи. М., 2001.

Ястребова Алла Васильевна

Кандидат педагогических наук, профессор педагогики и психологии Академии работников образования.

Около 40 лет А. В. Ястребова занималась исследовательской и научно-методической работой в лаборатории логопедии НИИ дефектологии АПН СССР (РСФСР), руководимой Р. Е. Левиной.

Разрабатывала вопросы изучения и коррекции таких сложных форм речевой патологии, как заикание и алалия, изучала причины неуспеваемости учащихся общеобразовательных школ с различными формами первичной речевой патологии. Исследования А. В. Ястребовой сыграли существенную роль в разработке путей коррекции недостатков устной и письменной речи у детей с фонетико-фонематическим и общим недоразвитием речи.

В России и за рубежом ею опубликовано около 90 научных и научно-методических работ, которые имеют актуальное значение для преобразования (совершенствования) практики обучения и воспитания детей с различными формами речевой патологии.

Ведет большую научно-методическую и лекционную работу по внедрению результатов исследований в практичес-

кую деятельность учителей-логопедов, педагогов и воспитателей различных ДОУ и школ. Ею разработаны основополагающие документы в плане организации содержания и реализации специальных методов, предупреждающих неуспеваемость учащихся с первичной речевой патологией по родному языку.

Принимает активное участие в подготовке педагогических кадров и повышении их квалификации.

Основные труды

Хочу в школу. М., 1998.

Комплекс занятий по формированию у детей пяти лет речемыслительной деятельности и культуры устной речи. М., 2000.

Авторский коллектив искренне сожалеет о том, что нам по разным причинам не удалось получить материалы о всех, кто также достоин упоминания в «Словаре».

– 15814 –

Учебное издание

ЛОГОПЕДИЯ

Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений

Издание пятое, переработанное и дополненное

Редактор *Ю. М. Раутборт*
Зав. художественной редакцией *И. А. Пшеничников*
Художник обложки *М. Л. Уранова*
Компьютерная верстка *А. И. Кудрявцев*
Корректор *К. М. Корепанова*

Отпечатано с диапозитивов, изготовленных
ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС».

Лицензия ИД № 03185 от 10.11.2000.
Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 77.99.03.953.Д.004993.08.05 от 16.08.2005.
Сдано в набор 20.01.04. Подписано в печать 20.07.04.
Формат 60×90/16. Печать офсетная. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 44,00.
Доп. тираж 5 000 экз. Заказ № Э-705

Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС.
119571, Москва, просп. Вернадского, 88,
Московский педагогический государственный университет.
Тел. 437-11-11, 437-25-52, 437-99-98; тел./факс 735-66-25.
E-mail: vlados@dol.ru
http://www.vlados.ru

Отпечатано в типографии ОАО ПИК «Идел-Пресс» в полном
соответствии с качеством предоставленных диапозитивов.
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2.