Логопедия

Теория и практика

- Комплексная диагностика нарушений речи
- Классические и инновационные подходы в логопедической работе
- Преодоление речевых расстройств при сенсорных и интеллектуальных нарушениях у детей и взрослых
- Организация предметно-развивающей среды
- Свод инструктивно-методических документов Министерства образования и науки РФ
- Соответствует ФГОС

ВВЕДЕНИЕ

Учебно-методическое пособие «Логопедия. Теория и практика» предназначается для студентов высших учебных заведений, практических работников общеобразовательных, специальных и медицинских учреждений, чья профессиональная деятельность связана с оказанием всесторонней помощи лицам с нарушениями речи и коммуникации.

В пособии учтены прогрессивные тенденции современного развития отечественной и зарубежной логопедии, в том числе мультидисциплинарности, интегрированности знаний, ориентированности на формирование широких профессиональных компетенций. Особое внимание уделяется раннему и своевременному выявлению речевой патологии у лиц разных возрастных категорий, необходимости объективной оценки состояния их речи и комплексной коррекционной помощи детям, подросткам и взрослым. Содержание данного учебного пособия соответствует Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации», Федеральным государственным образовательным стандартам (дошкольного, начального, основного и высшего образования), модульным программам курса логопедии и смежных дисциплин медико-психолого-педагогического цикла. Все материалы прошли длительную и успешную апробацию и внедрены в медико-педагогическую практику.

Учебное пособие состоит из 4 разделов и 21 главы. В них изложены теоретические основы логопедии, охарактеризованы виды речевых нарушений и методики их коррекции, особенности логопедической работы при нарушениях интеллектуальной деятельности, сенсорных и двигательных расстройствах, освещены проблемы организации логопедической помощи в России, современные инновационные направления и инклюзивный подход к обучению и воспитанию лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

В главах, посвященных непосредственно нарушениям речи и их преодолению, раскрываются причины, механизмы, симптоматика каждого вида патологии, методы обследования и дифференциальной диагностики.

В издании большое внимание уделено вопросам преодоления и профилактики речевых нарушений, выявления и коррекции сопутствующих им расстройств с использованием традиционных и инновационных технологий.

В конце каждой главы приводится список рекомендуемой литературы, а также контрольные вопросы и задания, которые предназначены для того, чтобы самостоятельно проверить усвоение темы.

В приложении к некоторым главам представлены образцы оформления речевой карты с учетом возраста и структуры речевого дефекта обследуемого, разработки отдельных логопедических занятий.

В состав авторского коллектива вошли ведущие специалисты в области логопедии и специальной психологии, авторы учебников и многочисленных учебно-методических пособий, имеющие солидный стаж преподавания в высшей школе и большой опыт практической работы в образовательных, медицинских и иных учреждениях.

Авторами глав являются:

Главы 1—3 — Туманова Т. В., д. п. н., проф.

Глава 4 — Волосовец Т. В., к. п. н., проф., Кутепова Е. Н., к. п. н., доцент.

Глава 5 — Волосовец Т. В., к. п. н., проф., Орлова О. С., д. п. н., проф.

Глава 6 — Приходько О. Г., д. п. н., проф.

Глава 7 — Орлова О. С., д. п. н., проф.

Глава 8 — Шаховская С.Н., к. п. н., проф., Черкасова Е. Л., к. п. н., доцент.

Глава 9 — Визель Т. Г., д. психол. н., проф., Орлова О. С., д. п. н., проф.

Глава 10 — Леонова С. В., к. п. н., доцент.

Глава 11 — Филичева Т. Б., д. п. н., проф., Туманова Т. В., д. п. н., проф., Соболева А. В., к. п. н., доцент, раздел «Конспекты фонетических фронтальных занятий для детей с ФФН»).

Глава 12 — Филичева Т. Б., д. п. н., проф., Туманова Т. В., д. п. н., проф., (Борякова Н. Ю., к. психол. н., проф., раздел «Психологические особенности детей с ОНР», Соболева А. В., к. п. н., доцент, раздел «Примерные конспекты занятий для детей с ОНР (I—II уровень)»).

Глава 13 — Серебрякова Н. В., к. п. н., доцент, Туманова Т. В., д. п. н., проф.

Глава 14 — Орлова О. С., д. п. н., проф., Серебрякова Н. В., к. п. н., доцент.

Глава 15 — Борякова Н. Ю., к. психол. н., проф., (Матросова Т. А., к. п. н., доцент, раздел «Практические рекомендации к диагностике и логопедической работе с дошкольниками при ЗПР»).

Глава 16 — Черкасова Е. Л., к. п. н., доцент.

Глава 17 — Шаховская С. Н., к. п. н., проф.

Глава 18 — Приходько О. Г., д. п. н., проф.

Глава 19 — Хаустов А. В., к. п. н., доцент.

Глава 20 — Орлова О. С., д. п. н., проф.

Глава 21 — Волосовец Т. В., к. п. н. проф. Кутепова Е. Н., к. п. н., доцент, Соболева А. В., к. п. н., доцент, раздел «Рекомендации к оформлению предметно-развивающей среды для лиц с нарушениями речи и коммуникации»).

Термины и понятия логопедии — Туманова Т. В., д. п. н., проф.

РАЗДЕЛ I

Теоретические основы логопедии

Глава 1

ПРЕДМЕТ, ОБЪЕКТ, СТРУКТУРА, ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ И ЗАДАЧИ ЛОГОПЕДИИ. ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДРУГИМИ НАУКАМИ

Исторически логопедия является относительно молодой педагогической наукой. Ее зарождение и развитие пришлось на начало XX века, хотя предпосылки выделения логопедии в самостоятельную науку существовали и ранее. Это было обусловлено интересом ученых к области описания и характеристики нарушений речи, установлению их влияния на жизнедеятельность человека. Так, еще в Древней Греции и Древнем Риме философы и врачеватели поднимали вопрос о целесообразности правильного воспитания речи (Аристотель, Демосфен, Гиппократ, Платон, Геродот, Гален, Цельс). В Византии и странах Востока существовали целые трактаты о болезнях речи и их лечении (Орибадий, Ибн Сина). В странах Западной Европы внимательное отношение к правильности речи возникло позже, в эпоху Возрождения (Томас Мор, Франсуа Рабле и др.). Великие педагоги, философы и врачи стали рассматривать формирование речи во взаимосвязи с развитием ума, замечая и описывая различия, характерные как для сохранного, так и для нарушенного состояния речи (Я. А. Каменский, Ж.-Ж. Руссо, И. Г. Песталоцци, М. В. Ломоносов, А. Н. Радищев, К. Д. Ушинский и др.). Следствием этого стали выводы о важности речи для полноценной жизни и деятельности человека, о существовании неких этапов и закономерностей развития речи ребенка, о проявлениях и особенностях нарушений речи, о целесообразности работы по исправлению ее недостатков, а также — первые обоснованные и структурированные рекомендации методического характера.

Однако, несмотря на отдельные исследования, предпосылки для понимания логопедии как самостоятельной науки сложилось лишь к концу XIX столетия благодаря исследованиям зарубежных и отечественных ученых (М. Мюллер, В. Ф. Олтушевский, К. Вернике, П. Бро-

ка, В. М. Бехтерев, И. А. Сикорский, И. К. Хмелевский, А. Куссмауль и др.). На основе данных о физиологии головного мозга была определена взаимосвязь между нарушениями его отдельных участков и различными патологиями, в частности некоторыми патологиями речевой деятельности, и определены основные пути работы с такими пациентами.

Развитие отечественной логопедии в первые годы XX века связано с появлением научных исследований М. В. Богданова-Березовского, С. М. Доброгаева, Г. Д. Неткачева и др.

Позже фундаментальные труды Л. С. Выготского, А. Р. Лурия, Э. С. Бейн, Д. В. Фельдберга, Ф. А. Рау, Ф. Ф. Рау, Е. Ф. Рау, Ю. Флоренской, П. П. Кащенко и других ученых заложили основу для становления логопедии как междисциплинарной науки, охватывающей области разных нарушений речи у детей и взрослых. Начиная с 1940—1950-х годов XX века возрастает научный интерес к проблемам речевых расстройств и их преодоления у людей разного возраста. Исследования Н. А. Власовой, Р. М. Боскис, Р. Е. Левиной, С. С. Ляпидевского, В. И. Лубовского, М. Е. Хватцева и др. известных ученых позволили определить место логопедии в ряду других наук, закрепить ее понятийно-категориальный аппарат, сформулировать основные научные идеи, положения и направления их практической реализации в работе с детьми и взрослыми, имеющими нарушения речи различного происхождения. С середины XX века начинается расцвет отечественной логопедии, связанный с созданием и обоснованием научной классификации речевых нарушений, определением глобальных психолого-педагогических и нейропсихологических подходов к устранению недостатков речи, выявлением внешних и внутренних проявлений в структуре речевых дефектов, установлением взаимосвязи первичных и последующих (в т. ч. отсроченных) проявлений нарушений устной и письменной речи (Р. А. Белова-Давид, И. Т. Власенко, Е. С. Иванов, А. Г. Ипполитова, Р. Е. Левина, Л. Я. Миссуловин, Н. А. Никашина, В. К. Орфинская, О. В. Правдина, Е. Н. Правдина-Винарская, Е. Ф. Соботович, Н. Н. Трауготт, Л. С. Цветкова, М. Е. Хватцев, Л. Ф. Спирова, А. В. Ястребова и др.). Позже концептуальные основы логопедии как науки находят подкрепление в известных трудах Т. Г. Визель, Л. С. Волковой, Б. М. Гриншпуна, Н. С. Жуковой, В. А. Ковшикова, Р. И. Лалаевой, Е. М. Мастюковой, В. И. Селиверстова, В. М. Шкловского, Н. А. Чевелевой, М. К. Шохор-Троцкой и др. Вплоть до настоящих дней развиваются научные школы, заложенные в те годы Л. З. Андроновой-Арутюнян, Т. В. Ахутиной, Л. И. Беляко-

вой, Л. Г. Парамоновой, О. Н. Усановой, С. Н. Шаховской, Т. Б. Филичевой, Г. В. Чиркиной и др.

Сегодня логопедия занимает прочное место в системе педагогических наук и рассматривается как неотъемлемая часть специальной педагогики (наряду с олигофренопедагогикой, сурдопедагогикой, тифлопедагогикой).

Логопедия — наука о выявлении, изучении, преодолении и профилактике нарушений речи у лиц разного возраста средствами специального обучения и воспитания. Сам термин «логопедия» произошел от греческих корней и в буквальном смысле означает «воспитание речи».

Нарушение речи — обобщающий термин для обозначения отклонений от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека (Г. В. Чиркина) [6].

Проблемной областью логопедии является изучение причин, механизмов, проявлений, внутренней картины нарушений речевой деятельности, а также построение соответствующей системы коррекционного и пропедевтического воздействия.

Объект логопедии определяется как процесс обучения и воспитания лиц с нарушениями речевой деятельности.

Предметом логопедии являются нарушения речи вариативного этиопатогенетического происхождения.

Структура логопедии включает несколько направлений:

- логопедию раннего возраста, ориентированную на изучение, предупреждение и исправление отклоняющегося развития доречевых и первичных речевых проявлений у детей в период до трех лет. Данное направление получило активное освещение в науке относительно недавно и находится в динамичном развитии;
- дошкольную логопедию, связанную с изучением, преодолением и профилактикой нарушений речи у детей дошкольного возраста;
- школьную логопедию, целью которой является выявление, преодоление и предупреждение нарушений устной и письменной речи, а также их системных последствий у детей школьного возраста;
- логопедию взрослых, ориентированную на исследование, коррекцию и компенсацию речевых расстройств у взрослых людей.

Основные задачи логопедии:

1) выявление нарушений речи и их дифференцированное изучение в контексте междисциплинарного подхода;

2) установление этиологии, механизмов, структуры и проявлений речевых нарушений;

3) определение общих и специфических закономерностей развития лиц с нарушениями речи в ходе сопоставительного анализа данных речевого онто- и дизонтогенеза; выявление взаимообусловленной связи речевых расстройств с состоянием психических, моторных и иных функций человека;

4) систематизация и классификация данных о видах, формах, степенях проявления нарушений речи;

5) обоснование и реализация методов, принципов, подходов и содержания логопедической работы по преодолению нарушений речи;

6) осуществление профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения речевых нарушений и их последствий;

7) изучение вариативных проявлений расстройств речевой деятельности у лиц с ограниченными возможностями здоровья (при нарушениях слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, эмоционально-волевых нарушениях и проч.);

8) разработка методов и совершенствование содержания дифференциальной диагностики речевых нарушений;

9) обеспечение комплекса педагогических условий, определяющих эффективную реализацию логопедической помощи.

Педагогические условия подразделяются на системно-стратегические, ресурсные, организационные и содержательные.

Системно-стратегические педагогические условия объединяют те возможности, которые существуют в рамках российской системы образования. Они регламентируются нормативно-правовыми актами федерального, муниципального и локального уровней, определяющими современные стратегии развития дошкольного, общего, специального и инклюзивного образования, а также модернизирующейся системы здравоохранения и социальной защиты. Исходя из этого, можно говорить о несомненной важности учета и полной реализации этой группы педагогических условий.

Ресурсные условия подразумевают реализацию творческого и профессионального потенциала специалистов образовательных, лечебно-профилактических, социальных и иных учреждений, материальные вложения в процесс повышения доступности и эффективности деятельности специалистов, а также использование социальных ресурсов современного общества.

Организационные условия регламентируют особенности процесса реализации логопедической помощи лицам с нарушениями речи как относящимся к категории граждан с ограниченными возможностями здоровья в условиях образовательной организации (в том числе

образовательного учреждения современной формации), в условиях лечебно-профилактических и иных организаций государственной и негосударственной организационно-правовой формы; взаимосвязь и координацию деятельности службы психолого-педагогической и социальной поддержки учреждения и организации с педагогами основного и дополнительного образования; специфику планирования разных видов занятий и уроков (расписание, продолжительность, связь с другими видами занятий); взаимодействие психолого-педагогических служб образовательного учреждения с внешними источниками получения информации и необходимой поддержки, в том числе медицинского и социального характера.

Содержательные условия определяют насыщение и наполненность процесса оказания помощи лицам с нарушениями речи конкретным содержанием, основанным на онтогенетических данных, соотносящихся к определенной возрастной группе с образовательными стандартами, с общеобразовательными и коррекционными программами, разработанными для той или иной категории речевой патологии. При этом предполагается взаимопроникновение содержательного аспекта нейрофизиологических, нейропсихологических, общих и специальных педагогических программ, их взаимопересекаемость по основным и дополнительным разделам. В этом случае можно говорить и о внедрении инновационных и инклюзивных технологий в общий ход воспитания, обучения и/или восстановления лиц с речевыми нарушениями.

При этом необходимо четко представлять, что эффективность преодоления недостатков речи напрямую зависит от того, насколько органично будут реализованы не отдельные педагогические условия, а их совокупность в общепедагогических, частных и специфических составляющих. Под ***общепедагогическими составляющими процесса логопедической помощи*** следует понимать наличие:

- системной целостности в педагогической деятельности;
- творчески развивающего потенциала участников образовательного процесса;
- образовательного пространства в самом учреждении и вне его;
- преемственности и взаимосвязи в работе педагогов, специалистов конкретного учреждения и вовлеченных в образовательный процесс лиц (педагогов других учреждений, медицинских сотрудников, родителей и т. д.);

Частная составляющая процесса логопедической помощи представляет:

• индивидуализацию образовательных/логопедических маршрутов;

• вариативность общеобразовательных и коррекционных программ с учетом этиопатогенеза, проявлений и степени тяжести нарушений речи;

• дифференцированность педагогических/логопедических технологий;

• обеспечение интеллектуального, духовного и творческого развития личности лиц с нарушениями речи, их социализации и адаптации и т. д.

Специфическая составляющая процесса логопедической помощи подразумевает:

• целостность в восприятии лиц с нарушениями речевой деятельности;

• системный подход к пониманию внешней и внутренней структуры нарушенного речевого развития;

• внедрение коррекционно-развивающих технологий в деятельность педагогов общего и дополнительного образования, специалистов иного профиля;

• вариативность специальных способов и приемов логопедической работы;

• направленность на получение эффективных результатов логопедической работы в соответствии с образовательными, социальными и иными потребностями лиц с нарушениями речи и т. д.

Решение обозначенных выше задач в современных условиях предполагает понимание логопедии как самостоятельной науки, развивающейся в области междисциплинарных интересов. Это, в свою очередь, свидетельствует о необходимости комплексного взаимодействия логопеда со многими специалистами в общем ходе коррекционной работы: педиатром, психологом, неврологом, психиатром, нейрофизиологом, педагогом общего и дополнительного образования, физиотерапевтом и др. Исходя из актуальных государственных потребностей, крайне необходимой становится взаимосвязь теоретических и практических областей логопедии как науки, решающей насущные коррекционные и профилактические задачи с учетом современных научных представлений. Следствием таких взаимосвязей является уже упроченное в отечественной логопедии понимание важности своевременного, как можно более раннего начала логопедической работы (в раннем, дошкольном, школьном и взрослом периодах) в зависимости от сроков возникновения и выявления речевых расстройств. Полноценное осуществление мероприятий, направленных на широкое

информирование профессионального и непрофессионального сообщества о целях, задачах и достижениях отечественной и зарубежной логопедии, способствует развитию логопедии как науки и решению всех обозначенных ранее задач.

В логопедии разработаны и реализуются различные ***формы воздействия***: воспитание, обучение, коррекция, компенсация, адаптация, абилитация, реабилитация. Содержательные характеристики форм воздействия, принятых в логопедии, раскрыты в последующих главах и словаре терминов в конце учебника.

Взаимосвязь с другими науками. Логопедия современности является динамично развивающейся наукой, предполагающей глубокое взаимопроникновение в системы других наук. Являясь педагогической наукой, логопедия, тем не менее, построена на фундаментальных знаниях из области не только общей и специальной педагогики, но и общей и специальной психологии, лингвистики, психолингвистики и онтолингвистики.

Основы логопедии как педагогической науки разработаны М. Е. Хватцевым, Ф. Ф. Рау, Р. Е. Левиной, а также Л. С. Волковой, Р. И. Лалаевой, Г. В. Чиркиной и базируются на учениях Л. С. Выготского, А. Р. Лурии, А. А. Леонтьева, В. И. Лубовского и др. о сложной иерархической структуре речевой деятельности, на концептуальных научных позициях о взаимосвязи развития языка и речи, речи и мышления, понимании взаимообусловленного влияния речеязыковой деятельности и личности человека. Психологический и психолингвистический подходы к развитию логопедии определили особое внимание к нарушениям речи как расстройствам речевой деятельности, обусловливающих симптоматику недостаточности восприятия и использования речевых средств коммуникации. Выделение структуры речевого дефекта, установление первичных, вторичных компонентов речевого расстройства и системных последствий становится предметом изучения в теории и практике логопедии. Исходя из этого, становится возможным говорить о междисциплинарном подходе к обучению, воспитанию, адаптации и социализации лиц с нарушениями речи.

В психическом развитии ребенка речь имеет важное значение, поскольку выполняет три главные функции: коммуникативную, обобщающую и регулирующую. В современной логопедии широко используются данные ***психологии*** о механизмах, характере и структуре процессов мышления, восприятия, памяти, воображения, личностных характеристиках человека в условиях онто- и дизонтогенеза.

Отклонения в развитии речи отражаются на формировании психической жизни ребенка. Они затрудняют общение с окружающими, нередко препятствуют правильному формированию познавательных процессов, влияют на эмоционально-волевую сферу. При возникновении речевого расстройства часто возникает ряд сопутствующих и вторичных отклонений, которые составляют картину аномального развития ребенка в целом. Таким образом, логопедия оказывается неразрывно связанной со ***специальной психологией***. Вторичные проявления речевой недостаточности преодолеваются педагогическими средствами путем целенаправленной логопедической работы. Эффективность их устранения прямым образом связана с ранним выявлением структуры дефекта, диагностикой и своевременным началом дифференцированной логопедической помощи.

Лингвистическая основа логопедии представлена изучением вопросов взаимодействия языка и речи как системы социально обусловленных знаков и правил их употребления. Для логопедии принципиально важна опора на принятое в лингвистике учение о разделах языка. Принимая за основу данные об этапах и закономерностях речевого развития в ходе естественного онтогенеза, о процессах восприятия и порождения речевого высказывания, логопедия оказывается взаимосвязанной с такими научными направлениями, как ***онтолингвистика и психолингвистика***.

Необходимостью хорошо представлять причины, механизмы и симптоматику речевой патологии, уметь дифференцировать первичное недоразвитие речи от сходных состояний при умственной отсталости, тугоухости, психических нарушениях и др. определяется связь логопедии с ***сурдопедагогикой, олигофренопедагогикой и тифлопедагогикой***. Потребности современной логопедии в информации об анатомо-физиологических механизмах речи обуславливают ее связь с ***медицинскими науками:*** педиатрией, оториноларингологией, фониатрией, неврологией, нейрофизиологией, ортодонтией и т. д. Логопед должен ориентироваться в широком круге вопросов, касающихся развития детского организма, становления и функционирования анализаторных систем, закономерностей формирования высших психических функций ребенка, особенностей поведения в коллективе и т. д.

Принципы логопедии как науки во многом перекликаются с общедидактическими принципами, однако обладают своим частным и специфическим содержательным наполнением, отраженным в трудах Л. С. Выготского, А. Р. Лурии, П. Я. Гальперина, Р. Е. Левиной,

А. Н. Леонтьева и др. Логопедическое воздействие опирается на следующие принципы:

1) принцип учета классических и современных данных об этапах и закономерностях развития сохранной и нарушенной речи в ходе онтогенеза;

2) принцип деятельностного подхода, позволяющий рассматривать нарушения речи как расстройства/недостаточность особого вида психической деятельности человека в неразрывной связи с другими его видами деятельности;

3) принцип развития позволяет изучать и преодолевать нарушения речи, основываясь, с одной стороны, на глубоком анализе его возникновения, выделении первичных и вторичных причин, структуры, системных последствий. С другой стороны, принцип развития предполагает выделение в процессе логопедической работы тех потенциальных возможностей, которые находятся в зоне ближайшего и актуального развития (по Л. С. Выготскому) лиц с нарушениями речи [2];

4) принцип системности, позволяющий рассматривать нарушения речи как расстройство тех или иных компонентов иерархически организованной системы речеязыковых единиц и операций с ними, регламентируемых системой правил (и исключений), присущих конкретному языку. В то же время принцип системности определяет понимание речи как сложной функциональной системы, реализация которой обусловлена взаимодействием многих нейрофизиологических и анализаторных механизмов;

5) принцип комплексности в диагностике, коррекции и профилактике речевых нарушений, позволяющий учитывать в логопедической работе не отдельные разрозненные проявления, а все показатели внешней и внутренней картины речевой патологии в совокупности;

6) принцип вариативного сочетания общих и специальных методов, технологий, средств при проведении логопедических мероприятий;

7) принцип социального прогнозирования и направленности на эффективный результат логопедического воздействия, определяющий признание общих и специальных прав и потребностей лиц с нарушениями речи и возможности их включения в жизненно важные процессы общества;

8) принцип коммуникативного подхода, определяющий понимание речевых расстройств с позиций нарушений тех или иных вариативно выраженных аспектов речевого общения, взаимосвязанных с общим состоянием деятельности человека по передаче и восприятию информации;

9) принцип раннего выявления и раннего начала логопедической работы, определяющий необходимость своевременного диагностирования нарушений речи, их преодоления (компенсации) и профилактики системных последствий с учетом времени возникновения, структуры, механизма речевого расстройства.

Методы логопедии были сформулированы и систематизированы Л. С. Волковой [5, 9]. Современное переосмысление научных взглядов позволяет представить группы методов:

- организационные методы: сравнительный, лонгитюдинальный (изучение в динамике), комплексный;
- эмпирические методы: наблюдение, экспериментальное изучение (лабораторное; естественное; формирующий и контрольный, т. е. психолого-педагогический эксперимент), компьютерно-аппаратное исследование, психодиагностическое изучение (тестирование, анкетирование, интервьюирование), анамнестическое изучение (сбор и анализ данных персонального характера, медицинских и психолого-педагогических данных);
- количественно-качественные методы обработки данных (математические и статистические, корреляционные и прогнозирующие);
- интерпретационные методы, позволяющие выявить взаимосвязи между проявлениями и компонентами речевых и неречевых расстройств, между общим и частным в структуре речевого нарушения;
- методы специального обучения, воспитания и стимулирования лиц с нарушениями речи: словесные, наглядные, практические, репродуктивные, поисковые, исследовательские, проблемные, индуктивные и дедуктивные, интерактивные, а также методы обходного пути с учетом структуры нарушения и потенциальных возможностей развития/компенсации речевых функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бумарскова К. П. История логопедии в лицах. Персоналии. Саратов, 2014.

2. Выготский Л. С. Собр. соч. в 6 т. М., 2006.

3. Глухов В. П. Психолингвистика. М., 2015.

4. Логопедия. Методическое наследие / Под. ред. Л. С. Волковой. М., 2007.

5. Логопедия: Учебн. для студентов ВУЗов / Под. ред. Л. С. Волковой. М., 2007.

6. Филичева Т. Б., Орлова О. С., Туманова Т. В. Основы дошкольной логопедии. М., 2015.

7. Халилова Л. Б. Психолингвистическое сопровождение логопедии. М., 2011.

8. Хватцев М. Е. Логопедия. М., 2013.
9. Хрестоматия по логопедии / Под. ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997.
10. Чиркина Г. В. Методы обследования речи детей. М., 2003.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какие философы и ученые Древней Греции, Рима, Византии проявляли интерес к проблеме изучения речи человека?
2. В какой эпохе сложились научные представления о взаимосвязи речи с «развитием ума»?
3. Когда появились предпосылки для выделения логопедии в самостоятельную науку?
4. Труды каких отечественных ученых заложили основы логопедии как педагогической науки?
5. Раскройте современный подход к пониманию логопедии как науки.
6. Что является предметом, объектом, проблемной областью логопедии?
7. Какова структура современной логопедии?
8. Каковы основные задачи логопедии?
9. Раскройте педагогические условия, способствующие эффективности логопедической работы.
10. Каковы современные методы логопедии?
11. Раскройте принципы, на которые опирается логопедическое воздействие.
12. Охарактеризуйте связь логопедии с другими науками.

Глава 2
КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

В современной науке к лицам с нарушениями речи принято относить людей с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи. В сравнительном плане от других категорий людей с особыми потребностями их отличает нормальный биологический слух, зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития. Выделение этих дифференцирующих признаков необходимо для отграничения схожих или пограничных состояний, сопряженных с речевыми нарушениями, отмечаемыми при интеллектуальной недостаточности, задержанном психическом развитии, при нарушениях зрения, слуха, эмоционально-волевых расстройствах (Н. Н. Малофеев, О. И. Кукушкина). Исходя из сказанного, чрезвычайно важной является проблема определения совокупности факторов, составляющих причины, или этиологию, речевых нарушений.

Причины нарушений речи

В современной логопедии под причиной речевых расстройств принято понимать единичные или совокупно воздействующие факторы внешнего и внутреннего характера, влияние которых приводит к возникновению и развитию речевого нарушения (в его первичных и вторичных проявлениях), а также его системных последствий. Развивая учение М. Е. Хватцева, Л. С. Волкова различает среди условий, способствующих возникновению речевых нарушений, неблагоприятные внутренние (эндогенные) и внешние (экзогенные) факторы. При рассмотрении многообразных причин речевой патологии применяется эволюционно-динамический подход, который заключается в изучении самого процесса возникновения речевого расстройства, учете общих и специфических закономерностей аномального развития, закономерностей речевого развития на каждой возрастной стадии в условиях онто- и дизонтогенеза, сопоставительном анализе этиопатогенетических проявлений (Л. С. Выготский, Л. С. Волкова, С. Ю. Бенилова, Л. Р. Давидович, Р. Е. Левина, В. И. Лубовский, Е. М. Мастюкова, М. Е. Хватцев и др.). Развитие взглядов отечественных ученых на причины и природу возникновения речевых нарушений определяет понимание тесного взаимодействия внешних и внутренних неблагоприятных факторов как некоторого проявления единства биологического и социального в процессе формирования психических (в том числе и речевых) процессов. Это позволяет определить влияние речевого окружения, общения, эмоционального контакта и других условий на созревание речевой системы. Примерами такого неблагоприятного воздействия речевого окружения может служить недоразвитие речи у слышащих детей, воспитывающихся у глухих родителей, у длительно болеющих и часто госпитализируемых детей, возникновение у ребенка заикания при длительных психотравмирующих ситуациях в семье и др.

К внутренним (эндогенным) факторам, приводящим к нарушениям речи, принято относить различные внутриутробные патологии, которые приводят к нарушению развития плода; иммунологическую несовместимость крови матери и плода (по резус-фактору, другим антигенам эритроцитов), инфекционные и тяжелые соматические заболевания матери во время беременности; эмбриопатии, возникающие вследствие приема матерью лекарственных препаратов во время беременности, употребления родителями алкоголя, табака, наркотических средств; неблагоприятное воздействие на развивающийся плод радиации, вибрации, токсичных веществ; родовые травмы и асфиксию во время родов, которые приводят к внутричерепным кровоизли-

яниям; различные заболевания, нейроинфекции в первые месяцы и годы жизни ребенка, в течение жизни — у взрослых; черепно-мозговые травмы на протяжении всего периода жизни, цереброваскулярные заболевания головного мозга, обусловленные патологическими изменениями сосудов головного мозга с нарушением мозгового кровообращения (преходящего, острого и хронического прогрессирующего типов).

К внешним (экзогенным) факторам, вызывающим речевые расстройства, принято относить негативные социально-бытовые условия, приводящие к микросоциальной педагогической запущенности, вегетативной дисфункции, психической депривации и социальной дезадаптации, нарушениям эмоционально-волевой сферы и дефициту в развитии речи, наличие неблагоприятного речевого окружения и т. д.

Каждая из названных причин, а нередко и их сочетание могут обусловить нарушения различных сторон речи. В то же время имеются данные об определенном значении в этиологии речевых нарушений и ***наследственных факторов,*** конституциональной предрасположенности к тем или иным речевым расстройствам, отмечаемым у членов семьи.

При анализе причин возникновения нарушений следует учитывать соотношение выраженности речевого дефекта и состояния сохранных анализаторов и функций, которые могут быть источником компенсации при коррекционном обучении.

Большое значение имеет ***ранняя диагностика*** различных аномалий развития речи. Если речевые дефекты выявляются только при поступлении ребенка в школу или же в младших классах, их достаточно трудно компенсировать, что отрицательно сказывается на школьной успеваемости. Если же отклонения обнаруживают у ребенка в раннем или дошкольном возрасте, своевременная медицинская и педагогическая коррекция значительно повышает вероятность нормализации речевого развития и полноценного обучения в школе.

Эти аспекты логопедии целесообразно рассматривать в контексте не только коррекционной, но и профилактической работы, отраженной в последующих главах.

Существует множество ***факторов риска***, приводящих к возникновению и формированию расстройств речи. В современных условиях к таким негативно влияющим факторам относят: биологические, семейные, психологические, социальные, эмоциональные, а также состояние адаптивных механизмов [2].

К группе *биологических факторов* можно отнести заболевания на первом году жизни ребенка, осложненное течение антенатального,

интранатального и неонатальных периодов развития плода (например, в случае артериальной гипотонии у матери, анемии, при угрозе прерывания беременности, гестозе, токсикозе, инструментальных родах, быстрых или, наоборот, затяжных родах, гипоксии плода, морфофункциональной его незрелости, наличии болезней, обусловленных антигенной несовместимостью матери и плода, и проч.). К этой же группе факторов относятся перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС), гипоксически-ишемические поражения ЦНС, частые соматические заболевания ребенка и вирусные инфекции в младенческом и раннем возрасте, острые пневмонии, черепно-мозговые травмы, нейрохирургические операции, а также хирургические операции под общим наркозом и т. п.

Факторами семейного риска можно считать нежелание и неспособность родителей замечать отклонения в развитии ребенка, неумение создать благоприятную среду для его развития, обусловленные низким культурно-образовательным уровнем родственников, неадекватная оценка познавательно-речевых потребностей и возможностей человека с нарушениями речи со стороны его близких и т. д.

Нередко семейные факторы перерастают в *психологические,* такие как нежелание иметь ребенка, стрессовые внутрисемейные отношения, развитие депрессивных состояний у людей с нарушениями речи и членов их семей, конфликтные модели взаимодействия членов семьи. Вследствие этого человек с нарушениями речи может ощущать себя никому не нужным, неуспешным, испытывать постоянную тревогу и страх за свое будущее, ощущать дефицит внимания, понимания и любви со стороны окружающих его людей.

Социальные факторы риска оказываются неразрывно связаны с предыдущими группами, объединяя такие вариативные проявления, как страх перед стихийными бедствиями, катастрофами, переездами, дискриминацией в коллективе по тем или иным признакам, пребыванием в незнакомом коллективе, отрыве от близких людей, наличием психической депривации (угнетения) и т. д.

Эмоциональными факторами риска можно считать изменения эмоционально-поведенческой сферы человека с нарушенной речью, а именно: нарушения режима сна и бодрствования, изменение аппетита, повышенная раздражительность и возбудимость, импульсивность, протестность поведения, наличие стойких вариативных негативизмов, частые перепады настроения и проч.

На состояние *адаптивных механизмов* человека влияют в совокупности все ранее перечисленные факторы. Эти механизмы относятся к категории защитных, без которых невозможны психическое развитие

и социальная адаптация человека с нарушениями речи. Как правило, патологические факторы, перечисленные выше, снижают адаптационные возможности таких людей, делая их уязвимыми и социально неприспособленными вне специально организованных мер и системы медико-психолого-педагогического сопровождения.

Классификации речевых нарушений

Поскольку речевые нарушения долгое время оставались предметом изучения дисциплин медико-биологического цикла, большое распространение получила ***клинико-педагогическая классификация речевых нарушений*** (М. Е. Хватцев, Ф. А. Рау, О. В. Правдина, С. С. Ляпидевский, Б. М. Гриншпун). В основе данной классификации лежит изучение причин (этиологии) и патологических проявлений (патогенеза) речевой недостаточности.

В соответствии с клинико-педагогической классификацией все виды нарушений речи делятся на две группы:

нарушения устной речи и ***нарушения письменной речи***.

Нарушения устной речи в свою очередь подразделяются на две формы — *расстройства фонационного оформления* и *нарушения структурно-семантического оформления высказывания*.

К расстройствам фонационного оформления речи относятся:

- афония, дисфония — отсутствие или нарушение голоса;
- брадилалия — патологически замедленный темп речи;
- тахилалия — патологически убыстренный темп речи;
- заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;
- дислалия — нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата;
- ринолалия — нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата;
- дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

Виды нарушений структурно-семантического оформления высказывания:

— алалия (отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга);

— афазия (полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга).

Нарушения письменной речи выражаются в:

— дислексии (алексии) — частичном (полном) нарушении процессов чтения;

— дисграфии (аграфии) — частичном (полном) специфическом нарушении процессов письма.

— дизорфографии — специфическом нарушении процессов усвоения и применения орфографических правил.

Для данной классификации характерно объединение психолого-лингвистических и клинических критериев, которые ориентированы в первую очередь на характеристику вариативных проявлений различных речевых расстройств.

В 1960-х гг. в Научно-исследовательском институте дефектологии разработана ***психолого-педагогическая классификация*** речевых нарушений на основе педагогических, лингвистических и психологических критериев, среди которых в большей степени учитываются структурные компоненты речевой системы, функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности [5]. Данная классификация основана на выделении прежде всего тех признаков речевой недостаточности, которые важны для осуществления единого педагогического подхода к детям, имеющим сходные уровни овладения языковой системой.

На основе психолингвистических критериев — нарушения собственно *языковых средств общения* и нарушения *в применении средств общения* в процессе речевой коммуникации — основные нарушения речи делятся на две группы. К первой группе относятся следующие нарушения:

Нарушение языковых средств общения (компонентов речи):

— фонетическое недоразвитие (ФН);

— фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН), т. е. нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными расстройствами вследствие дефектов восприятия и произнесения фонем;

— общее недоразвитие речи (ОНР), которое объединяет сложные речевые расстройства в тех случаях, когда у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой ее сторонам.

Ко второй группе относится:

— заикание, понимаемое как нарушение коммуникативной функции речи при сохранении языковых средств общения. Оно характеризуется темпо-ритмическими нарушениями, проявлениями речевого негативизма, особенностями речевого поведения.

В данной классификации нарушения письма и чтения трактуются как отсроченные проявления ФФН и/или ОНР, обусловленные у детей недостаточной сформированностью фонематических и морфологических обобщений в устной речи, ограничением речевой практики, нарушением языковой способности в целом.

На основе психолого-педагогической классификации и цикла исследований речевого и психического развития детей с разными видами речевой патологии была разработана теория коррекционного обучения детей с нарушениями речи и программное обеспечение.

Психолого-педагогическая классификация открыла широкие возможности для внедрения в логопедическую практику научно обоснованных методов коррекционного воздействия на нарушенную речь и другие психические функции детей дошкольного и школьного возраста. С точки зрения психолого-педагогической классификации наиболее значимым является вопрос о том, какие именно компоненты речевой системы затронуты, недоразвиты или нарушены. Придерживаясь этого подхода, логопед имеет возможность четко представить направление коррекционного обучения для каждой категории дефектов: при общем недоразвитии речи, при фонетико-фонематическом недоразвитии, при недостатках произношения звуков.

Клинико-педагогическая и психолого-педагогическая классификации нарушений речи взаимно дополняют друг друга и широко используются в логопедии, так как дают возможность четко представить симптоматику каждой аномалии речевого развития ребенка и охарактеризовать нарушенные компоненты речевой деятельности ребенка.

В настоящее время логопеды, работающие в системе здравоохранения, все чаще используют *международную классификацию болезней (МКБ-10)*, принятую в России в рамках перехода на новый статистический учет в 1999 г.

Международная классификация болезней (МКБ-10) является стандартным оценочным инструментом в области управления здравоохранением, эпидемиологии, медицины, а также анализа общего состояния здоровья населения, используется в том числе и для мониторинга заболеваемости и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем.

МКБ-10 применяется для кодирования диагнозов болезней в буквенно-цифровые коды, которые позволяют обеспечить удобство хранения и обработки данных в традиционном и электронном виде.

МКБ-10 была одобрена на 43-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1990 г. и вошла в употребление в государствах — членах ВОЗ, начиная с 1994 г. Международная классификация болезней

в России содержит клинико-диагностические термины, принятые в отечественной медицинской практике.

В рамках этой классификации речевые нарушения рассматриваются в классе V «Психические расстройства и расстройства поведения», расширение которого происходит внутри шифра F. Например, F 80 «Специфические расстройства речи и языка», F 80.0 «Специфические расстройства речи и артикуляции», F 80.1 «Специфические расстройства развития экспрессивной речи» и т. д. Для каждого состояния определены четкие диагностические критерии и отграничения от схожих состояний, что определяет эффективность использования МКБ в условиях учреждений, оказывающих медицинскую помощь населению.

Особое значение для логопедии приобретает проблема ранней логопедической помощи детям на основе всестороннего изучения признаков отклоняющегося речевого развития и выявления детей группы риска по речевой патологии. Следует подчеркнуть, что логопедический аспект ранней диагностики и ранней помощи является частью общей медико-педагогической проблемы предупреждения нарушений психоречевого развития детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Конечной целью логопедической работы с лицами, имеющими отклонения речевого развития, является их полноценная подготовка к социализации и интеграции в общество. Решение этой важной в социальном аспекте задачи прямым образом связано с проблемой квалифицированного и повсеместного выявления и обследования людей с ранними признаками речевой недостаточности и адресного оказания им соответствующей логопедической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» 29.12.2012.

2. Бенилова С. Ю., Давидович Л. Р. Логопедия. Системные нарушения речи у детей. М., 2014.

3. Богомильский М. Р., Орлова О. С. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. М., 2008.

4. Концепция специального федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья. М., 2014.

5. Левина Р. Е. Нарушения речи и письма у детей // Избранные труды / Ред.-сост. Чиркина Г. В., Шошин П. Б. М., 2005.

6. Логопедия: Учебн. для студентов ВУЗов / Под. ред. Л. С. Волковой. М., 2007.

7. Малофеев Н. Н., Никольская О. С., Кукушкина О. И., Гончарова Е. Л. Дети с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в специальном государственном образовательном стандарте. // Проблемы современного образования. 2011. № 3.

8. Филичева Т. Б., Орлова О. С., Туманова Т. В. Основы дошкольной логопедии. М., 2015.

9. Хватцев М. Е. Логопедия. М., 2013.

10. Хрестоматия по логопедии / Под. ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Каких людей принято относить к лицам с нарушениями речи?
2. Что является причинами речевых расстройств?
3. Каковы факторы риска, приводящие к нарушениям речи?
4. Охарактеризуйте клинико-педагогическую классификацию речевых нарушений.
5. Каковы виды нарушений устной речи?
6. Каковы виды нарушений письменной речи?
7. Охарактеризуйте психолого-педагогическую классификацию нарушений речи.
8. Какие нарушения речи характеризуются недостаточностью собственно языковых средств общения?
9. Какое речевое расстройство принято считать нарушением применения языковых средств общения?
10. Как понимаются нарушения письма и чтения в контексте психолого-педагогической классификации?
11. Какой международной классификацией болезней могут пользоваться логопеды?

Глава 3
МЕХАНИЗМЫ РЕЧИ. ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ РЕБЕНКА В ПРОЦЕССЕ ОНТОГЕНЕЗА

Современный подход к проблеме выявления и коррекции нарушений речи требует от логопеда четких представлений о том, каким образом и по каким законам происходит становление речи у нормально развивающегося ребенка. Эти знания служат основой для грамотного проведения логопедического обследования детей, своевременного выявления у них речевых нарушений и их классификации. Лишь на этой основе возможно правильное планирование и реализация систематической коррекционной помощи детям с речевой патологией.

Овладение речью — это сложный, многосторонний процесс, неразрывно связанный со становлением ведущих видов деятельности ребенка [3]. Данный процесс предполагает последовательное овладение ребенком всем многообразием функций речи: номинативной, индикативной (указательной), коммуникативной (функцией общения), когнитивной (познавательной), регулирующей (управление с помощью речи своим поведением и действиями окружающих людей), обобщающей (группировка получаемых ребенком знаний), эмотативной (передача эмоциональных ощущений, переживаний). Овладение всем многообразием функций речи происходит в теснейшей связи со становлением ведущих видов деятельности ребенка: предметной, игровой, учебно-игровой, учебно-познавательной.

Нормальное протекание процесса овладения речью определяется сформированностью совокупности различных факторов психологического, анатомо-физиологического и социального характера. К ним можно отнести достаточную сформированность высших психических функций (внимания, памяти, мышления, восприятия, воображения и т. д.), сохранность анатомо-физиологического строения центральных и периферических отделов слухового и речевого аппарата, нормальные условия развития и воспитания ребенка в семье и социуме. Указанные факторы можно назвать основными условиями, необходимыми для нормального развития речи ребенка. Остановимся на некоторых из них.

Анатомо-физиологические механизмы речи

Речевая деятельность человека обусловлена функционированием многих систем, в том числе речевого аппарата, состоящего из двух взаимосвязанных частей: центральной и периферической.

Центральная (регулирующая) часть речевого аппарата представлена отделами головного мозга, его подкорковыми структурами и проводящими путями.

Головной мозг человека — ведущий орган, отвечающий за координацию и регуляцию жизненных функций, всех видов деятельности и поведение. При рождении ребенка вес мозга составляет примерно 0,3 кг, позже он достигает 1,5 кг, что соотносимо с 2,5% веса тела взрослого человека.

В строении мозга выделяются два больших полушария, покрытых бороздами и извилинами. Сзади располагается мозжечок, а ниже больших полушарий — ствол мозга, переходящий в спинной мозг. От ствола и спинного мозга отходят нервы, которые отвечают за переда-

чу информации от внутренних и наружных рецепторов и в обратном направлении.

В каждом полушарии выделяются лобная, теменная, височная и затылочная доли. Для понимания механизмов функционирования речевого аппарата важно знать, какие основные функции выполняют те или иные отделы мозга. Так, правая лобная доля (у правшей) отвечает за планирование неречевой деятельности. Левая лобная доля — за программирование речевой деятельности, контроль за ее результатами, за порождение различных уровней речевого и абстрактного мышления.

В функции теменных долей входит сохранение поступившей информации пространственного характера. Причем теменная доля правого полушария (у правшей) в большей мере регулирует пространственно организованный опыт (навыки самообслуживания, передвижения по лестнице, по неровной поверхности), а теменная доля левого полушария — опыт пространственного расположения органов артикуляции. Помимо этого левая теменная доля хранит информацию о словах, несущих в своем значении пространственную нагрузку (наречия, предлоги, указательные местоимения и т. д.).

Височные доли головного мозга ответственны за восприятие и хранение звуковой информации. Так, височная доля правого полушария, помимо неречевых звуков, дифференцирует и сохраняет данные о речевой интонации, высоте, модуляции и тембре голоса, а задние, верхние отделы левой височной доли обеспечивают фонематическое восприятие речи, т. е. различение и дифференциацию фонем, в целом фонетическое оформление высказывания человека.

К функциям затылочных долей относят прием, переработку и хранение информации, поступающей посредством работы анализаторных систем (в правом полушарии — у правшей), и дифференцированную переработку информации об абстрактных, кодовых системах, например алфавите (в левом полушарии).

К подкорковым структурам относится ряд важных мозговых структур, или ядер, представляющих собой скопление нейронов, расположенных ниже коры. В их числе: таламус, базальные ганглии и гипоталамус. Таламус получает информацию от органов чувств, переадресует ее соответствующим отделам сенсорной коры. Таламус также обеспечивает некоторые процессы, связанные с поддержанием бодрствования и внимания. Базальные ганглии участвуют в регуляции координированных движений (запускают и прекращают их). Гипоталамус — маленькая область в основании мозга, лежащая под таламусом. Это важный центр, контролирующий гомеостатические функции организма, такие как регуляция водного обмена, распределения запасаемого

жира, температуры тела, полового поведения, сна и бодрствования. Ствол мозга расположен у основания черепа. Он соединяет спинной мозг с передним мозгом.

На уровне ствола проводящие пути, связывающие каждое из больших полушарий с мозжечком, перекрещиваются, что позволяет каждому из полушарий управлять противоположной стороной тела. Сами проводящие пути понимаются как цепи последовательно контактирующих нейронов, служащие для передачи нервных импульсов либо от одной части мозга к другой, либо от рецепторов к различным участкам мозга (мозговым центрам). Проводящие пути проходят не только внутри мозга. Так называемые афферентные (чувствительные) пути начинаются от рецепторов, а эфферентные (двигательные) пути доходят до рабочих органов, например органов речи. Все проводящие пути делятся на ассоциативные, комиссуральные и проекционные. Ассоциативные пути осуществляют связь между различными участками коры в пределах одного полушария (например, связывают корковые центры речи с двигательным центром в лобной доле головного мозга).

Комиссуральные пути связывают между собой симметричные участки коры обоих полушарий (например, лобные доли правого и левого полушарий).

Проекционные проводящие пути осуществляют двусторонние связи с двумя типами нервных окончаний, расположенных в органах (например, органах речи). Эти проекционные проводящие пути называются чувствительными, афферентными, центростремительными, поскольку берут начало пути от рецепторов. Внутри мозга они идут в восходящем направлении, поэтому называются также восходящими.

От мозговых центров к эффекторам, расположенным в рабочих органах, идут эффекторные (двигательные), эфферентные, центробежные пути. Внутри мозга они идут в нисходящем направлении, поэтому называются также нисходящими.

Мозжечок, расположенный под затылочными долями больших полушарий, осуществляет контроль за тонкими автоматическими движениями, координируя активность различных мышечных групп. Есть данные о его существенной роли в формировании двигательных навыков, запоминании последовательности движений.

От головного мозга отходят 12 пар черепно-мозговых нервов: обонятельный, зрительный, глазодвигательный, блоковый, тройничный, отводящий, лицевой, преддверно-улитковый, языкоглоточный, блуждающий, добавочный, подъязычный. В работе речевого аппарата особенно важна роль тройничного нерва (иннервирует мышцы, приводящие в движение нижнюю челюсть), лицевого (мимическую

мускулатуру), языкоглоточного и блуждающего (мышцы гортани, голосовых складок, глотки, мягкого нёба), добавочного (мышцы шеи), подъязычного (мышцы языка). Вся система черепно-мозговых нервов передает нервные импульсы от центральной (регулирующей) части речевого аппарата к периферической.

Периферическая (исполнительская) часть речевого аппарата представлена работой трех отделов: дыхательного, голосового, артикуляционного.

Дыхательный отдел объединяет диафрагму, дыхательные мышцы, грудную клетку, бронхи, трахею, легкие. Основная функция легких — осуществление газообмена между организмом и внешней средой. В легкие во время вдоха поступает воздух, богатый кислородом, а при выдохе выделяется воздух с повышенным содержанием углекислого газа. Помимо основной функции дыхательный отдел выполняет не менее важную — связанную с участием в процессе порождения речи. Как известно, говорение происходит на фазе выдоха. В ходе речи вдох говорящего намного короче, чем выдох. Речевой выдох длительный, направленный через ротовую полость, что способствует выполнению одновременно и функции голосообразования, и функции артикуляции.

Голосовой отдел состоит из гортани, голосовых складок, а также глотки, отделенной надгортанником от трахеи. Гортань представляет собой короткую широкую трубку, состоящую из хрящей и мягких тканей. Она расположена в переднем отделе шеи и может быть определена на ощупь. У мужчин обычно гортань крупнее, а голосовые складки длиннее, нежели чем у женщин. У детей в период до начала пубертата не наблюдается существенных различий в величине гортани по гендерному признаку. В целом гортань у детей невелика, ее рост неравномерен, а форма меняется от исходной воронкообразной к зрелой — цилиндрической.

Голосовые складки — это складки слизистой оболочки гортани, выступающие в ее полость, содержащие голосовую связку и голосовую мышцу. Различают два вида голосовых складок. Истинные голосовые складки могут колебаться как всей своей массой, так и одной какой-либо частью, например половиной, третью, краями и т. д. Ложные голосовые складки (вестибулярные складки, складки преддверия) приобретают свое значение при выработке ложносвязочного голоса и гортанном пении.

Механизм голосообразования можно условно описать следующим образом. При фонации голосовые складки находятся в сомкнутом состоянии. Каждый раз напор струи выдыхаемого воздуха, проходя через сомкнутые голосовые складки, несколько раздвигает их в стороны.

Упругие голосовые складки под действием гортанных мышц снова суживаются, возвращаясь в исходное срединное положение. Смыкания и размыкания чередуются под давлением выдыхаемой струи воздуха в разном режиме. Таким образом, при фонации происходят колебания голосовых складок. Расстояние между голосовыми складками принято называть «голосовой щелью». При вдохе голосовая щель полностью раскрыта и приобретает форму треугольника с острым углом у щитовидного хряща. В фазе выдоха голосовые складки несколько сближаются, однако при этом не замыкают полностью просвет гортани.

При продуцировании шепота голосовые складки раскрыты, не колеблются, а выходящий из легких воздух встречает сопротивление органов артикуляции в виде щелей и смычек, что вызывает специфический шум.

Артикуляционный отдел представлен анатомо-физиологической системой органов: язык, губы, зубы верхней и нижней челюстей, твердое и мягкое нёбо (ротоглотка), носоглотка (верхняя часть глотки, расположенная позади полости носа) и резонаторные полости, участвующие в порождении звуков речи и голоса.

Одним из главных органов артикуляции является язык. Это массивный мышечный орган, заполняющий практически всю ротовую полость. В языке различают спинку и корень. Передняя часть языка — подвижна, а задняя (корень) — фиксирована. Нижняя поверхность языка соединяется с дном полости рта посредством уздечки. В передней части языка различают кончик, передний край, боковые края и спинку, по которой проходит условно выделяемый желобок. В куполе полости рта находится нёбо, состоящее из двух анатомических образований — мягкого и твердого нёба. Мягкое нёбо отделяет ротовую полость от глотки. Твердое нёбо — костная стенка, которая отделяет полость рта от носовой полости; по форме твердое нёбо представляет собой выпуклый кверху свод. При широко открытом рте в глубине ротовой полости можно увидеть нёбную занавеску. Это задняя подвижная часть нёба, представляющая собой мышечную пластинку, на которой наблюдается маленький отросток — конически закругленное окончание мягкого нёба — язычок (увула).

Челюсти составляют основу лицевого скелета. Верхняя челюсть неподвижно соединена с другими костями черепа. Нижняя челюсть подвижно соединяется с костями черепа и состоит из подковообразного тела — альвеолярной части. По верхнему краю альвеолярной части челюсти имеются углубления — зубные альвеолы. К челюсти прикрепляется большое количество мышц.

Прикус — взаимоотношение зубных рядов при максимальном контакте и полном смыкании зубов верхней и нижней челюстей. Правильным прикусом принято считать такой, при котором верхние резцы прикрывают собой резцы нижней челюсти, а верхние клыки загораживают нижние.

Речевые звуки, издаваемые в процессе фонации, были бы тихими и неотчетливыми, если бы не участие системы резонаторных полостей. Это четыре пары придаточных пазух носа: верхнечелюстные (гаморовы), лобные (фронтальные), основные и решетчатые; вместе с полостью носа они выполняют роль резонатора голоса.

Закономерности и особенности речевого развития ребенка

Согласно данным классической психологической литературы, в развитии ребенка можно условно выделить четыре этапа: подготовительный, преддошкольный, дошкольный и школьный.

I этап — подготовительный

Условные границы данного этапа определены возрастом от 0 до конца 1-го года жизни ребенка. Известно, что первой голосовой реакцией ребенка при рождении является его крик. Отсутствие крика может служить для специалистов настораживающим симптомом, свидетельствующим о неблагополучном состоянии ребенка на момент рождения.

В рамках подготовительного этапа происходит начальное становление базовых речевых механизмов, связанных с развитием фонематического слуха и слогообразования. Так, в процессе эмоционального общения с окружающими людьми ребенок вслушивается в мелодику и интонацию их речи, наблюдает мимические и артикуляционные движения. Уже в возрасте 2—3 месяцев у детей появляется гуление, рассматриваемое как непроизвольное воспроизведение звуковых комплексов. Эти звуковые комплексы характеризуются крайней неопределенностью артикуляции: близкие к речевым артикуляции возникают случайно и обычно соединены с неречевыми шумами [4]. Исследователи отмечают, что в этот период ребенок может производить звуки как существующие, так и не существующие в родном языке (А. Н. Гвоздев, Н. И. Жинкин, А. А. Леонтьев, Д. Б. Эльконин). Невозможно игнорировать важность гуления для развития речи ребенка, поскольку именно в этот период происходит начальная тренировка артикуляционного аппарата. Кроме того, ребенок не просто продуцирует звуковые комплексы, но и вслушивается в производимые звуки.

Гуление у всех детей возникает в одном и том же возрасте и звучит одинаково. В период от 5 до 7 месяцев гуление плавно переходит в лепет. А. А. Леонтьев называл появление лепета важнейшим скачком в развитии ребенка, видя в нем начало его первичных речевых проявлений. Для лепета характерно более четкое оформление гласных и согласных звуков, их линейная сочетаемость. «Ба-ба-ба, ма-ма-на, ва-ва, га-га-га» — вот лишь немногие образцы лепета ребенка. Эти сочетания слогов характеризуются определенной мелодикой, ударностью, единством артикуляционного уклада. Однако наиболее важной особенностью лепета является то, что уже прослеживается некоторая предметная отнесенность лепетных проявлений ребенка. Так, сочетание «ма-ма-ма» будет соотноситься с образом мамы, «ба-ба-ба» — с образом бабушки и т. д.

Возраст от 11 месяцев до начала второго года жизни ребенка является переломным, поскольку в речи ребенка появляются первые слова. Эти слова могут полностью совпадать с образцами взрослой речи («мама», «папа», «баба» и т. д.), но могут носить и искаженный характер: «ня» — на, «да» — дай, «кика» — киска, «дё» — идем, пойдем и т. д. Данный период характеризуется стремительными темпами овладения ребенком этими словами и активным их использованием в собственной речи. Как отмечают исследователи, причина столь высокой активности ребенка заключается в овладении им возможностями первичного обобщения и замещения словом целого класса объектов действительности (А. Н. Гвоздев, Н. И. Жинкин, А. А. Леонтьев, Н. Х. Швачкин). Так, например, словом «гаки» (т. е. «глазки») ребенок обозначает и глаза игрушки, и глаза матери, и свои собственные глаза. Состав артикуляций, производимых ребенком в это время, становится уже более или менее близким к родному языку, однако упомянутые выше исследователи отмечают в речи детей ряд особенностей. К их числу относятся:

— значимость ударной модели слова. Так, слово «нога́» обозначает часть тела, а слово «но́га» — число предметов «много»;

— тенденция к уподоблению звуков, например «саса» обозначает «сахар», «Фефа» — имя «Сева».

Таким образом, появление первых слов и рост их числа характеризуют переход ребенка к следующему этапу развития.

II этап — преддошкольный

Условные границы этого этапа ограничены возрастом от 1 года до 3 лет. Этот этап является весьма значительным как по временной протяженности, так и по объему знаний, умений и навыков, развива-

ющихся у ребенка. Рассмотрим изменения, происходящие в речи ребенка на протяжении указанного этапа.

Начало второго года жизни может характеризоваться незначительным приростом словаря в количественном плане. Однако при этом отмечается значительное расширение объема понимания обращенной речи. Это, в свою очередь, приводит к уточнению, обобщению и активизации названий предметов и действий, уже имеющихся у ребенка. В то же время в речи детей нередко отмечается явление, когда одно детское слово передает два или три значения. Так, звуковой комплекс «ая» в разных ситуациях обозначает «аллё» (когда ребенок играет с телефоном) и «нельзя» (когда ребенок обыгрывает ситуацию запрета).

В период между 1 годом 3 месяцами и 1 годом 6 месяцами отмечаются определенные изменения в фонетической области, связанные с тем, что ребенок постигает вариативность (т. е. разнообразие) фонем в рамках слова. Примером этому служит появление в речи ребенка множества так называемых специфических омонимов: «вапа» — лапа, «фапа» — шапка; «пама» — помидор, «бама» — банан и т. п.

Возраст от полутора до двух лет можно считать весьма важной вехой речевого развития ребенка, поскольку у него появляется возможность объединения слов в простое предложение. Чаще всего это комбинация существительного и глагола, но могут быть и другие варианты: «Мам, да» — мама, дай; «Да пи» — дай пить, «От яя» — вот зайчик, «Тата бах» — Тата упала и т. п. Данный период начального овладения предложением характеризуется явлением, которое часто называется «физиологическим аграмматизмом». Иными словами, ребенок, выстраивая фразу, еще не может грамматически ее оформить. У ребенка с нормальным развитием речи этот период длится недолго и преодолевается самостоятельно, без логопедического воздействия.

Спустя 2—4 месяца объем предложения расширяется до трех слов: «мама да кука» — мама, дай куклу, «Тата коче пи» — Тата хочет пить, «Кика пи моко» — киска пила молоко и т. п. Ребенок в этом возрасте еще воспринимает слово как целый, не разложимый на отдельные сегменты звукокомплекс. В то же время данный период развития характеризуется становлением собственно грамматических противопоставлений, когда ребенок уже начинает улавливать и понимать отдельные морфемы в словах. Вследствие этого в собственной речи ребенка появляются существительные в единственном и множественном числе («дядя — дяди», «бяка — бяки»), отдельные существительные с уменьшительно-ласкательным значением («ниська» — книжка, «ёська» — ложка), а также варианты неправильного согласования основы и окончания слов, образованные по аналогии («ёськом» — ложком).

Ребенок как бы постигает звуковую вариативность слова. Отсюда – огромное число неправильно образованных слов. Это может выглядеть как некая игра со словом, когда ребенок стремится обозначить границы самого слова и его компонентов. Так, слово «кисточка» может звучать как «киситька», «китыська», «китицка» и т. п. Начало усвоения грамматических значений проявляется в четкости произношения ребенком окончаний слов. Этот процесс совершенствуется вплоть до трехлетнего возраста. Таким образом, к трем годам дети получают возможность пользоваться простыми распространенными предложениями, правильно используя наиболее употребительные грамматические конструкции.

Одновременно происходит совершенствование слоговой структуры слов: в самостоятельной речи употребляются одно-, двух-, трехсложные слова («себ» — хлеб, «мятик» — мячик, «лёка» — ложка, «тятька» — чашка, «кавака» — кроватка, «моёко» — молоко и т. п.). Как видно из приведенных примеров детской речи, звукопроизношение детей еще отличается значительным несовершенством. Так, дети могут правильно произносить лишь звуки раннего онтогенеза, например, нейотированные гласные ([а], [о], [у], [и], [ы], [э]) и простые согласные ([м] — [м'], [н] — [н'], [п] — [п'], [б] — [б'], [к], [г]). Произношение более сложных звуков ([р] — [р'], [л] — [л'], [ш], [щ], [ж]) может быть нарушено вследствие возрастного физиологического несовершенства артикуляционного аппарата. Однако при этом ребенок уже адекватно оценивает правильность звучания речи окружающих. Например, на вопрос: «Как тебя зовут?» — трехлетняя Ира отвечает: «Ия». Когда же взрослый переспрашивает: «Ия?», ребенок сердится и настаивает: «Не Ия, а Ия, я «й» не говою!»

Речевые умения и навыки получают дальнейшее развитие на протяжении следующего — дошкольного этапа развития ребенка.

III этап — дошкольный

Границами данного этапа считается возраст от трех до семи лет. На протяжении этого времени в развитии речи ребенка происходят значительные изменения. Эти изменения охватывают все стороны речи: активно развиваются звукопроизношение, словарный запас, грамматический строй, связная речь ребенка. Рассмотрим указанные направления развития речи подробно.

Дети четвертого года жизни уже усвоили навыки произношения многих звуков, в их речи исчезло смягченное произнесение согласных звуков и замены их на [т"], [д"]. Слова, в составе которых есть мягкий [л"] и йотированные гласные, звучат уже в соответствии с нормами

родного языка. Появляются свистящие звуки: [с], [с"], [з], [з"]. При этом дети не только хорошо произносят звуки, но и приобретают умение слышать их в составе слова. В пять лет заканчивается формирование произношения шипящих звуков ([ш], [ж]), их различение в речи и на слух продолжает совершенствоваться на протяжении всего шестого года жизни. В период от пяти до шести лет улучшается способность детей к дифференциации твердых — мягких, звонких — глухих согласных. Одними из наиболее поздно усваиваемых звуков являются соноры [р], [р"]. В шесть лет еще допускается их нечеткое произнесение, однако к концу дошкольного периода дети уже правильно произносят и различают все фонемы родного языка.

На протяжении дошкольного этапа происходит бурное развитие словарного запаса ребенка. Это выражается в изменении лексического строя языка как по количественным, так и по качественным параметрам. Ребенок не только понимает и употребляет разные части речи (существительные, глаголы, прилагательные, местоимения, наречия), но и активно овладевает способами их образования. Не случайно период от четырех до пяти лет признается всеми исследователями возрастом словотворчества. Именно в это время в речи ребенка появляется множество самостоятельно сконструированных слов, которые ребенок не мог заимствовать из речи окружающих: «другостранец» — иностранец, «намакаронился» — наелся макарон, «лягавая» — лошадь, которая лягается и т. п. Период словотворчества является обязательным на пути овладения родным языком и свидетельствует о том, что развитие речи протекает нормально. Впоследствии, к пяти-шестилетнему возрасту словотворчество постепенно затухает, уступая место нормативному словообразованию, совпадающему с нормами родного языка. К концу дошкольного периода ребенок уже может самостоятельно образовывать слова, относящиеся к разным частям речи, и объяснять их значение с помощью развернутого высказывания.

В этом возрасте существенно возрастают возможности ребенка в овладении грамматическим строем языка. Так, четырехлетний ребенок уже самостоятельно выстраивает не только простые, но и сложные предложения. Он уже владеет навыками согласования членов предложения по грамматическим категориям числа, рода, падежа и активно использует в речи простые и большинство сложных предлогов. К 5—6 годам эти навыки совершенствуются: можно говорить о полном усвоении грамматического строя родного языка.

Успешность в овладении лексикой и грамматикой теснейшим образом связана с развитием связной речи ребенка. Уже в 3—4 года ребенок владеет навыками ведения диалога и монолога: может сам

формулировать вопросы, дает развернутый ответ на вопросы взрослого, способен выучить и рассказать наизусть короткое стихотворение, осуществляет пересказ небольшого по объему текста. В возрасте 5—6 лет возможности ребенка в составлении рассказов значительно возрастают. Дети охотно и с удовольствием описывают события, происходящие в реальной действительности, пересказывают сказки, содержание фильмов и мультфильмов. В этот период особенно активно развиваются возможности детей в области творческого рассказывания. Так, ребенок успешно справляется с составлением рассказов по выдуманным событиям, может самостоятельно придумать новое начало или финал уже известной истории. Характерной особенностью при этом является четкое соблюдение ребенком логико-временных и причинно-следственных связей в излагаемом рассказе, наличие в нем разнообразных лексических средств, эмоциональная и интонационная выразительность рассказчика.

К концу дошкольного возраста речь уже сформирована как полноценное средство общения.

IV этап — школьный

Протяженность этого этапа — от 7 до 17 лет. В течение этого времени происходит овладение новыми видами деятельности, требующее значительного совершенствования и даже перестройки речевой деятельности. Так, ребенок овладевает новой терминологией (школьной и учебной), учится вести учебный диалог и монолог, используя новые лексико-грамматические средства. Одни из самых важных изменений связаны с овладением письменной речью, а именно — письмом и чтением. В связи с этим в начале школьного этапа обучения совершенствуются все речевые умения и навыки детей, сформированные ранее, в дошкольном возрасте. Закрепляется осознанное отношение детей к правильному оформлению своей речи, формируются навыки более точного контроля за своими высказываниями и речью окружающих людей. В начальные периоды обучения дети овладевают операциями звукового анализа и синтеза, знакомятся с буквами, овладевают навыками письма и слитного послогового чтения. Письменная речь постепенно становится средством получения и выражения знаний учащихся.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенилова С. Ю., Давидович Л. Р. Логопедия. Системные нарушения речи у детей. М., 2014.

2. Богомильский М. Р., Орлова О. С. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. М., 2008.

3. Выготский Л. С. Собр. соч. в 6 т. М., 2006.
4. Глухов В. П. Психолингвистика. М., 2013.
5. Левина Р. Е. Нарушения речи и письма у детей // Избранные труды / Ред.-сост. Г. В. Чиркина, П. Б. Шошин. М., 2005.
6. Логопедия: Учебн. для студентов ВУЗов / Под. ред. Л. С. Волковой. М., 2007.
7. Логопедия. Методическое наследие / Под ред. Л. С. Волковой. Кн. 1—5. М., 2007.
8. Филичева Т. Б., Орлова О. С., Туманова Т. В. Основы дошкольной логопедии. М., 2015.
9. Хватцев М. Е. Логопедия. М., 2013.
10. Хрестоматия по логопедии / Под. ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997.
11. Цейтлин С. Н. Язык и ребенок. М., 2000.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Каковы основные анатомо-физиологические механизмы речи?
2. Чем представлена центральная часть речевого аппарата?
3. Какие виды проводящих путей обеспечивают работу речевого аппарата?
4. Какими отделами представлена периферическая часть речевого аппарата?
5. Охарактеризуйте строение и функции дыхательного отдела.
6. Раскройте строение и функции голосового отдела.
7. Каковы строение и функции артикуляционного отдела?
8. Каковы этапы развития речи ребенка в норме?
9. Каковы закономерности доречевого развития ребенка?
10. Как развивается речь ребенка в течение преддошкольного этапа?
11. Как развивается речь ребенка дошкольного возраста?
12. Каковы закономерности развития речи ребенка школьного возраста?

РАЗДЕЛ II

Виды речевых нарушений и методика их коррекции

Глава 4
ДИСЛАЛИЯ

Дислалия (от греч. *dis* — приставка, означающая нарушение, и *lalio* — говорю) — нарушения звукопроизношения при нормальном слухе, интеллекте и сохранной иннервации мышц артикулярного аппарата [3]. Термин «дислалия» введен как научное понятие в 20—30-х гг. XIX века И. Франком и Р. Шультессом, встречается в работах А. Гутцмана и А. Куссмауля [2]. В 30—50-х гг. XX века М. Е. Хватцевым в это понятие внесены существенные изменения [9].

Причины, механизмы, симптоматика дислалии

В настоящее время выделяют три группы причин возникновения дислалии:

органические дефекты артикуляционного аппарата: нарушения прикуса (прогнатия — верхняя челюсть значительно выдвинута вперед; прогения — нижняя челюсть значительно выдвинута вперед, в обоих случаях нижние резцы не смыкаются с верхними; передний и боковой открытые прикусы — между верхними и нижними резцами либо между коренными зубами при их смыкании остается промежуток), зубо-челюстного ряда, подъязычной уздечки, строения твердого и мягкого нёба, губ, языка [5];

нарушения фонематического слуха;

несформированность кинестетических ощущений положения и движений органов артикуляционного аппарата.

Причинами возникновения нарушения звукопроизношения при разных формах дислалий могут быть как отдельные из них, так и их сочетание.

Классификации дислалий

О. В. Правдина [5], основываясь на классификации М. Е. Хватцева, выделяет две основные формы дислалии — функциональную и механическую, в зависимости от причин, вызывающих нарушения

звукопроизношения. Причинами *механической* дислалии являются органические дефекты артикуляционного аппарата, приводящие к искажениям и пропускам звуков, обусловленных невозможностью осуществления артикуляционных поз из-за особенностей строения артикуляционного аппарата.

К функциональной дислалии приводят нарушения фонематического слуха и несформированность кинестетических ощущений положения органов артикуляционного аппарата, что проявляется в искажениях, смешениях, пропусках и заменах звуков. Функциональная дислалия возникает в детском возрасте в процессе усвоения системы произношения, а механическая — в любом возрасте вследствие повреждения периферического речевого аппарата.

С учетом преимущественного поражения фонетического (артикуляторного) или фонематического компонентов речевой функциональной системы, Б. М. Гриншпун [1] в своей классификации выделил три формы дислалии:

акустико-фонематическую, при которой нарушения звукопроизношения обусловлены нарушениями фонематического слуха и проявляются в дефектах озвончения (ко[з]а — ко[с]а, [ж]ук — [ш]ук);

артикуляторно-фонематическую, при которой нарушения звукопроизношения обусловлены сочетанием нарушений фонематического слуха и несформированностью кинестетических ощущений положения и движений органов артикуляционного аппарата ([с]обака — [ш]обака, [к]оза — [т]оза, [б]ыть — [б']ить);

артикуляторно-фонетическую, при которой нарушения звукопроизношения проявляются в искажениях звуков, обусловленных неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями при сохранном фонематическом слухе.

Принято выделять следующие дислалии:

по количеству нарушенных звуков — *простые* (от 1 до 4 нарушенных звуков) и *сложные* (более 5 звуков);

по характеру нарушений — мономорфные (при нарушениях звуков одной фонетической группы, например, шипящих звуков) и полиморфные (при нарушениях звуков разных фонетических групп, например, шипящие, свистящие и сонорные) дислалии [7].

Характеристика видов нарушенного звукопроизношения

Три группы причин возникновения дислалии, представленные выше, по мнению О. А. Токаревой [6], могут приводить к моторной, или сенсорной либо смешанной недостаточности, проявляющейся с разной степенью выраженности в структуре речевого дефекта.

Моторная недостаточность проявляется в серьезных затруднениях в усвоении артикуляционных движений, что приводит к искажениям звуков.

Сенсорная недостаточность, обусловленная недоразвитием фонематического слуха, проявляется в заменах, смешениях и пропусках звуков по акустическим признакам (глухость/звонкость): ко|з|а — ко[с]а, |ж|ук — [ш]ук).

Сенсомоторная недостаточность может проявляться:

— в заменах звуков вследствие недоразвития фонематического слуха и нарушений формирования кинестетических ощущений (|с|обака — |ш|обака, |к|оза — [т]оза, |б|ыть — |б'|ить);

— в закреплении искаженного звука (при органических дефектах артикуляционного аппарата) как нормированного и ухудшении вследствие этого фонематического слуха.

Выделяются следующие виды нарушенного звукопроизношения: искажения, замены, смешения и пропуски. *Искажения* — это ненормированное, не встречающееся в речи произнесение звуков (например, горловое произнесение |р|). *Замены* — использование вместо звука, отсутствующего в речи, другого звука того же языка — его заменителя (||ыба — |л|ыба, ||апка — |с|апка). *Смешение* — это недостаточная дифференциация двух близких по звучанию или по артикуляции звуков при их произношении (|р|ыба — |л|ыба; |ш|апка — |с|апка). Различают два варианта *пропусков*: отсутствие звука вследствие несформированности артикуляционной позы или вследствие нарушений фонематического слуха.

Нарушения звукопроизношения являются самым частым проявлением речевой патологии и входят в структуру следующих нарушений речи: дислалии, ринолалии, дизартрии, алалии, отдельных форм афазии, неврозоподобного заикания.

Недостатки звукопроизношения можно разделить на несколько групп:

— сигматизм — нарушенное произношение свистящих [с], [с'], [з], [з'], [ц] и шипящих звуков [ш], [ш'], [ж], [ч];

— ламбдацизм — нарушенное произношение звуков [л], [л'];

— ротацизм — нарушенное произношение звуков [р], [р'];

— йотацизм — нарушенное произношение звука [j];

каппацизм — нарушенное произношение звуков [к], [к'];

гаммацизм — нарушенное произношение звуков [г], [г'];

хитизм — нарушенное произношение звуков [х], [х'];

дефекты озвончения — замены звонких звуков глухими, а глухих — звонкими;

дефекты смягчения — замены мягких звуков твердыми, а твердых — мягкими.

Нарушения произношения свистящих и шипящих звуков проявляются в их искажении, пропусках, заменах другими звуками фонетической системы русского языка (парасигматизм) и смешениях звуков фонетической системы русского языка (взаимозамены).

Виды сигматизма — межзубный, боковой, призубный, носовой. Виды парасигматизма — шипящий, свистящий, губно-зубной, переднеязычный.

Описание правильной артикуляции звуков, виды сигматизма и парасигматизма дано в таблицах № 1, № 2.

Описание правильной артикуляции звуков [л], [л'], виды ламбдацизма (межзубный, двугубный, заднеязычный, носовой), параламбдацизма (замены на гласные, сонорные, губно-зубные звуки) дано в таблице № 3.

Описание правильной артикуляции звуков [р], [р'], виды ротацизма (межзубный, одноударный, проторный, горловой, боковой, двугубный (кучерской), носовой), параротацизма (замены на гласные, сонорные, губно-зубные, переднеязычные, заднеязычные звуки) дано в таблице № 3.

Описание правильной артикуляции звука [j], виды йотацизма (боковой), парайотацизма (замены на гласные, сонорные звуки) дано в таблице № 3.

Нарушения произношения заднеязычных звуков также проявляются в их искажении, заменах другими звуками фонетической системы русского языка (паракаппацизм, парагаммацизм, парахитизм) и смешениях звуков фонетической системы русского языка (взаимозамены).

Описание правильной артикуляции заднеязычных звуков, виды каппацизма, гаммацизма, хитизма (боковой, смычный), паракаппацизма, парагаммацизма, парахитизма (замены на переднеязычные звуки), кроме того возможна замена смычных заднеязычных звуков [к], [к'], [г], [г'] щелевыми заднеязычными звуками. См. таблицу № 4.

Дефекты смягчения проявляются в заменах твердых звуков ([б], [в], [г], [д], [з], [л], [м], [н], [п], [р], [ф], [с], [т], [х], [ш]) на мягкие; в заменах мягких звуков ([б'], [в'], [г'], [д'], [з'], [л'], [м'], [н'], [п'], [р'], [ф'], [с'], [т'], [х'], [щ]) на твердые; в смешении твердых и мягких звуков. В основном эти нарушения связаны с недостаточно сформированным фонематическим слухом, а также с нечеткостью кинестетических ощущений при произнесении.

Дефекты озвончения проявляются в заменах звонких звуков ([б], [б'], [в], [в'], [г], [г'], [д], [д'], [з], [з'], [ж]) на глухие; в заменах глухих звуков ([п], [п'], [ф] [ф'], [с], [с'], [т], [т'], [к], [к'], [ш]) на звонкие; в смешении звонких и глухих звуков. Эти нарушения связаны с недостаточно сформированным фонематическим слухом и могут отражаться на письме.

Виды неправильного произношения звуков и их характеристики[1]

Таблица 1

Группа свистящих звуков и их нарушения

Звук, артикуляционный профиль звука	Описание правильной артикуляции звуков	Сигматизм	Парасигматизм
[с]  Рис. 1	а) Губы в улыбке, зубы видны; б) зубы сближены, но не сомкнуты; в) широкий кончик языка находится за нижними резцами; г) передняя часть спинки языка образует щель с верхними зубами или альвеолами; д) боковые края спинки языка плотно прижаты к верхним коренным зубам; е) посередине языка формируется узкая щель в форме желобка, по которой идет холодная, сильная струя воздуха, хорошо ощущаемая тыльной стороной ладони, поднесенной ко рту; ж) мягкое нёбо поднято, прижато к задней стенке глотки, закрывает проход в носовую полость; з) воздушная струя идет через рот; и) голосовые складки не напряжены, разомкнуты, голос не образуется.	Искажение звуков [с], [с'], [з], [з'], [ц], т. е. ненормированное, не существующее в фонетической системе русского языка произношение свистящих звуков. Виды сигматизма (при искажении звуков): 1) межзубный — язык находится между нижними и верхними резцами. Слышен свист с шипящим оттенком; 2) боковой — при правильной артикуляции свистящих звуков один или оба боковых края языка опущены, пропуская струю воздуха вбок. Она может захватывать слюну, вследствие чего слышен хлюпающий звук; 3) призубный — кончик языка находится на уровне щели между верхними и нижними резцами, периодически ее закрывая. Слышится тупой шум; 4) носовой — кончик и передняя часть спинки языка опущены и оттянуты назад, задняя часть спинки языка поднята к мягкому нёбу, образуя щель или смычку. При смычке звучание приобретает носовой оттенок.	Замена и смешение свистящих звуков другими звуками фонетической системы русского языка. Пропуски — отсутствие звука. Виды парасигматизма: 1) шипящий — замены на шипящие звуки: [с]ани — [ш]ани, [с]ито — [ш]ито [з]амок — [ж']амок, [з']има — [ж']има, [ц]апля — [щ]апля или [ч]апля; возможно смешение этих же звуков; 2) губно-зубной — замены на [в], [в'], [ф], [ф']: [с]ани — [ф]ани, [с]ито — [ф']ито; [з]амок — [в]амок, [з']има — [в']има, [ц]апля — [ф]апля; возможно смешение этих же звуков; 3) призубный — замены на [т], [т'], [д], [д']: [с]ани — [т]ани, [с]ито — [т']ито, [з]амок — [д]амок, [з']има — [д']има, [ц]апля — [т]апля; возможно смешение этих же звуков.

[с']	Артикуляция звука [с'] (мягкого) такая же, как и [с] твердого, только средняя часть спинки языка поднята к твердому нёбу.		
[з]	Артикуляция звука [з] такая же, как и [с], только голосовые складки напряжены, сближены и колеблются, в результате чего образуется голос.		
[з']	Положение органов артикуляционного аппарата при произнесении мягкого звука [з'] такое же, как и при произнесении [з] твердого, только средняя часть спинки языка напрягается и поднимается к нёбу.		
[щ]	а) Губы в улыбке, зубы видны; б) зубы сближены, но не сомкнуты; в) широкий кончик языка опущен за нижние резцы; г) передняя часть спинки языка сначала образует смычку с альвеолами верхних зубов, переходящую в щель; д) боковые края спинки языка плотно прижаты к верхним коренным зубам; е) посередине языка идет сильная короткая воздушная струя, которая ощущается тыльной стороной ладони, поднесенной ко рту, как толчок воздуха; ж) мягкое нёбо поднято к задней стенке глотки, закрывает проход в носовую полость, воздушная струя идет через рот; з) голосовые складки не напряжены, разомкнуты, голос не образуется.		

[1] Описание правильной артикуляции звуков русского языка [4].

Таблица 2

Группа шипящих звуков и их нарушения

Звук, артикуляционный профиль звука	Описание правильной артикуляции звуков	Сигматизм шипящих[1]	Парасигматизм шипящих
[ш]  Рис. 2	а) Губы округлены и выдвинуты вперед; б) широкий кончик языка приподнят к альвеолам или к переднему краю твердого нёба и образует с ними щель; в) средняя часть спинки языка опущена; г) задняя часть спинки языка приподнята; д) боковые края спинки языка плотно прижаты к верхним коренным зубам; е) посередине языка идет теплая, широкая воздушная струя, которая легко ощущается тыльной стороной ладони, поднесенной ко рту; ж) мягкое нёбо поднято, прижато к задней стенке глотки, закрывает проход в носовую полость; з) воздушная струя идет через рот; и) голосовые складки не напряжены, разомкнуты, голос не образуется.	Искажение звуков [ш], [ж], [щ], [ч], т. е. ненормированное, не существующее в фонетической системе русского языка произношение шипящих звуков. Виды сигматизмов шипящих звуков: 1) межзубный — язык находится между нижними и верхними резцами; слышен шум с шипящим оттенком; 2) боковой — при правильной артикуляции шипящих звуков один или оба боковых края языка опущены, пропуская струю воздуха вбок. Она может захватывать слюну, вследствие чего слышен хлюпающий звук; 3) призубный — кончик языка находится на уровне щели между верхними и нижними резцами, периодически ее закрывая. Слышится шум. 4) носовой — кончик и передняя часть спинки языка опущены и оттянуты назад, задняя часть спинки языка поднята к мягкому небу, образуя щель или смычку. При смычке звучание приобретает носовой оттенок.	Замены и смешения шипящих звуков другими звуками фонетической системы русского языка. Пропуски — отсутствие звука. Виды парасигматизма: 1) свистящий — замены на свистящие звуки: [ш]апка — [с]апка, [щ]епка — [с']епка, [ж]аба — [з']аба, [ч]ай — [ц]ай или [с']ай; возможно смешение этих же звуков; 2) губно-зубной — замены на [в], [в'], [ф], [ф']: [ш]апка — [ф]апка, [щ]епка — [ф']епка, [ж]аба — [в']аба, [ч]ай — [ф']ай; возможно смешение этих же звуков; 3) переднеязычный — замены на [т], [т'], [д], [д']: [ш]апка — [т]апка, [щ]епка — [т']епка, [ж]аба — [д']аба, [ч]ай — [т']ай; возможно смешение этих же звуков.
[ж]	Артикуляция звука [ж] такая же, как и [ш], только голосовые складки напряжены, колеблются, в результате чего образуется голос.		

[ч]	а) Губы округлены и слегка выдвинуты вперед; б) зубы не сомкнуты; в) передняя часть спинки языка образует мгновенную смычку с верхними альвеолами, переходящую в щель; г) средняя часть спинки языка напряжена и приподнята; д) боковые края спинки языка плотно прижаты к верхним коренным зубам; е) посередине языка идет сильная воздушная струя, которая ощущается тыльной стороной ладони, поднесенной ко рту, как толчок воздуха; ж) мягкое нёбо поднято, прижато к задней стенке глотки, закрывает проход в носовую полость; з) голосовые складки не напряжены, разомкнуты, голос не образуется.		
[щ]	а) Губы выдвинуты вперед, углы рта напряжены и прижаты к зубам; б) передняя часть спинки языка поднята к альвеолам и образует с ними щель; в) средняя часть спинки языка напряжена и приподнята; г) боковые края спинки языка плотно прижаты к верхним коренным зубам; д) посередине языка идет воздушная струя; е) мягкое нёбо поднято, прижато к задней стенке глотки, закрывает проход в носовую полость; ж) голосовые складки не напряжены, разомкнуты, голос не образуется.		

[1] Поскольку термины, обозначающие дефекты произношения звуков, образованы от названий букв греческого алфавита, а в греческом языке отсутствуют шипящие звуки, недостатки их произношения в русской речи также относят к видам сигматизма.

Таблица 3

Группа сонорных звуков и их нарушения

Звук, артикуляционный профиль звука	Описание правильной артикуляции звуков	Ламбдацизм	Параламбдацизм
[л]  Рис. 3	а) Рот приоткрыт; б) губы в нейтральном положении; в) кончик языка поднят и упирается в верхние резцы или альвеолы; г) передняя и средняя части спинки языка опущены; д) боковые края языка опущены; е) воздушная струя уходит вбок, между языком и щекой; ж) задняя часть спинки языка приподнята; з) мягкое нёбо поднято, прижато к задней стенке глотки, закрывает проход в носовую полость, воздушная струя идет через рот; и) голосовые складки напряжены, сомкнуты и вибрируют, в результате чего образуется голос.	Искажение звуков [л], [л'], т. е. ненормированное, не существующее в фонетической системе русского языка произношение. Виды ламбдацизма: 1) межзубный — язык находится между нижними и верхними резцами; 2) двугубный — язык не принимает участия в артикуляции. Звук образуют губы, выдвигающиеся вперед, звук похож на английский [w]; 3) заднеязычный — кончик языка опущен и оттянут назад, задняя часть спинки языка поднята и образует щель с мягким нёбом, слышен щелевой [г], характерный для украинского языка; 4) носовой — кончик и передняя часть спинки языка опущены и оттянуты назад, задняя часть спинки языка поднята к мягкому нёбу, образуя щель или смычку. При смычке звучание приобретает носовой оттенок (похоже на звукосочетание [нг]).	Замены и смешения [л], [л'] другими звуками фонетической системы русского языка. Пропуски — отсутствие звука. Виды параламбдацизма: 1) замены на любые гласные звуки: [л]ак — [у]ак; 2) замены на сонорные звуки: [л]ак — [р]ак, [л]опата — [н]опата, [л]ук — [л']ук, [л']ес — [j] [э]с; 3) замена на губно-зубные [в], [в']: ко[л]око[л] — ко[в]око[в]; [л']ес — [в']ес.
[л']	Положение органов артикуляционного аппарата при произнесении звука [л'] такое же, как и при произнесении [л], только добавляется подъем средней части спинки языка к нёбу.		

[р]  Рис. 4	а) губы в нейтральном положении; б) зубы разомкнуты; в) кончик языка поднят к альвеолам, напряжен и вибрирует; г) боковые края языка прижаты к верхним коренным зубам; д) средняя часть спинки языка опущена; е) посередине языка идет сильная воздушная струя; ж) мягкое нёбо поднято, прижато к задней стенке глотки, закрывает проход в носовую полость, воздушная струя идет через рот; з) голосовые складки напряжены, сомкнуты и вибрируют, в результате чего образуется голос.	Искажение звуков [р], [р'], т. е. неформированное, не существующее в фонетической системе русского языка произношение. Виды ротацизма: 1) межзубный — язык выбрасывается изо рта, слышен один удар; 2) одноударный — при правильной артикуляции звука производится один удар об альвеолы кончиком языка; 3) проторный — правильная артикуляция звука без вибрации, слышится щелевой (фрикативный) звук; 4) горловой — кончик и передняя часть спинки языка опущены вниз и оттянуты назад, задняя часть спинки круто выгнута. Сильная струя воздуха заставляет вибрировать либо мягкое нёбо (велярный ротацизм), либо увулу (увулярный ротацизм); 5) боковой — при правильной артикуляции звуков один из боковых краев языка опущен, пропуская струю воздуха вбок. Она может захватывать слюну, вследствие чего слышен хлюпающий звук. Слышны 1—2 удара; 6) кучерской — губы выдвинуты вперед. Сильная струя воздуха заставляет их вибрировать. Слышно звукосочетание пиррррррру; 7) носовой — кончик и передняя часть спинки языка опущены и оттянуты назад, задняя часть спинки языка напряжена и поднята к мягкому нёбу, образуя щель или смычку. При смычке звучание приобретает носовой оттенок (похоже на звукосочетание [нг]).	Замены и смешения [р], [р'], другими звуками фонетической системы русского языка. Пропуски — отсутствие звука. Виды параротацизма: 1) замены на любые гласные звуки: [р]ак — [ы]ак; 2) замены на сонорные звуки: [р]ак — [л]ак, [р]ама — [н]ама, [р]ука — [j]ука, [Р]ома — [л']ома; 3) замена на губно-зубные [в], [в']: ко[р]ова — ко[в]ова; 4) замена на переднеязычные [д], [д']: [р]ак — [д]ак, [р']епа — [д']епа; 5) замена на заднеязычные [р]ак — [г]ак, [р']епа — [г']епа.
[р']	Положение органов артикуляционного аппарата при произнесении [р'] такое же, как и при произнесении [р], только добавляется подъем средней части спинки языка к нёбу.		

Окончание таблицы 3

Звук, артикуляционный профиль звука	**Описание правильной артикуляции звуков**	**Йотацизм**	**Парайотацизм**
[j]  Рис. 5	а) Губы в нейтральном положении; б) зубы сближены; в) кончик языка находится за нижними резцами; г) боковые края языка прижаты к внутренней стороне верхних коренных зубов; д) средняя часть спинки языка поднята к твердому нёбу и образует с ним щель, через которую проходит выдыхаемая струя воздуха; е) мягкое нёбо поднято, прижато к задней стенке глотки, закрывает проход в носовую полость; ж) голосовые складки напряжены, сомкнуты и вибрируют, в результате чего образуется голос.	Искажение звука [j], т. е. ненормированное, не существующее в фонетической системе русского языка произношение. Вид йотацизма: боковой — при правильной артикуляции звука один или оба боковых края языка опущены, пропуская струю воздуха вбок. Она может захватывать слюну, вследствие чего слышен хлюпающий звук.	Замены и смешения [j] другими звуками фонетической системы русского языка. Пропуски — отсутствие звука. Виды парайотацизма: 1) замены на любые гласные звуки: [j]ама — [а]ама; 2) замены на сонорные звуки: [j]эль — [л']эль, [j]ама — [н']ама,

Таблица 4

Группа заднеязычных звуков и их нарушения

Звук, артикуляционный профиль звука	Описание правильной артикуляции звуков	Каппацизм, гаммацизм, хитизм	Паракаппацизм, парагаммацизм, парахитизм
[к]  Рис. 6	а) Губы находятся в нейтральном положении; б) зубы разомкнуты; в) кончик языка опущен; г) средняя часть спинки языка опущена; д) задняя часть спинки языка поднята и образует мгновенную смычку с мягким нёбом; е) боковые края задней части спинки языка плотно прижаты к верхним коренным зубам; ж) мягкое нёбо поднято, прижато к задней стенке глотки, закрывает проход в носовую полость, воздушная струя идет через рот; з) голосовые складки не напряжены, разомкнуты, голос не образуется.	Искажение звуков [к], [к'], [г], [г'], [х], [х']. Виды каппацизма, гаммацизма, хитизма: 1) боковой — при правильной артикуляции звука один или оба боковых края языка опущены, пропуская струю воздуха вбок. Она может захватывать слюну, вследствие чего слышен хлюпающий звук. 2) смычный — смычка может образовываться между корнем языка и задней стенкой глотки или голосовыми складками. Слышен щелчок.	Замены и смешения заднеязычных звуков другими звуками фонетической системы русского языка. Пропуски — отсутствие звука. Виды: 1) замены на переднеязычные [т], [т'], [д], [д']: [к]оза — [т]оза [к']ит — [т']ит [Г]аля — [д]аля [х]алат — [т]алат 2) замена смычных заднеязычных звуков щелевыми заднеязычными звуками: [к]оза — [х]оза [к']ит — [х']ит [Г]аля — [Г — щелевой]аля
[к']	Положение органов артикуляционного аппарата при произнесении [к'] такое же, как и при произнесении [к], только кончик языка приподнят, касается основания нижних резцов и средняя часть спинки языка к нёбу.		

Окончание таблицы 4

[г]	Положение органов артикуляционного аппарата при произнесении [г] такое же, как и при произнесении [к], только голосовые складки напряжены, сомкнуты и вибрируют, в результате чего образуется голос.		
[г']	Положение органов артикуляционного аппарата при произнесении [г'] такое же, как и при произнесении [к'], только голосовые складки напряжены, сомкнуты и вибрируют, в результате чего образуется голос.		
[х]	Положение органов артикуляционного аппарата при произнесении [х] такое же, как и при произнесении [к], только задняя часть спинки языка поднята и образует щель с мягким нёбом.		
[х']	Положение органов артикуляционного аппарата при произнесении [х'] такое же, как и при произнесении [х], только кончик языка опущен и касается основания нижних резцов и средняя часть спинки языка поднята к нёбу.		

Обследование звукопроизношения детей

Обследование звукопроизношения проводится логопедом индивидуально с каждым ребенком, с использованием специального картинного материала.

Материал для обследования звукопроизношения должен включать наборы предметных картинок на разные группы звуков. Подбор предметных картинок производится таким образом, чтобы каждый из обследуемых звуков находился в начале, в середине и в конце слова-названия, так как в разных положениях звук произносится по-разному. С их помощью проверяется произнесение наиболее часто нарушаемых групп звуков.

1-я группа — *свистящие согласные:*

[с] — собака, санки, самолет, сумка, лиса, бусы, весы, глобус, автобус, лес, насос, пылесос, стол, слон, стакан, миска, аист, носки, капуста;

[с'] — селедка, семья, письмо, велосипед, васильки, гусь, лось, рысь, такси, листья;

[з] — зайка, замок, зонт, завод, забор, ваза, коза, роза, береза, азбука, незабудка, глаза, мимоза, язык, звезда, звонок, гнездо, знамя;

[з'] — земляника, зима, зефир, озеро, газета, магазин, обезьяна, корзина, узел, козел;

[ц] — цапля, цыпленок, заяц, колодец, палец, цветок, цепь, пуговица, яйцо, курица, блюдце, птица, овца, лестница, полотенце, мотоцикл.

2-я группа — *шипящие согласные:*

[ш] — шапка, шуба, шашки, шар, шкаф, кошка, подушка, пушка, шляпа, шишка, машина, мишка, катушка, мышь, душ, ландыш, карандаш;

[ж] — жук, жаба, желуди, журавль, жеребенок, жираф, флажок, художник, медвежонок, крыжовник, пожарник, ежи, лыжи, ножи;

[ч] — мяч, печь, ключ, кирпич, обруч, тачка, бочка, очки, ручка, мальчик, качели, летчик, пчела, чулки, чайник, чемодан, черепаха;

[щ] — щенок, щука, щетка, овощи, ящик, клещи.

3-я группа — *сонорные согласные:*

[л] — лампа, лодка, лыжи, лук, лопата, лошадь, молоток, белка, кукла, платок, полка, клоун, флаг, платье, стол, стул, пенал, дятел, футбол;

[л'] — лев, лиса, лист, лейка, лимон, хлеб, пальто, павлин, апельсин, цыпленок, телефон, туфли, бинокль;

[р] — рак, рама, рыба, ракета, ручка, роза, груша, ведро, арбуз, трамвай, ворона, врач, комар, шар, сыр, забор, мухомор;

[р'] — ремень, редиска, река, рюкзак, варежки, крючок, гриб, матрешка, веревка, дверь, фонарь.

[j] — скамейка, чайник, лейка, майка, воробей, сарай, муравей, трамвай;

[ja] — ягода, якорь, ягненок, яблоко, одеяло, маяк, свинья, листья, змея;

[jэ] — ели, ежи, ежевика, боец, поезд, платье;

[jo] — ежик, елка, белье, ружье;

[jy] — юбка, юла, юрта;

[ji] — ульи, муравьи.

4-я группа — *заднеязычные согласные:*

[г] — гуси, голубь, гамак, гусеница, вагон, попугай, иголка, газета;

[г'] — гиря, гитара, сапоги, ноги;

[к] — конь, кот, кофта, конфета, колесо, клоун, юбка, кубики, лейка, компьютер, паук, танк, клубок, колобок;

[к'] — кит, кеды, кепка, букет, валенки, утки, санки, маки;

[х] — хорек, халат, охотник, горох, порох;

[х'] — хирург, химик, парикмахер.

5-я группа — *звонкие согласные:*

[в] — валенки, вата, ванна, волк, сова, павлин;

[в'] — веник, вилка, ветка, конверт, ковер;

[б] — банка, бутылка, батон, бублик, ботинки, бабочка, булавка, букет, бананы, барабан, кабан;

[б'] — белка, билет, берет, береза, лебедь;

[д] — дом, дым, дыня, дудочка, удочка;

[д'] — дятел, диван, один, деньги, будильник;

6-я группа — *глухие согласные*:

[ф] — флаг, факел, кофта, лифт, шарф;

[ф'] — фильм, фикус, кофе, морковь;

[п] — пакет, палка, портфель, капуста, тапочки, суп;

[п'] — пирамидка, пила, капюшон;

[т] — тарелка, танк, туфли, стакан, матрас, кот, рот;

[т'] — теленок, телефон, котенок, телевизор.

На каждое положение звука в слове (в начале, середине, конце) педагог подбирает не менее трех картинок, чтобы услышать и записать, как произносит ребенок этот звук. Размер предметных картинок — 10×10 см.

При подборе материала нужно помнить, что по законам русской фонетики звонкие согласные звуки в конце слов и в середине, если за ними идет глухой согласный, оглушаются, т. е. произносятся как соответствующие им парные глухие звуки: [з] как [с] (арбуз, березка), [ж] как [ш] (нож, ложка), [в] как [ф] (морковь, лавка), [б] как [п] (столб, коробка), [д] как [т] (дед, лодка), [г] как [к] (луг, когти). Поэтому при

обследовании произнесения звонких звуков не следует брать картинки, в названии которых эти звуки оглушаются. Надо подбирать картинки с такими словами, чтобы звонкий звук находился между двумя гласными *(ножи, арбузы)* либо перед сонорными или звонкими согласными *(ножницы, брызги)*.

При обследовании звукопроизношения логопед отмечает отсутствие, замену, смешение, искажение звука. Если ребенок не называет картинку, логопед предлагает повторить слово за ним (отраженное проговаривание). Если ребенок, называя картинки на заданный звук, не может произнести его в слове правильно, ему предлагают произнести звук по подражанию: «Летит комарик и звенит — з-з-з. Позвени и ты, как комар». Если ребенок, подражая комару, произнесет звук [з] правильно, это означает, что изолированное произнесение звука возможно, хотя в речь ребенок его еще не ввел. В таком случае необходима лишь автоматизация этого звука в словах, фразах и связной речи.

При обследовании речи детей логопед обращает внимание на темп речи, четкость, правильность произношения слов, звонкость голоса. Если имеются какие-то недостатки, они отмечаются в речевой карте.

Проводя индивидуальное обследование, логопед все ответы детей записывает в речевую карту с указанием даты обследования.

Система логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения

Работа по коррекции нарушений звукопроизношения, предложенная М. Ф. Фомичевой [4; 8], состоит из следуюших разделов:

— обследование звукопроизношения детей (см. выше);

— коррекция нарушенных звуков речи, включающая развитие движений органов артикуляционного аппарата (артикуляционная гимнастика) и усвоение фонетической и фонематической сторон речи (постановка звука, различение звуков речи по акустическим и артикуляционным признакам, автоматизация и введение в речь сформированных звуков).

В работе по коррекции звукопроизношения выделяются следующие этапы: подготовительный, постановки звука, автоматизации звука и дифференциации.

Подготовительный этап

Правильное произношение различных звуков как изолированно, так и в речевом потоке обусловлено хорошей подвижностью и дифференцированной работой органов артикуляционного аппарата. Точ-

ность, сила и дифференцированность этих движений развиваются у ребенка постепенно, в процессе речевой деятельности. Выработать движения органов артикуляционного аппарата помогает ***артикуляционная гимнастика***. Упражнения для нее подбираются целенаправленно. Артикуляционная гимнастика в структуре занятия по коррекции звукопроизношения проводится в начале занятия в течение трех-пяти минут.

Самым подвижным органом артикуляционного аппарата является язык. Он состоит из корня (основание, которым язык прикреплен к подъязычной кости) и спинки, в которой различают переднюю, среднюю и заднюю части. Особо можно выделить кончик языка (с которого начинается передняя часть спинки языка) и боковые края языка, так как от их работы зависит качество звуков.

Наибольшей степенью подвижности обладают передняя часть спинки языка и кончик языка. Кончик языка может опускаться за нижние зубы (при звуках [с], [з], [с'] [з'], [ц], [т'], [д'], [н']), подниматься и прижиматься к верхним альвеолам (при звуках [т], [д], [н], [л], [л']), дрожать под напором выдыхаемой струи воздуха (при звуках [р], [р']). Передняя часть спинки языка поднимается к альвеолам и образует с ними щель (при звуках [с], [з], [с'], [з']), поднимается к нёбу вместе с кончиком языка и образует щель с твердым нёбом (при звуках [ш], [ж], [щ]).

Средняя часть спинки языка наиболее ограничена в своих движениях. Без продвижения передней или задней части языка она может только подниматься к твердому нёбу (при звуке [j] и мягких согласных). Задняя часть спинки языка может подниматься и смыкаться с нёбом (при звуках [к], [г], [к'], [г']) или же образовывать щель с нёбом (при звуках [х], [х']). Боковые края языка могут опускаться и пропускать струю воздуха вбок (при звуках [л], [л']); могут прижиматься к внутренней поверхности коренных зубов и не пропускать вбок выходящую струю воздуха (при всех остальных согласных звуках).

В образовании звуков также играет роль подвижность губ. Губы могут вытягиваться в трубочку (при звуке [у]), могут округляться (при звуке [о]), могут обнажать передние верхние и нижние зубы (при звуках [и], [с], [з], [ц], [л] и др.), могут слегка выдвигаться вперед (при звуках [ш], [ж]). Наибольшей подвижностью обладает нижняя губа. Она может смыкаться с верхней губой (при звуках [п], [п'], [б], [б'], [м], [м']), образовывать щель, приближаясь к верхним передним зубам (при звуках [ф], [ф'], [в], [в']).

Нижняя челюсть может опускаться и подниматься, при этом меняется объем полости рта, что особенно важно при образовании гласных звуков.

Мягкое нёбо может подниматься и опускаться. Когда мягкое нёбо опущено, выдыхаемая струя воздуха проходит через нос, в результате чего образуются носовые звуки [м], [м'], [н], [н']. Все остальные звуки — ротовые. При образовании различных звуков каждый орган занимает определенное положение, для отработки которого требуются специальные артикуляционные упражнения.

Комплексы упражнений

Базовый комплекс упражнений необходим для выработки основных движений и положения органов артикуляционного аппарата.

Другие комплексы упражнений предназначены для выработки артикуляционных движений отдельных групп звуков:

— упражнения, подготавливающие артикуляционный аппарат для правильного произнесения свистящих звуков;

— упражнения, подготавливающие артикуляционный аппарат для правильного произнесения шипящих звуков;

— упражнения, подготавливающие артикуляционный аппарат для правильного произнесения звуков [л], [л'];

— упражнения, подготавливающие артикуляционный аппарат для правильного произнесения звуков [р], [р'].

Указания к проведению артикуляционной гимнастики:

— к последующим упражнениям надо переходить лишь после того, как будут усвоены предыдущие;

— все упражнения должны выполняться без напряжения (ребенок сидит спокойно, плечи не поднимаются, пальцы рук не напряжены и не двигаются, челюсть не выдвигается вперед и не двигается влево-вправо);

— каждое упражнение выполняется не дольше 5 секунд (под счет, который ведет взрослый);

— при затруднениях в выполнении упражнений надо вернуться к более простому, уже отработанному материалу;

— все упражнения надо выполнять поэтапно в определенной последовательности от более простых упражнений к более сложным, с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

Базовый комплекс упражнений для выработки основных движений и положений органов артикуляционного аппарата.

1. «Заборчик» — удерживание губ в улыбке, передние верхние и нижние зубы обнажены.

2. «Трубочка» — вытягивание губ вперед трубочкой.

3. «Заборчик — трубочка» — чередование положения губ в улыбке и трубочкой.

4. «Лопатка» — удерживание широкого языка на нижней губе в спокойном, расслабленном состоянии.

6. «Иголка» — удерживание узкого языка между резцами.

7. «Лопатка — иголка» — чередование широкого и узкого языка.

8. «Шлагбаум» — поднимание языка за верхние зубы.

9. «Качели» — чередование движений языка вверх и вниз с удерживанием в течение пяти секунд в каждой позиции.

10. «Блинчик» — удерживание языка за нижними зубами в спокойном, расслабленном положении.

Комплекс упражнений для выработки основных движений и положений органов артикуляционного аппарата при произношении свистящих звуков [с], [с'], [з], [з'], [ц]).

1. «Загнать мяч в ворота» — выработка длительной, направленной воздушной струи через выдвинутые вперед губы.

2. «Наказать непослушный язык» — выработка умения, открыв рот, удерживать язык широким, распластанным между губами.

3. «Кто дальше загонит мяч» — выработка плавной, длительной, непрерывной воздушной струи, идущей посередине языка, лежащего на нижней губе.

4. «Почистим нижние зубы» — движения влево — вправо кончиком языка за нижними зубами.

Комплекс упражнений для выработки основных движений и положений органов артикуляционного аппарата при произношении шипящих звуков [ш], [ж], [ч], [щ].

1. «Наказать непослушный язык».

2. «Приклей конфетку» — присасывание кончика языка к верхним альвеолам.

3. «Грибок» — выработка подъема всей спинки языка вверх, растягивать подъязычную уздечку.

4. «Кто дальше загонит мяч».

5. «Вкусное варенье» — выработка движения широкой передней части языка вверх (широким передним краем языка облизать верхнюю губу сверху вниз).

6. «Гармошка» — удерживание языка (упражнение «Грибок»), опуская и поднимая нижнюю челюсть, растягивая подъязычную уздечку.

7. «Фокус» — выработка подъема языка вверх, умения придавать языку форму ковшика и направлять воздушную струю посередине языка.

Комплекс упражнений для выработки основных движений и положений органов артикуляционного аппарата при произношении звуков [л], [л'].

1. «Наказать непослушный язык».

2. «Вкусное варенье».

3. «Индюк» — выработка подъема языка вверх, производя движения широким передним краем языка по верхней губе вперед и назад.

4. «Лошадка» — укрепление мышцы языка и выработка подъема языка вверх.

5. «Приклей конфетку».

Комплекс для выработки основных движений и положений органов артикуляционного аппарата при произношении звуков [р], [р'].

1. «Почистим верхние зубы» — выработка подъема и движения языка влево-вправо по внутренней стороне зубов.

2. «Маляр» — отрабатывание движения языка вверх по твердому нёбу вперед-назад.

3. «Кто дальше загонит мяч».

4. «Лошадка».

5. «Вкусное варенье».

6. «Индюк».

7. «Барабанщики» — укрепление мышц кончика языка, отрабатывая подъем языка вверх, и умение делать кончик языка напряженным.

Для подготовки к коррекции нарушения любого звука русского языка упражнения базового комплекса необходимо отрабатывать до работы над любым из вышеприведенных комплексов упражнений. Подробное описание перечисленных упражнений представлено в работах М. Ф. Фомичевой [4; 8] Вид и длительность проведения артикуляционных упражнений зависят от характера и тяжести речевого нарушения.

Этап постановки звука

Цель данного этапа состоит в формировании первоначальных умений правильного произнесения звука и достигается двумя способами: по подражанию и с механической помощью.

При постановке любого звука по подражанию возможно использование следующих приемов:

— привлечение внимания ребенка к артикуляционной позе звука в момент его произнесения (инструкция ребенку: «Посмотри и послушай!»);

— совместное произнесение звука (инструкция ребенку: «Скажем вместе!»);

— самостоятельное произнесение звука ребенком (инструкция ребенку: «Повтори!»).

Постановка звука с механической помощью зависит от особенностей его артикулирования. В качестве механической помощи могут использоваться зонды, шпатели и соска.

Приведем примеры постановки часто нарушаемых групп звуков.

Группа свистящих звуков ([с] [с'] [з] [з'] [ц]). При нарушении всех звуков в группе первым ставится [с]. Желательно до его постановки сформировать звук [и] — для выработки положения языка при произнесении свистящих звуков и [ф] — для выработки сильной воздушной струи. Основной способ постановки [с] состоит из двух этапов:

1-й этап — при межзубном положении языка зондом создается желобок, идущий по средней линии языка (для прохождения воздушной струи). При устойчивой воздушной струе к произносимому звуку присоединяются гласные [а], [э], [ы]. Происходит автоматизация межзубного [с] в слогах *са, сэ, сы*.

2-й этап — при отработанном произнесении *са, сэ, сы*, при помощи зондов кончик языка заводится за нижние резцы, и процесс автоматизации с гласными [а], [э], [ы] повторяется. При достижении устойчивого произношения слогов *са, сэ, сы* начинается автоматизация в словах с использованием отработанных слогов (сани, сыр, сад, сын). Параллельно начинается процесс слияния [с] со звуками [о], [у] (автоматизация в слогах *со, су*).

Звук [з] ставится от [с] с использованием тактильного контроля (ребенок кладет тыльную сторону ладони себе на горло, вторую — на горло логопеда), привлекается внимание к озвончению звука [с]. Звук [с'] ставится присоединением к звуку [с] звука [и] и автоматизацией слога *си*. Звук [з'] может ставиться как от [з], присоединением звука [и], так и от [с'] — озвончая его. Звук [ц] вызывается при слитном, многократном, с ускорением темпа, произнесении звуков [тс-тс-тс].

Группа шипящих звуков ([ш] [щ'] [ж] [ч']). При нарушении всех звуков в группе первым ставится [ш]. Желательно до его постановки сформировать звук [т] — для выработки подъема передней части

спинки языка при произнесении шипящих звуков и [с] — для выработки сильной воздушной струи. Основной способ постановки [ш]: произносим [с], поднимаем язык к верхним альвеолам одновременно с помощью зонда. Звук [ж] ставится от [ш]: с использованием тактильного контроля (ребенок кладет тыльную сторону ладони себе на горло, вторую — на горло логопеда), привлекается внимание к озвончению звука [ш]. Звук [щ] ставится от [ш] присоединением к звуку [ш] звука [и] и раздвигая углы рта до получения [щ]. Либо ставим от [с'], поднимая язык зондом. Звук [ч'] вызывается либо при слитном, многократном, с ускорением темпа произнесении звуков [тш-тш-тш], либо от слога [ат'], нажимая на щеки на уровне углов рта и выдвигая губы вперед.

Звуки [л], [л']. Желательно до постановки [л] сформировать звук [т] — для выработки подъема передней части спинки языка и [ы] — для выработки подъема задней части спинки языка. Основной способ постановки [л] состоит из двух этапов:

1-й этап — при межзубном положении языка, в момент произнесения [ы], нижняя челюсть приподнимается, в момент прикусывания языка слышен межзубный [л]. К произносимому звуку присоединяются гласные [а], [э], [ы], происходит автоматизация межзубного [л] в слогах *лы, лэ, ла*.

2-й этап — при отработанном произнесении *лы, лэ, ла* кончик языка заводится за верхние резцы, и процесс автоматизации с гласными [а], [э], [ы] повторяется. При достижении устойчивого произношения слогов *лы, лэ, ла* начинается автоматизация в словах с использованием отработанных слогов (лыжи, лысина, лапа, лак). Параллельно начинается процесс слияния [л] со звуками [о], [у] (автоматизация в слогах *ло, лу*). Звук [л'] ставится присоединением к звуку [л] звука [и] и автоматизацией слога *ли*.

Звуки [р], [р']. Желательно до постановки [р] сформировать звук [д] — для выработки подъема передней части спинки языка и [с] — для выработки сильной воздушной струи. Основной способ постановки [р] — выработка вибрации передней части спинки языка с помощью зонда или детской резиновой соски, набитой ватой, в момент произнесения ряда звуков [д-д-д] или звукосочетания [дж-дж-дж] в быстром темпе. Звук [р'] ставится присоединением к звуку [р] звука [и] и автоматизацией слога *ри*.

Звук [j]. Основной способ постановки — многократно произнося слог *за* необходимо нажать зондом на переднюю часть языка и отодвинуть ее назад, до получения нужного звука. По подражанию звук ста-

вится от слитного, многократного, с ускорением темпа, произнесения звукосочетания [иа-иа-иа], [иэ-иэ-иэ] и т. д.

Звуки [к], [к'], [г], [г'], [х], [х']. Желательно до постановки [к] сформировать звуки [т] — для выработки смычки передней части спинки языка и альвеол и звук [у] — для выработки подъема задней части спинки языка. Основной способ постановки [к]: многократно произнося слог *та-та-та* (при опущенном кончике языка за нижние резцы), необходимо нажать зондом на переднюю часть языка и отодвигать ее назад, до получения нужного звука, в процессе отодвигания будут слышны слоги *та-тя-кя-ка*.

Звук [г] ставится:

— от звука [к] с использованием тактильного контроля (ребенок кладет тыльную сторону ладони себе на горло, вторую — на горло логопеда), привлекается внимание к озвончению звука [к],

— многократно произнося слог *да-да-да* (при опущенном кончике языка за нижние резцы), необходимо нажать зондом на переднюю часть языка и отодвигать ее назад, до получения нужного звука, в процессе отодвигания будут слышны слоги *да-дя-гя-га*.

Звук [к'] ставится:

— присоединением к звуку [к] звука [и] и автоматизацией слога *ки*,

— многократно произнося слог *та-та-та*, нажимая зондом на переднюю часть языка и отодвигая ее назад до получения нужного звука, в процессе отодвигания будут слышны слоги *та-тя-кя*.

Звук [г'] ставится:

— присоединением к звуку [г] звука [и] и автоматизацией слога *ги*,

— многократно произнося слог *да-да-да*, нажимая зондом на переднюю часть языка и отодвигая ее назад до получения нужного звука, в процессе отодвигания будут слышны слоги *да-дя-гя*.

Звуки [х], [х'] ставятся по подражанию или идентично постановке [к] и [к'] от звука [с], отодвигая переднюю часть спинки языка, в процессе отодвигания будут слышны слоги *са-ся-хя-ха*.

Этап автоматизации звука

Автоматизация (закрепление) согласных звуков проводится последовательно, путем многократных тренировок. В ходе автоматизации звука в слогах необходимо соблюдать следующую последовательность: автоматизация в прямых слогах (согласный +гласный), в обратных слогах (гласный+согласный), между гласными (гласный+согласный+гласный), в стечении с согласным (согласный+согласный+гласный). Повторение согласного звука с

одинаковыми гласными звуками (*ра-ра-ра*) и разными гласными звуками (*ра-рэ-ры-ро-ру*) должно быть многократным. Автоматизация согласных звуков проводится с учетом положения звука в слове (в начале, в середине, в конце). Для устойчивого произнесения звука требуется его отработка в большом количестве слов. После безошибочного использования звука в слове можно переходить к автоматизации в предложении.

Этап дифференциации звуков

Дифференциация смешиваемых звуков (различение) при парасигматизме свистящих и шипящих звуков, параротацизме, параламбдацизме, парайотацизме, паракаппацизме, дефектах смягчения, дефектах озвончения проводится последовательно. Различение обоих звуков (заменяемого и заменителя) осуществляется в изолированном произнесении звука, в ряду других звуков, в слогах, словах и предложениях.

Поэтапная работа по формированию фонематического восприятия проводится следующим образом [4]:

I — узнавание неречевых звуков;

II — различение высоты, силы, тембра голоса на материале одинаковых звуков, слов, фраз;

III — различение слов, близких по своему звуковому составу;

IV — дифференциация слогов;

V — дифференциация фонем;

VI — развитие навыков элементарного звукового анализа.

Работа по формированию фонематического восприятия начинается с развития слухового внимания и слуховой памяти. Неумение вслушиваться в речь окружающих является одной из причин неправильного звукопроизношения. Ребенок должен приобрести умение сравнивать свою собственную речь с речью окружающих и контролировать свое произношение.

Работа по формированию фонематического восприятия в самом начале осуществляется на материале неречевых звуков. В процессе специальных игр и упражнений у детей развивают способность узнавать и различать неречевые звуки. Дети должны в играх научиться различать высоту, силу и тембр голоса, вслушиваясь в одни и те же речевые звуки, звукосочетания, слова. Затем дети учатся различать слова, близкие по звуковому составу. Позже — учатся различать слоги и затем уже фонемы родного языка.

Задачей последнего этапа работы является формирование у детей навыков элементарного звукового анализа: умения определять коли-

чество слогов в слове; отхлопывать и отстукивать ритм слов разной слоговой структуры; выделять ударный слог; проводить анализ гласных и согласных звуков.

Состояние звукопроизносительной стороны речи находится в прямой зависимости от достижений современной медицины. Так, органические дефекты артикуляционного аппарата (нарушения прикуса, деформации зубочелюстного ряда и подъязычной уздечки) в настоящее время устраняются в младшем дошкольном возрасте, и, таким образом, количество детей с механическими дислалиями сокращается.

Занятия по коррекции нарушенного звукопроизношения должны проводиться системно и последовательно. Постановка звуков должна осуществляться логопедом индивидуально, а автоматизация звуков (в слогах, словах и предложениях) может проводиться и на групповых занятиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриншпун Б. М. Дислалия // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учеб. пособие для студентов. Т. I. М., 1997.

2. Куссмауль А. Косноязычие и лепетание // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учеб. пособие для студентов. Т. I. М., 1997.

3. Логопедия: Учеб. пособие / Под ред. Л. С. Волковой. 5-е изд. М., 2007.

4. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / М. Ф. Фомичева, Т. В. Волосовец, Е. Н. Кутепова и др.; Под ред. Т. В. Волосовец. М., 2002.

5. Правдина О. В. Логопедия. М., 1973.

6. Токарева О. А. Функциональные дислалии // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учеб. пособие для студентов. Т. I. М., 1997.

7. Филичева Т. Б., Чевелёва Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии. М., 1989.

8. Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения. М., 2014.

9. Хватцев М. Е. Логопедия. Кн. 1. Под. ред. Лалаевой Р. И., Шаховской С. Н. М., 2013.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение дислалии как речевого нарушения.

2. Какие формы дислалий вам известны? Дайте характеристику каждой из них.

3. Расскажите о значении, задачах, особенностях проведения артикуляционной гимнастики.

4. Охарактеризуйте виды нарушенного звукопроизношения.

5. Расскажите о нарушениях и способах коррекции свистящих звуков.

6. Расскажите о нарушениях и способах коррекции шипящих звуков.
7. Расскажите о нарушениях и способах коррекции звуков [р], [р'].
8. Расскажите о нарушениях и способах коррекции звуков [л], [л'].
9. Расскажите о нарушениях и способах коррекции звука [j].
10. Расскажите о нарушениях и способах коррекции заднеязычных звуков.
11. Расскажите о нарушениях и способах коррекции переднеязычных звуков.
12. Охарактеризуйте дефекты озвончения и способы их исправления.
13. Охарактеризуйте дефекты смягчения и способы их исправления.
14. Как проводится обследование звукопроизношения у детей?
15. В чем причина возникновения дислалии?
16. Каковы этапы логопедической работы по коррекции звукопроизношения?

Глава 5
РИНОФОНИЯ И РИНОЛАЛИЯ

Ринофония — патологическое изменение тембра голоса, обусловленное нарушенным участием носовой полости в процессах голосо- и речеобразования. Ринофония может быть самостоятельным расстройством или симптомом в структуре ринолалии.

Ринолалия — сложное речевое расстройство, значительно ограничивающее коммуникативную функцию речи из-за специфических нарушений звукопроизношения и голоса, обусловленных анатомическим дефектом артикуляционного аппарата. При ринолалии ведущими являются расстройства звукопроизношения и просодики. Все звуки произносятся с носовым (назальным) оттенком из-за нарушения функции нёбно-глоточного кольца, наиболее назализованными являются гласные звуки.

Различают три вида ***ринофонии и ринолалии*** — открытую, закрытую и смешанную.

Закрытая ринофония возникает в результате нарушения проходимости носовой полости, которая может быть вызвана полной двусторонней атрезией носа или другими патологическими процессами, которые приводят к полному или частичному выключению носового резонанса. В этих случаях голос лишается ряда своих обертонов, звучит глухо. При закрытой ринофонии страдает произнесение носовых звуков. В случаях полной непроходимости носа вместо звуков [м], [м'] и [н], [н'] произносятся соответственно [б], [б'] и [д], [д'] (вместо мама — *баба,* вместо няня — *дядя* и т. п.).

Если препятствие, вызывающее закрытие носовой полости, находится в задних отделах носа или в носоглотке, то говорят о *задней*

закрытой ринофонии. При наличии препятствий в передних отделах полости носа возникает *передняя закрытая ринофония.* При передней закрытой ринофонии носовой резонанс иногда в той или иной мере сохраняется. При частичной закупорке носа [м] звучит как [мб] — *мбамба,* [н] — как [нд] — ндяндя).

В ряде случаев закрытая ринофония наблюдается и без нарушения проходимости воздуха в носовой полости — *функциональная закрытая ринофония,* которая нередко диагностируется у лиц с расстройствами слуха из-за отсутствия контроля над произношением. Она часто встречается у детей, но не всегда правильно диагностируется. Причина заключается в том, что мягкое нёбо при фонации и произнесении носовых звуков поднимается выше нормы и закрывает звуковым волнам доступ к носоглотке. Подобные явления чаще наблюдаются при невротических расстройствах.

Лечение закрытой ринофонии состоит в хирургическом устранении препятствий в носу и носоглотке. После оперативного вмешательства следует назначать специальные упражнения, при этом успех обеспечивается логопедической работой.

Открытая ринофония встречается значительно чаще закрытой. При нормальном произнесении всех звуков речи, кроме носовых, мягкое нёбо примыкает к задней стенке глотки, разобщая глотку с носоглоткой. Вследствие этого струя воздуха выдыхается через рот, в результате звуки речи приобретают естественный нормальный тембр. Тембр заметно не искажается и тогда, когда щель между мягким нёбом и задней стенкой глотки не превышает 3—5 мм. Воздушная струя в этом случае направляется не в нос через узкую щель, а в широкий просвет зева в рот.

Речь приобретает выраженный назальный оттенок при таких дефектах твердого и мягкого нёба, как врожденные расщелины, укорочение мягкого нёба, параличи и парезы нёбной занавески.

Открытая ринофония так же, как и закрытая, может быть функциональной, нередко после устранения механических причин, препятствующих нормальному смыканию мягкого нёба после удаления увеличенных миндалин или аденоидов. Иногда гиперназальность, как и гипоназализация, наблюдается у глухих и слабослышащих и связана с несформированным самоконтролем. Открытая функциональная ринофония может быть симптомом истерии.

При открытой ринофонии, обусловленной органическими дефектами твердого и мягкого нёба, проводится хирургическое лечение, которое заключается в проведении серии реконструктивных хирурги-

ческих вмешательств. Их цель состоит в восстановлении нормального анатомического строения ротовой и носовой полости, устранении препятствий для дыхания и приема пищи. Хирургическая операция помогает скорректировать дефекты внешности, а также помогает предотвратить нарушения речевого развития.

Смешанная ринофония представляет сочетание гипер- и гипоназализального оттенка голоса, ее причиной является одновременная непроходимость носовых ходов и наличие нёбно-глоточной недостаточности. Наиболее часто названная форма ринофонии выявляется у детей с укороченным мягким нёбом после его пластики или пареза мягкого нёба и гипертрофированной глоточной миндалиной. Иногда смешанная ринофония отмечается у детей с врожденной двусторонней сквозной расщелиной верхней губы и нёба после двусторонней хейлоринопластики и пластики нёба, формируется вследствие выраженной нёбно-глоточной недостаточности, резкого сужения носовых ходов вплоть до полной непроходимости, рубцового сужения и деформации преддверия носа, уплощения крыльев носа и искривления перегородки носа. В результате все звуки имеют специфическое звучание: гиперназальность ротовых звуков и гипоназальность носовых фонем. В этом случае обязательно проводятся фонопедические занятия для восстановления резонанса.

Более подробно охарактеризуем открытую ринолалию.

Открытая ринолалия

Открытая ринолалия проявляется в двух формах — функциональной и органической.

Причины возникновения функциональной открытой ринолалии могут быть разными. Например, возникает у детей с вялой артикуляцией мягкого нёба. Нередко функциональная открытая форма является симптомом при истерии как самостоятельный или подражательный дефект.

К функциональным формам относится *привычная открытая ринолалия*, наблюдаемая после удаления больших аденоидных разрастаний, возникающая при длительном ограничении подвижности мягкого нёба.

При обследовании не обнаруживается органических изменений твердого или мягкого нёба. Признаком функциональной открытой ринолалии служит то, что чаще нарушается произношение только гласных звуков, в то время как при произношении согласных нёбно-глоточное смыкание хорошее и назализации не происходит.

Прогноз при функциональной открытой ринолалии более благоприятный, чем при органической. Назальный тембр исчезает после фонационных упражнений, а нарушения произношения устраняются обычными методами, применяемыми при дислалии.

Органическая открытая ринолалия в свою очередь подразделяется на приобретенную и врожденную.

Открытая органическая ринолалия чаще всего обусловлена различными заболеваниями полости рта. *Приобретенная открытая ринолалия* обусловлена травмой ротовой и носовой полости или парезом или параличом мягкого нёба. Наиболее частой причиной *врожденной формы* являются аномалии развития органов артикуляции — губ, твердого и мягкого нёба, языка, челюстей и зубов.

Дефекты верхней губы и нёба

К наиболее частым аномалиям развития губ и нёба относятся *щелевые дефекты верхней губы и нёба,* возникающие вследствие задержки слияния эмбриональных зачатков, образующих эти части полости рта.

Расщелины верхней губы и нёба (РВГН) в структуре врожденных уродств по частоте занимают второе место и считаются наиболее тяжелым пороком развития лица и челюстей, приводящим к значительным анатомическим (косметическим) дефектам и нарушениям питания, дыхания, речи, вызывают вторичные личностные особенности развития.

По данным М. Д. Дубова, ежегодно рождается 5000 детей с расщелинами нёба. Л. Е. Фролова указывает, что распространенность патологии расщелин губы и нёба довольно велика: на каждую тысячу новорожденных рождается один ребенок с дефектом губы или нёба, и частота аномалий не имеет тенденции к снижению.

По статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота рождения детей с РВГН в мире составляет 0,6—1,6 случая на 1000 новорожденных.

В исследованиях С. М. Максимова, А. В. Коваль указывается, что частота расщелин неодинакова в разных странах, например, в США — от 0,7 до 2,3; в России — от 0,6 до 1,2 на 1000 новорожденных.

Кроме того, у детей с РВГН встречаются сопутствующие врожденные пороки развития других органов и систем (сердца, легких, почек и др.), что также необходимо учитывать при составлении плана лечения. В литературе приводятся описания комбинированных пороков развития. Хотя расщелины губы и нёба проявляются преимущественно как отдельные самостоятельные пороки развития, примерно в 13%

случаев они наблюдаются в комбинации с другими дефектами либо проявляются в определенных синдромах.

Описаны и комбинации с дополнительными аномалиями: нарушения ЦНС, дефекты развития конечностей, глаз, ушной раковины, черепа, носа, пороки сердца, кисти, нижней губы, мочеполовых органов. Комбинированные пороки отмечаются у 55% детей с расщелиной нёба. В случае расщелин губы и нёба, так же как и при изолированных расщелинах губы, их доля составляет 35%.

Врожденные дефекты лица и нёба являются следствием разнообразных внешних и внутренних воздействий на эмбрион в первом триместре беременности, вызывающих задержку развития жаберного аппарата, а именно тех его участков, из которых возникают зародышевые бугры, формирующие лицо, ротовую и носовую полости, недостаточной их дифференцировкой на отростки или несращением последних. Так, несращение отростков верхней челюсти с лобно-носовым сопровождается образованием (одно- или двусторонним) щелевидных дефектов лица, верхней губы, твердого и мягкого нёба, а несоединение одного из нёбных отростков с перегородкой носа ведет к образованию бокового дефекта нёба, при котором правая или левая половина полости носа сообщается с ротовой полостью.

Выделяют экзогенные и эндогенные причины.

В числе ***экзогенных причин:*** *физические факторы*: механические (перенесенные аборты, неправильное положение плода, опухоли матки, многоплодная беременность, травмы матери в первые месяцы беременности и т. д.); *термические* (гипертермия); *ионизирующее облучение* (внешнее и внутреннее); *химические факторы*: гипоксия (анемия, токсикоз у беременных, маточные кровотечения, хронический алкоголизм и т. д.); *неполноценное и несбалансированное питание*; *гормональные расстройства* (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы у беременной, фенилкетонурия); *тератогенные яды* (бензин, формальдегид, соли тяжёлых металлов, окись азота, пары ртути, алкоголь и т. д.); *лекарственные вещества* (химиопрепараты, гормоны коры надпочечников, инсулин, витамин А, салицилаты, диазепам и др.); *биологические факторы*: вирусы (коревой краснухи, кори, цитомегаловирус, простого герпеса, эпидемического паротита, ветряной оспы); бактерии и их токсины; простейшие; *психические факторы* (вызывающие гиперадреналинемию).

К ***эндогенным причинам*** относится: *патологическая наследственность* (доминантным или рецессивным путем); *биологическая неполноценность половых клеток* (неправильный образ жизни; вредные при-

вычки: алкоголь, курение, наркотики); влияние возраста и пола родителей.

Одной из основных причин врожденной патологии челюстно-лицевого скелета является наследственность (28—48% случаев). Генетики рассматривают пороки развития как наследственные при систематическом их проявлении, отмечая, что при наличии у кого-либо из близких родственников расщелины губы и нёба риск рождения ребенка с такой патологией возрастает. Всегда есть вероятность, что патология латентно будет передаваться по наследству и под воздействием экзогенных факторов может себя проявить. Таким семьям врачи и педагоги обязательно советуют проконсультироваться у специалиста-генетика. Ребенок может унаследовать генетическую мутацию по отцовской или материнской линии. Некоторые мутации возникают лишь при воздействии специфического триггера (как правило, фактора внешней среды). Расщелина твердого нёба может быть и самостоятельным заболеванием или являться симптомом комплексной патологии, например синдрома Стиклера или синдрома Лойса.

Патогенез ринолалии. Врожденные расщелины могут быть обусловлены различными факторами и возникают приблизительно на 6—7-й неделе внутриутробного развития эмбриона, в период формирования первичного нёба. Под влиянием вышеперечисленных этиологических факторов сращение краев «физиологической щели» у эмбриона задерживается, что приводит к врожденному несращению верхней губы и нёба и не способствует начальному разделению ротовой и носовой полостей. Первичное нёбо — это участок ткани подковообразной формы, отделяющий носовые ходы от полости рта, расположенное в области альвеолярного отростка, включающего четыре верхних резца. Впоследствии оно дает начало передней (премаксиллярной) части окончательного нёба, а также среднему отделу верхней губы. В процессе быстрого роста верхнечелюстных и медиальных носовых отростков образуется закладка верхней челюсти и верхней губы, поэтому в эмбриональном периоде развития расщелина верхней губы часто сопутствует расщелине первичного нёба, что приводит к возникновению срединных расщелин верхней губы и верхней челюсти. Наиболее частыми являются боковые расщелины верхней губы, в результате несращения верхнечелюстного отростка с медиальным носовым отростком.

После развития первичного нёба к 8—9-й неделям беременности начинает развиваться вторичное нёбо. Оно формируется из нёбных отростков, которые являются образованиями на внутренних поверх-

ностях верхнечелюстных отростков. При опускании языка вниз края нёбных отростков поднимаются, перемещаются и срастаются между собой и носовой перегородкой. К концу 12-й недели беременности срастаются между собой фрагменты мягкого нёба. Патогенез расщелины твердого и мягкого нёба связан с недоразвитием, а, следовательно, и несращением нёбных отростков.

В зависимости от выраженности и сроков нарушения эмбрионального развития возникают различные степени аномалии. Более легкими считаются *расщелины верхней губы*, которые могут быть односторонними и двусторонними. Односторонняя расщелина располагается обычно на линии, соответствующей промежутку между клыком и боковым резцом, чаще с левой стороны. Она может быть полной, когда проходит через всю губу и соединяется с носовым отверстием, или неполной, достигающей половины или двух третей губы. Двусторонняя расщелина расположена чаще всего симметрично и разделяет верхнюю губу на три части — две боковые и одну среднюю.

При расщелинах губы наблюдаются также аномалии расположения и количества зубов. В более выраженных случаях одновременно с расщелиной верхней губы отмечается расщелина альвеолярного отростка, односторонняя или двусторонняя, в зависимости от того, имеется ли одностороннее или двустороннее несрастание межчелюстной (резцовой) кости.

Наиболее тяжелой аномалией является *полное двустороннее расщепление верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба* на всем их протяжении. Полное расщепление губы, альвеолярного отростка и нёба может быть и односторонним, когда только одна сторона межчелюстной кости сращена с альвеолярным отростком верхней челюсти.

При полной двусторонней расщелине межчелюстная кость обычно выступает вперед. Расщелина мягкого нёба проходит по средней линии. В наиболее легких случаях отмечается лишь намек на расщепление нёба, выражающийся в раздвоении кончика язычка.

Иногда дефект мышечного слоя мягкого нёба прикрыт нормальной слизистой оболочкой. Такие нёбные расщелины носят название *субмукозных* (подслизистых).

Расщелины верхней губы и нёба известны в быту и описаны в некоторых руководствах под названием «заячьей губы» или «волчьей пасти». Эти термины являются пережитком и должны быть изъяты из обращения как оскорбительные для человека.

К числу врожденных дефектов относятся и *укорочение мягкого нёба,* и *укорочение* или *полное отсутствие язычка.* Эти дефекты могут возникать и в результате воспалительных процессов, сопровождающихся изъязвлением слизистой оболочки с последующим ее рубцеванием (например, при сифилисе).

По своему виду дефекты губы и нёба разнообразны. В литературе имеются многочисленные классификации недоразвития верхнего нёба. Как утверждает И. И. Ермакова, все формы расщелин могут быть сведены к двум основным: *сквозным* и *изолированным.*

Изолированные расщелины могут захватывать только маленький язычок, часть или все мягкое нёбо и даже доходить до альвеолярного отростка, который сам при этом остается целым. Нёбная занавеска в этих случаях бывает укороченной, а сегменты ее разведены в стороны. Разновидностью изолированных расщелин являются подслизистые (субмукозные) расщелины твердого нёба. Обычно они сочетаются с укорочением и истончением мягкого нёба. Подслизистую расщелину можно обнаружить при произнесении гласного *а.* В этом случае слизистая втягивается в дефект в форме вогнутого треугольника, который хорошо заметен.

Сквозные расщелины характеризуются тем, что несращение по средней линии верхней челюсти проходит сквозь губу, альвеолярный отросток, твердое нёбо и мягкое нёбо. Если эта расщелина диагностируется по обе стороны межчелюстной кости и ни с одной стороны не произошло срастание нёба с сошником и носовой перегородкой, то такую расщелину называют сквозной двусторонней. Если одна из сторон срослась с сошником и носовой перегородкой, это — расщелина сквозная односторонняя (правосторонняя или левосторонняя).

Л. Е. Фролова в отличие от существующих классификаций, в своей схеме использует критерий «степень расщелины», который позволил определить все виды расщепления, отметить сопутствующие изменения в окружающих тканях и органах, в каждом отдельном случае конкретно выработать план лечения с момента рождения ребенка.

На важность комплексного изучения детей с анатомическими дефектами нёба указывали многие исследователи. Г. В. Чиркина, Т. Н. Воронцова считают, что выявить структуру дефекта и поставить правильный диагноз можно лишь при тесном сотрудничестве челюстных хирургов, ортопедов, челюстных стоматологов, педиатров, логопедов, а в некоторых случаях и психологов, невропатологов, психиатров.

Расщелина твердого нёба выявляется визуально сразу же после рождения ребенка, во время осмотра зева. Для постановки диагноза не требуется проведения дополнительных проверок. Нередко расщелины верхней губы определяются в рамках пренатальной ультразвуковой диагностики (УЗИ). Первые признаки можно идентифицировать на УЗИ на 18-й неделе беременности. В дальнейшем для подтверждения диагноза необходимо повторное сканирование на более позднем сроке. Дефекты твердого нёба по сравнению с расщелиной верхней губы хуже визуализируются в процессе пренатального ультразвукового исследования, но и они часто обнаруживаются еще до рождения ребенка. При наличии у плода дефектов челюстно-лицевого отдела беременной женщине предлагают пройти процедуру амниоцентеза — исследования околоплодных вод, которая позволяет определить, является ли расщелина твердого нёба самостоятельным заболеванием или же частью комплексной генетической аномалии.

При врожденных аномалиях челюстно-лицевой системы анатомический дефект вызывает расстройства дыхания, питания, фонации, речи и слуха, влияет на формирование фонетического строя речи.

Врожденные щелевые дефекты губы и нёба значительно нарушают питание новорожденных детей. Ребенок не может сосать грудь и соску, пища легко попадает в носовую полость, ребенок захлебывается, поперхивается, у него появляются кашель и рвота. Попадание пищи в дыхательные пути вызывает воспаление бронхов и легких. Эти осложнения и нарушения питания могут быть причиной смертности среди таких детей. У младенцев в дальнейшем возникают нарушения речи: она приобретает назальный оттенок, становится глухой и недостаточно внятной.

Нередко у этих детей отмечаются недоразвитие верхней челюсти и неправильный прикус с дефектным расположением зубов.

Анатомические и функциональные нарушения, имеющиеся у детей с данной патологией, приводят не только к задержке физического развития, но и к частым сопутствующим заболеваниям, к изменениям со стороны психического статуса ребенка, обусловленного замкнутостью, развитием комплекса неполноценности.

Изучая состояние слуха, исследователи пришли к выводу, что дети с ринолалией в большинстве случаев не замечают дефектов собственного произношения из-за несформированности самоконтроля и фонематического слуха.

Значительное понижение слуха (более чем на 20—25 дБ) приводит к недоразвитию, а иногда и к утрате речи. Известно, что снижение

слуха обусловлено воспалениями среднего уха, причиной воспалений является переход воспалительного процесса со слизистой оболочки носа и глотки на слизистую евстахиевых труб. Родители не всегда обращают внимание на заболевания органов слуха. Нередко острые гнойные отиты переходят в хроническую стадию, что и ведет к понижению слуха. У детей с врожденной нёбной патологией чаще всего страдает звукопроводящий аппарат. Снижение слуха наблюдается чаще у детей, имеющих аденоидные разрашения, искривления носовой перегородки, гипертрофию нижних носовых раковин, увеличенные миндалины. Учитывая это, многие исследователи отмечают, что при коррекционном воздействии у детей с нёбной патологией необходима совместная работа логопеда, врача-отоларинголога и фониатра.

Проблемы ринофонии (избыточного носового оттенка голоса) изучались многими учеными. При врожденной патологии нёба тембр голоса приобретает выраженный носовой оттенок. Голос у таких детей бывает монотонный, тихий, слабый, неполетный, глухой. Причинами изменения голоса является отсутствие разграничения носовой и ротовой полостей. Расщелина нёба приводит к асимметрии в строении резонаторных полостей гортани, глотки, носа. Исходя из того, что положение мягкого нёба вызывает изменение положения голосовых складок, многие авторы утверждают, что нарушение целостности, анатомическая и функциональная асимметрия мышц мягкого нёба и глотки приводят с возрастом к функциональной асимметрии голосовых складок, что снижает силу голоса, делает его сдавленным, истощаемым, немодулированным. Кроме анатомического дефекта, у лиц с врожденной нёбной патологией отмечаются образование узелков голосовых складок и воспалительные процессы в гортани, фонастения, парез внутренних мышц гортани (по И. И. Ермаковой, до 70—80%). Эти заболевания вызывают осиплость и охриплость голоса.

Т. Н. Воронцова отмечает многоступенчатый характер патологического изменения голоса. Нарушение тембра голоса происходит, с одной стороны, вследствие изменения координации и взаимосвязи носового и ротового резонаторов, в результате расщелины нёба и неправильного положения языка и гортани — с другой. Автор подчеркивает, что при фонации поднимающаяся вверх и вперед гортань образует широкий проход выдыхаемого воздуха из гортани в носоглотку и нос. Нарушение всей дыхательной функции приводит к ослаблению силы голоса. Кроме того, голос становится монотонным и неэмоциональным из-за того, что ребенок, осознавая свой дефект, стесняясь своей малопонятной речи, начинает говорить тихо, не повышая и не пони-

жая голоса. Т. Н. Воронцова приходит к выводу о влиянии специфического голоса ребенка с ринолалией на всю интонационную сторону речи, что снижает его коммуникативные возможности.

В результате звучание голоса и механизм фонации при расщелинах нёба становится настолько специфичными, что М. Зееман выделил голос при ринолалии в самостоятельное расстройство и назвал его палатофония, так как нарушается целостность твердого нёба.

Из вышесказанного становится понятно, какое важное место занимает коррекция голоса в комплексе коррекционно-педагогической работы по исправлению ринофонии и ринолалии.

Как отмечают исследователи, гиперназальность возникает из-за нёбно-глоточной недостаточности в результате расщелины нёба. Нечеткая артикуляция делает гиперназальность более выраженной. В зарубежной и отечественной литературе приводится описание преодоления гиперназализации при помощи *голосовой терапии*.

В результате РВГН специфично формируется звукопроизношение.

А. Г. Ипполитова указывает, что гласные звуки произносятся при оттянутом кзади языке с выдохом воздуха через нос и характеризуются вялой губной артикуляцией, отмечая связь выраженности носового оттенка каждого гласного с плотностью нёбно-глоточного смыкания, степенью сужения губ и изменением формы глотки. Наименьший объем глотки при артикуляции фонемы [а], а наибольший при [и], [у], промежуточный при [э], [о].

В зависимости от характера первичного нарушения выделяются различные формы ринолалии.

Г. В. Чиркина отмечает, что при ***открытой ринолалии*** (нарушении нёбно-глоточного затвора между носовой и ротовой полостью) увеличивается голосовой резонанс, изменяется тембр многих звуков, особенно гласных. Наиболее заметно изменяется тембр гласных звуков [и], [у], при артикуляции которых ротовая полость больше всего сужена. Менее назально звучат гласные звуки [е] и [о], минимально нарушен гласный [а], так как при его произношении ротовая полость широко раскрыта.

При открытой ринолалии искажается и тембр согласных. При произнесении шипящих звуков и фрикативных [ф], [в], [х] добавляется хриплый звук, возникающий в носовой полости. Взрывные звуки [б], [д], [т], [к] и [г], а также сонорные [л] и [р] звучат нечетко или не произносятся, так как в ротовой полости не может образовываться необходимое воздушное давление, обеспечивающее их точное произношение. Слабая выдыхаемая воздушная струя в ротовой полости недоста-

точна для колебаний кончика языка, обеспечивающих образование звука [р]. Таким образом, наиболее характерным признаком открытой ринолалии является специфический дефект звукопроизношения, сочетающийся с назальностью.

При расщелинах губы и нёба все звуки приобретают носовой оттенок, который грубо нарушает внятность речи.

Типичным является наложение на назализованные звуки дополнительных шумов, таких, как придыхание, хрип, гортанность.

Возникает специфическое нарушение тембра голоса и звукопроизношения — ринофония.

Чтобы препятствовать прохождению пищи через нос, ребенок с самого раннего возраста приобретает привычку компенсаторно поднимать заднюю часть языка для блокирования прохода в носовую полость. Эта позиция языка становится привычной и изменяет артикуляцию звуков.

Во время речи дети обычно мало раскрывают рот и выше, чем требуется, поднимают спинку языка. Кончик языка ограничен в движениях. Подобная привычка значительно ухудшает качество речи, так как при высоком положении челюсти и языка ротовая полость приобретает форму, способствующую попаданию воздуха в нос, что усиливает назальность.

При попытке произнести звуки [п], [б], [ф], [в] ребенок с ринолалией использует свои собственные компенсаторно-приспособительные техники. Звуки заменяются глоточным щелчком, который очень своеобразно характеризует речь ребенка с тяжелой формой ринолалии. Специфический щелчок образуется при соприкосновении надгортанника с задней частью языка.

Исследователи отмечают, что особенности речи не всегда коррелируют с размерами и сложностью нёбного дефекта, а зависят в большинстве случаев от индивидуальных психических возможностей ребенка и сроков оперативного вмешательства.

Г. В. Чиркина по состоянию психического развития детей с расщелинами нёба выделяет три категории: с нормальным психическим развитием; с задержкой умственного развития; с олигофренией (разной степени). У некоторых детей могут выявляться неврологические микропризнаки. Намного чаще у детей отмечаются функциональные нарушения нервной системы, иногда значительно выраженные психогенные реакции, повышенная возбудимость, что связано с отрицательным влиянием косметического дефекта на психику ребенка и его окружения.

Врожденные расщелины нёба оказывают отрицательное влияние на развитие речи ребенка. Часто отмечается позднее появление первых слов и фразовой речи; специфические трудности при произнесении звуков речи — назальный тембр голоса, невнятное произнесение звуков, пониженная речевая активность.

Исследователи отмечают, что особенности речи не всегда коррелируют с размерами и сложностью нёбного дефекта, а зависят в большинстве случаев от индивидуальных психических возможностей ребенка и сроков оперативного вмешательства.

Лечение расщелин губы и нёба преимущественно хирургическое, заключается в пластическом закрытии имеющегося дефекта посредством лоскута, взятого из соседних мягких тканей, или путем сшивания несросшихся частей. Срок оперативного вмешательства зависит от тяжести нарушения физиологических функций и от состояния ребенка. Своевременное и правильное выполнение первого этапа хирургического лечения определяет успех реабилитации пациентов с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба. Особое внимание в последние годы отводится полноценному восстановлению не только анатомических структур, но и функций при минимальном травмирующем влиянии хирургических манипуляций на последующий рост лицевого скелета.

Хейлопластика проводится в первые дни жизни. Дефект закрывается при помощи мягкотканых лоскутов, полученных с внутренней поверхности верхней губы. Края лоскутов сшивают вместе, формируя полноценную верхнюю губу, шрам на которой со временем становится практически незаметным. Операцию по устранению расщелины нёба — ***уранопластику*** большинство хирургов рекомендуют проводить как можно раньше, не позднее возраста 2,5—3 лет, т. е. в том периоде, когда заканчивается прорезывание молочных зубов. Существуют различные методики реконструкции твердого нёба. Для закрытия расщелины используют лоскуты тканей с боковой поверхности нёба, внутренней поверхности щек, фрагменты мышечной и костной ткани и т. д. Выбор методики и планирование хирургического вмешательства осуществляются индивидуально. В некоторых случаях операция может быть отложена на срок до 7 лет. Позднее ребенку могут потребоваться дополнительные ***пластические операции*** для коррекции косметических дефектов: сглаживание шрамов, улучшение формы верхней губы или нёба.

В тех случаях, когда операция почему-либо не может быть произведена (тяжелое состояние ребенка, несогласие родителей на опера-

цию, отсутствие достаточного материала для пластики), закрытие дефекта твердого и мягкого нёба производится посредством специально изготовляемых протезов — обтураторов (от лат. *obturare* — затыкать).

Протезирование — менее совершенный способ устранения анатомического дефекта, чем операция, что связано с ростом ребенка. Протез приходится периодически переделывать или заменять новым. Он требует постоянного ухода, и, кроме того, будучи инородным телом, нередко вызывает неприятные ощущения во рту. Дети, перенесшие хейлопластику и уранопластику, нуждаются в наблюдении специалистов. В частности, для улучшения артикуляции им потребуется курс речевой терапии. В период реабилитации необходимо обратиться за консультацией к ортодонту — специалисту по лечению аномалий зубов и челюстного отдела.

Обследование детей с ринолалией и ринофонией

Обследование детей с врожденной нёбной патологией (ВНП) проводится комплексно логопедом и врачами различных специальностей и преследует ряд общих и частных задач.

Прежде всего необходимо представить общую картину нарушений речи, выделив первичный дефект и вторичные нарушения. Подробное исследование симптоматики нарушения речи ребенка позволит правильно диагностировать нарушение, определить пути коррекции.

Обследование ребенка начинается с изучения анамнеза.

В карте фиксируются следующие сведения:

— возраст родителей;

— от какой по счету беременности родился ребенок, чем закончились предшествующие беременности;

— течение беременности. Отмечается самочувствие матери с первых дней беременности, особое внимание уделяется 10—12-й неделе беременности;

— роды, их характер;

— состояние ребенка при рождении (закричал сразу или после стимуляции);

— раннее развитие ребенка:

а) Брал ли грудь матери? Как вскармливался? До какого возраста получал грудное молоко? С какого времени начали прикармливание? Как развивался физически?

б) Когда начал держать голову (сидеть, стоять, ходить)? (В карте обследования указываются все отклонения в физическом развитии ребенка.)

в) Какие заболевания были у ребенка на первом году жизни? Чем и как болел в последующее время до момента обследования? Были ли заболевания органов слуха?

— развитие речи. Когда у ребенка появился лепет, какова была его активность? Когда и как начали формироваться первые слова? С какого времени пользуется полными словами? Когда появилась фразовая речь? Знает ли ребенок стихи и сказки? Не отмечает ли мать каких-либо трудностей в развитии ребенка и как она их оценивает?

— психические особенности ребенка. Как ребенок ориентируется в окружающей обстановке? Как выражает свое удовольствие, чем и как выражает отрицательное отношение к тому или иному явлению? Какие игрушки и игры любит ребенок? Чем занимается самостоятельно? В чем требуется конкретная помощь? Усидчив или отвлекаем?

— навыки самообслуживания: может ли себя обслужить (одеться, самостоятельно есть, не поперхивался ли в раннем детстве и как ест в настоящее время);

— лечение ребенка: сроки хирургического вмешательства (оперирование губы, нёба), применение медикаментозного лечения и логопедического воздействия во все периоды жизни ребенка; результаты этого воздействия (необходимо познакомиться с соответствующей медико-педагогической документацией).

Комплексное обследование проводится по следующим разделам.

1. *Описание анатомических особенностей* строения всего артикуляционного аппарата и самого врожденного дефекта.

Нарушения строения и функции органов речи при расщелинах выявляются посредством осмотра и функционального исследования.

Представление о состоянии речевых органов можно получить и путем прямого осмотра без применения специальных инструментов, поместив исследуемого напротив лампы или освещенного окна.

Вход в нос и передний отдел носовой полости можно осмотреть, подняв кончик носа большими пальцами и отклоняя голову ребенка назад. Проходимость каждой половины носа для воздуха определяют путем попеременного закрывания той и другой ноздри при вдохе и выдохе с закрытым ртом.

При осмотре полости рта и глотки пользуются шпателем, концом которого слегка надавливают на среднюю часть спинки языка. При осмотре полости рта и глотки обращают внимание на строение губ, челюстей, зубов, языка, на состояние твердого и мягкого нёба, нёбных дужек и миндалин, задней стенки глотки.

Одновременно определяется подвижность губ, языка и мягкого нёба. Логопед отмечает наличие асимметрии лица и носогубных складок при закрытом рте и уточняет ее характер при произвольном отведении углов рта в стороны и при закрывании рта. Отмечается форма губ и их активность, наличие послеоперационных рубцов на губе. При расщелине верхней губы отмечают ее подвижность, выраженность рубцовых изменений.

Осматривая нёбо до операции, фиксируют внимание на размере дефекта и подвижности сегментов мягкого нёба. После операции описывают форму свода, рубцы, степень их выраженности, длину и подвижность нёбной занавески.

Подвижность нёбной занавески легко наблюдать при плавном протяжном произнесении гласного звука [а], когда рот ребенка широко открыт. В этот момент можно обнаружить субмукозную расщелину. При такой расщелине образуется характерный треугольник. Слизистая оболочка в этой области истончена и имеет более бледную окраску. Подслизистую расщелину можно обнаружить также при пальпации мягкого нёба.

Одновременно логопед имеет возможность визуально оценить плотность нёбно-глоточного смыкания и активность боковых стенок глотки при фонации.

При полной неподвижности мягкого нёба необходимо попытаться вызвать глоточный рефлекс, прикасаясь шпателем к задней и боковой стенкам глотки. Наблюдаемый при этом непроизвольный подъем нёбной занавески вверх показывает, что подвижность мягкого нёба возможна, и демонстрирует приблизительный уровень смыкания, который может быть достигнут в дальнейшем.

Язык необходимо описывать подробно, останавливаясь на особенностях его позиции в полости рта, состоянии корня и кончика. А. Г. Ипполитова предлагает проверять подвижность языка при выполнении ребенком ряда произвольных движений: высовывание языка, отведение его в стороны, подъем вверх, перемещение кончика языка за нижние резцы; отмечается излишняя напряженность или вялость, ограничение подвижности языка.

Проверяется состояние зубочелюстной системы и изменение прикуса. При наличии ортодонтического аппарата необходимо записать цель его наложения, вид, плотность фиксации.

Отмечается состояние уздечки и общий характер деятельности речевого аппарата в процессе речи. Фиксируется, хорошо ли ребенок открывает рот, выразительна ли его артикуляция во время речи; ак-

тивность губ, языка, щек, лицевых мышц, наличие синкинезий; направленность воздушной струи.

2. *Тип и характер физиологического и речевого дыхания* (верхнеключичное, грудное или нижнереберное-диафрагмальное; частота дыхания, его ритмичность и сила). В карте обследования необходимо отметить все нарушения дыхания. Обратить внимание на координацию ротового и носового вдоха и выдоха, время фонации.

3. *Особенности голоса ребенка.* Степень носового резонанса или его отсутствие выявляется при слуховой оценке. Наличие дефектов голоса и их характер — путем наблюдения за самостоятельной и отраженной речью ребенка.

4. *Изучение особенностей звукопроизношения.* Анализируя особенности звукопроизношения, логопед проверяет звучание и артикуляцию всех фонем русского языка вначале по подражанию, а затем при самостоятельном произнесении изолированных звуков, слов и предложений.

Обследование начинается с гласных звуков и сочетаний и проводится в следующем порядке: [а], [э], [о], [ы], [у], [и], [я], [е], [ё], [ю].

Далее обследуется характер артикуляции всех согласных звуков, начиная с глухих согласных звуков: [ф], [с], [ш], [щ], [х]. При этом сначала отмечается произношение звука в положении согласного между двумя гласными, затем фиксируется произношение изолированных согласных звуков, чтобы лучше проследить, какие мимические и лицевые мышцы сопутствуют артикуляции и насколько активны крылья носа.

В карте отмечается, каков характер нарушения: искажения, замена, отсутствие, беззвучное произнесение, сопутствующее смыкание.

Весь используемый при обследовании материал должен соответствовать возрасту и индивидуальным особенностям ребенка.

5. *Исследование общего речевого развития.* Наличие у ребенка развернутой речи и возможность ее использования, осуществление процесса коммуникации; диалогической речи.

В карте указывается: речь разборчивая, неразборчивая, смазанная, с избыточным носовым резонансом.

6. *Изучение лексико-грамматического строя речи, семантики, — связной речи, письма и чтения* осуществляется традиционно.

Важно отметить, что отсутствие внятной речи или ограниченное пользование ею приводят к значительному расхождению между активным и пассивным словарем. Уровень освоения лексики зависит не только от степени нарушения звукопроизносительной стороны речи,

но и от интеллектуальных возможностей ребенка, социального опыта, среды, в которой он воспитывается.

Для детей с ринолалией, как и для дошкольников с общим недоразвитием речи, характерно недостаточное владение грамматическими средствами языка.

Самостоятельное письмо у школьников отличается бедным составом предложений, их неправильным построением, пропусками членов предложения и служебных слов. Некоторым детям совершенно недоступны даже небольшие по объему изложения.

Чтение у учащихся с ринолалией обычно затруднено за счет малоподвижности артикуляционного аппарата, трудностей в переключении от одного звука к другому.

В результате проведенного обследования логопед получает представление не только о нарушениях артикуляции и звукопроизношения, но и об уровне общего речевого развития.

7. *Состояние слуха.* Осуществляется изучение медицинской документации и субъективная проверка слуха.

8. *Исследование состояния психических функций:* внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы. Отмечается, как ребенок вступает в контакт с незнакомыми людьми. Скованность, стремление отвечать на вопросы жестами и мимикой показывают, что ребенок знает о своем речевом нарушении и стесняется его.

Результаты обследования постоянно уточняются в процессе работы с ребенком и фиксируются в карте. На основании этих данных составляется план коррекционной работы.

Особенности логопедической работы

В результате обследования звуковой стороны речи и сопоставления с данными обследования других сторон речи у логопеда должно сложиться четкое представление о том, являются ли выявленные нарушения самостоятельным дефектом или входят в структуру общего недоразвития речи в качестве одного из его компонентов. От этого зависит постановка конкретных коррекционных задач.

Логопедические занятия с ребенком необходимо начинать как можно раньше, в дооперационный период, чтобы предотвратить возникновение серьезных изменений в функционировании органов речи. На данном этапе подготавливается активность мягкого нёба, нормализуется положение корня языка, усиливается мышечная деятельность губ, вырабатывается направленный ротовой выдох. Все это

создает благоприятные условия для повышения эффективности операции и последующей коррекции. Через 15—20 дней после операции специальные упражнения повторяют, но теперь основной целью занятий является развитие подвижности мягкого нёба.

Многочисленные функциональные нарушения, вызванные дефектом строения губы и нёба, требуют постоянного медицинского контроля.

Врачи различных специальностей наблюдают детей и сообща составляют план комплексного лечения. В течение первых лет жизни ребенка ведущая роль принадлежит педиатру, который осуществляет профилактику и проводит необходимое лечение.

В литературе вопрос о сроках начала работы над звукопроизношением при ринолалии дискутировался в середине 50-х годов. Это было связано с тем, что хирургическое вмешательство начиналось достаточно поздно, нередко в подростковом периоде. А. Г. Ипполитова правомерно указывала на необходимость начала логопедического воздействия еще в дооперационном периоде. Она отмечала, что формирование артикулем гласных и согласных звуков нужно вести параллельно с формированием правильного ротового выдоха, предлагала на этом этапе работать над артикулемами звуков [ф], [ш], [щ], [х].

Л. И. Вансовская считает, что для выработки нормального уклада согласных звуков важное значение имеет коррекция положения корня языка. Многие исследователи указывают, что в дооперационном периоде необходимо начинать работу по коррекции и предупреждению вторичных речевых нарушений: развивать фонематическое восприятие, увеличивать словарный запас, работать над грамматическим строем и т. д.

По мнению большинства специалистов, начинать послеоперационную логопедическую работу следует на 12—20-й день после операции. Успех логопедического воздействия зависит в определенной мере от качества операции уранопластики.

Рекомендуется начинать работу с воспитания спокойного ротового выдоха при нижнереберном диафрагмальном дыхании. А. Г. Ипполитова указывает на необходимость фиксации внимания ребенка на положение органов артикуляции: при ротовом выдохе кончик языка должен быть опущен.

Система работы логопеда предполагает организацию занятий с детьми в форме игры, не реже 2—3 раз в неделю, очень важно не прерывать занятия, проводить их регулярно, закрепляя полученные навыки дома с родителями.

Особое внимание уделяется работе над дыханием, нарушения которого разнообразны. Из-за отсутствия разграничения полостей носа и рта дети постоянно пользуются смешанным носоротовым дыханием, при котором продолжительность выдоха резко сокращается. Дыхание становится учащенным, жизненная емкость легких понижается, отстает в развитии грудная клетка.

Глубоко страдает фонационное дыхание. Известно, что в норме во время речи люди дышат ртом. При этом вдох укорачивается, становясь более глубоким, выдох удлиняется и в 5—8 раз превышает продолжительность вдоха, а количество дыхательных движений в минуту сокращается с 16—20 до 8—10; в речевом выдохе активно участвуют брюшная стенка и внутренние межреберные мышцы, что помогает удлинить выдох и обеспечить достаточное подскладковое давление. Фонационное дыхание остается учащенным и поверхностным, поэтому проводится подготовительная работа по координации и дифференциации ротового и носового вдоха и выдоха.

Затем статическая дыхательная гимнастика усложняется за счет голосовых упражнений. Полезно применять также динамическую гимнастику, при которой дыхательные движения сочетаются с движениями рук и туловища. Детей обучают протяжному произнесению звуков, так, чтобы ощущалась сильная вибрация в области крыльев носа и основания носа. Далее дошкольников побуждают произносить слоги *па, пе, пу, по, пи* таким образом, чтобы гласные звучали немного в нос. Таким же способом отрабатывают произношение согласных в позиции перед носовыми звуками (слоги типа *ам, ом, ум, ан*).

После того как ребенок научится правильно произносить эти слоги, вводят слова, в которых имеются носовые звуки. Нужно, чтобы он произносил их преувеличенно громко и протяжно, с сильным носовым резонансом.

Заключительными являются упражнения, состоящие в громком кратком и протяжном произнесении гласных звуков. Кроме того, используются вокальные упражнения.

На первом этапе возможна отработка артикуляции гласных. И. И. Ермакова отмечает, что особенности артикуляции гласных [а] и [и] позволяют применять их для развития подвижности сегментов нёба.

А. Г. Ипполитова предлагает формировать условно-рефлекторные связи между артикулемой и ее рисунком. Она подчеркивает важность параллельности в работе над дыханием и артикуляцией. Ряд авторов подчеркивает необходимость коррекционных упражнений для смеще-

ния языка вперед. По мнению И. И. Ермаковой, перемещение языка в значительной степени определяет эффект всей работы, поскольку это создает условия для постановки правильной артикуляции, понижения носового оттенка голоса, нормализации фонационного дыхания. На этом же этапе многие авторы предполагают воспитание самоконтроля за произношением, что, естественно, имеет место на протяжении всей коррекционно-фонетической работы.

В литературе неоднократно указывается на уменьшение носового оттенка при фонации в грудном регистре, но И. И. Ермакова отмечает, что подобное голосоведение нефизиологично, не свойственно детям.

В отечественной литературе исследования не ограничиваются только проблемами гиперназализации и артикуляции.

Большой интерес представляют исследования Г. В. Чиркиной, в которых проведен системный анализ всей речевой деятельности ребенка с ринолалией, даны методические рекомендации к дифференцированному подходу при воспитании речи в соответствии с состоянием языковых процессов детей с ринолалией, указывается на необходимость работы по предупреждению нарушений письменной речи.

Г. В. Чиркина считает, что формирование фонетически правильной речи у детей дошкольного возраста, имеющих врожденную расщелину нёба, направлено на решение нескольких взаимосвязанных задач:

— нормализацию «ротового выдоха», т. е. выработку длительной ротовой струи при произнесении всех звуков речи, кроме носовых;

— выработку правильной артикуляции всех звуков речи;

— устранение назального оттенка голоса;

— воспитание навыков дифференциации звуков с целью предупреждения дефектов звукового анализа;

— нормализацию просодической стороны речи;

— автоматизацию приобретенных навыков в свободном речевом общении.

Решение этих специфических задач возможно при учете закономерностей усвоения правильных навыков произношения.

При коррекции звуковой стороны речи усвоение правильных навыков звукопроизношения проходит в несколько этапов.

Первый этап — этап «предречевых» упражнений — включает следующие виды работы:

— дыхательные упражнения;

— артикуляционная гимнастика;

— артикуляция изолированных звуков или квазиартикуляция (так как изолированное произнесение звуков нетипично для речевой деятельности);

— слоговые упражнения.

На данном этапе происходит обучение моторным навыкам на основе исходных безусловно-рефлекторных движений.

Второй этап — дифференциации звуков, т. е. воспитание фонематических представлений на основе двигательных (кинестетических) образов речевых звуков.

Третий этап — интеграции, т. е. обучение позиционным изменениям звуков в связном высказывании.

Четвертый этап — автоматизации, т. е. превращение произношения в нормативное, привычное настолько, что оно не требует больше контроля со стороны самого ребенка и логопеда.

Известно, что у детей дошкольного возраста значительная роль в коррекционном процессе принадлежит подражанию, но элементы сознательного усвоения должны присутствовать обязательно. Это связано с тем, что перестройка прочного патологического навыка назальной фонации невозможна без учета всех личностных качеств ребенка. Коррекционные задачи имеют определенное различие в зависимости от того, произведена или нет пластическая операция по закрытию расщелины, несмотря на то что основные виды упражнений используются как в дооперационный, так и в послеоперационный период.

В дооперационном периоде решаются следующие задачи:

— освобождение лицевых мышц от компенсаторных движений;

— подготовка правильного произношения гласных звуков;

— подготовка правильной артикуляции доступных ребенку согласных звуков.

После операции коррекционные задачи намного усложняются и включают:

— развитие подвижности мягкого нёба;

— устранение неправильного уклада органов артикуляции при произнесении звуков;

— подготовку произношения всех звуков речи без назального оттенка (за исключением носовых звуков).

Специфическими видами логопедической работы в послеоперационном периоде являются: массаж мягкого нёба; гимнастика мягкого нёба; артикуляционная гимнастика; голосовые упражнения.

Основная задача этих упражнений состоит в том, чтобы увеличить силу и длительность выдыхаемой через рот воздушной струи, улучшить деятельность артикуляционной мускулатуры, сформировать контроль за функционированием нёбно-глоточного затвора.

Массаж мягкого нёба направлен на разминание рубцовой ткани и активацию его движений. Массаж следует проводить до еды, с соблю-

дением гигиенических требований. Техника массажа может быть разнообразной в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка. Г. В. Чиркина рекомендует чередовать поглаживающие движения с прерывисто-надавливающими, а также легкое надавливание на мягкое нёбо осуществлять при произнесении звука [а].

Следует помнить, что выбор упражнений определяется этапом логопедической работы, возможностями ребенка.

Большинство авторов рекомендуют постановку звуков начинать со звука [а]. Язык находится в состоянии покоя, рот широко открыт. При звуке [о] язык несколько оттянут, губы выдвинуты вперед; при звуке [у] губы вытягиваются с напряжением в трубочку, а язык еще больше оттянут назад. При звуке [э] язык несколько приподнимается в средней части, рот полуоткрыт, губы растянуты. Эти звуки легко произносятся по подражанию, основная задача при их постановке — устранение назального оттенка. Вначале звуки отрабатывают в отрывистом изолированном произнесении с постепенным увеличением числа повторений на один выдох, например: *а о у э-аа оо уу ээ-ааа ооо ууу эээ.*

При каждом произнесении необходим контроль за направлением воздушной струи. Для этого ребенку предлагают держать у крыльев носа зеркало или легкую ватку.

Постановку согласных звуков начинают со звуков [ф] и [в]. При произнесении звука [ф] язык спокойно лежит на дне ротовой полости. Верхние зубы чуть прикусывают нижнюю губу. Сильный ротовой выдох разрывает эту смычку и образует отрывистый звук [ф]. Утечка воздуха проверяется с помощью зеркала или ватки.

Упражнения на постановку и закрепление звуков следует проводить систематически, повторяя в самых разных сочетаниях. Эффективными оказываются вокальные упражнения, благодаря которым облегчается процесс автоматизации.

Во время пения смыкание мягкого нёба и задней стенки глотки осуществляется рефлекторно, и ребенку легче сосредоточиться на артикуляции звуков.

Г. В. Чиркина считает, что такая система формирования звуковой стороны речи и фонематического восприятия обеспечивает подготовку к обучению письму и чтению в общеобразовательной школе.

Следует подчеркнуть ответственную роль родителей в преодолении последствий врожденного нарушения, влияющих на сенсомоторное, речевое и познавательное развитие ребенка. Логопед не должен ограничивать свои контакты с семьей только информацией о дефекте — в этом случае родителям принадлежит пассивная роль. Семья должна

быть вовлечена в коррекционный процесс, поддерживать достижения детей, использовать аудиозаписи их речи, следить за выполнением заданий логопеда, оперативно оповещать о возникающих трудностях в разных аспектах их психического развития. В настоящее время во всем мире активно поддерживается идея партнерства семьи и специалистов в реабилитации ребенка с врожденным дефектом развития.

В литературе имеются многочисленные указания о необходимости изучения личности ребенка с ринолалией и важности психотерапевтического воздействия при работе с ним.

Т. В. Волосовец справедливо отмечает, что логопедическая работа с детьми должна начинаться как можно раньше и учитывать ведущую деятельность ребенка, проводиться в игровой форме. Несмотря на большой и специфический объем упражнений, которые необходимо выполнять для полной коррекции нарушения речи, очень важно организовать жизнь ребенка таким образом, чтобы минимизировать эти трудности и оставить время на обычные для возраста занятия и развлечения — спорт, интересный досуг и т. п. У многих детей с подобным дефектом отмечаются природные способности к рисованию, ритмике, математике. Их следует развивать, не допуская ухода детей в занятия и игры, исключающие речь. Напротив, желательно создавать ситуации, в которых ребенок должен активно пользоваться речью (играть всей семьей в речевые лото, участвовать в детских утренниках и т. п.).

Изучение речевой деятельности этих детей показывает, что неполноценные анатомо-физиологические условия речеобразования, ограниченность моторного компонента речи приводят не только к аномальному развитию ее звуковой стороны, но в ряде случаев и к более глубокому системному нарушению всех ее компонентов.

С возрастом ребенка показатели речевого развития ухудшаются (по сравнению с показателями нормально говорящих детей), структура дефекта осложняется за счет нарушения различных форм письменной речи.

Ранняя коррекция отклонений речевого развития у детей с ринолалией имеет необычайно важное социальное и психолого-педагогическое значение для нормализации речи, предотвращения трудностей в обучении и выборе профессии. Разграничивают два периода логопедической работы: дооперационный и послеоперационный.

Дооперационный период. С первых недель жизни необходимо развивать зрение и слух ребенка, которые имеют большое значение для общего развития и появления речи, а также умение прислушиваться к различным звукам, к речи взрослого, который должен часто и ласково

разговаривать с ребенком. Чтобы предотвратить патологическое положение языка, в раннем возрасте (до года) рекомендуется укладывать ребенка в положение, стимулирующее удержание кончика языка как можно ближе к зубам. Это возможно при лежании на животе или боку.

На 3-м месяце жизни у младенца появляются первые короткие звуки: а-а-а, а-гу, бу, гы и др. Это период гуления. Чтобы вызвать активную работу мышц глотки и мягкого нёба, следует давать питье маленькими глотками.

С 5 месяцев у ребенка наступает период лепета. Начинается повторение отдельных слогов и звуков. С 6 месяцев резко возрастает интерес ребенка к окружающему. Он начинает повторять отдельные звуки и слоги за взрослым, понимать обращенную к нему речь, появляется подражательность. К году ребенок говорит несколько слов: *мама, папа, на, дай, кис*. Выполняет просьбы взрослого: садись, ложись, дай ручку и т. д. С ребенком нужно говорить, только правильно артикулируя, не искажать звуки, не «сюсюкать», всячески поощрять общение ребенка с окружающими людьми.

Необходимо выполнять упражнения для верхней губы, улучшая ее пластичность, подвижность, развивая объем движений. Предлагается ряд упражнений, которые необходимо выполнять ежедневно:

— поднимать и опускать верхнюю губу;

— стараться натянуть верхнюю губу на верхние резцы;

— ввести палец между верхней губой и зубами, оттягивая губу вперед;

— постукивать подушечками пальцев по губе;

— взять губу подушечками большого и указательного пальцев у углов рта, сводить пальцы, нажимая на губу чуть выше красной каймы и оттягивая ее вперед, затем разминать пальцами рубец.

Движение губ усиливается путем обучения ребенка губным звукам. Для этого при общении с ребенком логопед произносит громко взрывной звук, когда губы смыкаются и размыкаются: *а-п, п-а, б-а, па-па, ба-ба, ма-ма*.

В это же время следует начинать отработку речевого дыхания. Ребенка важно научить широко открывать рот и во время игры по примеру логопеда произносить гласные звуки: [а], [э], [о], [ы], [у], [и]. Язык при этом не касается нижних резцов. Мышцы лица не должны напрягаться.

Если мышцы лица напряжены, можно расслабить их с помощью специально подобранных массажных движений. Массаж проводится в исходном положении «лежа на спине», при полном расслаблении всех

мышц тела, или в исходном положении «сидя, голова слегка запрокинута назад».

Используемые приемы массажа: поглаживание, вибрация, слабый «пальцевой душ».

Поглаживание лба осуществляется подушечками указательного и безымянного пальцев, направление движения — от средней линии лба к вискам.

Поглаживание носа проводится подушечками указательного и безымянного пальцев, направление — от кончика носа к переносице.

Поглаживание щечной области — подушечками указательного и безымянного пальцев, направление движений — от спинки носа к височным областям, от средней линии подбородка к мочкам ушей.

Приемы вибрации и «пальцевой душ» выполняются подушечками четырех пальцев. Движение идет по тем же линиям лица, как и при поглаживании.

Массажные движения необходимо сочетать с артикуляционной гимнастикой:

— учить круговым движениям языком в преддверии полости рта;

— набирать теплую воду и полоскать зубы, удерживая воду за губами.

Для этого можно применять игры на звукоподражание, во время которых взрослые привлекают внимание ребенка к ротовому выдоху с помощью комочков ваты, разноцветных бумажек и т. п.

От простых дыхательных игр-упражнений постепенно переходят к выработке выдоха через рот с включением голоса на артикуляции гласных и согласных звуков, вкладывая определенный смысл в каждый произносимый звук.

Примеры таких упражнений:

— как гасят огонек? (ф-) — верхние зубы касаются нижней губы;

— как гудит пароход? (ы-) — губы растянуты;

— как гудит паровоз? (у-) — губы в трубочку;

— какой ты большой? (о-) — губы округлены;

— как шумит ветер? (в-) — верхние зубы касаются нижней губы;

— как звенит комарик? (з-) — губы в улыбке, верхние и нижние зубы приближены друг к другу, язык упирается в нижние зубы, выход холодной струи воздуха;

— как шипит змея? (ш-) — язык поднят в форме чашечки за верхние зубы, губы слегка вытянуты вперед, струя воздуха теплая;

— как жужжит жук? (ж-) — язык поднят в форме чашечки за верхние зубы, губы слегка вытянуты вперед, струя воздуха теплая.

Игры-упражнения проводят с ребенком, постепенно приучая его к занятиям.

В возрасте 2—3 лет можно приучать ребенка к *артикуляционной гимнастике*, связав ее с игровыми элементами.

Надо научить ребенка смыканию губ (как поцелуем маму); взрыву губами — артикулема звука [п]; вибрационному движению губ, похожему на кучерское [пррр].

После 3 лет наступает самый ответственный период. В это время необходимо подготовить нёбную занавеску к нёбно-глоточному смыканию, по возможности предотвратить дистрофию мышц глотки, стремиться к перемещению языка вперед, опусканию его корня и укреплению кончика, активизировать движения губ и щек, отработать диафрагмальное дыхание, выработать нормальную воздушную струю, предупредить смешение звуков в устой речи.

Перемещение языка вперед в значительной степени определяет эффект всех занятий. Оно создает условия для постановки звуков, понижения назального тембра голоса, нормализации речевого дыхания.

Одновременно приступают к упражнениям для активизации всего артикуляционного аппарата: губ, щек, нижней челюсти, мягкого нёба; проводится массаж при мышечном напряжении в области рта, носа и щечно-скуловой области.

Ребенок 3—4 лет готов к систематическим занятиям с логопедом, независимо от того, проведена у него пластика нёба или нет.

В послеоперационном периоде в условиях стационара к занятиям приступают на 13—14-е сутки, после того как на защитную пластинку положена масса, формирующая свод твердого нёба. В это время речь ребенка ухудшается из-за отечности, болезненности в полости рта.

На занятиях данного периода рекомендовано проводить следующие упражнения:

— полоскать горло 7—8 раз в день;

— пить маленькими глотками;

— резко отрывисто произносить гласные *а-а-а, э-э-э*;

— проводится дыхательная, вокальная, артикуляционная гимнастика;

— массаж нёба (ребенок кончиком языка проводит от каждого зуба вглубь по нёбу и назад к зубам надавливающим и разглаживающим движением; такое же движение по нёбу из стороны в сторону).

— постукивать около рубцов подушечками пальцев;

— легко пощипывать околорубцовые области.

Все задания выполняются без защитной пластинки 2—3 раза в день по 5—7 минут.

После выписки из стационара необходимо дать ребенку отдохнуть от больничной обстановки в течение месяца, но все рекомендации, данные логопедом, следует выполнять. Через месяц систематические занятия возобновляются.

Логопед, занимающийся с ребенком, определяет необходимость тех или иных упражнений, а также последовательность работы над звуком.

После операции работа по развитию речи занимает от 2—4 месяцев до 1—2 лет в зависимости от вида расщелины, результатов хирургического вмешательства, эффективности дооперационных занятий, способностей ребенка, результатов ортодонтического лечения и ответственности родителей. Взрослые должны обязательно присутствовать на занятиях, запоминать все указания логопеда и дома ежедневно заниматься с ребенком.

Упражнения для опускания корня языка и укрепления кончика языка:

— широкий язык спокойно лежит на нижней губе «лопаткой»;

— поворот языка вправо-влево к уголкам губ, челюсть неподвижна;

— поворот языка в стороны до упора кончика языка в каждую сторону щеки, рот открыт, челюсть неподвижна;

— покусывание языка зубами по всей его поверхности, постепенно высовывая его и снова втягивая;

— вылизывание тарелок всей поверхностью языка;

— облизывание верхней губы широким языком сверху вниз;

— движение широкого языка по нёбу к верхним зубам и назад к глотке (при выполнении упражнения рот открыт);

— слизывание капель кончиком языка с вогнутой поверхности ложек;

— движение кончика языка по верхним зубам (слева-направо, справа-налево);

— пересчитывание зубов, упираясь в каждый;

— проталкивание языка сквозь стиснутые зубы.

Упражнения для губ и щек:

— надувание обеих щек одновременно;

— надувание щек попеременно;

— втягивание щек в ротовую полость между зубами;

— улыбка — губы улыбаются так, что видны верхние и нижние зубы;

— губы вытягиваются вперед трубочкой;

— опускание и поднятие (поочередное и одновременное) верхней и нижней губ;

— удержание мелких предметов губами;
— выплевывание губами семечек, риса, гороха;
— выплевывание подобных предметов зубами с кончика языка.

Упражнение для нижней челюсти:

— открывание и закрывание рта. Плавно и медленно открывать и закрывать рот под счет 5. Кончик языка находится у нижних зубов;
— опускание нижней челюсти;
— имитация жевания;
— движение нижней челюсти вправо-влево.

Активизация мышц мягкого нёба и глотки:

— позевывание;
— глотание капелек воды, слюны;
— полоскание горла;
— резкое, отрывистое произнесение *а-а-а, э-э-э, аэ-аэ-аэ, эа-эа-эа.*

Упражнения для активизации мышц шеи и гортани. Выполняются с закрытым ртом:
— опускание головы вниз;
— запрокидывание назад;
— поворот головы вправо-влево;
— наклоны головы вправо-влево;
— руки в замок на затылке, отклонение головы назад с сопротивлением рук;
— сжатые в кулак кисти подпирают подбородок. Наклоны головы вперед с сопротивлением рук;
— ладони к ушам, наклоны головы в стороны с сопротивлением рук;
— доставание мягкого нёба кончиком языка.

Одновременно с артикуляционными упражнениями проводится *дыхательная гимнастика.* Ребенка необходимо обучить нижнереберно-диафрагмальному типу дыхания, которое позволяет увеличить жизненный объем легких, регулировать скорость выдоха диафрагмой, благодаря чему он удлиняется и уменьшается носовой оттенок голоса.

Сначала ребенка следует обучить направленному дутью. У детей, заменяющих дутье усиленным выдохом из глотки, вызывают нужное движение от поплевывания. Ребенок слегка высовывает кончик языка между губами, а затем старается выплюнуть его. Язык при этом продвинут вперед, а кончик высунут минимально, что вынуждает сильнее напрягать губы и создает более тонкие движения.

Упражнение повторяют 6—8 раз подряд 3—4 раза в день. У детей, имеющих глоточное произношение, «поплевывание» может сопровождаться напряжением мышц лица, шеи, даже движением передней стенки глотки, создающим звук, сходный с [к]. Для торможения этого движения прибегают к беззвучному поплевыванию и выплевыванию мелких крошек. Замедляя и продлевая поплевывание, получают легкое дутье и переходят к упражнениям для отработки длительного выдоха, дифференцированного дыхания через рот и нос, приобретения навыков диафрагмального типа дыхания.

Рекомендуются следующие упражнения:

— тренировать медленный выдох (дуть на пламя свечи, но не задувать его);

— надувание мыльных пузырей через трубочку;

— струей выдыхаемого воздуха с помощью трубочки поддерживать непрерывное бурление жидкости;

— упражнения с комочками ваты, пухом, полосками бумаги;

— лежа на спине, правая ладонь на груди, левая — на животе, медленный спокойный вдох через нос на два счета. На вдохе живот поднимается вверх.Удлиненный выдох через рот на четыре счета (губы вытянуты трубочкой), левой рукой надавливая на переднюю стенку живота, опуская ее вниз;

— вдох и выдох производятся через нос;

— вдох через нос, выдох через губы трубочкой;

— вдох через рот, выдох через нос;

— вдох и выдох через рот.

Голосовые упражнения:

— шепотное длительное произношение гласных и согласных и их сочетаний: *а-аэ-эа-аэи-а-э; э-аи-эи-аои-а-и; о-ао-эо-ауи-а-о; у-ау-эу-аио-а-у.*

— затем включается громкое и длительное произношение гласных и их сочетаний: а-э-и; а-о-и; а-у-и; а-и-о.

При произношении звукосочетаний постоянно фиксируется внимание ребенка на длительном ротовом выдохе, контролируется утечка воздуха через нос, корень языка при произношении гласных должен быть опущен вниз, кончик языка продвинут к нижним резцам.

Вокальные упражнения выполняются по подражанию. Они начинаются с пения мелодии на один гласный звук ([а], [э], [о], [у]) связно, плавно. Затем отрабатывается гамма (с постепенным увеличением тонов), что способствует модулированности, певучести, полетности голоса.

Все перечисленные упражнения выполняют поэтапно. Каждое занятие должно состоять из нескольких упражнений по развитию дыхания, активизации мышц языка, губ и т. д., причем дыхательные упражнения быстро утомляют ребенка и могут вызывать головокружение, поэтому их обязательно надо чередовать с другими. Не надо повторять дыхательные упражнения более 4 раз подряд, лучшие результаты возможны при применении коротких (по 5—15 мин) по времени, но частых упражнений (7—8 раз в день).

Иногда, после проведенного хирургического и ортодонтического лечения, коррекционных занятий с логопедом речь восстанавливается, но сохраняется специфический оттенок голоса: во время произношения у ребенка отмечается незначительный назальный оттенок голоса. Можно также заметить движения крыльев носа, а при поднесении зеркала к носовым ходам — запотевание. Такое явление называют *носовой эмиссией* — выходом воздуха через нос в процессе речи. Происходит это при анатомической или функциональной недостаточности нёбно-глоточного смыкания, из-за отсутствия контроля за произношением или из-за недостаточной разработки мышц мягкого нёба, боковых и задней стенки глотки.

Приемы устранения носовой эмиссии включают:

— артикуляционную гимнастику (активизация мышц мягкого нёба, глотки, шеи и гортани);

— дыхательную гимнастику (диафрагмальное дыхание, послоговая дыхательная гимнастика);

— фонопедические (голосовые) упражнения:

а) вдох носом, на выдохе петь *па-пэ-пи-по-пу*;

б) четкое произношение слогов *ньпа, ньпэ, ньпо, ньпы, ньпу* ... (используются все согласные алфавита, последовательность гласных остается в том же порядке);

в) голосовые двигательные упражнения — произношение двухсложных сочетаний:

фипвип — фэпвэп, фивпип — фэвпэп;

фибсип — фэбсэп, фисбип — фэсбэп;

фифзип — фэвзэп, физфип — фэзфэп;

фивсип — фэвсэп, фипсип — фэпсэп и т. п.

Существенное значение для эффективности коррекции речевого дефекта имеет умело построенная беседа с родителями, которым в доступной форме необходимо объяснить механизм правильного речевого дыхания и необходимость повседневного контроля за звукопроизношением и голосом.

Для ребенка, который родился с расщеплением нёбного свода и мягкого нёба, период лепета и начальный период речи протекает в особых условиях. Малыш хорошо слышит, радуется обращенной к нему речи и постепенно начинает понимать ее. Но из-за отсутствия затвора между ротовой и носовой полостями он не имеет возможности произносить звуки. Вся голосовая продукция имеет носовой резонанс, а артикуляция большинства согласных абсолютно не реализуется. Малыш не может усваивать речь путем подражания, как это происходит в норме. В таких анатомических условиях ребенок остается до операции.

Повседневная обязанность родителей — поощрять любые попытки ребенка произнести какой-то звук, слово, стараться понять даже едва внятную речь. Важно обратить их внимание и на значимость медицинской помощи.

Родители должны отдавать себе полный отчет в том, что оперативное лечение не обеспечивает нормальной речи, а только создает полноценные анатомо-физиологические условия для воспитания правильного произношения. Необходимо также настраивать родителей на каждодневное закрепление всех достигнутых результатов.

Нередко бывает так, что соматическая ослабленность ребенка с ринолалией, наличие речевого дефекта вызывают у родителей постоянную тревогу, беспокойство по любому поводу, потребность в чрезмерной опеке малыша, недоверие к его возможностям. Подобное отношение лишь усугубляет дефект, усиливает невротические реакции ребенка и подрывает у него уверенность в своих силах.

Воспитатель должен помочь таким детям справиться с нерешительностью, неумением постоять за себя, избавиться от страха и беспокойства за качество своей речи. Не менее важно обеспечить им контакт и полноценные взаимоотношения со сверстниками.

В последнее десятилетие для повышения эффективности коррекции нарушений речи при ринолалии стали использоваться специальные миофункциональные пластинки и трейнеры, широко применяемые в ортодонтической практике.

Успешное применение пластинок для коррекции речевых и ортодонтических нарушений возможно с трехлетнего возраста, когда ребенок уже вполне осознанно воспринимает лечение. Для коррекции дефектов речи выпускается два вида пластинок — с бусинкой и заслонкой, которые в своей повседневной работе используют логопеды (Я. В. Костина, В. М. Чапало). Пластинка с бусинкой рекомендуется вместо зонда с шариком для постановки звука [р] и шипящих, а также с целью массажа мягкого нёба. Прокатывание бусинки позволяет

добиться релаксации различных мышц спинки и корня языка, активизировать его боковые края. Пластинка с бусинкой помогает ребенку устранить трудности в произношении необычных и трудных слов, поскольку действие пластинки оказывает расслабляющее действие и мягко снимает судорожное напряжение мышц речевого аппарата.

Пластинку с заслонкой логопед может использовать вместо зонда № 4 и располагает ее во рту между третьим и четвертым зубом на нижней челюсти при межзубном сигматизме, при этом формируется правильный арткуляционный уклад свистящих звуков и нормализуется тонус языка. При вертикальном расположении пластинки возможно закрепление стабильного положения нижней челюсти, необходимого для оптимального резонирования звучания и контроля положения языка.

Пластинка с козырьком позволяет предупредить формирование дистальной окклюзии и назначается ортодонтом. Применение пластинок рекомендуется как во время логопедического занятия, так и в домашних условиях.

Внедрение в логопедическую практику трейнера «Инфант» началось более 20 лет назад. Трейнер используется для правильного позиционирования языка и тренировки оральной мускулатуры. Рекомендуемый режим ношения трейнера — 2 раза в день по 10—15 минут. Миофункциональные трейнеры выполнены из силиконового материала, абсолютно безопасного для ребенка, не вызывающего аллергических реакций и других раздражений. Трейнеры Т4 К позволяют исправить прикус, нормализовать форму нёба, улучшают тонус круговой мышцы рта. Использование трейнера в сменном молочном прикусе способствует нормализации положения и функции языка, коррекции прикуса, нормализации типа дыхания и глотания. Комплексная реабилитация позволяет добиться позитивных результатов и в значительной степени повышает эффективность коррекционного воздействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. М., 2005.

2. Архипова Е. Ф. Трейнер «Инфант» в практике логопедической работы: Пособие для логопедов. М., 2012.

3. Балакирева А. С. Логопедия. Ринолалия: Учеб. пособие для вузов. 2-е изд., испр. и доп. М.: В. Секачев, 2012.

4. Вансовская Л. И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах нёба. СПб., 2000.

5. Волосовец Т. В. Воспитание и развитие речи у детей с врожденными расщелинами губы и нёба // Логопедия. Методическое наследие: В 5 кн. М., 2007.

6. Гончаков Г. В., Притыко А. Г., Гончакова С. Г. Врожденные расщелины верхней губы и нёба. М.: Практическая медицина, 2008.

7. Ермакова И. И. Коррекция речи и голоса при ринолалии у детей и подростков. М., 1996.

8. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия. М., 1983.

9. Логопедия. Методическое наследие: В 5 кн. М., 2007 (Кн. 1: В 2 ч. Ч. 2).

10. Соломатина Г. Н., Володарский В. М. Устранения открытой ринолалии у детей: Методы обследования и коррекции. М., 2005.

11. Чиркина Г. В. Роль семьи в коррекции врожденных нарушений развития у детей // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. М., 2004.

12. http://www.ise.iip.net/almanah/8/pst01.htm.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какая из форм ринолалии (открытая или закрытая) является наиболее тяжелой и почему?

2. Какие осложнения в речевом развитии возникают у детей с открытой ринолалией и почему?

3. Какая из форм ринолалии может вызвать нарушения письма?

4. Докажите целесообразность раннего операционного вмешательства при ринолалии.

5. В чем различие между органической и функциональной ринолалией?

6. Чем объясняется, что в некоторых случаях ринолалия приводит к общему недоразвитию речи? В каких именно случаях?

7. Можно ли предупредить возникновение вторичных отклонений речевого развития у детей с ринолалией и каким образом?

8. Чем отличаются ринофония и ринолалия?

9. При каких нарушениях отмечается ринофония?

10. Составьте комплекс дыхательных и артикуляционных упражнений для устранения ринофонии.

Глава 6
ДИЗАРТРИЯ

Дизартрия (от греч. приставки *dis*, обозначающей расстройство, нарушение, и *artron* — сочленение) — нарушение произносительной и просодической стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. Дизартрия является следствием органического поражения центральной нервной системы, при котором

расстраивается двигательный механизм речи. При дизартрии нарушена *моторная реализация речи*. Ведущими дефектами при дизартрии являются нарушение звукопроизносительной стороны речи и просодики, а также нарушения речевого дыхания, голоса и артикуляционной моторики. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая.

При определении дизартрии большинство авторов не исходят из точного значения этого термина, а трактуют его более широко, относя к дизартрии расстройство артикуляции, голосообразования, интонации, темпа и ритма речи.

Дизартрические нарушения речи у взрослых имеют выраженный очаговый характер. У детей частота дизартрии прежде всего связана с частотой перинатальной патологии центральной нервной системы или перинатальной энцефалопатии (ПЭП). По данным специальных исследований, в настоящее время более 70% новорожденных рождаются физиологически незрелыми, свыше 86% имеют признаки перинатальной патологии центральной нервной системы, отсутствие своевременной коррекции которой приводит к развитию стойких нарушений в будущем. Патология, перенесенная ребенком в перинатальном периоде, оказывает негативное влияние на состояние многих систем организма, в первую очередь нервной (О. И. Маслова, К. А. Семенова, Г. В. Яцык). ПЭП является фактором риска по возникновению у ребенка нарушений двигательной, речевой и познавательной линии развития. Несмотря на равную вероятность поражения всех отделов нервной системы, при действии патогенных факторов на развивающийся мозг прежде всего и сильнее всего нарушается двигательный анализатор.

Дизартрия наблюдается у детей с различными видами (степенью тяжести) неврологической патологии. Изучая психомоторное развитие детей, Л. Т. Журба и Е. М. Мастюкова выделили различные степени тяжести неврологической патологии: легкую, среднюю и тяжелую:

Легкая степень: гипертензионный синдром, гидроцефальный синдром, минимальная мозговая дисфункция, синдромы гипервозбудимости и гиповозбудимости, негрубая неврологическая симптоматика в виде нарушений мышечного тонуса, тремора.

Средняя степень: синдромы двигательных расстройств, эписиндром (судорожный синдром), церебрастенический синдром.

Тяжелая степень: детский церебральный паралич, органическое поражение ЦНС (умственная отсталость).

История изучения дизартрии. Первые научные описания дизартрии появились в печати еще в XIX веке. Это были наблюдения немецкого

невролога Литтля (1853), который, приводя подробную клиническую картину ДЦП, отмечал специфические расстройства речи на фоне поражения моторных систем организма. Впервые термин «дизартрия» был использован в 1879 г. Куссмаулем, который под этим понятием объединял все нарушения артикуляции. Клиническая картина дизартрии впервые была описана у взрослых в рамках псевдобульбарного синдрома (Lepine, 1877; A. Oppenheim, 1885; G. Pezitz, 1902). H. Gutzmann (1911) определил дизартрию как нарушение артикуляции и выделил две ее формы: центральную и периферическую.

С середины XX века исследователи начинают полагать, что нарушения речи при дизартрии носят сложный характер, с которым связано не только расстройство тонкой координации мышц речевого аппарата, но и патология просодических характеристик устной речи.

Начальное изучение проблемы дизартрии проводилось в основном невропатологами в рамках очаговых поражений мозга у взрослых больных. М. С. Маргулис (1926) 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, а затем логопедической литературе (О. В. Правдина, 1969). Л. Б. Литвак (1959) и Е. Н. Винарская (1973) изучили локально-диагностические проявления дизартрических расстройств. Также Е. Н. Винарской впервые было проведено комплексное нейролингвистическое изучение дизартрии при очаговых поражениях мозга у взрослых больных.

В настоящее время проблема дизартрии интенсивно разрабатывается в клиническом (неврологическом), нейропсихологическом, психолингвистическом, психолого-педагогическом направлениях.

С позиции **клинического (неврологического) подхода** ведется изучение симптоматики дизартрии, причин, топики (места) и характера поражения ЦНС, клинических форм дизартрии. Патогенез дизартрии определяется органическим поражением центральной и периферической нервной системы под влиянием различных вредоносных факторов, воздействующих на организм в пренатальном (внутриутробном), интранатальном (во время родов) и/или постнатальном (после рождения) периоде развития.

К вредоносным факторам, неблагоприятно действующим на плод внутриутробно, относятся: инфекционные заболевания, перенесенные будущей матерью во время беременности (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз, герпес); сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери; токсикозы беременности; физические травмы,

ушибы плода; несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови; экологическое неблагополучие. Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию плода (внутриутробной гипоксии). Развитие плода, особенно его нервной системы, в условиях хронической гипоксии нарушается; возникает риск недоношенности, врожденной гипотрофии, функциональной незрелости, пониженной сопротивляемости к действию внешних факторов. У плодов, перенесших внутриутробную гипоксию, недостаточность защитных и адаптационных механизмов определяет большую возможность для возникновения родовой травмы, которая в свою очередь усугубляет изменения, возникшие внутриутробно. К вредоносным факторам также можно отнести механическую родовую травму (применение щипцов, вакуум-экстрактора). Причиной речедвигательных расстройств могут быть перенесенные после рождения нейроинфекции (менингит, энцефалит), травмы головы, осложнение после прививок. У подростков и взрослых дизартрия может развиться вследствие травм головы, кровоизлияний, опухолей, сосудистых и инфекционных заболеваний, воспалительных процессов головного мозга.

Клинико-физиологические аспекты дизартрии определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Анатомическая и функциональная взаимосвязь в расположении и развитии двигательных и речевых зон, а также 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 (периферических двигательных нервов к мышцам речевого аппарата; ядер этих нервов, расположенных в стволе головного мозга; ядер, расположенных в стволе и в подкорковых отделах мозга, осуществляющих элементарные эмоциональные безусловно-рефлекторные речевые реакции, например плач, смех, выразительные восклицания). В этом случае нервные импульсы к речевым мышцам не поступают, обменные процессы в них нарушаются, мышцы становятся вялыми, дряблыми, рефлексы с этих мышц исчезают.

Двигательный механизм речи обеспечивается также более высоко расположенными следующими мозговыми структурами: подкорково-мозжечковыми ядрами и проводящими путями, при поражении которых нарушается мышечный тонус и просодические характеристи-

ки речи; проводящими системами, поражение которых вызывает повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре; корковыми отделами головного мозга, при поражении которых возникают различные центральные моторные расстройства речи.

Нейропсихологический подход применяет специфический анализ психических процессов при нарушениях различных структур мозга. С помощью нейропсихологических исследований при дизартрии выявлены не только эфферентные, но и афферентные нарушения (Е. Н. Винарская, И. И. Панченко).

Эфферентные нарушения проводимости импульсаций — это расстройства «исполнительного» плана (спастический парез, тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности, гиперкинезы, атаксия). Это центральные двигательные расстройства пирамидной и экстрапирамидной системы, а также корковых двигательных областей. Эфферентные нарушения вызывают фонетические (произносительные) расстройства речи.

Афферентные нарушения (неполноценность кинестетического анализа и синтеза в зоне речедвигательного анализатора) — это дефекты «программирующего» плана, расстройства формирования целенаправленных произвольных действий (*артикуляционная апраксия*). Афферентные нарушения вызывают фонематические дефекты реализации звукового строя речи. Обычно артикуляционная апраксия сочетается с трудностями выполнения целенаправленных движений в кистях правой и левой рук. *Кинестетическая апраксия* — дефект программирования единичных артикуляционных движений. Это неумение выбрать нужную пространственную схему артикуляционного движения при принципиальной возможности осуществить это движение (даже при спастическом парезе). Кинетическая апраксия — дефект программирования серии плавных переключений артикулем (из звуков не «лепятся» слоги, из слогов — слова).

Психолингвистический подход изучает нарушения акустических характеристик звукопроизносительного процесса, просодическую организацию звукового потока (модуляции, мелодику, темп, ритм речи; высоту, силу, продолжительность голоса), а также артикуляционные данные звукопроизношения (точность, сила, переключаемость, синхронность речевых движений).

Психолого-педагогический подход имеет особое значение при изучении дизартрических нарушений. Особое внимание в данном направлении уделяется процессу развития речи детей, у которых выявлена дизартрия. Определяется специфический характер нарушений звукопроизношения, речевого дыхания, голоса, просодической орга-

низации звукового потока, качественные и количественные характеристики лексического и грамматического строя речи, фонематических процессов.

Наиболее подробно дизартрические нарушения речи описаны у детей с церебральным параличом (М. Б. Эйдинова, Е. Н. Правдина-Винарская, Е. М. Мастюкова, И. И. Панченко, М. И. Ипполитова, Л. А. Данилова, Л. Б. Халилова, Е. Ф. Архипова, И. А. Смирнова, Г. В. Бабина, О. Г. Приходько, Н. Н. Волоскова).

В последние годы проблема дизартрических нарушений речи продолжает продуктивно разрабатываться в области теории и практики логопедии (Л. И. Белякова, Л. В. Лопатина, О. Г. Приходько, Н. В. Серебрякова, Е. Ф. Архипова, Н. Н. Волоскова).

Основные нарушения (структура дефекта) при дизартрии

Нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры (мышц лица, языка, губ, мягкого нёба) — по типу спастичности, гипотонии или дистонии.

Спастичность — повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, лица и шеи. При спастичности мышцы напряжены. Язык «комом» оттянут назад, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Приподнятая к твердому нёбу напряженная спинка языка способствует смягчению согласных звуков (палатализация). Иногда спастичный язык «жалом» вытянут вперед. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта (произвольное открывание рта при этом затруднено). В ряде случаев при спастическом состоянии верхней губы рот может быть, напротив, приоткрыт. При этом обычно наблюдается повышенное слюнотечение (гиперсаливация). Активные движения при спастичности артикуляционных мышц ограниченны. (Спастичность мышц отмечается при спастико-паретической дизартрии.)

Гипотония — снижение тонуса мышц. При гипотонии язык тонкий, распластанный в полости рта; губы вялые, не могут плотно смыкаться. В силу этого рот обычно полуоткрыт, может быть выражена гиперсаливация. Гипотония мышц мягкого нёба препятствует достаточному продвижению нёбной занавески вверх и ее прижатию к задней стенке глотки; струя воздуха выходит через нос. При этом голос приобретает носовой оттенок (назализация). (Гипотония артикуляционных мышц имеет место при спастико-паретической и атактической дизартрии).

Дистония — меняющийся характер мышечного тонуса. В состоянии покоя может отмечаться низкий мышечный тонус, при попытках к речи и в момент речи тонус резко нарастает. Дистония существенно искажает артикуляцию. Характерная особенность звукопроизношения при дистонии — непостоянство искажений, замен и пропусков звуков. (Дистония отмечается при гиперкинетической дизартрии.)

У детей с неврологической патологией часто отмечается смешанный и вариативный характер нарушений тонуса в артикуляционной мускулатуре (так же, как и в скелетной), т. е. в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному. Например, в язычной мускулатуре может отмечаться спастичность, а в лицевой и губной — гипотония. Во всех случаях имеется определенное соответствие нарушений тонуса в артикуляционной и скелетной мускулатуре.

Нарушение подвижности артикуляционных мышц. Ограниченная подвижность мышц артикуляционного аппарата — это основное проявление пареза этих мышц. Недостаточная подвижность артикуляционных мышц языка и губ обуславливает нарушения звукопроизношения. При поражении мышц губ страдает произношение и гласных, и согласных звуков. Нарушается артикуляция в целом. Особенно грубо нарушено звукопроизношение при резком ограничении подвижности мышц языка.

Степень нарушения подвижности артикуляционных мышц может быть различной — от полной невозможности до незначительного снижения объема и амплитуды артикуляционных движений языка и губ. При этом в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения (прежде всего поднимание языка вверх).

Специфические нарушения звукопроизношения:

— *стойкий характер* нарушений звукопроизношения, особая трудность их преодоления;

— специфические трудности автоматизации звуков (процесс автоматизации требует большего количества времени, чем при дислалии). При несвоевременном окончании логопедических занятий приобретенные речевые умения часто распадаются;

— нарушено произношение не только согласных, но и гласных звуков (усредненность, или редуцированность, гласных);

— преобладание межзубного и бокового произношения свистящих (с, з, ц) и шипящих (ш, ж, ч, щ) звуков;

— оглушение звонких согласных (звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса);

— смягчение твердых согласных звуков (палатализация);

— нарушения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке. При увеличении речевой нагрузки наблюдается, а иногда и нарастает общая смазанность речи.

В зависимости от типа нарушений все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на две категории: антропофонические (искажения звуков) и фонологические (замены, смешения). При дизартрическом расстройстве наиболее типичным нарушением звукового строя речи является искажение звука.

Нарушения речевого дыхания. Нарушения дыхания у детей с дизартрией обусловлены недостаточностью центральной регуляции дыхания. Недостаточна глубина дыхания. Нарушен ритм дыхания: в момент речи оно учащается. Отмечается нарушение координации вдоха и выдоха (поверхностный вдох и укороченный слабый выдох). Выдох часто происходит через нос, несмотря на полуоткрытый рот. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме дизартрии.

Нарушения голоса. Нарушения голоса обусловлены изменениями мышечного тонуса и ограничением подвижности мышц гортани, мягкого нёба, голосовых складок, языка и губ. Наиболее часто отмечается недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий) и отклонения тембра голоса (глухой, назализованный, сдавленный, хриплый, прерывистый, напряженный, гортанный). При различных формах дизартрии нарушения голоса носят специфический характер.

Нарушения просодики (мелодико-интонационных и темпо-ритмических характеристик речи). Мелодико-интонационные расстройства часто относят к одним из наиболее стойких признаков дизартрии. Именно они в большой степени влияют на разборчивость, эмоциональную выразительность речи. Отмечается слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона). Голос становится монотонным, мало- или немодулированным. Нарушения темпа речи проявляются в его замедлении, реже ускорении. Иногда имеют место нарушения ритма речи (например, скандированность — «рубленая» речь, когда отмечается дополнительное количество ударений в словах).

Недостаточность кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате. У детей с дизартрией отмечается не только ограничение объема артикуляционных движений, но и слабость кинестетических ощущений артикуляционных поз и движений. При дизартрии четкость кинестетических ощущений часто нарушается, и ребенок не воспринимает состояние спастичности или, наоборот, гипотонии

мышц речевого аппарата, насильственные непроизвольные движения или неправильные артикуляционные уклады.

Вегетативные расстройства. Одним из наиболее частых вегетативных расстройств при дизартрии является гиперсаливация. Усиленное слюнотечение связано с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц. Оно часто утяжеляется за счет слабости кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны) и снижения самоконтроля. Гиперсаливация может быть выражена в различной степени. Она бывает постоянной или усиливается при определенных условиях. Даже легкая гиперсаливация (увлажнение уголков губ во время речи, небольшое подтекание слюны) свидетельствует о наличии у ребенка неврологической симптоматики. Реже встречаются такие вегетативные расстройства, как покраснение или бледность кожных покровов, повышенное потоотделение во время речи.

Нарушение акта приема пищи. У детей с дизартрией часто затруднено, а в тяжелых случаях отсутствует жевание твердой пищи, откусывание от куска. Часто отмечаются поперхивания, захлебывания при глотании. Затруднено питье из чашки. Иногда нарушена координация между дыханием и глотанием.

Наличие синкинезий. Синкинезии — непроизвольные сопутствующие движения при выполнении произвольных артикуляционных движений (например, дополнительное движение нижней челюсти и нижней губы вверх при попытке поднять кончик языка). Оральные синкинезии — открывание рта при любом произвольном движении или при попытке его выполнения.

Повышение глоточного (рвотного) рефлекса.

Нарушение координации движений (атаксия). Атаксия проявляется в дисметрических, асинергических нарушениях и в скандированности ритма речи. Дисметрия — это одно из проявлений атаксии, выраженное в несоразмерности, неточности произвольных артикуляционных движений. Она чаще всего проявляется в виде гиперметрии, когда нужное движение реализуется более размашистым, утрированным, замедленным движением, чем это необходимо (чрезмерное увеличение двигательной амплитуды). Иногда наблюдается нарушение координации между дыханием, голосообразованием и артикуляцией (асинергия). Атаксия отмечается при атактической дизартрии.

Наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора) в артикуляционной мускулатуре. Гиперкинезы — непроизвольные неритмичные насильственные, могут быть вычурные движения мышц языка, лица (гиперкинетическая дизартрия). Тремор — дрожание кончика языка (наиболее выражен при целенаправленных движениях). Тремор языка отмечается при атактической дизартрии.

Степени выраженности и группы детей с дизартрией

Степень выраженности дизартрического нарушения речи зависит от тяжести и характера поражения центральной нервной системы. Условно выделяют 3 степени выраженности дизартрии: легкую, среднюю и тяжелую.

Легкая степень выраженности дизартрии характеризуется незначительными нарушениями (речевой и неречевой симптоматикой) в структуре дефекта. Часто проявления легкой степени дизартрии называют «нерезко выраженной» или «стертой» дизартрией, имея в виду негрубые («стертые») парезы мышц артикуляционного аппарата, нарушающих процесс произношения. Иногда логопеды пользуются терминами «минимальные дизартрические расстройства» или «дизартрический компонент», при этом некоторые из них ошибочно считают эти проявления только элементами дизартрии или же промежуточным нарушением между дислалией и дизартрией.

При легкой степени дизартрии общая разборчивость речи может быть нарушена незначительно, но звукопроизношение несколько смазанное, нечеткое. Искажения наблюдаются чаще всего в группе свистящих, шипящих и/или сонорных звуков. При произнесении гласных самые большие затруднения вызывают звуки [и] и [у]. Нередко глушаются звонкие согласные звуки. Иногда изолированно ребенок все звуки произносит правильно (особенно если с ним занимается логопед), но при увеличении речевой нагрузки отмечается общая смазанность звукопроизношения. Также наблюдаются недостатки речевого дыхания (учащенное, неглубокое); голоса (тихий, глуховатый) и просодики (маломодулированность). При легкой степени дизартрии у детей отмечаются нерезко выраженные нарушения тонуса мышц языка, иногда губ и незначительное снижение объема и амплитуды артикуляционных движений. При этом нарушены наиболее тонкие и дифференцированные движения языка (прежде всего — подъем вверх). Неречевая симптоматика также может проявляться в виде легкой саливации, затруднении жевания твердой пищи, редких поперхиваниях при глотании, повышении глоточного рефлекса.

При ***средней*** (умеренно выраженной) ***степени дизартрии*** нарушена общая разборчивость речи, она становится невнятной, иногда даже малопонятной для окружающих. В некоторых случаях речь ребенка трудно понять при незнании контекста. У детей отмечается общая смазанность звукопроизношения (многочисленные выраженные искажения во многих фонетических группах). Нередко звуки в конце слова и стечении согласных опускаются. Нарушения глубины и ритма дыхания обычно сочетаются с расстройствами силы (тихий, слабый,

иссякающий) и тембра голоса (глухой, назализованный, напряженный, сдавленный, прерывистый, хриплый). Отсутствие голосовых модуляций делает голос немодулированным, а речь детей монотонной. У детей выражены нарушения тонуса язычной, губной и лицевой мускулатуры. Лицо гипомимичное, движения языка и губ замедленны, строго ограниченны, неточные (не только верхний подъем языка, но и его боковые отведения). Значительные трудности представляет удержание языка в определенном положении и переключение от одного движения к другому. Для детей со средней степенью дизартрии характерна гиперсаливация, нарушения акта приема пищи (затруднение или отсутствие жевания, пережевывания и захлебывание при глотании), синкинезии, повышение рвотного рефлекса.

Тяжелая степень дизартрии — анартрия — это полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц. Анартрия возникает при тяжелом поражении центральной нервной системы, когда моторная реализация речи становиться невозможной. У большинства детей с анартрией проявляются главным образом расстройства управления речевыми артикуляциями (артикуляционного, фонаторного, дыхательного отдела), а не только исполнение. Кроме патологии центральных исполнительных систем речевой деятельности, нарушено формирование динамического артикуляционного праксиса. Отмечается расстройство произвольного управления речевым аппаратом.

Анартрия характеризуется глубоким поражением артикуляционных мышц и полной бездеятельностью речевого аппарата. Лицо амимичное, маскообразное; язык неподвижен, движения губ резко ограничены. Жевание твердой пищи практически отсутствует; выражены захлебывания при глотании, гиперсаливация.

В зависимости от сочетания речедвигательного расстройства с нарушениями различных компонентов речевой функциональной системы можно выделить несколько ***групп детей с дизартрией***:

1. Дети только с *фонетическими нарушениями*. У них страдает звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика и артикуляционная моторика. При этом не наблюдается нарушений фонематического восприятия и лексико-грамматического строя речи.

2. Дети с *фонетико-фонематическим недоразвитием*. У них нарушается не только произносительная сторона речи (звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика), но и фонематические процессы (трудности звукового анализа и синтеза). При этом лексико-грамматических недостатков речи не наблюдается.

3. Дети с *общим недоразвитием речи*. У детей этой группы нарушены все компоненты речи: как произносительная сторона речи, так и лексическое, грамматическое и фонематическое развитие. Отмечаются ограничения словарного запаса: дети пользуются обиходными словами, часто употребляют слова в неточном значении, подменяя смежными по сходству, по ситуации, по звуковому составу. Для детей с дизартрией нередко характерно недостаточное овладение грамматическими формами языка. В их речи часто опускаются предлоги, недоговариваются или неправильно употребляются окончания, не усваиваются падежные окончания, категории числа; имеются затруднения в согласовании, управлении.

Степень выраженности (тяжести) дизартрии не зависит от количества нарушенных компонентов речевой функциональной системы. Например, при стертой (легкой степени) дизартрии могут быть нарушены все компоненты речи (фонетический, фонематический и лексико-грамматический строй); а при дизартрии средней степени может быть нарушен только фонетический строй речи.

У большинства детей с дизартрией в анамнезе в младенческом и раннем возрасте отмечается задержка моторного развития. Двигательные нарушения обычно проявляются в более поздних сроках формирования основных двигательных функций (дети начинают позже удерживать голову, самостоятельно сидеть, стоять, ползать с попеременным одновременным выносом вперед руки и ноги, самостоятельно ходить, а также захватывать предметы и манипулировать ими). Моторика детей отличается общей неловкостью, недостаточной координированностью, затруднена точность движений, у них с задержкой развивается готовность руки к письму. В школьном возрасте отмечается плохой почерк.

В процессе школьного обучения у детей наблюдается низкая работоспособность, у них нарушены внимание и память. Для многих детей с дизартрией характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптико-пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости или, наоборот, инертности, истощаемости нервно-психических процессов. Некоторые дети двигательно-беспокойны, склонны к раздражительности, колебаниям настроения; двигательное беспокойство усиливается при утомлении. Другие дети заторможенны, вялы.

В структуру дефекта при дизартрии входят как речевые, так и неречевые нарушения (проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике артикуляционного аппарата). На первом году жизни — а иногда и позже — можно выявить и оценить только неречевые расстройства. Ранняя диагностика дизартрических расстройств основана на оценке неречевых нарушений. Чем младше ребенок и чем ниже уровень его речевого развития, тем большее значение имеет анализ неречевых нарушений. Наиболее частым первым проявлением дизартрических расстройств является наличие псевдобульбарного (спастико-паретического) синдрома, первые признаки которого можно обнаружить уже у новорожденного. Прежде всего это отсутствие крика (афония) или его слабость, однообразие, непродолжительность. Крик может быть сдавленным или пронзительным, иногда имеют место отдельные всхлипывания или вместо крика — гримаса на лице.

Почти у всех детей с перинатальной патологией ЦНС отмечается раннее проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике речевого аппарата. Наиболее характерными являются следующие нарушения.

1. Патологические изменения в строении и функционировании артикуляционного аппарата. Нарушение тонуса и подвижности артикуляционных мышц.

• В лицевой мускулатуре: наличие асимметрии, сглаженность носогубных складок, опущение одного из углов рта, перекос рта в сторону при улыбке и плаче; гипомимия; нарушение тонуса лицевой мускулатуры по типу спастичности, гипотонии или дистонии; гиперкинезы лица.

• В губной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса, резкое или незначительное ограничение подвижности губ; недостаточность смыкания губ, затруднение удержания рта закрытым, отвисание нижней губы, препятствующее плотному захвату соски или соска и вызывающее подтекание молока изо рта.

• В язычной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса; патология строения языка (при спастичности — язык массивный, оттянут «комом» назад или вытянут «жалом» вперед; при гипотонии — тонкий, вялый, распластанный в полости рта; раздвоенность языка, невыраженность кончика языка, укорочение уздечки); патология положения языка (девиация в сторону, высовывание языка изо рта); гиперкинезы, тремор, фибриллярные подергивания языка; ограничение подвижности язычной мускулатуры (от полной невозможности до снижения

объема артикуляционных движений); повышение или понижение глоточного (рвотного) рефлекса.

• Мягкое нёбо: провисание нёбной занавески (при гипотонии); отклонение увулы от средней линии.

2. Нарушение дыхания: инфантильные схемы дыхания (преобладание брюшного типа дыхания после 6 месяцев), учащенное, неглубокое дыхание; дискоординация вдоха и выдоха (поверхностный вдох, укороченный слабый выдох).

3. Нарушение голосообразования: недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий), отклонения тембра (назализованный, глухой, хриплый, сдавленный, напряженный, прерывистый, дрожащий); нарушение голосовых модуляций, интонационной выразительности голоса. Иногда отмечается асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции.

4. Нарушение акта приема пищи: нарушение сосания (слабость, вялость, неактивность, неритмичность сосательных движений; вытекание молока из носа), глотания (поперхивание, захлебывание), жевания (отсутствие или затруднение жевания твердой пищи), откусывания от куска и питья из чашки.

5. Гиперсаливация (постоянная или усиливающаяся при определенных условиях).

6. Оральные синкинезии (ребенок широко открывает рот при пассивных и активных движениях рук и даже при попытке их выполнения).

7. Отсутствие или ослабление рефлексов орального автоматизма (до 3 месяцев), наличие патологических рефлексов орального автоматизма (после 3—4 месяцев).

С возрастом у ребенка с неврологической патологией все больше выявляется недостаточность голосовых реакций — крика, гуления, лепета. Длительное время крик остается тихим, маломодулированным, монотонным, без интонационной выразительности (не изменяется в зависимости от состояния ребенка). Часто крик имеет носовой оттенок. Звуки гуления и лепета отличаются однообразием, бедностью звукового состава, малой активностью, фрагментарностью.

На более поздних этапах развития в диагностике дизартрических расстройств все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: качественная недостаточность голосовых реакции, стойкие нарушения звукопроизношения, речевого дихания, голосообразования, просодики.

Логопедическое обследование детей с дизартрическими расстройствами

Логопедическое обследование детей с дизартрическими (речедвигательными) расстройствами строится на общем системном подходе, который опирается на представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии. Важно учитывать соотношение речевых и неречевых нарушений (неврологической симптоматики) в структуре дефекта и определить сохранные механизмы речи.

Комплексное всестороннее обследование и оценка особенностей развития речевых, психических функций, двигательной сферы, деятельности различных анализаторных систем позволит дать объективную оценку имеющихся недостатков речевого развития и наметить оптимальные пути их коррекции. Важным условием комплексного воздействия является согласованность действий логопеда-дефектолога и невролога при обследовании и постановке диагноза.

В ходе логопедического обследования детей с речедвигательными нарушениями используют следующие методы:

— изучение медицинской и биографической документации (сбор и анализ анамнестических данных);

— наблюдение за ребенком (в обычной и специально организованной ситуации);

— беседа с родителями и ребенком;

— визуальный и тактильный контроль (ощупывание лица, губ, языка) в покое и в процессе речи;

— индивидуальный эксперимент;

— использование компьютерных игр при обследовании звукопроизношения, дыхательной и голосовой функций.

Прежде чем начинать обследование ребенка, важно всесторонне изучить медицинскую документацию (данные анамнеза) и проанализировать результаты обследования и заключение невролога (неврологический статус), желательно обсудив его с врачом. Особенностью логопедического обследования и анализа структуры речевого дефекта детей с дизартрией является принцип соотнесения расстройств артикуляционной моторики с общими двигательными нарушениями. При дизартрии артикуляционная моторика, особенности дыхания и голосообразования оцениваются в соответствии с общими моторными возможностями ребенка (отмечаются даже незначительные двигательные расстройства). Совместно с неврологом логопед изучает особенности общей моторики ребенка (удержание головы, свободные повороты ее

в стороны, сидение, вертикальное положение стоя, самостоятельная ходьба, особенности походки) и функциональные возможности кистей и пальцев рук (опорная функция, ладонный и пальцевой захват, манипуляции с предметами, выделение ведущей руки, согласованность действий рук, тонкие дифференцированные движения пальцев).

При определении ведущего неврологического синдрома и степени его проявления в артикуляционной мускулатуре и моторике (речедвигательного синдрома) логопед опирается на заключение невролога. В ходе обследования проводится тщательный анализ тех положений и движений, которые могут облегчать или, наоборот, утяжелять речевую деятельность.

В процессе комплексного обследования важно оценить особенности развития познавательной деятельности (мышления, внимания, памяти), сенсорных функций (зрительного, слухового и кинестетического восприятия), проявления эмоционально-волевой сферы.

Логопедическое обследование включает сбор данных об особенностях доречевого, раннего речевого и психического развития ребенка до момента обследования. Опираясь на данные медицинской документации и беседы с родителями, выясняется время появления и характер крика, гуления, лепета, а затем первых слов и простых фраз.

Обследование артикуляционного аппарата начинается с проверки строения его органов: губ, языка, зубов, твердого и мягкого нёба, челюстей. При этом логопед определяет, насколько их строение соответствует норме.

Необходимо оценить состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата в покое, при попытках к речевой деятельности, в процессе речи, при мимических, общих и артикуляционных движениях. Состояние мышечного тонуса в органах артикуляции (лицевой, губной и язычной мускулатуре) оценивается при совместном осмотре логопеда и невролога. У детей с дизартрией нарушения тонуса артикуляционных мышц характеризуются спастичностью, гипотонией или дистонией. Нередко имеет место смешанный характер и вариабельность нарушений мышечного тонуса в артикуляционном аппарате (например, в лицевой и губной мускулатуре может быть выражена гипотония, а в язычной — спастичность). Отмечается наличие или отсутствие гипомимии, асимметрии лица, сглаженности носогубных складок, синкинезий, гиперкинезов лицевой и язычной мускулатуры, тремора языка, девиации (отклонения) языка в сторону, гиперсаливации.

Логопед оценивает непроизвольные движения артикуляционного аппарата во время еды (снятие пищи с ложки, питье из чашки, от-

кусывание, жевание, глотание). Выясняются особенности нарушения акта приема пищи у ребенка: отсутствие или затруднение жевания твердой пищи и откусывания от куска; поперхивание и захлебывание при глотании.

Особое внимание обращается на состояние произвольной артикуляционной моторики. При проверке подвижности органов артикуляции ребенку предлагают различные задания по подражанию. Анализируя состояние подвижности речевых мышц, обращается внимание на возможность выполнения артикуляционных позиций, их удержания и переключения. При этом отмечаются не только основные характеристики артикуляционных движений (объем, амплитуда, темп, плавность и скорость переключения), но и точность, соразмерность выполнения движений, их истощаемость. Особенно подробно логопед оценивает объем артикуляционных движений языка (строго ограничен, неполный, полный); отмечается даже незначительное снижение амплитуды артикуляционных движений языка. У некоторых детей с ярко выраженными речедвигательными синдромами иногда не удается даже пассивно вывести язык из полости рта. Проверяется возможность произвольного высовывания языка, боковых отведений, облизывания губ, удержания широким, распластанным, верхнего подъема, пощелкиваний и т. д. Оценивается степень и граница глоточного рефлекса (повышение или понижение). Логопед анализирует особенности движений губ (малоподвижные или достаточно подвижные) и нижней челюсти (открывание и закрывание рта, умение удерживать рот закрытым).

Оценка понимания обращенной речи (импрессивной речи) является важнейшим этапом логопедического обследования. Логопед выявляет уровень понимания обращенной речи (различение интонации голоса взрослого, ситуативное понимание обращенной речи, на бытовом уровне, в полном объеме). Пассивный словарь проверяется на реальных предметах и игрушках, предметных и сюжетных картинках. При этом определяется понимание смыслового значения слова, действия, простого и сложного сюжета, лексико-грамматических конструкций, последовательности событий.

При обследовании собственной (экспрессивной) речи определяется уровень речевого развития ребенка. Важно отметить возрастную сформированность лексической и грамматической сторон речи, усвоение различных частей речи, особенности слоговой структуры слов. У безречевых детей отмечается возможность использования ими различных невербальных средств общения: выразительной мимики,

жестов, интонации. При изучении произносительной стороны речи оценивается степень нарушения разборчивости речи (речь невнятная, малопонятная для окружающих; разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая, смазанная).

Подробно изучается фонетико-фонематический строй речи. При обследовании звукопроизношения выявляется умение ребенка произносить звуки изолированно, в слогах, в словах, в предложениях и особенно в речевом потоке. Отмечается характер недостатков звукопроизношения: искажения, замены, пропуски звуков. Нарушения звукопроизношения сопоставляются с особенностями фонематического восприятия и звукового анализа. Оценивается, определяет ли ребенок нарушения звукопроизношения в чужой и собственной речи; как он дифференцирует на слух нормально и дефектно произносимые им звуки.

Анализируя данные логопедического обследования, необходимо определить, к какой группе следует отнести выявленные у ребенка расстройства: только к фонетическим, к фонетико-фонематическим или к проявлениям общего недоразвития речи.

Отмечаются особенности нарушений дыхания (поверхностное, учащенное, неритмичное), голоса (недостаточность силы и отклонения тембра голоса) и просодической организации речевого потока.

Итак, в ходе логопедического обследования детей с дизартрией логопед определяет структуру речевого дефекта (соотношение речевых и неречевых нарушений), сопоставив его с тяжестью поражения артикуляционной и общей моторики, а также уровнем психического развития ребенка.

Проанализировав результаты комплексного обследования, логопед дает заключение, позволяющее судить о состоянии речевого дефекта на момент обследования (в приложении представлена, разработанная автором главы, карта-схема логопедического обследования ребенка дошкольного возраста.

Современные подходы к классификации дизартрии

Существуют различные подходы к классификации дизартрии. В их основу положены принцип локализации мозгового поражения, степень понятности речи для окружающих, синдромологический подход.

При классификации дизартрии ***по принципу локализации мозгового поражения*** различают псевдобульбарную, бульбарную, экстрапирамидную (подкорковую), мозжечковую, корковую формы дизартрии (Правдина О. В.).

Таблица 5

Нарушения звукопроизношения и артикуляции при различных формах дизартрии (классификация дизартрии по принципу локализации мозгового поражения)

Форма дизартрии	Нарушения артикуляции	Нарушения звукопроизношения
1	2	3
Бульбарная дизартрия	Избирательные, преимущественно право- или левосторонние параличи мышц речевого аппарата Атрофия мышц Атония мышц Любые произвольные и непроизвольные движения нарушены	Все согласные приближаются (конвергируют) к щелевым звукам Гласные конвергируют к звуку типа безударного [а] или [ы] со стиранием противопоставленности по ряду, подъему и огубленности Носовой оттенок Ослабление специфических речевых шумов, возникающих при артикуляции ротовых звуков
Псевдобульбарная дизартрия	Двусторонние спастические параличи мышц речевого аппарата Тонус мышц повышен по типу спастической гипертонии (язык напряжен, отодвинут назад) Подвижность артикуляционных мышц резко ограниченна Избирательные нарушения произвольных движений	Избирательно страдают наиболее сложные и дифференцированные по укладам звуки ([р], [л], [ш], [х], [щ], [ч]) Смягчение звуков
Подкорковая (экстрапирамидная) дизартрия	Резкое изменение тонуса Нарушение эмоционально-двигательной иннервации Гиперкинезы Трудности при необходимости сохранить артикуляционные позы	Стабильные нарушения звукопроизношения отсутствуют
Мозжечковая дизартрия	Выраженная асинхронность дыхания, фонации и артикуляции Тонус в артикуляционной мускулатуре понижен Трудности удержания артикуляционных укладов Движения языка неточные При тонких целенаправленных движениях возможен тремор языка Темп движений замедлен	Нарушено произнесение переднеязычных, губных, взрывных звуков Назализация большинства звуков

Окончание таблицы 5

1		2	3
Корковая дизартрия	I. Кинестетическая постцентральная	Недостаточность кинестетического праксиса Неверная и нечеткая артикуляция звуков Активный поиск правильных укладов	Заменяются шумовые признаки согласных звуков: — места образования (особенно язычных); — способа образования (особенно аффрикатов и шипящих); — твердости и мягкости Замены лабильны и неоднозначны
	II. Кинетическая премоторная	Недостаточность динамического кинетического праксиса Нарушается последовательность артикуляционных движений	Нарушена артикуляция согласных звуков: — начальные и конечные согласные часто удлинены или толчкообразны; — замены щелевых на смычные; — пропуски звуков в стечениях согласных; — упрощение аффрикат; — избирательное оглушение звонких смычных
	III (по Мастюковой Е. М.)	Изолированное поражение отдельных мышц артикуляционного аппарата Избирательный спастический парез речевой мускулатуры Страдают наиболее тонкие изолированные движения (подъем языка)	Нарушается произношение переднеязычных звуков ([ш], [ж], [р]): они отсутствуют или заменяются другими согласными Трудны согласные, образующиеся при сближении кончика языка с верхними зубами или альвеолами ([л])

Классификация дизартрии на основе ***синдромологического подхода*** выделяет спастико-паретическую, спастико-ригидную, гиперкинетическую, атактическую и смешанные формы дизартрии (Панченко И. И.). У детей с церебральным параличом трудно вычленить симптоматику речедвигательных расстройств вследствие сложности поражения речевой моторики, если не соотносить их с общими двигательными нарушениями. При ДЦП общими двигательными нарушениями (основными синдромальными расстройствами) являются спастический парез, тонические нарушения управления типа ригидности, гиперкинезы, атаксия, апраксия.

В речевой моторике отмечаются аналогичные дефекты. Тип дизартрического нарушения речи определяется по характеру клинического синдрома. Эта классификация дизартрии ориентирует логопеда на качество нарушения артикуляционной моторики, что позволяет более целенаправленно определить выбор средств лечебной и логопедической работы по нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Данной классификацией логопед может пользоваться только совместно с неврологом, который определяет ведущий неврологический синдром.

Более подробное описание основных нарушений при различных формах дизартрии по синдромологическому подходу представлено в главе 18 «Логопедическая работа с детьми при детском церебральном параличе».

Таблица 6

Основные нарушения при различных формах дизартрии (классификация дизартрии по синдромологическому подходу)

Форма дизартрии	Спастико-паретическая дизартрия	Спастико-ригидная дизартрия	Гиперкинетическая дизартрия	Атактическая дизартрия
1	2	3	4	5
Ведущий синдром	Спастический парез	Спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности	Гиперкинез	Атаксия
Форма ДЦП	Спастическая диплегия, гемипарез	Двойная гемиплегия	Гиперкинетическая форма ДЦП	Атонически-астатическая форма ДЦП
Характер нарушения мышечного тонуса	Спастичность, реже — гипотония	Спастичность мышц и ригидность (максимальное резкое повышение мышечного тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре, усиливающееся под влиянием внешних раздражителей)	Дистония, реже гипотония. Зависимость тонуса от внешних влияний, эмоционального состояния, произвольных движений	Гипотония
Наличие непроизвольных насильственных движений, синкинезий	Синкинезии, оральные синкинезии. Возможно сохранение рефлексов орального автоматизма	Частое присутствие синкинезий стволового уровня мозга и оральных автоматизмов (насильственные сосательные и облизывающие движения)	Гиперкинезы языка, лица, шеи в покое, усиливаются при произносительных попытках. Синкинезии	Тремор языка (при целенаправленных движениях)

Нарушения артикуляционной моторики, артикуляционного праксиса, мимики	Снижение объема и амплитуды артикуляционных движений языка, губ (различной степени). Нарушено выполнение и сохранение артикуляционных поз; переключение от одной артикуляции к другой. Гипомимия лица	Объем артикуляционных движений строго ограничен. Включение в движение — с удлиненным латентным периодом. При включении в движение — резкое повышение тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре. Язык напряжен, малоподвижен, отодвинут назад, не всегда его удается вывести из полости рта. Недифференцированность губных и язычных движений (смешанная губно-язычная артикуляция). Мимика крайне бедная (лицо амимичное)	Объем артикуляционных движений может быть достаточным. Особые трудности удержания и ощущения артикуляционной позы и при переключении от одной артикуляции к другой, т. е. нарушена автоматизация артикуляционных движений	Дисметрия (несоразмерность) артикуляционных движений; чаще — гиперметрия (увеличение амплитуды, утрированность, замедленность движений). Трудность выполнения и удержания артикуляционных укладов. Мимика вялая
Состояние акта приема пищи (жевание, глотание)	Акт приема пищи замедлен, но координирован	Грубо нарушены жевание, откусывание, глотание. Жевание часто заменяется сосанием. Нарушена координация между дыханием, жеванием, глотанием	Процессы жевания, глотания затруднены, дискоординированы	Жевание ослаблено
Разборчивость речи. Нарушения звукопроизношения	Разборчивость речи значительно снижена, часто речь трудно понять при незнании контекста. Звуки речи лишены четкого фонетического оформления. Невнятность согласных звуков. Усредненность гласных. Слабость дифференциации губных, призубных; твердых-мягких, звонких-глухих	Разборчивость речи значительно снижена, часто речь трудно понять при незнании контекста. Звуки речи лишены четкого фонетического оформления. Невнятность согласных звуков. Усредненность гласных. Слабость дифференциации губных, призубных; твердых-мягких, звонких-глухих	Разборчивость снижена (речь невнятная, смазанная, порой малопонятная). Характерно отсутствие стабильных нарушений звукопроизношения (пропуски, замены, смешения звуков непостоянны). Много искажений звуков (щелевые и соноры)	Разборчивость речи снижена. Нарушены переднеязычные, губные, взрывные звуки

Окончание таблицы 6

1	2	3	4	5
Нарушения дыхания	Нарушения речевого дыхания (речевой выдох укорочен и истощаем, вдох неглубокий)	Тяжелые нарушения дыхания	Тяжелые нарушения дыхания	Асинергия — асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции
Нарушения голоса	Голос недостаточной силы и звонкости (тихий, слабый, истощающийся, глуховатый). Может быть назализация (носовой оттенок голоса)	Голос тихий, глухой, сдавленный, напряженный	Голос напряженный, прерывистый, вибрирующий, изменяющийся по высоте, силе, звонкости. Может быть назализация	Голос истощающийся, затихающий к концу фразы; с носовым оттенком
Нарушения просодики	Снижена амплитуда голосовых модуляций, нет темпо-ритмических перебоев, необходимых для живой интонации (голос маломодулированный, монотонный	Модуляций голоса почти нет. Тембр бедный. Темп чуть убыстренный	Мелодико-интонационная сторона речи нарушена, утрачен эмоциональный оттенок. Слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (монотонность)	Модуляций голоса почти нет. Интонация практически отсутствует. Ритм скандированный. Темп замедленный
Вегетативные расстройства	Гиперсаливация	Гиперсаливация	Слюнотечения при «чистом» гиперкинетическом синдроме нет	Может быть гиперсаливация

Классификация дизартрии *по степени разборчивости речи* для окружающих была предложена французским невропатологом Тардье. Им было выделено 4 степени тяжести речедвигательных нарушений (у детей с церебральным параличом):

— нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка;

— нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих;

— речь понятна только близким ребенка;

— речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка (четвертая степень нарушения звукопроизношения, по существу, представляет собой анартрию). Эта классификация очень удобна для использования не только логопедами, но и учителями, воспитателями, психологами.

Специфика коррекционно-логопедической работы при дизартрии

Основные ***принципы, определяющие последовательность и систему коррекционно-логопедической работы:***

— единство диагностики и коррекции нарушений речевого развития;

— тесное единство речевой терапии с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций;

— одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук;

— стимуляция двигательно-кинестетического анализатора;

— гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-логопедической работы (индивидуальных, подгрупповых, фронтальных);

— активное вовлечение родителей ребенка в коррекционно-логопедическую работу (по закреплению у ребенка полученных на логопедических занятиях навыков).

Задачи логопедической работы при дизартрии

Основная цель логопедической работы с детьми с дизартрическими расстройствами — улучшение разборчивости речевого высказывания для того, чтобы обеспечить ребенку лучшее понимание его речи окружающими. Для реализации этой цели необходимо:

— уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата — спастического пареза, гиперкинезов, атаксии (в более легких случаях — нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата);

— развитие речевого дыхания и голоса. Формирование силы, продолжительности, звонкости, управляемости голоса в речевом потоке. Выработка синхронности голоса, дыхания и артикуляции;

— нормализация просодической системы речи (мелодико-интонационных и темпо-ритмических характеристик речи);

— формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи;

— развитие фонематического восприятия и звукового анализа (если нарушен не только фонетический строй речи, но и фонематические процессы);

— нормализация лексико-грамматических навыков экспрессивной речи (при смешанном, сложном речевом расстройстве, проявляющемся в нарушении всех компонентов речи — не только фонетико-фонематических, но и лексико-грамматических);

— развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук, коррекция нарушений мелкой моторики.

Логопедическую работу при дизартрических расстройствах начинают с ослабления проявления расстройств иннервации мышц речевого аппарата. Расширяя возможности движения речевых мышц, можно рассчитывать на их лучшее спонтанное включение в артикуляционный процесс.

При проведении коррекционно-логопедической работы с детьми с дизартрией используют следующие ***методы логопедического воздействия:*** дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий), пассивная и активная артикуляционная гимнастика, дыхательные и голосовые упражнения.

Дифференцированный логопедический массаж — часть комплексной медико-психолого-педагогической работы, направленной на коррекцию различных речевых расстройств. Массаж используется в логопедической работе с детьми с дизартрией, ринолалией, заиканием и голосовыми расстройствами. При дизартрии массаж является необходимым условием эффективности логопедического воздействия.

Логопедический массаж — это одна из логопедических технологий, активный метод механического воздействия. Массаж применяется в тех случаях, когда имеют место нарушения тонуса артикуляционных мышц. Изменение состояния мышц периферического речевого аппарата в конечном счете опосредованно способствует улучшению произносительной стороны речи. Массаж может проводиться на всех этапах коррекционно-логопедического воздействия. Но особенно значимо его использование на начальных этапах работы, когда у ребенка еще

нет принципиальной возможности выполнить определенные артикуляционные движения.

Пассивная и активная артикуляционная гимнастика проводится после массажа. Логопед выполняет пассивные движения органов артикуляции. Их целью является включение в процесс артикулирования новых групп мышц, до этого бездействующих, или увеличение интенсивности мышц, ранее включенных. Это создает условия для формирования произвольных движений речевой мускулатуры. Направление, объем и траектория пассивных движений те же, что и активных. Они отличаются от активных движений тем, что время включения—выключения из движения и фиксация не зависят от ребенка. Ребенок производит артикуляционное движение только при помощи механического воздействия — под нажимом рук логопеда или шпателя, зонда. Пассивные движения производят плавно, медленно, с постепенным увеличением нагрузки. Логопед оформляет схему артикуляционного движения, по возможности объясняя ее ребенку, требуя от него зрительного контроля. Пассивные упражнения осуществляются сериями по 3—5 движений. Ребенку предлагается осознать 3 стадии каждого движения: вход, фиксация, выход. Нужно постепенно воспитывать способность зрительно контролировать и оценивать каждое движение, ощущать и запоминать его.

Желательно, чтобы пассивная гимнастика сопровождалась зрительным контролем и речевой инструкцией («Твой язык сейчас внизу: посмотри в зеркало, почувствуй это положение»). Когда пассивные движения становятся более свободными, механическая помощь сокращается: таким образом происходит переход к пассивно-активным упражнениям. Постепенно, если ребенок самостоятельно может выполнить необходимые артикуляционные движения, удерживать определенные положения языка и губ, произвольно менять их, переходят к активной артикуляционной гимнастике.

При выполнении активных артикуляционных движений в мимической, губной и язычной мускулатуре важно формировать полноту объема движений, дифференцированность включения различных мышц; плавность, симметричность движений; скорость включения и переключения. Необходимо развитие произвольности, дифференцированности артикуляционных движений и контроля за их выполнением.

Развитие дыхания и коррекция его нарушений (дыхательная гимнастика) начинается с общих дыхательных упражнений, целью которых является увеличение объема, силы и глубины вдыхаемого и выдыхаемого воздуха и нормализация ритма дыхания. Логопед проводит пас-

сивные дыхательные упражнения в различных положениях ребенка: лежа на спине, сидя, стоя.

Целесообразно использовать следующие дыхательные упражнения:

• В положении на спине путем легкого поглаживания тела и, прежде всего, верхнего плечевого пояса, потряхивания конечностей ребенка достигают некоторого расслабления скелетной мускулатуры. Захватив кисти рук ребенка и слегка потряхивая ими, логопед разводит руки в стороны, поднимает их вверх (вдох), затем опускает вперед, прижимая руки к туловищу и легко надавливая на грудную клетку (выдох).

• В положении ребенка лежа или сидя логопед кладет свои руки на грудные мышцы ребенка, прислушивается к ритму дыхания. В момент выдоха нажимает на грудную клетку, как бы препятствуя вдоху (в течение нескольких секунд). Это упражнение способствует более глубокому и быстрому вдоху и удлиненному выдоху.

• Ребенок лежит или сидит. Перед его ноздрями создается «веер воздуха», что усиливает глубину вдоха.

При развитии речевого дыхания логопед проводит работу, направленную на дифференциацию носового и ротового вдоха и выдоха. Необходимо сделать ротовой выдох по возможности более произвольным, длительным, ритмичным. Все упражнения логопед выполняет вместе с ребенком (тренировка вдоха и выдоха через рот: «Давай подышим, как собачка»; тренировка носового вдоха и выдоха: «Давай понюхаем цветочек»; формирование удлиненного произвольного выдоха через нос). Важно научить ребенка произвольно вдыхать через нос и выдыхать через рот.

Развитие голоса и коррекция его нарушений. При вызывании голоса большое внимание уделяется нормализации позиции головы, расслаблению мышц верхнего плечевого пояса (круговые движения головой по часовой и против часовой стрелки — для расслабления шейно-гортанных мышц). Для включения в движение невидимых нёбно-глоточных, гортанных и подъязычных мышц, необходимых для фонирования, проводят следующие упражнения.

• Гимнастика языка с преодолением сопротивления. Ребенку предлагается максимально вытянуть язык. Если он не может сделать это самостоятельно, логопед помогает ему. Затем ребенок пытается втянуть язык внутрь ротовой полости, а логопед легкими рывками вытягивает его.

• Открывание рта с преодолением сопротивления (логопед держит руку под челюстью ребенка).

Для укрепления мышц нёбной занавески используют следующие упражнения:

- Произвольное глотание капель воды.
- Стимуляция зевания и кашлеподобных движений.
- Произнесение гласного [а] на твердой атаке (далее слогов со звонкими согласными — [ба], [да], [га], [ва]).
- Попеременное произнесение: [м-па-м-па]..., [м-бай-м-бай]....

Следует тренировать увеличение длины речевого выдоха: вначале на одном выдохе произносится по одной гласной ([а], [о], [у], [э]), потом по две гласных ([а-э], [о-у], [у-ы], [э-и]), затем по три ([а-э-о], [о-у-и]) и четыре и т. д. Потом произносятся слоги с удлинением их цепочек, затем слова и, наконец, стихотворения.

Важное значение имеют упражнения по развитию силы, тембра и высоты голоса. В процессе работы необходимо формировать у детей произвольное изменение силы голоса от громкого до тихого и, наоборот, усиление и ослабление голоса при увеличении длительности звучания. Примером подобных упражнений может быть счет с постепенным усилением голоса (прямой счет) и с его ослаблением (обратный счет), а также произнесение букв в алфавитном порядке, чтение стихотворений с постепенным усилением и ослаблением голоса.

Развитие просодики и коррекция ее нарушений. Работа по формированию просодической стороны речи и голоса неразрывно связаны между собой. При развитии мелодико-интонационной стороны речи особое значение имеет навык управления движением голоса вверх-вниз. Поэтому очень важно научить ребенка пользоваться голосом различной высоты. Нужно постепенно формировать умение повышать и понижать голос в пределах звука, слога, слова и фразы. Важным разделом является работа над логическим ударением (выделение слов, наиболее важных по смыслу). Детям предлагается выделять слова, на которые падают ударения, голосом и движением: хлопаньем в ладоши, притопыванием (*Мама* мыла Таню... Мама *мыла* Таню... Мама мыла *Таню*).

На логопедических занятиях большое внимание уделяется формированию у детей умения пользоваться повествовательной, вопросительной, восклицательной и повелительной интонацией. Совместно с логопедом ребенок проговаривает стихи и тексты с нужной интонацией. Необходимо развивать у детей естественные интонации, выражающие различные эмоциональные состояния: радость, удивление, испуг.

Развитию мелодико-интонационной стороны речи, гибкости, модуляций голоса способствуют игры-инсценировки и чтение сказок по ролям.

В первую очередь для ***коррекции нарушений звукопроизношения*** выбираются те звуки, которые у ребенка максимально приближены к правильному произнесению, или те, артикуляционные уклады которых наиболее просты. Особенностью логопедической работы при дизартрии является значительно более длительный срок отработки каждого звука и соблюдение определенной последовательности в работе над звуками. Последовательность работы над звуками определяется степенью доступности звуков для произношения (легкость артикуляции) и постепенностью перехода от меньших произносительных трудностей к большим.

Прежде чем приступить к формированию артикуляционного праксиса на этапах постановки, автоматизации и дифференциации звуков необходимо развитие или уточнение фонематических процессов. Перед вызыванием и постановкой звуков нужно добиться их различения на слух.

При дизартрии, в зависимости от наличия у детей патологической симптоматики в артикуляционной моторике, от степени ее выраженности, логопед индивидуально определяет последовательность работы над звуками. В ряде случаев не стоит придерживаться традиционного порядка, рекомендующего постановку с нарушенных свистящих звуков. Работая по коррекции звукопроизношения при дизартрии, целесообразно вызывать ту группу звуков, артикуляционный уклад которых «созрел» прежде всего. У многих детей с речедвигательными расстройствами сначала лучше осуществляется постановка и дальнейшая автоматизация более «сложных» звуков, например шипящих или сонорных. При этом свистящие звуки будут корригироваться позже, после «созревания» дорсальной позиции, являющейся часто для детей с дизартрией одной из самых трудных.

Одним из приемов постановки звуков при дизартрии является *метод фонетической локализации*. У ребенка вызывается «аналог» звука, не совпадающий полностью по своим акустическим и артикуляционным признакам с эталоном правильной речи, но вместе с тем четко противопоставленный всем остальным звукам речи.

Приближенное произношение звука является для ребенка с речедвигательным расстройством определенной ступенью на пути к овладению нормальной артикуляцией. При этом овладение «аналогом» звука достаточно для того, чтобы ребенок мог оперировать им во время работы по развитию фонематических представлений и навыков звукового анализа (Г. В. Чиркина) [9].

Часто в практике логопеды сталкиваются с тем, что изолированно дети произносят все звуки правильно, но в потоке речи звуки теряют

свои дифференцированные признаки, произносятся искаженно. Нужно уделять тщательное внимание автоматизации звуков в лексическом материале разной сложности. Сначала автоматизация осуществляется в слогах разной структуры (где все звуки произносятся утрированно), далее в словах разной слоговой структуры, где закрепляемый звук находится в разных позициях (в начале, в конце, в середине). Затем звуки автоматизируют в предложениях, насыщенных контрольным звуком. Очень важно, чтобы из лексического материала были исключены звуки, которые у ребенка произносятся искаженно или еще не закреплены. Весь лексический материал, предлагаемый для автоматизации, должен быть семантически доступен ребенку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей. М., 2006.
2. Белякова Л. И., Волоскова Н. Н. Логопедия. Дизартрия. М., 2008.
3. Винарская Е. Н. Дизартрия. М., 2005.
4. Дьякова Е. А. Логопедический массаж: Учеб. пособие. М.: Академия, 2003.
5. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие. М.: Академия, 2001.
6. Лопатина Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: Учебное пособие. СПб., Союз, 2004.
7. Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стёртой дизартрии). — СПб., 2001.
8. Мастюкова Е. М. Дизартрия // Логопедия. Учебн. для ВУЗов / Под ред. Л. С. Волковой. М., 2004.
9. Основы логопедической работы с детьми: Учеб. пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов педагогических училищ / Под общ. ред. Г. В. Чиркиной. М.: АРКТИ, 2005.
10. Приходько О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. СПб.: Каро, 2008.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Каковы ведущие дефекты в структуре дизартрического нарушения речи?
2. Назовите неречевые (неврологические) проявления дизартрии.
3. Опишите специфические нарушения звукопроизношения при дизартрическом расстройстве.
4. Охарактеризуйте группы детей с дизартрией в зависимости от нарушенных компонентов речи.

5. Какие нарушения характерны для легкой степени выраженности дизартрии?

6. Охарактеризуйте основные параметры диагностики в процессе комплексного логопедического обследования.

7. Назовите основные принципы и задачи логопедической работы при дизартрии.

8. Какие методы логопедического воздействия являются основными при коррекции дизартрического нарушения речи?

9. Перечислите основные задачи, показания и противопоказания для проведения дифференцированного логопедического массажа.

10. Охарактеризуйте специфику логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения при дизартрии.

11. Проведите сравнительный анализ двух классификаций дизартрии (на основе принципа локализации мозгового поражения и на основе синдромологического подхода). Составьте таблицу (схему), иллюстрирующую соотношение форм дизартрии из разных классификаций.

12. Используя авторскую карту-схему логопедического обследования ребенка дошкольного возраста проведите комплексное логопедическое обследование ребенка с дизартрией, заполните карту-схему, сформулируйте логопедическое заключение.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Ниже приводится **карта-схема** логопедического обследования детей раннего и дошкольного возраста, которая разрабатывалась и модифицировалась автором в течение многолетней практической работы логопедом в различных медицинских учреждениях. Варианты этой карты неоднократно опубликовывались ранее в разных пособиях, часто без ссылок на автора.

Карта-схема логопедического обследования

Ф. И. О. _____

	Первичное обследование	Динамика
1	2	3
Дата обследования		
Возраст ребенка		
КОНТАКТ		
— В контакт не вступает		
— Контакт формальный (чисто внешний)		
— Контакт избирательный		

1	2	3
– Легко и быстро вступает в контакт, проявляет в нем заинтересованность		
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА		
– Пассивный, инертный		
– Повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность		
– Колебания настроения		
– Активный, бодрый, деятельный		
ВНИМАНИЕ		
– Низкая концентрация и неустойчивость внимания (плохо сосредотачивается, с трудом удерживает внимание на объекте)		
– Недостаточно устойчивое, поверхностное, истощаемое		
– Плохое переключение внимания		
– Достаточно устойчивое		
ЗАПАС ОБЩИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ		
– Низкий		
– Несколько снижен		
– Соответствует возрасту		
РАБОТОСПОСОБНОСТЬ		
– Снижена		
– Достаточная		
ДОРЕЧЕВОЕ И РАННЕЕ РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ		
– Протекало с выраженной задержкой		
– Протекало с задержкой		
– Нормальное (по возрасту)		
ВРЕМЯ ПОЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ГОЛОСОВЫХ И РЕЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ		
– Крик		
– Гуление		
– Лепет		
– Первые слова		
– Простые фразы		
ПОНИМАНИЕ ОБРАЩЕННОЙ РЕЧИ		
– Не понимает обращенную речь		
– Понимание обращенной речи ограниченное (ситуативное). Выполняет простые речевые инструкции		
– Понимание обращенной речи на бытовом уровне. Выполняет сложные речевые инструкции		
– В полном объеме		
ПАССИВНЫЙ СЛОВАРЬ		
– Название предметов (реальных и на картинках)		
– Понимание смыслового значения слова, действия		

1	2	3
— Понимание простого сюжета		
— Понимание лексико-грамматических конструкций		
ХАРАКТЕРИСТИКА СОБСТВЕННОЙ РЕЧИ (экспрессивная речь)		
1-й уровень речевого развития:		
— Полное отсутствие звуковых и словесных средств общения		
— Произносит отдельные звуки, звукокомплексы		
— Произносит несколько лепетных и общеупотребительных слов и звукоподражаний		
— Использует невербальные средства общения (выразительную мимику, жесты, интонацию).		
2-й уровень речевого развития:		
— Пользуется простой фразой		
— Аграмматичная, неразвернутая (упрощенная), структурно нарушенная фраза. Активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные. Предлоги употребляются редко. Слоговая структура слов нарушена		
3-й уровень речевого развития:		
— Пользуется развернутой фразой. Недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи (ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении). Слоговая структура слов не нарушена. Синтаксические конструкции фраз бедные. Фонетико-фонематические нарушения		
4-й уровень речевого развития:		
— Лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая недостаточность		
Норма: Пользуется развернутой фразой. Связная речь сформирована		
ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ		
— Проявляет склонность к эхолалии		
— Наличие речевых штампов (речь пустая, без содержания, часто не соотносится с выполняемыми действиями, не отражает истинных интеллектуальных способностей ребенка)		
ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ		
СЛОВАРНЫЙ ЗАПАС:		
— Резко ограничен		
— Беден		
— В пределах обихода		
— Достаточный		
ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ:		
— Не сформирован		
— Сформирован недостаточно		
— Сформирован (норма)		

1	2	3
СВЯЗНАЯ РЕЧЬ:		
– Описание сюжетной картинки		
– Простой сюжет		
– Составление рассказа по серии сюжетных картин		
– Пересказ текста		
– Творческий рассказ		
СЛОГОВАЯ СТРУКТУРА СЛОВ		
– Не нарушена (норма)		
– Нарушения слоговой структуры слов:		
— парафазии (замены звуков, слогов)		
— элизии (пропуски звуков, слогов)		
— итерации (повторения звуков, слогов)		
— контаминации (часть одного слова соединяется с частью другого)		
— персеверации (отсроченное повторение)		
— перестановки звуков, слогов		
— антиципации		
ФОНЕТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ		
Антропофонические (фонетические) дефекты звукопроизношения — искажения		
– Усредненность гласных		
– Недостаток произношения свистящих		
– Недостаток произношения шипящих		
– Недостаток произношения соноров		
– Недостаток произношения губных		
– Недостаток произношения губно-губных		
– Недостаток произношения губно-зубных		
– Недостаток произношения средненёбных		
– Недостаток произношения заднеязычных		
– Недостаток произношения твердых согласных		
– Недостаток произношения звонких согласных		
– Изолированно произносит все звуки правильно, но при увеличении речевой нагрузки — общая смазанность речи		
- Фонетический строй речи сформирован достаточно (N)		
Фонологические дефекты (нарушение дифференциации звуков):		
– Замены		
– Смещения		
ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ		
– Нарушено		
– Пропуски		
– Сохранное		
Степень разборчивости речи:		
– Речь невнятная, смазанная, малопонятная для окружающих		

1	2	3
— Разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая		
— Разборчивость речи не нарушена (норма)		
ДЫХАНИЕ		
— Поверхностное, затрудненное		
— Неровное, неритмичное		
— Свободное		
— Дифференциация носового и ротового выдоха		
ГОЛОС		
Недостаточная сила голоса: — Тихий, слабый, истощающийся		
Нарушение тембра голоса:		
— Глухой		
— Сдавленный		
— Хриплый		
— Назализованный		
— Напряженный		
— Дрожащий		
— Сильный, звонкий (норма)		
Синхронность дыхания, голосообразования и артикуляции:		
— Нарушена		
— Сохранна		
Просодическая организация звукового потока: ***Мелодико-интонационная сторона речи:*** N		
— Отсутствие голосовых модуляций (голос немодулированный)		
— Слабая выраженность голосовых модуляций (голос монотонный, мало модулированный)		
Темп речи:		
— Нормальный		
— Тахилалия		
— Брадилалия		
— Запинки		
— Заикание		
Ритм речи:		
— Нормальный		
— Растянутый		
— Скандированный		
СТРОЕНИЕ И ПОДВИЖНОСТЬ ОРГАНОВ АРТИКУЛЯЦИИ		
Неврологический синдром нарушения артикуляционной моторики:		
— Спастический парез		
— Тонические нарушения управления типа ригидности		
— Гиперкинезы		
— Атаксия		
— Апраксия		
ЛИЦЕВАЯ МУСКУЛАТУРА		

1	2	3
– Гипомимия		
*Тонус **лицевой мускулатуры:***		
N		
– Нарушение мышечного тонуса лица:		
– Спастичность		
– Гипотония		
– Дистония		
– Сглаженность носогубных складок		
– Асимметрия лица		
– Гиперкинезы лица		
ГУБЫ: -N, Толстые/Тонкие: Наличие расщелины		
*Тонус **губной мускулатуры:***		
N		
Нарушение мышечного тонуса губ: – Спастичность		
– Гипотония		
– Дистония		
Подвижность:		
– губы малоподвижные		
– губы подвижные		
ЗУБЫ		
– крупные, мелкие, редкие, частые, нарушение зубного ряда, наличие лишних зубов, N		
– Прикус: передний открытый, боковой открытый, прогнатия, прогения, правильный		
ТВЕРДОЕ НЁБО		
– готическое, низкое, уплощенное, наличие расщелины, N		
МЯГКОЕ НЁБО		
– длинное/короткое		
– подвижное/малоподвижное		
– отклонение увуля		
Движение нижней челюсти:		
– открывание/закрывание рта		
– умение держать рот закрытым		
ЯЗЫК		
толстый, маленький, узкий, раздвоенный		
невыраженность кончика, укорочение подъязычной связки		
Тонус язычной мускулатуры: N		
Нарушение мышечного тонуса языка:		
– Спастичность		
– Гипотония		
– Дистония		
– Гиперкинезы языка		
– Тремор языка		
– Девиация (отклонение) языка в сторону		

1	2	3
Объем артикуляционных движений языка:		
— Строго ограничен		
— Неполный		
— Снижение амплитуды артикуляционных движений		
— В полном объеме		
— Умение удержать артикуляционную позу		
— Способность к переключению		
— Произвольное высовывание языка		
— Подъем языка вверх		
— Боковые отведения (вправо/влево)		
— Пощелкивание		
— Облизывание губ (круговые движения языка)		
Глоточный (рвотный) рефлекс:		
— повышен		
— N		
НАЛИЧИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ ОРАЛЬНОГО АВТОМАТИЗМА		
Вегетативные расстройства:		
— Гиперсаливация: — постоянная; — усиливающаяся при определенных условиях		
Жевание:		
— N		
— отсутствие жевания твердой пищи		
— затруднение жевания		
Глотание:		
— не нарушено		
— поперхивается, захлебывается при глотании		
ОБЩАЯ МОТОРИКА		
Сформированность основных двигательных навыков:		
— удержание головы		
— самостоятельное сидение		
— удержание вертикального положения стоя (у опоры/самостоятельно)		
— ходьба с поддержкой		
— самостоятельная ходьба		
— нарушение походки		
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КИСТЕЙ И ПАЛЬЦЕВ РУК		
— направление руки к предмету		
— захват предмета, его удержание в руке		
— простейшие манипуляции с предметами		
— свободное манипулирование предметами		
— дифференцированные движения пальцев рук		
— выделение ведущей руки (правая/левая)		
ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ		

Обследование ребенка с дизартрией

Саша У., 5 лет 7 мес.

Мальчик сразу вступает в контакт, проявляет в нем заинтересованность. Активный, бодрый, несколько расторможен. Внимание недостаточно устойчивое. Запас знаний и представлений об окружающем в пределах возрастной нормы. Представления о сенсорных свойствах предметов сформированы. Ведущая рука левая, отмечается недостаточность мелкой моторики.

Раннее речевое развитие протекало с задержкой (первые слова — с 2 лет, простые фразы — с 3 лет). Понимание обращенной речи — в полном объеме, выполняет сложные речевые инструкции. Экспрессивная речь на уровне развернутой фразы. Активный словарь в пределах обихода. Грамматический строй речи сформирован недостаточно (отмечаются ошибки в согласовании и управлении, в предложно-падежных конструкциях, смешение временных и видовых форм глаголов). Слоговая структура слов не нарушена. Связная речь сформирована недостаточно: ребенок испытывает трудности при описании сюжетных картин, а также составлении рассказа по серии сюжетных картин.

Фонематическое восприятие (различение звуков, слогов, звуковых рядов) нарушено. Разборчивость речи снижена, речь нечеткая. При увеличении речевой нагрузки нарастает общая смазанность речи. Звукопроизношение нарушено (многочисленные искажения звуков): отмечаются недостатки произношения свистящих и шипящих звуков (межзубный сигматизм), сонорных (горловое произнесение), усредненность гласных и оглушение звонких согласных звуков. Речевое дыхание поверхностное (вдох неглубокий, выдох укорочен). Голос недостаточной силы и звонкости (тихий, глухой, маломодулированный).

В артикуляционном аппарате отмечаются: гипомимия лица, сглаженность носогубных складок, легкая гиперсаливация, повышение глоточного рефлекса; спастичность лицевой, губной и язычной мускулатуры. Зубы крупные, прикус — передний, открытый, губы толстые, малоподвижные. Язык массивный, кончик языка не выражен, укорочена подъязычная уздечка. Объем и амплитуда артикуляционных движений языка ограниченны.

Логопедическое заключение. Общее недоразвитие речи (3-й уровень речевого развития) у ребенка со спастико-паретической дизартрией.

Глава 7

НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА

Голос — это совокупность разнообразных звуков, продуцируемых голосовым аппаратом человека. Голос обеспечивает разборчивость, выразительность и эмоциональную окраску устной экспрессивной речи. В литературе наиболее часто для обозначения нарушений голоса различной этиологии в зависимости от степени выраженности расстройства и характера проявления используются термины: афония, дисфония, фонастения (Ю. С. Василенко, [3]).

Афония — полное отсутствие голоса при сохранной шепотной фонации. **Дисфония** — расстройство голоса, связанное с наличием различных добавочных призвуков и вариативных проявлений, которое выражается в:

— различной степени охриплости;

— гипер- или гипоназальности;

— изменении интенсивности звучания (слишком тихий или громкий голос);

— нестабильности высоты звучания;

— изменении тембра (индивидуальной окраски).

Чаще всего приходится сталкиваться с сочетанием или комбинацией нескольких признаков, которые могут быть как самостоятельными, так и симптомами при различных видах дизартрии, ринолалии, заикания.

Причины, механизм, симптоматика нарушений голоса

Причины голосовых расстройств весьма разнообразны, условно их можно разделить на:

— биологические (конституциональные особенности, возраст, пол, сопутствующие заболевания);

— психологические (конфликтные ситуации, психоэмоциональные и характерологические особенности личности);

— профессиональные (неблагоприятные условия труда, перенапряжение голоса, отсутствие правильной техники голосоведения);

— социальные (школы раннего развития, обучение иностранным языкам детей раннего возраста, увеличение голосовой нагрузки в рамках школьной программы; семейное положение, состав семьи, жизненные условия; травматизм; рост процента курильщиков, раннее применение контрацептивных средств детьми и подростками).

В патогенезе нарушений голоса чаще всего наблюдается сочетание двух и более факторов.

У детей в этиологии дисфонии преобладают частое перенапряжение голоса (крик, громкая речь дома, в детском саду и школе, форсированное пение в хоре) — 65% случаев, острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей — 20%, астенический синдром — 10%, аденоиды — 5%.

Наряду с указанными причинами афония возникает в результате перенесенных острых респираторных заболеваний, перенапряжения голосового аппарата, астенического синдрома (имеют место случаи, связанные с нервными потрясениями), а также индуцированная афония.

Нарушения голоса связаны с патологическими процессами в центральном или периферическом отделах голосового аппарата функционального или органического характера.

Классификация нарушений голоса

Проблема классификации нарушений голоса остается дискуссионной. Это связано с тем, что педагоги, врачи, другие специалисты, изучающие проблемы фонации, расценивают их, основываясь на различных принципах.

Существующие медицинские классификации базируются в основном на этиопатогенетическом принципе и степени выраженности нарушения голосовой функции. Выделяют *афонию* (полное отсутствие голоса) и *дисфонию* (изменения тембра голоса за счет добавочных призвуков). По характеру нарушения расстройства голоса подразделяются на *функциональные и органические*; по локализации — *центральные и периферические* (гортанные и внегортанные).

Для педагогов первостепенное значение имеют характер нарушений и акустические параметры голоса, что важно для коррекционного воздействия, поэтому выделяют изменения:

— резонанса (гипо- и гиперназальность, фальцет);

— высоты основного тона (слишком высокий или низкий голос, фальцет);

— силы звучания (шепот, чрезмерная громкость, нестабильность, дрожание и другие);

— тембра голоса (осиплость или охриплость), которые в свою очередь разделяют по: длительности (кратковременные, стойкие); степени выраженности (афонии, дисфонии), характеру поражения

(функциональные, органические, физиологические, патологические, ятрогенные).

По образному выражению N. Kotby, функциональные нарушения можно сравнить с плохой техникой пианиста, органические — с разбитым роялем.

К *органическим нарушениям голоса* разной степени выраженности следует отнести расстройства голоса, обусловленные различной патологией (воспалительной, аллергической, нодозными или другими образованиями, нарушением иннервации и пр.) собственно складкового отдела гортани, верхних и нижних дыхательных путей, которые приводят к изменению структуры органов.

При *функциональных дисфониях и афониях* расстройства голоса носят временный проходящий характер, при этом углубленное эндоскопическое исследование не выявляет какой-либо структурной патологии дыхательных путей. Нарушение голоса в данных случаях следует объяснять психологическими, поведенческими и эмоциональными особенностями пациента.

Важным фактором у детей и взрослых является и онтогенетический и гендерный критерии нормы. Нельзя не учитывать фактора формирования и развития голоса в онтогенезе. Известно, что физиология фонации у детей и взрослых неодинакова; для детей характерно недосмыкание голосовых складок, фальцетный механизм голосообразования, связанный с ростом («дозреванием») структур гортани и окружающих органов и тканей, поэтому не всем детям можно ставить диагноз «функциональная дисфония». Но в отличие от взрослых в этих случаях качество голоса ребенка может не нарушаться совсем или изменяться периодически. Подобные состояния определяются как «физиологическая, или возрастная, дисфония»). Нормально протекающая мутация с этих позиций может рассматриваться как *физиологическая возрастная дисфония*.

К *патологическим возрастным дисфониям* следует отнести:

— стридор (в грудном и раннем возрасте);

— остро возникшая мутация (О. С. Орлова и Е. Ю. Радциг).

Изменения голоса могут быть вызваны воздействием различных лекарственных средств (ингалянты и др.), а также в результате других медицинских вмешательств (интубации, хирургических операций на гортани и других) — такие состояния называют *ятрогенными дисфониями*.

Многие авторы считают правомерным выделять **симптоматическую дисфонию**, **первичные** и **вторичные** нарушения голоса.

Патологию, связанную с нарушениями голосового аппарата, относят к первичным голосовым расстройствам, а изменения, обусловленные с изменениями в эндокринной системе, нарушениями слуха (аудиальная дисфония) считают вторичными.

Функциональные нарушения голоса

Механизм нарушений при функциональных дисфониях может быть объяснен с позиций механистической теории развития и нарушением координации мышц различных органов, участвующих в голосообразовании. Это может быть обусловлено врожденными пороками развития гортани (асимметрия гортани, несоответствие в размерах между различными органами фонации), способствующими голосовому утомлению и дисфонии, недостаточностью или отсутствием акустического самоконтроля, общими заболеваниями (гиповитаминоз, плохое питание, токсикозы, эндокринные расстройства). Психосоматическая теория объясняет развитие функциональных дисфоний психогенными причинами. Почти все зарубежные авторы считают, что функциональные нарушения голоса являются психогенными, то есть могут быть вызваны не только истерией, но и различными эмоциями — страхом, возбуждением, горем. Представители полиэтиологического направления выделяют две основные причины возникновения функциональных дисфоний: механическую и невротическую.

По классификации, предложенной Ю. С. Василенко (2002), функциональные дисфонии подразделяют на гипо- и гипертонусную, гипо-гипертонусную, мутационную, спастическую дисфонию, фонастению, функциональную или психогенную афонию. В настоящее время эта классификация является общепринятой.

Психогенная (истерическая) афония

Причинами психогенной афонии чаще всего является стрессовое состояние — испуг, конфликт с окружающими, родственниками, родителями, которое выступает как пусковой механизм, приводящий к полной потере голоса. Ребенок или взрослый общается только шепотом, при этом сохранными остаются безусловные рефлексы: смех, плач, кашель. Голос может как внезапно исчезать, так и спонтанно появляться.

При ларингоскопии голосовые складки во время фонации полностью не смыкаются, остается щель, чаще всего овальной формы, до 4—6 мм.

Проведение ларингостробоскопического обследования не представляется возможным, но его можно осуществить после появления первого, еще неустойчивого, голоса.

Гипотонусная (гипокинетическая) функциональная дисфония

Изменение фонации происходит в результате снижения мышечного тонуса голосовых складок. Причинами ее возникновения являются недостаточная техника речи, постоянное перенапряжение голосового аппарата, перенесенные ранее острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Иногда слабость гортанных мышц является врожденной. При ларингоскопии голосовые складки чаще имеют обычную окраску, но иногда лишены блеска, тонус их снижен, во время фонации отмечается неполное смыкание.

Гипертонусная (гиперкинетическая) функциональная дисфония

Нарушение голоса вызвано повышением мышечного тонуса голосовых складок. Причина нарушения фонации чаще всего связана с использованием твердой атаки голосообразования, чрезвычайно громким голосом.

Во время фонации голосовые складки резко соприкасаются друг с другом, в результате может появляться гиперемия и небольшая отечность по свободному краю.

При ларингостробоскопии в 60% случаев голосовые складки выглядят неподвижными, находятся в напряженном сомкнутом состоянии. Иногда подобная неподвижность сочетается с очень кратковременными периодами быстро затухающих колебательных движений с малой амплитудой.

Гипо-гипертонусная (гипо-гиперкинетическая, смешанная) функциональная дисфония

Характеризуется пониженным тонусом голосовых и повышенной активностью вестибулярных складок. Чаще всего эта форма наблюдается после острого ларингита, трахеита, папилломатоза гортани, когда компенсаторно в процесс фонации включаются вестибулярные складки, а тонус голосовых ослаблен. При осмотре гортани вестибулярные складки обычно увеличены в размерах, иногда гиперемированы и во время фонации соприкасаются друг с другом, прикрывая голосовые. Смыкание вестибулярных складок может быть полным или частичным, что зависит от степени гипертрофии и силы мышечного сокращения во время фонации. При неполном смыкании голосовые складки и их свободный край трудно обозримы.

Фонастения

Термин «фонастения» (от греческого *phon* — звук, *asthenia* — бессилие) употребляется для определения расстройств голоса у лиц, использующих его профессионально. При фонастении пациенты предъявляют обильные субъективные жалобы (першение, утомляемость голоса, зажатость, «комок в горле» и другие).

А. Митринович-Моджеевска [12] расценивает фонастению как дискоординационный невроз на фоне неврологической предрасположенности. Жалобы больных заключаются в том, что уже через несколько минут после начала голосовой нагрузки появляется изменение звучания и его нестабильность.

Таким образом, можно заключить, что фонастения является одним из функциональных расстройств голоса, которое может проявляться как обычной ларингоскопической картиной, так и соответствовать гипотонусной, гипертонусной или спастической дисфонии.

Спастическая дисфония — сложное нейродинамическое расстройство фонации, проявляющееся в чрезмерном напряжении и дискоординации внутренних и наружних мышц гортани, характеризующаяся нестабильностью и охриплостью голоса с выраженными спазмами или тремолированием голоса. По мнению большинства исследователей, прогноз неблагоприятен при сроках заболевания более 6 месяцев.

Спастическая дисфония чаще всего имеет психогенное происхождение, наблюдается у лиц женского пола после 45 лет. Нарушения голоса ситуативны: шепотная фонация и речь для себя, пение нарушены незначительно, отмечается улучшение при приеме алкоголя с последующим ухудшением. Голос низкий, грубый, напряженный, может меняться при произнесении одной фразы от нормального звучания до патологической фонации с резкой охриплостью и спазмами, затрудняющими коммуникацию. Плач, смех не нарушены, при волнении напряжение мышц увеличивается. Темп речи резко замедлен из-за голосовых пауз. В результате постоянного перенапряжения голосовые складки гиперемированы, отмечается гипертрофия вестибулярных складок, которые участвуют в фонации. Нередко наблюдаются сопутствующие движения лицевой мускулатуры, писчий спазм. В последнее время спастическую дисфонию относят к фокальным дистониям, что не позволяет ее расценивать только как функциональное нарушение, так как нельзя отрицать неврологической симптоматики.

Мутационная дисфония

Особый интерес представляют нарушения голоса в период мутации. Причины мутационных нарушений голоса можно подразделить на местные, нервно-психические, сенсорные и гормональные. К числу местных факторов следует отнести ускоренный рост гортани с увеличением длины, ширины голосовых складок, с увеличением хрящей гортани и образованием «адамова яблока» в период полового созревания мальчиков. Длина голосовых складок увеличивается на 1,5 см, в то время как у девочек на 3—4 мм. В этот период нарушается согласованная деятельность голосовых и перстнещитовидных мышц. Во время фонации отмечается их резкое напряжение с преобладанием тонуса перстнещитовидных мышц, в результате чего гортань смещается кверху и несколько кпереди. Голосовые складки вибрируют не всей своей массой, как у взрослых, а лишь в области их свободного края. Голос имеет очень высокую тональность, вплоть до фальцета. Это свидетельствует о том, что дети в этот период не способны перестраивать свои корковые импульсы, которые обеспечивают функционирование их гортани в новых условиях.

Пациенты с мутационной дисфонией часто являются единственным ребенком в семье с сильной привязанностью к матери. Нередко они воспитываются без отца и бессознательно настраиваются на материнский голос. Сохранению детского голоса высокой тональности способствует также наряду с семейными конфликтами и реакция упрямства, желание подростков сохранить прежний голос, их психологическая установка — противостоять возмужанию. В некоторых случаях это связано с участием в школьном хоре и исполнением репертуара, требующего высокого звучания голоса.

Сенсорные факторы также могут спровоцировать и поддерживать мутационные нарушения.

Причинами патологической мутации могут выступать острые респираторные заболевания верхних дыхательных путей, которые осложняют течение мутации и мешают закреплению нового голосового стереотипа.

Перенапряжение голоса в период мутации также отрицательно сказывается на формировании нового механизма голосообразования.

В этиологии мутационной дисфонии наряду с другими факторами значительную роль играют гормональные изменения, проявляющиеся задержкой полового развития, но они встречаются в повседневной практике не часто.

Нарушения в эндокринной системе приводят к стойким выраженным изменениям голоса. При гипофизарных расстройствах у подрост-

ков мутации не наступает, так как не происходит специфических изменений, связанных с ростом и оссификацией скелета гортани.

В зависимости от сроков (начала и окончания) и продолжительности мутации выделяют:

— преждевременную мутацию;

— неполную (незавершенную) мутацию;

— затянувшуюся (пролонгирующую) мутацию;

— вторичную мутацию.

Преждевременная мутация вызывается патологически ранним половым созреванием мальчиков в возрасте 8—10 лет, сопровождается ускоренным ростом гортани и значительным снижением тональности голоса; обусловлена повышенной продукцией половых гормонов в организме такого ребенка или приемом гонадотропных гормонов.

Неполная (незавершенная) мутация наблюдается часто при замедленном, позднем или продолжительном мутационном процессе. Эти формы мутационных изменений обычно протекают при нормальном содержании половых гормонов в крови у пациентов. Причинами их развития могут служить нервные потрясения или выраженное нарушение слуха. Больные жалуются на охриплость, пониженную работоспособность голосового аппарата, на то, что их часто при разговоре по телефону принимают за женщин. Основная частота разговорного голоса повышена по сравнению с нормой от квинты до октавы. Нижний диапазон голоса ограничен. В голосе отмечается придыхание. При ларингоскопии голосовые складки выглядят гладкими с усиленным сосудистым рисунком и с разрыхлением слизистой оболочки. Ларингостробоскопически определяется малая амплитуда фонаторных колебаний голосовых складок, фаза закрытия укорочена или отсутствует.

Затянувшаяся (пролонгирующая) мутация продолжается в течение 3—7 и более лет. Голос при этом сохраняет фальцетное звучание с различной степенью охриплости.

Вторичная мутация — мутационные изменения, возникающие после 20 лет, когда уже завершилась смена голоса и пубертатный парез чаще связан с гормональной перестройкой.

Кроме того, различают: извращенную мутацию, мутационный фистульный голос, фальцетный голос.

Извращенная мутация является редким нарушением, которое диагностируется у девочек во время пубертатного периода и характеризуется значительным снижением тональности голоса, который принимает теноровое, баритональное или даже басовое звучание. Гортань у таких девочек по размерам соответствует мужской. Причина этой формы мутации чаще всего связана с заболеванием эндокринных желез.

Мутационный фистульный голос наблюдается у лиц, у которых гортань имеет нормальные мужские размеры. Голосовые складки часто выглядят длинными, с гладкой поверхностью, обычной окраски, иногда с усиленным сосудистым рисунком. Однако отмечается избыточное напряжение перстнещитовидной мышцы и голосовых складок. Основная частота речевого голоса сильно повышена, в большинстве случаев на октаву. Голос звучит чисто, иногда резко, пронзительно или с придыханием. Способность к повышению голоса ограниченна. Во время речи голос иногда приобретает нормальный мужской тембр. При ларингостробоскопии имеются регулярные, равномерные колебания небольшой амплитуды с укороченной фазой закрытия.

Наиболее частым нарушением голоса в период мутации является **персистирующий** *фальцетный голос*. Расстройство возникает вследствие непостоянного чрезмерного напряжения перстнещитовидной мышцы, что в свою очередь приводит к излишнему натяжению голосовых складок. Гортань при этом занимает высокое положение, образуется фальцетный голос.

Мутационные изменения в голосе девочек не так заметны, как у мальчиков, поскольку увеличение гортани у них невелико и происходит в основном по вертикальной оси.

В зависимости от начала мутации выделяют *преждевременную* и *запоздалую* мутационные дисфонии. Преждевременная мутация, как правило, обусловлена нарушениями в эндокринной системе, ранним половым созреванием. Запоздалая мутация начинается в 18—20 лет и может быть вызвана расстройствами гормонального статуса, а также обусловлена психоэмоциональной неподготовленностью подростка к смене голоса.

Задержка полового развития, нарушение функции половых желез является причиной *евнухоидного голоса*. Гортань у таких больных не развита, надгортанник свернут, голосовые складки тонкие, голос высокий, напоминает женский.

При ринолалии и дизартрии наряду с нарушением звукопроизношения *изменения просодической стороны речи* являются одним из симптомов комплексного речевого дефекта, поэтому расстройства голоса у этой категории детей в период мутации имеют свои специфические особенности, так же, как у подростков с нарушениями слуха.

У тугоухих детей анатомически здоровый голосовой аппарат. Так как у глухих младенцев сохранны эмоционально-обусловленные голосовые реакции (смех, плач, гуление). Нарушение процесса звукового восприятия приводит к изменению и несформированности просодики

кой стороны речи, которые проявляются различными нарушениями голоса и интонации.

У слабослышащих и глухих детей расстройства голоса характеризуются нестабильным ларингеальным тоном, гипер- или гипоназальностью, фальцетным механизмом голосообразования, охриплостью, нарушением ритма и монотонностью интонаций. Как правило, в пубертатный период эти изменения усугубляются и могут стать причиной патологической мутации.

Подростки по-разному реагируют на вновь появившийся у них голос. Нами выделено две группы: безразлично относящиеся и болезненно реагирующие. Первую группу в основном составляют дети со сниженным слухом и речевой патологией, во второй — преобладают юноши, обучающиеся пению.

Органические нарушения голоса

К органическим нарушениям голоса относят расстройства, связанные с изменениями структуры органов и тканей голосового аппарата, вызываемые различными воспалительными процессами в гортани, развитием доброкачественных и злокачественных образований на голосовых складках, их деформацией и т. д. К органическим дисфониям относят нарушения голоса, обусловленные острым и хроническим ларингитом; вазомоторным монохордитом (односторонний неврит); узелками, полипами, кистами, контактными гранулемами; парезами и параличами возвратного нерва; варикозным расширением кровеносных сосудов слизистой оболочки; онкологическими заболеваниями.

К органическим нарушениям голоса разной степени выраженности следует также отнести нарушения голоса, обусловленные различной патологией (воспалительной, аллергической, нодозными или другими образованиями, нарушением иннервации и пр.) собственно складкового отдела гортани, и внегортанные, обусловленные патологией верхних и нижних дыхательных путей, которые приводят к изменению структуры органов и изменению голоса.

Острый и хронический ларингит

Ларингит — воспаление гортани. Острый ларингит, как правило, протекает в сроки от 10 до 14 дней, хронический имеет затяжной, длительный характер. Голосовые складки гиперимированы, отечны. Отмечается большое скопление слизи. Проводя противовоспалительное

лечение, можно наблюдать не только улучшение состояния слизистой оболочки гортани, но и динамику восстановления измененных показателей стробоскопической картины гортани.

Узелки и полипы голосовых складок

Узелки голосовых складок вызваны в первую очередь неправильной техникой голосообразования, чрезмерно активным смыканием голосовых складок и форсированной твердой атакой. Их нередко называют «узелки крикунов» или «узелками певцов». Они чаще наблюдаются у мальчиков, реже — у девочек (соотношение 3:1) в возрасте от 5 до 10 лет. Узелки голосовых складок представляют микроскопические изменения слизистой оболочки, возникающие в передней трети голосовых складок, в так называемой «узелковой зоне», голосовые складки структурно изменены образованиями 1—2 мм в диаметре. При узелках голосовых складок фонаторные колебания обычно сохранены (86%), реже (14%) — отсутствуют. Во втором случае голосовые складки находятся в приведенном и напряженном состоянии, соприкасаясь друг с другом в области узелков, в то время как между другими отделами остается узкая линейная щель до 1—3 мм в передней трети и до 2—3 мм в средней и задней трети (форма «песочных часов»).

Наличие или отсутствие смещения может быть использовано для дифференциальной диагностики незрелых («мягких», «молодых») и зрелых («твердых», «старых») узелков. «Мягкие» узелки лечат консервативно, а «твердые» требуют хирургического воздействия. У детей предпочитают щадящие методы.

При полипах голосовых складок (у детей встречаются редко, преобладают у мужчин) отклонения от нормальной ларингостробоскопической картины более выражены, чем при узелках. Отмечается корреляционная зависимость между характером, размером образования и степенью тех изменений, которые обнаруживаются при стробоскопическом исследовании. По морфологическим признакам выделяют *отечно-фиброзные*, сходные с узелками, только более крупных размеров и односторонней локализацией в нижней трети, и *ангиоматозные* — обусловленные кровоизлиянием в голосовых складках. Чем крупнее образование при отечно-фиброзных полипах, тем чаще отмечается отсутствие фонаторных колебаний голосовых складок. В тех случаях, когда они сохранены, то характер их асинхронный, ослабленный, отмечается малая амплитуда с неполным включением всей массы голосовой складки.

При ангиоматозных полипах, сравнительно легко диагностируемых при ларингоскопии по их ярко-красному цвету, нарушение фонаторных колебаний более значительно. Нередко полное отсутствие вибрации наблюдается даже при незначительных размерах сосудистого полипа. Восстановительный период (нормализация стробоскопических показателей) после хирургического удаления этих образований более продолжительный, чем при отечных и отечно-фиброзных формах.

Папилломатоз гортани

Доброкачественная опухоль гортани, чаще диагностируемая у детей, вызывает нарушение голоса в виде *дисфонии, патологического крика, афонии* и *хрипящего дыхательного стридора*. Папилломы чаще всего возникают в возрасте от двух до четырех лет. Одни авторы относят папилломатоз гортани к вирусным заболеваниям, другие связывают с иммунодефицитом. Причинами папилломатоза гортани могут быть экологические факторы, в частности, повышенная радиация.

Как правило, папилломы в детском возрасте имеют обширное распространение, что резко ограничивает подвижность голосовых складок, затрудняет дыхание и может привести к летальному исходу. Лечение папилломатоза гортани, как правило, хирургическое. Многократное оперативное воздействие приводит к рубцовым изменениям голосовых складок, вызывает психотравмирующее воздействие. Современные методы преодоления папилломатоза гортани являются комплексными, сочетающими хирургическое лечение, коррекцию иммунного статуса, фониатрическое и логопедическое воздействие.

Аномалии развития гортани

Чаще всего отмечаются отклонения в строении надгортанника. Он может быть недоразвитым и даже совсем отсутствовать. Иногда надгортанник оказывается резко деформированным: расщепленным на несколько долей, свернутым в трубку. Существенного влияния на функцию голосо-речеобразования дефекты надгортанника обычно не оказывают. Нередко аномалии надгортанника приводят к стридору.

В некоторых случаях наблюдается врожденная мембрана гортани — тонкая перепонка между голосовыми складками (или под ними), оставляющая небольшой просвет, через который проходит воздух. В зависимости от степени закрытия дыхательной щели отмечается большее или меньшее затруднение дыхания. Нередко возника-

ют охриплость и другие дефекты голоса. Лечение мембраны гортани только хирургическое. Однако после операции диафрагма нередко образуется вновь.

Парезы и параличи гортани

Парез — частичное ограничение подвижности гортани (до шести месяцев), паралич — полная неподвижность органов, продолжающаяся свыше указанного срока. По локализации поражения выделяют односторонние (правостороние или левосторонние) и двусторонние парезы и параличи. Преобладающее нарушение фонации или дыхания зависит от фиксации голосовой складки и ее приближенности к средней линии: латеральное (боковое), паралатеральное, парамедиальное, медиальное.

У больных с парезами и параличами гортани ларингоскопически отмечается отсутствие при фонации приводящих движений на стороне поражения и отводящих — во время дыхания. Большую роль в дифференциальной диагностике этих заболеваний оказывает стробоскопический контроль и миография. При парезах гортани на стороне поражения во время ларингостробоскопии отмечаются ослабленные вялые колебания голосовых складок с малой амплитудой и смещением слизистой оболочки в области свободного края. При параличах гортани фонаторные колебания отсутствуют.

В большинстве случаев голосовая складка как при парезе, так и при параличе бывает напряженной за счет натяжения перстнещитовидной мышцы, иннервируемой верхнегортанным нервом. В тех случаях, когда нерв поврежден, голосовая складка расслаблена. При ларингостробоскопии складка совершает беспорядочные, хлопающие колебания в вертикальной плоскости, обусловленные аэродинамическими условиями. Нельзя путать эти движения с типичными фонаторными движениями в горизонтальной плоскости.

Онкологические заболевания гортани

Известно, что среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей рак гортани занимает первое место и составляет от 65 до 70%. Заболеваемость раком гортани составляет 12,6 на 100 000 населения, чаще встречается у взрослых (старше 40 лет), хотя может наблюдаться и в более молодом возрасте. Саркома (разрастание соединительной ткани) иногда может развиваться и в детском возрасте.

В прежнее время прогноз при злокачественных опухолях был абсолютно неблагоприятен. Больные гибли от удушья или от кровотечения, вызванных ростом и распадом опухоли, либо от метастазов (вторичных очагов) опухоли в других жизненно важных органах. В последние годы, благодаря ранней диагностике и усовершенствованию методов лечения, особенно на ранних стадиях развития, прогноз значительно улучшился. Лечение рака гортани заключается в частичном или полном удалении гортани. Важное место в терапии злокачественных опухолей гортани занимает комбинированный метод, ведущим компонентом которого остается хирургическое вмешательство с предшествующим и последующим облучением рентгеновскими лучами или радием в сочетании с химиотерапией. Этот метод лечения, оправданный с онкологических позиций, является одновременно и калечащим, так как неизбежно приводит к косметическим дефектам, сопровождается выраженными функциональными нарушениями речи, дыхания, глотания и становится психотравмирующим фактором.

Известно, что, устраняя новообразование, операция тотального удаления гортани нарушает функцию дыхания (трахея разобщается с глоткой, дыхание происходит через трахеостому) и лишает больного голоса при сохранности артикуляционного аппарата и нейрофизиологических механизмов речи.

Полное удаление гортани с наличием постоянной трахеостомы может психологически тяжело переносится больными. Утрата звучной речи не только лишает пациента полноценного речевого общения, ограничивает возможности трудовой деятельности, но и нарушает социальные взаимоотношения и неизбежно приводит к инвалидности.

Основной особенностью речи после ларингэктомии является то, что после операции нарушается естественная система звукообразования. Больной утрачивает способность произносить вокализованные звуки из-за отсутствия органа фонации и за счет разобщения дыхательного аппарата и речевого тракта. Нарушается возможность перепадов давления в полости рта, необходимых для произнесения большинства звуков, распадается функция экспрессивной речи при сохранности артикуляционного аппарата и нейрофизиологических механизмов речи. *При попытке больного говорить фонация заглушается шумным выдыханием через трахеостому, что в свою очередь приводит к нарушению* полноценной коммуникации. После операции встает новая, не менее серьезная проблема — реабилитации такого человека, возвращения его в общество, в семью, на производство (Е. Л. Чойнзонов, Л. Н. Балацкая и др. [15]).

Дисфагия

Дисфагия — нарушение глотания. Глотание является сложным процессом, включающим в себя функционирование различных групп мышц и черепно-мозговых нервов. Если какая-либо часть этой сложной системы перестает функционировать правильно, что часто возникает вследствие перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, травмы и ряда других заболеваний, это ведет к возникновению у пациентов трудностей приема жидкостей и пищи. У пациентов часто возникает проблема нарушенного глотания — дисфагия. Такие состояния являются стрессовым и опасным фактором для пациентов.

Дисфагия нередко может вызвать аспирацию — проникновение инородных тел в легкие, что в свою очередь приводит к удушью, инфекции дыхательных путей, пневмонии. Нередко именно аспирационная пневмония является причиной летального исхода при инсультах.

В последние годы появился интерес к изучению проблемы дисфагии в России. Так как в группу риска дисфагии попадают в первую очередь больные с инсультом, травматическим повреждением мозга и новообразованиями, которые могут быть локализованы в полушариях коры головного мозга, стволе мозга, основании черепа, повреждать черепные нервы, и возникающим симптомам дисфагии могут сопутствовать проявления вовлечения этих структур.

В лор-практике часто приходится сталкиваться с ятрогенной дисфагией, вызванной хирургическим вмешательством при трахеостомии, приводящей не только к нарушению голосовой, дыхательной функции, но и расстройствам глотания.

При ряде неврологических болезней дисфагия является одним из симптомов болезни Паркинсона, заболевания мотонейрона, детского церебрального паралича, деменции различного генеза, рассеянного склероза.

Логопедическое обследование

Для изучения функционального состояния гортани современные исследователи располагают большим арсеналом субъективных и объективных методов исследования.

Слуховая оценка голоса

По мнению большинства исследователей, выявление нарушений голоса начинается с его слуховой оценки с первых слов, произнесенных пациентом в кабинете при сборе анамнеза, установлении причин

нарушения голоса, уточнении привычек (образа жизни) еще до проведения клинического осмотра и непосредственного обследования.

Оценка голоса субъективная и/или объективная безусловно важна в следующих случаях для диагностики патологии гортани; определения программы голосовой терапии фониатром (фонопедом); для сравнения голоса до и после лечения; клинических исследований.

Однако точная диагностика невозможна без проведения комплексного обследования с помощью описанных ниже методик.

Объективное исследование качества голоса важно для постановки диагноза, для объективизации, документации и сохранения информации.

Необходимость использования специального дорогостоящего оборудования объясняет проведение этих тестов в большинстве случаев в специализированных учреждениях, чаще научно-исследовательских лабораториях, реже в учреждениях практического здравоохранения.

Необходимый набор тестов должен включать такие методики, как: ларингоскопию; ларингостробоскопию; логопедическое обследование, включающее: анализ акустических характеристик звука (измерение частоты, интенсивности и времени максимальной фонации); изучение фонационного дыхания; определение «голосового поля»; психологическое обследование.

Ларингоскопия — один из наиболее доступных и эффективных клинических методов исследования гортани, позволяющий определить степень смыкания голосовых складок, выявить особенности анатомической структуры, констатировать воспалительные заболевания гортани и другие патологические состояния.

Исторически для этих целей использовалось гортанное зеркало. В последнее время все чаще помимо этого применяются жесткие или гибкие эндоскопы.

Ларингостробоскопическое обследование дает дополнительную ценную информацию о характере вибрации голосовых складок. При оценке характера вибрации голосовых складок следует обращать внимание на следующие параметры:

— наличие или отсутствие фонаторных колебаний голосовых складок;

— частоту основного тона;

— равномерность и синхронность колебаний по амплитуде и частоте;

— особенность смыкания (полное или частичное);

— форму голосовой щели при смыкании (в виде узкой полоски, вытянутого овала, в виде треугольника и т. д.);

— характер колебаний (энергичный, напряженный, ослабленный, вялый);

— стробоскопический «комфорт» (положительный или отрицательный);

— наличие или отсутствие смещения слизистой оболочки по свободному краю голосовых складок.

Однако описанные методы достаточно субъективны, так как зависят от уровня подготовки специалиста, проводящего исследование.

Более информативными являются *видеоларингоскопия и видеоларингостробоскопия.* Преимущество методов заключается в возможности получения изображения гортани на экране монитора в увеличенном виде, что позволяет исследователю оценить функциональное состояние голосового аппарата и выявить патологические изменения.

Документальная запись ларингоскопической картины на пленку позволяет обсудить с пациентом характер заболевания, наметить программу лечения и оценить результаты терапии. Видеостробоскопия дает возможность получить изображение гортани в оптимальных физиологических условиях. Сильное увеличение и хорошее освещение позволяют детально осмотреть гортань.

Кроме того, для оценки состояния структур и функции гортани могут использоваться и такие методы, как эндоларингография, компьютерная томография, электромиография, глоттография и др.

Анализ акустических характеристик голоса

Данные об интенсивности звучания голоса получают несколькими способами: измерение шумомером; при проведении ларингостробоскопии или других измерительных приборов, например, «Vocal-2» или компьютерных программ «Видимая речь» или «Doctor Speech», с помощью прибора «Vocal-2», преобразующего звуковой сигнал голоса обследуемого в электрический и световой, динамически меняющийся на экране монитора; при определении «голосового поля» прибором фирмы «Хайнеманн» (подробно описано ниже).

Измерение основной частоты

Данные об основной частоте голоса также получают несколькими способами, например, при проведении ларингостробоскопии. Перед настройкой аппаратуры на табло фиксируется значение частоты основного тона (F_0) при произнесении гласного звука.

Исследование проводится во всем доступном для тестируемого частотном диапазоне, особое внимание обращается на возможность фонирования F_0.

Кроме того, для определения частотного диапазона может использоваться компьютерная программа «Видимая речь», которая позволяет не только проводить диагностику, но и применяться для голосового тренинга. Для исследования частоты основного тона применяются шкалы «Высота» (градусник) и «Спектр».

Спектральный анализ гласных звуков

Наиболее информативным методом исследования является спектральный анализ, позволяющий судить о формантной структуре звука, его интенсивности и изменении F_0 в динамике.

Спектрографический анализ на динамическом спектрографе особенно ценен, так как позволяет определить все интересующие параметры звука во временном плане, обработать полученные результаты и внести их в банк данных, оценивая их в динамике.

Сонография — «видимая речь». Речевые звуки изображаются в виде спектрограммы, когда к оптической картине анализа добавляется третья величина — время. По оси абсцисс отмечают время, по оси ординат — частоту. Частотный диапазон в пределах 85—8000 Гц. Весь анализ продолжается 5 секунд. Анализ голосового тембра проводят с помощью вращающегося цилиндрического экрана, специальной трубки или фосфоресцирующей ленты, освещаемой вертикально расположенными лампочками. При воздействии небольших искр на чувствительную к электрическому току бумагу после многократных повторений от низких тонов к высоким формируется картина — *сонограмма*.

Для оценки интонационных особенностей речи используется прибор *интонограф*. Магнитофонные записи пропускают через осциллограф, преобразованный сигнал регистрируется на фотобумаге чувствительностью 100 ед., скорость движения бумаги составляет 20 мм/с. При анализе речевого материала следует обращать внимание на особенности изменения частоты основного тона при произнесении утвердительной или вопросительной фразы, а также на интенсивность голоса. В каждом случае определяют абсолютный и относительный диапазоны речи, изучаемые при чтении стандартного теста, среднее время произнесения которого было известно по результатам исследования контрольных обследованных.

Метод определения «голосового поля»

Метод позволяет определить минимальные и максимальные значения высоты и интенсивности голоса. Для определения «голосового поля» можно использовать шумомер, пианино, а в последнее время — специальные компьютерные программы.

Исследование позволяет не только оценить голосовые возможности обучающихся, но и правильно выбрать тональность для начала коррекционной работы.

Изучение темпа и ритма речи

Изучается абсолютный и относительный темп речи при чтении стандартного текста, среднее время произнесения которого известно по исследованию здоровых обследованных. Кроме того, определяется возможность больных с нарушением голоса варьировать (ускорять или замедлять) скорость речи. Исследование ритма предполагает точность воспроизведения заданного ритма, возможности удерживания задания, способности переключения с одного ритма на другой.

Комплексное обследование ребенка или взрослого с нарушением голосообразования отоларингологом и логопедом (фонопедом), взаимопонимание и согласованность действий этих специалистов позволяют своевременно выявить любую патологию голосообразования и своевременно начать коррекционные мероприятия.

Изучение физиологического и фонационного дыхания

При оценке дыхания особое внимание обращается на координированность вдоха и выдоха, их характер (через нос или рот, частоту вдохов), распределение силы выдыхаемого воздуха во время речи. При наблюдении за обследуемыми в процессе общения определяют тип дыхания (ключичный, грудной, брюшной).

Рассматривая особенности дыхания, следует учитывать данные функции внешнего дыхания, жизненную емкость легких (ЖЕЛ), время максимальной фонации (ВМФ), коэффициент С/З и коэффициент фонации (КФ).

Для определения ВМФ предлагают произнести как можно длительнее гласный звук после предварительного вдоха. Для объективизации показателя измерение производят 3 раза и высчитывают средний показатель. Интенсивность и тональность произносимого звука не должны вызывать дискомфорта у обследуемого.

Далее определяют коэффициент С/З. Для этого измеряют ВМФ звуков «с» и «з» аналогично описанной выше методике при фонации гласных.

Измерение коэффициента фонации (КФ) проводят по формуле, предложенной M. Hirano (1968):

КФ = ЖЕЛ/ВМФ.

Психологическое обследование

Психологическое обследование направлено на выявление личностных особенностей пациентов, связанных с нарушением коммуникативной функции речи, определение первичных и вторичных проявлений, изучение характерологических особенностей, самооценки голоса уровня притязаний. Психологическую характеристику составляют на основании наблюдения за поведением обследуемых на занятиях, в общении с окружающими. Кроме того, проводятся дополнительные исследования.

Для этих целей могут быть рекомендованы MMPI (Миннесотский многофазный личностный тест), тест Айзенка, тест Люшера, тест Спилбергера и другие.

Для самооценки речи и голоса используется модифицированная методика Дембо — Рубинштейн, позволяющая оценить степень осознанности своего здоровья и нарушения голоса. Одновременно оценка степени нарушения голоса осуществляется бригадой аудиторов, сопоставление самооценки и оценки аудиторской бригады позволяет судить о фиксированности обследованного на собственном заболевании.

Изучению самооценки голоса большое внимание уделяют как зарубежные, так и отечественные исследователи.

Самооценка голоса играет существенную роль в прогнозе эффективности реабилитационного процесса, так как нередко нарушения речевого слуха являются причиной голосовых расстройств и в значительной степени затрудняют формирование самоконтроля и правильного стереотипа голоса. Особое значение должно придаваться скрининговым методам исследования голоса, позволяющим своевременно диагностировать его расстройства и начать комплексное воздействие по коррекции нарушений и развитию его природных качеств. Эти методы позволяют также оценивать профессиональные компетенции обучающихся в динамике.

Почетный профессор кафедры речи и слуха научного Университета Аризоны (США) Д. Бун (1997) считает, что первым шагом к улуч-

шению голоса является понимание пациентом различных голосовых особенностей. Для этого он предлагает тест, который включает список из 100 прилагательных, описывающих различные положительные и отрицательные характеристики голоса. Частотность употребления этих определений различна: некоторые из них являются высокочастотными при описании голоса, другие используются довольно редко, а какие-то имеют индивидуальное значение для отдельного человека.

Пациенту рекомендуется внимательно ознакомиться с характеристиками, приведенными в таблице, обдумать значение каждого слова и оценить их как положительную (+) или отрицательную (-). При этом нужно отметить и те, которые им раньше не встречались. Это задание помогает понять, насколько многозначно описание голоса, а также развивает способность оценивать его звучание.

Обследуемый до этого не информирован, что в тесте представлено по 50 положительных и отрицательных характеристик голоса. Некоторые из них не всегда понятны (кремнистый, шелковистый, сырой) и заставляют задуматься над тем, как может звучать такой голос. После этого автор предлагает ознакомиться с другой таблицей и сравнить свои ответы-оценки с теми, которые даны автором методики.

Далее обследуемый может определить, насколько его оценки совпадают с авторскими.

После чего рекомендуется, пользуясь определениями из таблицы, описать голоса известных людей, политиков, актеров. Это помогает научиться анализировать голоса окружающих.

Автор подчеркивает, что его описание голосов может отличаться от мнения других людей, и это нормально. Задача этого упражнения научиться как можно глубже и шире анализировать голос. Затем можно переходить к анализу собственного голоса.

1. Для этого нужно записать на диктофон собственный голос во время чтения или простой импровизации. Прослушать запись несколько раз и с помощью таблицы охарактеризовать свой голос, выбрав из списка семь или восемь наиболее подходящих слов. Прослушать запись снова и ограничить свою характеристику до трех слов. По мнению Буна, именно они отражают восприятие собственного голоса.

2. После этого необходимо попросить близкого друга или родственника охарактеризовать ваш голос, используя семь или восемь слов из таблицы, затем сопоставить оценки.

3. Выбрать пять или шесть человек среди знакомых или известных людей, сделать запись их голосов и описать каждый, используя таблицу.

Автор убежден, что такие упражнения позволяют различать индивидуальность голоса, развивают понимание положительных и отрицательных качеств голоса, способствуют развитию речевого слуха и самооценки.

Немецкие ученые Й. Паан и Э. Паан (1997) предлагают авторский метод слуховой сенсибилизации по голосоречевым признакам. Авторы считают, что способность к анализу просодической стороны речи является прогностической в постановке голоса и его коррекции.

Для проведения исследования требуется два магнитофона и микрофон. Обследуемому предъявляют тест, состоящий из 12 заданий для проверки конкретных аспектов просодики: темп, ритм, высота, напряжение (атака) голоса, слоговая динамика, интонация. В заданиях используются бессмысленные слоги и выражения, не зависящие от конкретного языка или диалекта. Каждое задание трижды предъявляется обследуемому, от которого требуется их повторить, результаты фиксируются на втором магнитофоне. Для женщин и мужчин тестовые задания произносятся разными дикторами. После чего записи прослушиваются и оценивается правильность выполнения. Разработана балльная шкала оценок, позволяющая планировать и прогнозировать эффективность обучения.

В тех случаях, когда тестируемый не может оценить, правильно ли он выполнил задание, причина нарушений голоса, в первую очередь, связана с особенностями речевого слуха, поэтому работа и постановка должна начинаться с его коррекции.

Тогда же, когда обследуемый адекватно оценивает просодические особенности и выполнение заданий, основная причина заключается в моторной сфере, и методика должна строиться иначе.

Эффективность обучения во многом зависит от мотивации, внешних воздействий и правильности планирования индивидуального обучения.

Методика выявления профессионально значимых голосовых параметров

Для более углубленного изучения качественных характеристик голоса мы разработали и апробировали методику уровня самооценки собственного голоса педагогами и студентами, его соответствия профессиональной деятельности, что позволяет установить параметры профессионального голоса, сформировать оценочные компетенции самоанализа.

Мы предлагали дать качественную характеристику голоса педагога, составив эталонные ряды по положительному и отрицательному

множеству. Тестируемый должен был подобрать максимальное число слов, характеризующих параметры здорового и патологичного голоса лиц речевых профессий по высоте, интенсивности, тембру, выносливости, после чего отметить, какие черты присущи ему самому.

Результаты позволяют определить значимые параметры голоса для различных групп обследуемых: студентов, начинающих курс по постановке голоса; студентов, завершающих курс занятий; педагогов различных предметов, имеющих и не отмечающих голосовые проблемы, а также осуществить персонифицированный подход в коррекционной работе.

Система логопедической работы при коррекции и развитии голоса

Коррекционная работа строится с учетом данных, полученных в результате комплексного клинико-педагогического обследования, базируется на знании особенностей голосового дефекта при разных нозологических формах и учете личностных психологических особенностей, таких как фиксированность на дефекте и определение ведущего канала сенсорной модальности и других.

Программа реабилитационных мероприятий составляется с учетом комплексной оценки состояния голосоречевого аппарата и слуха, коммуникативных возможностей и личностных психологических особенностей, включает медицинские мероприятия, психотерапевтическое и логопедическое воздействие.

Цель восстановительного лечения голосовых нарушений реализуется в двух направлениях:

— восстановление органической структуры артикуляционного и голосового аппарата;

— коррекция поведения и личности говорящего и выработка правильных голосовых стереотипов и техники голосообразования.

Основная задача реабилитационных мероприятий — устранение этиологического фактора, формирование оптимального звучания голоса при наименьшем мышечном напряжении.

Фонопедическая работа подразделяется на 3 этапа: подготовительный, основной (формирование нового механизма голосообразования), закрепление и автоматизация речевого стереотипа.

Задача подготовительного этапа заключается: во всестороннем обследовании пациента с целью составления плана дальнейшей коррекционной программы; в ослаблении патологических речевых связей; активном сознательном включении в тренировку; подготовке дыха-

тельного, голосового и артикуляционного аппарата к последующим голосовым тренировкам; развитии речевого слуха; координации общей и мелкой моторики.

Задачей основного этапа является активное формирование навыков речевого дыхания, воспитание нового стереотипа голосообразования, предполагающего оптимальное звучание голоса при минимальном мышечном напряжении.

Задача заключительного этапа состоит в закреплении полученных навыков, расширении диапазона звучания и развитии выносливости к голосовым нагрузкам.

Для достижения оптимальных функциональных результатов могут быть использованы фонохирургия, медикаментозное лечение; применены различные приборы для тренировок, психотерапия, голосовой тренинг.

Оптимизация представляет целенаправленное воздействие на основе закономерностей и принципов обучения, выбор наилучших вариантов, современных форм и методов для разработки системы педагогического воздействия в целом, которая позволяет при минимально необходимых затратах времени и усилий логопеда и обучающегося получить максимальные результаты.

В процессе тренировок следует добиваться умения изменять тональность, интенсивность звучания в специальных упражнениях, а главное — сформировать навык голосообразования в процессе спонтанной речи.

Коррекционно-педагогическая работа по восстановлению голоса при его нарушениях базируется на общедидактических принципах, а также принципах специальной педагогики.

Комплексное логопедическое (ортофоническое) воздействие патогенетически обусловлено и при гипотонусных состояниях имеет стимулирующее действие, а при гипертонусных дисфониях направлено на релаксацию мышечного аппарата.

Под *постановкой (воспитанием) голоса* понимается развитие определенных навыков голосообразования и голосоведения в соответствии с предъявляемыми к нему требованиями. Основная цель — добиться выносливости голосового аппарата к интенсивным речевым нагрузкам и обеспечить возможность его работы с минимальной затратой энергии, но с максимальным акустическим эффектом.

Основные направления комплексной логопедической работы:

— психотерапия;

— развитие физиологического и фонационного дыхания;

— совершенствование резонаторной системы;

— постановка голоса;
— развитие речевого слуха и самоконтроля;
— расширение диапазона звучания.

Психотерапия в комплексной реабилитации лиц с нарушениями голоса

Важное место в системе коррекционных мероприятий у больных с нарушениями голоса занимает психотерапия, главная задача которой — активное и сознательное включение пациента в процесс обучения.

Психотерапия предполагает индивидуальный подход к пациенту с учетом его возраста, особенностей личности, характера и длительности расстройства голоса. Основными средствами рациональной психотерапии являются беседа, убеждение, отвлечение, вселение уверенности в успех предлагаемого лечения.

К методам суггестии относятся такие технологии, как аутогенная тренировка, внушение, гипноз. Важным является обучение саморегуляции, в частности, аутогенной тренировке (АТ). Занятия аутогенной тренировкой позволяют путем самовнушения достичь состояния релаксации, мышечного расслабления, а затем проводить целенаправленное воздействие на те или иные вегетативные и психические процессы. С помощью АТ удается сделать пациентов более резистентными в отношении психотравмирующих воздействий, тем самым предотвратить рецидивы.

В настоящее время широко используются методы арт-терапии, музыкотерапии, пескотерапии и сказкотерапии.

Развитие физиологического и фонационного дыхания

Особое значение придается устранению ошибок дыхания: неэкономного использования воздуха в процессе голосообразования, укороченного спорадического выдоха, инспирированной речи, частых доборов воздуха ртом, дискоординации носового и ротового дыхания, использования во время речи ключичного или верхнереберного дыхания.

Первостепенное значение в работе над воспитанием правильной техники голосообразования придается обучению правильному фонационному дыханию.

Воспитание дыхания и развитие голоса — это единый процесс. Те качества дыхания, которые необходимы в процессе фонации, корректируются и развиваются в процессе звучания; во время выполнения

специально подобранных статических и динамических, постепенно и дозированно усложняющихся дикционных и голосовых упражнений. Процесс значительно ускоряется при выполнении динамических упражнений, которые способствуют развитию дыхания и оказывают косвенное воздействие на координацию и совершенствование фонационной мускулатуры. Комплекс дыхательных упражнений составляется индивидуально с учетом выявленных ошибок фонационного дыхания. Для этих целей рекомендуются различные типы упражнений.

Статические дыхательные упражнения, основная задача которых — воспитать смешанно-диафрагмальный тип дыхания, скоординировать правильное соотношение носового вдоха и ротового выдоха, добиться сознательного произвольного управления дыханием.

Динамические дыхательные упражнения облегчают процесс овладения навыком координированного дыхания, косвенно влияют на процесс фонации. Динамическая дыхательная гимнастика физически укрепляет организм, развивает фонационное дыхание, подготавливает обучающихся к интенсивным голосовым нагрузкам. Выбор комплекса динамических упражнений зависит не только от физических возможностей пациентов, но и учитывает выявленные при обследовании недостатки голоса.

Фонационные дыхательные упражнения

Те качества дыхания, которые необходимы для речевой деятельности, корригируются и развиваются в процессе фонации, во время проговаривания постепенно усложняющихся заданий. Сочетание фонационных упражнений с лечебной гимнастикой значительно ускоряет процесс автоматизации, способствует развитию дыхания и косвенно совершенствует дыхательную мускулатуру.

На подготовительном этапе занятия начинают со статических дыхательных упражнений, используя глухие щелевые согласные звуки и гласные. Вместе с тем у некоторых обучающихся приходится начинать упражнения в положении лежа, так как закрепившийся патологический навык фонации оказывается стойким.

На этапе формирования голосового навыка речевой материал подбирается с учетом индивидуальных возможностей и клинического диагноза.

На этапе автоматизации и закрепления голосовых навыков используют различной степени сложности стихи, пословицы, поговорки, скороговорки.

Далее в тренинг включается рифмизированная стихотворная речь, прозаические тексты, проводят работу над диалогом.

При выборе речевого материала нужно ориентироваться на звуки, наиболее хорошо произносимые тренирующимися. Тексты по возможности подбирать с учетом интересов обучающихся, что во многом облегчает процесс автоматизации.

Иногда отмечается избыточная вентиляция, вызывающая неприятные ощущения, головокружение. Соблюдая принцип постепенности и дозированности при выполнении упражнений, можно избежать этих осложнений.

Оптимальный результат дают тренировки, продолжающиеся 5—10 минут с интервалом 10—15 минут.

Совершенствование резонаторной системы

Важным моментом правильного голосообразования является использование в речи системы резонаторов. Известно, что верхний резонатор, или «надставная труба» (полость глотки, рта, носа и придаточных пазух), обеспечивает такие качества голоса, как звонкость, «полетность» звучания, а за счет нижнего резонатора (грудная клетка) достигается сила голоса.

В работе над резонированием звучания можно выделить следующие направления коррекционной работы:

— настройка резонаторно-артикуляционной системы с помощью слуховых и вибрационных ощущений;

— укрепление резонаторно-артикуляционной системы;

— совершенствование системы резонирования звучания.

Занятия по развитию резонаторно-артикуляционной системы начинают с массажа или самомассажа. Массаж способствует активизации процесса кровообращения, обмена веществ, улучшает иннервацию. Массируя мышцы, участвующие в процессе речеобразования, достигают расслабления или повышения тонуса в зависимости от приема проведения процедуры.

Гигиенический массаж позволяет добиться снятия излишней напряженности артикуляционной мускулатуры, мышц шеи. Техника проведения массажа традиционна — поглаживание или разминание.

Вибрационный массаж сопровождается произнесением сонорных звуков, звонких щелевых согласных и гласных в зависимости от области массируемого участка тела.

Точечный массаж, разработанный А. А. Уманской, рекомендуется для предупреждения острых респираторных и вирусных заболеваний верхних дыхательных путей.

Для выведения звука в «маску», активизации верхнего резонатора применяют упражнения с сонорными звуками [м], [н]. При произ-

несении этих звуков обучающиеся добиваются ощущения вибрации крыльев носа, верхней губы и альвеолярного отростка. Иногда трудно добиться указанных ощущений на первых занятиях, в этом случае следует усиливать вибрацию легким постукиванием по крыльям носа, губе, произнося слоги *биммм, бэммм, доннн, диннн*, удлиняя последний согласный.

Всем пациентам, у которых отмечается вялость артикуляции или, напротив, чрезмерное напряжение оральной мускулатуры, для укрепления резонаторной системы рекомендуется артикуляционная гимнастика.

Артикуляционная гимнастика развивает подвижность нижней челюсти, губ, языка и мягкого нёба. Упражнения проводятся медленно, плавно, четко, с обязательным зрительным контролем перед зеркалом. Задача тренировок заключается в воспитании легкости и свободы движений органов артикуляции.

Обычно тренировочные упражнения подбираются из комплексов, развивающих подвижность нижней челюсти, губ, языка, мягкого нёба.

Особое внимание уделяется отработке артикуляции гласных звуков. Вначале это беззвучная артикуляция, затем шепот и далее озвучивание артикулемы. Задания усложняются при последовательном переключении от одного артикуляционного уклада к другому: сначала попарное произнесение звуков, затем трезвучия, далее весь ряд гласных звуков. Темп выполнения заданий ускоряется.

Используется произнесение слоговых рядов из однотипных согласных звуков. В первую очередь отрабатывается прямой открытый, затем закрытый слоги; усложняя задание, подключают слоги со стечением согласных.

Слоговые ряды произносятся равноударно или с перемещением ударения поочередно на первый, второй и последующие слоги.

Далее речевой материал усложняется при тренировке слогов с двойным, тройным стечением согласных близких фонетических групп, отличающихся по одному корреляционному признаку.

На этапе автоматизации в работу включаются простые и сложные скороговорки.

Постановка голоса и расширение его диапазона

Постановка голоса — строго индивидуальный процесс, поэтому нельзя ограничиваться трафаретными для всех случаев требованиями. Начинать голосовые тренировки можно только после согласования с врачом-фониатром, тесный контакт логопеда и врача способствует выбору оптимальных нагрузок для обучающихся.

Приступая к работе над коррекцией голоса, особое внимание следует обращать на начало звукообразования или атаку. Из трех способов атаки — придыхательной, твердой и мягкой — наиболее физиологичной является последняя.

Не менее важно выбрать правильную тональность и интенсивность звучания для начала занятий, так как чрезмерно высокий или низкий, тихий или громкий голос может вызвать быструю утомляемость и привести к нежелаемым последствиям. Выбор базовых звуков при коррекции нарушений фонации обусловлен в первую очередь клиническим диагнозом и зависит от характера смыкания голосовых складок, тональности звучания и голосовой атаки.

Продолжительность голосовых тренировок строго дозируется и обусловлена психосоматическим состоянием тренирующихся. Начиная с первых занятий, следует избегать переутомления. Вначале продолжительность не превышает 2—3 минут с 5—10-минутным перерывом, постепенно время занятий удлиняется и на заключительном этапе достигает 15—20 минут при 4—5-разовом выполнении в течение дня.

Основная цель этого этапа — формирование оптимального звучания при наименьшем мышечном напряжении — реализуется через правильно подобранные индивидуально для каждого ребенка базовые звуки и слоги, интенсивность и тональность звучания.

При твердой атаке воздушная струя наталкивается на очень плотно закрытые голосовые складки, которые раскрываются одним ударом. Твердая атака напоминает прорыв воздуха сквозь плотно сомкнутые губы при произнесении короткого взрывного согласного [п], воспринимается на слух как «голосовой удар», стаккато в музыке. Такая техника применяется на начальном этапе при парезах и параличах гортани, гипотонусной дисфонии.

При придыхательной атаке голосовые складки смыкаются после предварительного прохождения воздуха, то есть неэкономно расходуется значительная часть воздуха. Чаще всего голосовые упражнения на придыхательной атаке начинаются при ларингитах, спастической и гипертонусной дисфонии.

При мягкой атаке голосовые складки плавно смыкаются друг с другом, при этом создается достаточное подскладочное давление, обеспечивающее оптимальные условия для колебаний и безупречное звучание.

Конечная цель фонопедических занятий — это формирование мягкой атаки голосообразования и голосоведения. Основной принцип, на котором строятся фонопедические тренировки, — метод проб и ошибок, осуществляемый индивидуально для каждого больного при формировании оптимального звучания базового звука.

Традиционно применяются сонорные звуки [м] или [н] как базовые при различных нарушениях голоса: психогенной афонии, гипотонусной дисфонии, парезах и параличах гортани, ларингитах, узелках и полипах голосовых складок.

Опыт показывает, что для некоторых больных предпочтительными оказываются иные способы вызывания и постановки голоса.

При психогенной афонии нередко положительный результат достигается на инспирированной фонации сонорных и гласных звуков. Этот же прием можно использовать при парезах и параличах гортани, у больных с функциональными нарушениями, болезненной фиксированностью на патологическом механизме фонации.

При выборе речевого материала следует ориентироваться на звуки, наиболее хорошо произносимые тренирующимися, тексты должны отвечать возрастным особенностям, что во многом облегчит процесс автоматизации. Установлено, что наиболее эффективным методом автоматизации и закрепления голосовых и просодических навыков является обучение диалогической речи, поскольку диалогическое высказывание труднее в коммуникационном плане и хуже контролируется говорящим. В диалоге каждый из участников поочередно выступает в качестве слушающего и говорящего, в естественном общении он всегда обусловлен конкретной ситуацией, необходимостью слежения за мыслью собеседника, спонтанной сменой тем речевого общения.

Развитие речевого слуха и самоконтроля

Важным разделом в работе над голосом является формирование и развитие слухового контроля. Главным условием нормального процесса воспитания и коррекции голоса является достаточная острота физического слуха.

К сформированным качествам фонематического слуха и восприятия относят способность различать силу, высоту звука, нормальный и патологический тембр голоса (охриплость, назализацию, тремолирование, глухость и т. д.), изменение интонации (вопросительная, утвердительная, восклицательная), логическое ударение во фразе.

Различают *активный* и *пассивный фонематический слух* и восприятие. Под пассивным фонематическим слухом понимается способность воспринимать звуки и интонационные фигуры. Активный фонематический слух и восприятие — это воспроизведение услышанного (имитация).

Нередко несформированный пассивный фонематический слух является причиной неэффективности логопедического (ортофонического) воздействия. Поэтому совершенствованию и развитию слухового

восприятия уделяется пристальное внимание, так как в дальнейшем именно слуховой и мышечный контроль позволяет проводить корректировку звучания, доводя его до автоматизма.

Для воспитания *фонематического восприятия* используются магнитофонные записи голоса больных, фиксируется внимание обучающихся на ошибках в голосоведении. После того как сформирован навык выделения патологического звучания, обсуждаются недостатки голоса самого тренирующегося. Способность анализировать собственные ошибки голосоведения позволяет сократить сроки воспитания правильного голосового стереотипа. Последовательность работы над развитием речевого слуха может быть представлена следующим образом:

1) развитие слухового внимания;

2) сравнение и сопоставление различных образцов;

3) попытки воспроизведения;

4) анализ собственного звучания;

5) внутреннее проговаривание с опорой на эталонный образец логопеда;

6) сопряженное произнесение образца;

7) достижение оптимального качества звучания в спонтанной речи на основе самоконтроля.

«Негативная практика» — эффективный метод обучения, применяемый в коррекционной работе. Сознательное подчеркивание нежелательных качеств звучания позволяет ускорить процесс их различения тренирующимися. Сначала демонстрируются логопедом элементы правильной и патологической фонации (слишком высокий или низкий, задавленный, охриплый), а затем под контролем логопеда обучающийся улавливает разницу при формировании нормального и патологичного голоса.

Наиболее эффективна методика при гипертонусной дисфонии, при устранении недостатков резонирования звучания.

Расширение диапазона звучания

Следующим этапом работы над голосом является расширение диапазона звучания, которое осуществляется по следующим направлениям:

- развитие силы голоса;
- развитие высоты голоса;
- развитие тембра голоса;
- совершенствование интонационной стороны и выразительности речи.

Особое внимание следует уделять развитию просодической стороны речи, отработке голосовых модуляций, расширению диапазона звучания, темпа и ритма. Для этого можно использовать следующие упражнения:

- произнесение различного по степени сложности речевого материала на шепоте, тихим голосом, далее с постепенным усилением звучания;
- проговаривание тестовых заданий с постепенным изменением высоты;
- отработка вопросительной и утвердительной интонации в различных коммуникационных ситуациях;
- изменение темпа выполнения заданий.

Развитие темпо-ритмических модуляций проводят, сочетая движение и речь. Медленный темп выполнения движений сопровождается более плавным произнесением специально подобранных скороговорок, различных текстов. Ускорение темпа движений координируется с более быстрым проговариванием речевого задания. Это позволяет обучающимся сознательно управлять темпом и ритмом речи в зависимости от ситуации.

Работа над эмоциональностью речи осуществляется при выполнении этюдов: предлагается один и тот же речевой материал произнести в утвердительной и вопросительной интонации, за счет просодических средств (ударения, длительности звучания, пауз) менять смысл высказывания (просьба, приказ, удивление, раздражение, пренебрежение и т. д.).

Курс заканчивается произнесением специально подготовленных текстов, раскрывающих возможности природных данных голоса обучающегося.

Эффективность восстановительной терапии зависит от времени начала коррекционной работы, длительности заболевания и должна быть обеспечена комплексным медико-педагогическим воздействием.

Для повышения эффективности обучения применяется биологическая обратная связь.

Применение биологической обратной связи в комплексной реабилитации больных с нарушениями голоса

Одним из инновационных направлений современных научных исследований в логопедии последнего десятилетия в различных странах Европы, Америки и Азии признаны проблемы нейропластичности. Нейропластичность как междисциплинарное направление, появившееся на стыке нейробиологии и научной медицины, успешно раз-

вивается при лечении многих хронических заболеваний, клинических синдромов и симптомов, в том числе нарушений голоса и речи.

Теория нейропластичности рассматривает мозг не как набор специализированных частей, каждая из которых имеет определенное место и функцию, а как динамичный орган, способный перепрограммировать и перестраивать себя в случае необходимости, изменять структуры нейронов мозга, их функций, образовывать новые нейронные связи в ответ на различные воздействия на мозг. Физиологическая основа этих методов — пластичность головного мозга, процедурная основа — условнорефлекторное обучение, базирующееся на кибернетических принципах обратной связи и тренинговых упражнениях, развитии компенсаторных механизмов.

В литературе нейропластичность обозначают разными терминами: биоуправление, нейротерапия, биологическая обратная связь (БОС). В англоязычной литературе используются термины biofeedback и neurofeedback.

Научные исследования в области биоуправления интенсивно проводятся в нашей стране и за рубежом в течение последних двух десятилетий. В основу БОС положено учение о функциональных системах академика П. К. Анохина.

Биологическая обратная связь — комплекс процедур, в ходе которых тренирующемуся подается информация о состоянии физиологических процессов с целью сознательного обучения управлению функциями, которые не контролируемы в обычных условиях.

Физиологическая суть компенсаторных приспособлений состоит в том, что каждая попытка человека исправить имеющиеся дефекты должна быть оценена немедленно по ее результату. Человек с помощью органов чувств постоянно воспринимает информацию об окружающей среде, соотносит ее с информацией, хранящейся в памяти, составляет программу будущих действий и действует. Но на этом цепочка не обрывается, а замыкается на ее начало, т. е. происходит оценка результата действия с помощью органов чувств, сравнение их с моделью ожидаемого результата. Если есть расхождения в каком-либо из звеньев системы, то происходит корректировка программы действия.

БОС подразделяется на два больших класса: положительная и отрицательная.

Отрицательная обратная связь означает, что функция системы, вызванная каким-либо внешним воздействием, уменьшает это воздействие. При положительной БОС реакция системы способствует развитию процесса в том же направлении.

Необходимым условием саморегуляции является наличие положительной обратной связи. Положительная БОС способствует быстрому реагированию на раздражитель, следовательно, формированию навыка.

Различают однопараметрическую (зрительную, тактильную, слуховую) и многопараметрическую БОС в зависимости от преимущественного использования канала обратной афферентации одного или нескольких.

Выделяют монофункциональную и полифункциональную БОС в зависимости от достигаемого результата в ходе тренировок и воздействия на один или несколько параметров нарушенной функции.

БОС в настоящее время используется достаточно широко в терапии, реабилитации и коррекции ряда функциональных и поведенческих расстройств различной этиологии и генеза.

Суть БОС заключается в применении различных приборов, позволяющих получить визуальную тактильную или слуховую информацию о физиологической активности, оценить результат и при необходимости его скорректировать.

Для выработки самоконтроля в практике широко используется визуальный канал и приборы, преобразующие звук в зрительный образ.

Например, прибор VIC (Voice Intensity Controller), позволяющий контролировать говорящему интенсивность голоса в упражнениях (A. E. Aronson).

Контролировать процесс колебаний голосовых складок можно и при ларингостробоскопическом исследовании.

Для тренировки дыхания применяют приборы «Трифоло-2», «Валдай-5», программы «Кардио БОС» и другие.

Для усиления вибрационных ощущений рекомендуется верботональная методика и использование аппарата АГ-20, нормализации тонуса мышц голосового и артикуляционного аппарата — «Вокастим» — тактильная стимуляция.

Таким образом, метод БОС весьма эффективно используется в коррекционной работе.

Методы речевой реабилитации после ларингэктомии

Восстановление голосовой функции — одна из главных задач реабилитации больных, перенесших полное удаление гортани. Вопрос о возможности восстановления у них голоса обсуждался уже в XIX веке.

После первой ларингэктомии, произведенной Billroth в 1873 г., и в связи с ее широким применением в дальнейшем в хирургическом

лечении больных, возникла необходимость социального обеспечения пациентов, ставших немыми.

В России проблема восстановления звучной речи имеет свою историю. А. Ф. Иванов в 1910 г. отмечал, что завершающий этап после тотального удаления гортани заключается в проведении «специального обучения в раннем послеоперационном периоде», так как «речь ларингэктомированных может быть доведена до высокой степени совершенства и близко приближаться к нормальной». Изучение проблемы восстановления голоса после частичного и полного удаления гортани находится на стыке физиологии и клинических дисциплин (лор-онкологии, психиатрии, фониатрии), а также специальной педагогики (логопедии).

Восстановление голоса предполагает создание компенсаторного фонационного органа и заместительного механизма голосообразования, перестройку связей центральной нервной системы, которые существовали до операции. Таким новым функциональным образованием становится пищеводный голос, который называют псевдоголосом, ложным голосом или голосом-заменителем.

В работе отечественных и зарубежных авторов, посвященных псевдоголосу, изучалась главным образом физиологическая сторона вопроса и лишь незначительное место уделялось методическим указаниям по образованию звучной речи у больных с удаленной гортанью.

Сложность образования пищеводного голоса заключается в том, что его создание требует выработки нового стереотипа, происходит в условиях затрудненной перестройки функции внешнего дыхания и воздействия на больного внешних психотравмирующих и соматогенных факторов.

Методику образования пищеводного голоса впервые опубликовали немецкий фониатр H. Gutzmann (1910) и чешский фониатр M. Seeman (1924). Методы Гутцмана и Зеемана описаны в работах К. Л. Хилова (1924), С. М. Доброгаева (1926) и И. Я. Сендульского (1952). Наибольшая заслуга при разработке проблемы пищеводного голоса принадлежит М. Зееману, который в 1922 г. провел рентгенологическое исследование с целью изучения создания пищеводного голоса, а в 1924 г. разработал методику его обучения. Более углубленное исследование механизма образования псевдоголоса было проведено в 1950-е гг. Carlo I. (1955), Brancel O. (1957).

Г. Гутцман подробно описывал этапы и содержание логопедической работы, обращая внимание на особенности дыхания у этой группы пациентов, рекомендовал при появлении пищеводного голоса последовательность введения его в слоги, короткие слова, начина-

ющиеся с глухих взрывных согласных звуков [п], [т], [к]. Он описал трудности получения «отрыжки» при тренировках, а также фиксировал внимание на возможных затруднениях при автоматизации полученных навыков в спонтанной речи.

По мнению М. Зеемана, К. Л. Хилова, И. Я. Сендульского, в основе механизмов образования псевдоголоса лежит отрыжка воздуха из верхнего отдела пищевода. Однако обязательным условием при этом, как полагает Зееман, является создание псевдоголосовой щели у устья пищевода.

Восстановление звучной речи у лиц без гортани возможно только при создании компенсаторного механизма 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.

Основной и наиболее трудной задачей при реабилитации голосовой функции является доставка воздушной струи, проблема заключается в преодолении привычного стереотипа, естественной зависимости фонации от нормального легочного дыхания [11]. При формировании нового способа звучной речи необходимо обе функции отделить друг от друга, так как при псевдоголосе струя легочного воздуха не участвует в фонации и, заглушая своим шумом получаемый звук, даже мешает. Другая трудность заключается в том, что необходимо обеспечить попадание воздуха в пищевод, что может осуществляться двумя способами. Больного обучают:

а) отрыгивать заглатываемый воздух;

б) озвучивать свою речь одновременно с отрыгиванием воздуха сразу после заглатывания.

Е. Л. Чойнзонов, Л. Н. Балацкая и др. [15] предлагают для обучения пищеводной речи применять пять основных методов.

1. *Аспирационный метод* (предложен М. Зееманом в 1922 г.): набрав воздух, больной задерживает дыхание на вдохе, делает глотательное движение, и воздух всасывается пищеводом.

2. *Метод заглатывания*: больной должен проглотить слюну и вместе с ней воздух. Недостаток метода состоит в том, что воздух может попадать в желудок, откуда его трудно выталкивать.

3. *Метод инжекции*: воздух в пищевод забрасывается при закрытой полости рта с помощью языка. При этом используются смычные

согласные [п], [т], [к]. Озвучивание воздуха облегчается за счет вспомогательных движений руками, головой, диафрагмой и мышцами живота.

4. *Метод блокирования*: основание языка перемещается кзади, приближается к опущенному мягкому нёбу. Это движение сжимает воздух в глотке и заставляет его поступать в пищевод. Произносят с открытым ртом «*кру*» (Striglioni, 1970).

5. *Метод лабиовибрации*: больной широко открывает рот. Набирает воздух и сразу же выпускает его, при этом губы должны быть вытянуты вперед и вибрировать, произнося «*бр*». Постепенно переходят к овладению способом наполнения пищевода воздухом с помощью инжекции (Michelli-Pellegrini et al., 1970).

Методики речевой реабилитации безгортанных больных разрабатывались и совершенствовались на протяжении нескольких десятилетий. Авторские методики, как правило, концентрировали внимание на воспитание псевдоголоса. Результат речевой реабилитации зависит от многих факторов: характера и объема оперативного вмешательства, состояния больного, психологического статуса, возраста. Речь больного должна быть оценена в процессе пробного курса терапии, при невозможности сформировать пищеводную речь следует рекомендовать другие методы ее восстановления, включая и сообразующие аппараты (Л. Г. Кожанов с соавт., 2001).

Большой вклад в разработку методов реабилитации безгортанных больных принадлежит С. Л. Таптаповой, которая предложила методику формирования пищеводного голоса, усовершенствовав метод инжекции специальным комплексом упражнений лечебной гимнастики, и подчеркнула важность комплексного подхода к восстановлению звучной речи названной категории пациентов. По ее мнению, в этой работе должны участвовать логопед, врач по лечебной физкультуре и психиатр. Автор рекомендует приступать к логопедическим восстановительным занятиям после операции, но по завершении курса лучевой терапии, так как общая адаптация в период проведения лучевой терапии снижает эффективность занятий. Противопоказаниями к созданию пищеводного голоса являются метастазы, резкое раздражение кожи вокруг трахеостомы, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда.

С. Л. Таптапова предлагает следующую этапность в работе:

I этап — *подготовительный*, на котором особое внимание уделяется занятиям лечебной физкультурой, направленной на адаптацию к новому типу дыхания через трахеостому, тренировке мускулатуры верхних отделов пищевода и диафрагмы. Изучается состояние психи-

ки больных, проводится рациональная психотерапия, консультация и лечение психиатра. В этот же период обучающийся приступает к занятиям лечебной физкультурой для адаптации к дыханию через трахеостому.

II этап — *вызывание звука псевдоголоса*, создание благоприятных условий для образования доголосовой щели на уровне первого физиологического сужения пищевода. Образованный пищеводный голос вводят в слоги, слова, краткие предложения. Специальные упражнения способствуют усилению первого сужения пищевода и образованию компенсаторного механизма.

III этап — *начало общения пищеводным голосом.* Работа над длительностью, звучностью, внятностью речи больного. Обучающимся предлагаются для произнесения короткие фразы, содержащие глухие взрывные согласные, например: *Кот катает клубок. Ткач ткет ткани. Там Таня. Тут Том.* Постепенными тренировками достигается плавность и внятность речи. Одновременно со специальными речевыми упражнениями расширяется обиходный словарь.

Речевой материал постепенно усложняется, включаются, гласные звуки и их сочетания, произнесение скороговорок, коротких стихотворений.

IV этап — *завершение формированяе пищеводного голоса.* Упражнения направлены на расширение диапазона, развитие модуляции и тембра с помощью вокальных тренировок. Продолжительность занятий по обучению пищеводному голосу 2—4 месяца.

Другим направлением в реабилитации речевой функции у ларингэктомированных больных стало использование голосообразующих аппаратов. Производимый аппаратами звук продуцируется механическим вибратором или электронным тоногенератором, питающимся от батарейки или аккумулятора, помещенных в аппарате. Электронные голосообразующие аппараты замещают только основной тон утраченной гортани. При фонации мембрана прибора прикладывается к мягким тканям шеи, что позволяет послогово озвучивать фонацию. Преимуществом метода является то, что его можно использовать в самые ранние сроки после операции. Больные меньше устают в процессе тренировок. Разборчивость речи при этом зависит от четкости артикулирования.

Главный недостаток описанных аппаратов заключается в том, что образующийся голос — тусклый, лишенный интонации, с металлическим оттенком. Менее 10% больных используют для общения голосообразующие аппараты из-за низкого качества голоса. Применение их

можно допустить в крайнем случае, когда все возможности голосовой реабилитации исчерпаны.

Значительное место в реабилитации речевой функции у больных с распространенными формами рака гортани занимают хирургические методы, которые основаны на принципе шунтирования — создания сообщения между трахеей и глоткой и трахеей и пищеводом. По данным С. Н. Лапченко (1991), применение этих методик позволяет на 80—90% достигнуть положительного эффекта. В МНИИ уха, горла и носа МЗ РФ (ныне ФГБУ «НКЦО ФМБА России») на протяжении ряда лет разрабатывались авторские методики клинической реабилитации больных с раком гортани. В. В. Дармаков предложил 7 органореконструктивных и органосохраняющих новых способов хирургического и комбинированного лечения рака гортани, разработал 3 новых стента-протеза многофункциональной направленности.

Восстановление речи после ларингэктомии осуществляется также с помощью протезов «Provox» и «Blom-Singer» и других.

В 1980 г. Blom et Singer предложили оригинальный метод восстановления голоса после ларингэктомии. Между задней стенкой трахеостомы и пищеводом проделывается отверстие, которое затем расширяется для введения уретрального катетера. В послеоперационном периоде через место трахеопищеводной пункции вводится голосовой протез, через который поступает легочный воздух.

В России протезирование проводится в МНИОИ им. И. П. Герцена. Протезы позволяют направлять поток воздуха из легких через трахеопищеводный шунт в пищевод и глотку. На границе этих органов воздух вызывает колебания складок слизистой пищевода, которые имитируют голос. Роль протеза сводится к тому, чтобы пропустить поток воздуха из трахеи в пищевод и препятствовать попаданию пищи в обратном направлении.

Осложнениями при протезировании могут быть аллергические реакции на протез, расширение свища, стеноз стомы, аспирационная пневмония, вторичный стеноз пищевода. Для предупреждения осложнений рекомендуется тщательная подгонка протезов (Ю. С. Василенко, 2013).

Безусловно, степень выразительности голоса определяется его природными возможностями, но систематическая тренировка делает голос более выносливым.

Следует помнить, что все перечисленные направления требуют систематических тренировок под контролем логопеда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. М., 2005.

2. Богомильский М. Р., Орлова О. С. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. М.: Авторская академия; Товарищество научных изданий КМК, 2008.

3. Василенко Ю. С. Голос: фониатрические аспекты М., 2013.

4. Вильсон Д. К. Нарушения голоса у детей. М., 1990.

5. Дмитриев Л. Б., Телеляева Л. М., Таптапова С. Л., Ермакова И. И. Фониатрия и фонопедия. М.: Медицина, 1990.

6. Ермакова И. И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков. М.: Просвещение, 1996.

7. Ермолаев В. Г., Морозов В. П., Лебедева Н. Ф. Руководство по фониатрии. Л., 1970.

8. Зееман М. Расстройства речи в детском возрасте: Пер. с чешского. М.: Медгиз, 1962.

9. Калягин В. А., Кузьмин Ю. И., Скляров О. П. Психофизиология речи в норме и при патологии / Под ред. Ю. К. Янова. СПб.: Полиформ, 2014.

10. Лаврова Е. В. Логопедия. Основы фонопедии. М.: Изд-во В. Секачев, 2014.

11. Максимов И. Фониатрия. М., 1987.

12. Митринович-Моджеевска А. Патофизиология речи, голоса и слуха. Варшава, 1965.

13. Орлова О. С. Нарушения голоса. М.: Астрель, 2008.

14. Таптапова С. Л. Восстановление звучной речи у больных после резекций и удаления гортани. М.: Медицина, 1985.

15. Чойнзонов Е. Л., Балацкая Л. Н., Мухамедов М. Р. Рак гортани. Современные аспекты лечения и реабилитации. Томск: НТЛ, 2006.

16. Andrews M. L. Manual of voice treatment. San Diego, 1995.

17. Aronson A. E. Clinical voice disorders. 3rd edition: Thieme. New York, 1990.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какие акустические характеристики голоса являются гендерными?

2. На каких принципах основана классификация Ю. С. Василенко?

3. Объясните, почему мутационная дисфония может рассматриваться как физиологический процесс или как патологическое состояние?

4. Перечислите объективные и инструментальные методы исследования.

5. Составьте сравнительную таблицу показателей физиологического и фонационного дыхания.

6. Раскройте содержание логопедической работы при психогенной афонии.

7. Какие технологии применяются для восстановления коммуникативной функции речи у ларингэктомированных больных?

8. В чем заключается профилактика нарушений голоса у лиц речевых профессий?

9. Как формируется самоконтроль в процессе логопедической работы у детей с дисфониями?

10. Составьте комплекс дыхательных, артикуляционных и голосовых упражнений для устранения парезов и параличей гортани.

Глава 8
АЛАЛИЯ

Алалия — это отсутствие или системное недоразвитие речевой, языковой и речемыслительной деятельности вследствие органического поражения структур головного мозга во внутриутробном или раннем (доречевом) периоде развития ребенка с нормальным слухом и сохранными интеллектуальными предпосылками.

Дети с нормальным слухом и без выраженных нарушений в умственном развитии, у которых практически полностью или частично отсутствовала полноценная речь, стали вызывать научный интерес в XIX веке. Состояние безречья называли «слухонемотой», «врожденной афазией», «детской афазией», «онтогенетической афазией», «дисфазией», «конституциональной задержкой речи», позднее появился термин «алалия» (от греческого *alalio* — «не говорю»). Вначале он употреблялся как суммарное обозначение различных речевых нарушений. В дальнейшем понятие «алалия» стало использоваться для характеристики расстройств, затрагивающих произношение, словарь, грамматический строй, понимание речи у детей и взрослых. К середине XX века в отечественной логопедии термин «алалия» закрепился для определения отсутствия или выраженного недоразвития речи в детском возрасте.

Значительный вклад в изучение *клинико-физиологических основ* алалии в XIX веке внесли И. Франк, А. Куссмауль, Р. Коэн, Г. Гутцман, в начале XX века — А. Либманн, А. Трейтель, Э. Фрешельс, М. В. Богданов-Березовский и др.

Позже вопросы алалии исследовались в разных направлениях: М. Б. Эйдинова, С. С. Мнухин, Е. М. Мастюкова *(клиническое)*, Н. Н. Трауготт, С. Н. Кайданова, Г. В. Гуровец *(физиологическое)*, Р. Е. Левина, Л. Ф. Спирова, А. К. Маркова, Г. А. Каше *(психологическое)*, В. К. Орфинская *(лингвистическое)*, Б. М. Гриншпун, С. Н. Шаховская, В. К. Воробьева, Е. Ф. Соботович, В. А. Ковшиков, Р. И. Лалаева, В. П. Глухов *(психолингвистическое)* и др.

Причины, механизм, симптоматика алалии

Длительная история изучения алалии отражает различные научные позиции по поводу причин ее возникновения. В частности, в конце XIX — первой половине XX века считалось, что причинами алалии являются воспалительные или алиментарно-трофические обменные патологические процессы во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка до 3-летнего возраста (Р. Коэн, 1888; Г. Гутцман, 1894, 1924; Э. Фрешельс, 1931), интеллектуальная недостаточность (А. Либманн, 1901; М. В. Богданов-Березовский, 1909) [10], нарушения внимания и памяти (А. Трейтель, 1901), эмоционально-волевой сферы (Г. Я. Трошин, 1915).

Исследования Н. Н. Трауготт (1940) [16] показали, что причиной алалии могут быть особенности кортикальной моторной деятельности в целом. Характерным является застойность нервных процессов, которые проявляются при выработке цепных двигательных рефлексов. При этом отмечается позднее моторное развитие детей, недостаточная точность, быстрота, согласованность движений, замедленное развертывание двигательных актов, трудность одновременного выполнения ряда движений.

Позже, в 50—70-х гг. XX века, ученые стали указывать на нарушение мозговых зон речи вследствие родовых черепно-мозговых травм и асфиксии новорожденных (М. Зееман, Р. Лухзингер, М. Берри, М. Б. Эйдинова и др.), внутриутробных или ранних прижизненных инфекций с осложнением на мозг, истощения центральной нервной системы при тяжелых соматических заболеваниях, рахите, неблагоприятных условиях развития (С. С. Корсаков, Н. И. Красногорский, Ю. А. Флоренская), неблагополучной наследственности (М. Зееман, Р. Лухзингер, А. Салей и др.) [10].

С конца XX столетия подчеркивается особая роль минимальных мозговых повреждений (ММД — минимальной мозговой дисфункции) и незрелости клеток мозга в возникновении алалии.

Органические поражения различных областей коры головного мозга или их незрелость вызывают нарушения развития речевых и неречевых функциональных систем. Е. М. Мастюкова (1981) [8], характеризуя алалию, отмечает, что при действии любого вредного фактора в пренатальном или раннем постнатальном (перинатальном) периоде, когда кора головного мозга находится еще в стадии формирования, трудно точно диагностировать локальный дефект, так как нарушение чаще имеет распространенный характер (ММД).

В соответствии с современными данными, природа локального «коркового» генеза моторной алалии подвергается сомнению. Данные

клинического и электроэнцефалографического исследования этих детей свидетельствуют о наличии у них не только локальных «корковых» нарушений в «речевых» зонах, но и о поражении глубинных образований мозга (ствол, зрительный бугор, подкорковые ганглии, гипоталамические образования и др.). Высказываются мнения о возможности поражения корковых отделов как левого (доминантного для речи), так и правого полушарий головного мозга, а также подкорковых структур (М. Н. Фишман, 2004). Одновременность поражения обоих полушарий, даже слабой степени выраженности, может объяснить одну из характерных особенностей моторной алалии: отсутствие спонтанной компенсации речевого дефекта.

Среди причин алалии называются также социальные факторы (табакокурение, алкоголизм, наркомания родителей), неблагоприятное экологическое воздействие.

Как отягчающий фактор выделяются отрицательные социально-психологические влияния (неправильные взаимоотношения в семье, методы воспитания речи, ограничение речевых контактов и т. д.), которые тормозят речевое развитие ребенка, могут вызывать речевой негативизм. Это отмечено в работах В. Андерсон, 1953; В. Гарднер, 1962; В. А. Ковшикова, 1985, 2006; Е. Ф. Соботович, 2003 и др. [5].

В большинстве случаев исследователи называют комплекс причин биологического и социально-психологического характера.

Вопрос о ***механизме алалии*** остается сложным и дискуссионным.

Существующие концепции механизма алалии условно подразделяются на сенсомоторные, психологические и языковые.

Сенсомоторные концепции связывают речевое недоразвитие при алалии с патологией сенсомоторных функций (слуховой агнозией, апраксией).

В психологических концепциях при алалии отмечается патология некоторых сторон психической деятельности (восприятия различной модальности, фонематического анализа и синтеза, словесно-логического мышления и др.). Как следствие не формируются психофизиологические предпосылки к овладению навыками учебной деятельности: планированию предстоящей работы, определению путей и средств достижения цели, контролю.

В языковых концепциях, связанных с психолингвистикой, механизм алалии объясняется нарушением языковых операций процессов восприятия и порождения речевых высказываний. Язык не формируется как средство общения и обобщения. Нарушается речемыслительная деятельность, нет мыслительных операций над языковым материалом разного уровня: фонетическим, лексическим, грамматическим.

В совокупности это называется несформированностью языковой способности ребенка. Этот подход в последние годы наиболее популярен.

Названные концепции отражают современные научные представления о речи как о многоуровневой деятельности, которая имеет сложную структуру.

Алалия является синдромом, включающим комплекс речевых и неречевых симптомов, между которыми существуют сложные опосредованные соотношения. В ***симптоматике расстройств*** при алалии преобладающими являются языковые, а не речевые и не моторные нарушения.

Алалия представляет собой *системное недоразвитие речи*, при котором нарушается речевая деятельность в целом: мотивационно-потребностная сфера, внутренняя программа высказывания, отбор и реализация фонетических, фонематических, лексических и грамматических средств для оформления высказывания, контроль речи.

При алалии отсутствует четкая возрастная периодизация развития речи, отмечается запаздывание и непропорциональность формирования отдельных ее компонентов. В процессе становления речи детей с алалией прослеживается определенная положительная динамика. Они приобретают речевые навыки и умения, перестают быть неговорящими, но остаются детьми с недоразвитой речью. Скудный речевой опыт, несформированность языковых обобщений и противопоставлений затрудняют у детей с алалией формирование функционального базиса письменной речи, готовности к овладению грамотой, изучению грамматики. В период школьного обучения у них обнаруживаются многочисленные затруднения не только в устной речи, но и в формировании умений и навыков письма и чтения, что приводит к специфическим трудностям в обучении по многим предметам, неуспешности обучения в целом. Это снижает самооценку детей, приводит к школьной и социальной дезадаптации.

При алалии также выделяются неречевые расстройства: моторные, сенсорные, психопатологические симптомы.

Алалия как форма речевой патологии выделяется в клинико-педагогической классификации и относится к нарушению структурно-семантического оформления высказывания.

В психолого-педагогической классификации алалия рассматривается в рамках общего недоразвития речи как наиболее тяжелая его форма.

Понятие «общее недоразвитие речи» значительно шире понятия «алалия», так как охватывает и другие тяжелые нарушения речи, возникающие у детей разных нозологических групп. Общее недоразвитие

речи как термин не отражает клинико-этиологическую картину алалии и применяется к детям с алалией с целью констатации недоразвития у них способности к овладению всеми средствами языка (фонетикой, лексикой, грамматикой), что имеет методический смысл для проведения с этими детьми коррекционного обучения.

Научно обоснованных статистических сведений о распространенности алалии нет. Имеются данные о том, что среди детей дошкольного возраста алалия встречается примерно у 1%, а среди детей школьного возраста — у 0,6—0,2%. В среднем можно считать, что алалия встречается у 0,1% населения. У мальчиков это нарушение речи встречается примерно в 2 раза чаще, чем у девочек (В. А. Ковшиков, 2008) [5].

Алалия неоднородна по механизмам, проявлениям и степени выраженности речевого, языкового, моторного и психического недоразвития.

Классификация алалии

Алалия классифицируется на основе разных критериев: этиопатогенетических, психологических, лингвистических, психолингвистических, в соответствии с которыми осуществлялись ее исследования, формировались основные подходы к изучению и коррекции.

Алалия начала изучаться и долгое время исследовалась в рамках медико-биологических дисциплин, поэтому первоначально были определены *этиопатогенетические критерии*. На их основе появились классификации, в которых алалия представлялась как речевое нарушение, обусловленное локальным поражением речевых зон коры головного мозга в доречевой период развития ребенка.

Наиболее ранней является классификация алалии, предложенная А. Либманном (1925) [5], который выделил 4 формы алалии в зависимости от ее локализации и симптоматики: моторную, сенсорную, сенсомоторную слухонемоту, переходную форму между слухонемотой и тяжелым нарушением звукопроизношения.

Позднее было обнаружено, что алалия часто возникает вследствие не столько органических локальных повреждений мозга, сколько в результате функциональных нарушений в его разных структурах. В работах Н. Н. Трауготт, А. Р. Лурия, Е. М. Мастюковой, С. И. Мациевской, Г. В. Гуровец, Р. А. Беловой-Давид, И. К. Самойловой отмечено, что раннее поражение или недоразвитие мозга приводят к понижению возбудимости нервных клеток, изменению подвижности основных нервных процессов, нарушению корковой нейродинамики, снижению работоспособности клеток коры головного мозга. Совре-

менные исследования показывают, что при алалии имеют место нерезко выраженные, но множественные повреждения (или незрелость) коры головного мозга обоих полушарий, т. е. билатеральные поражения, а также нарушения подкорковых структур мозга. Клетки мозга прекращают свое развитие на молодой незрелой стадии нейробластов. Работоспособность незрелых клеток снижена, в них не могут нормально протекать нейродинамические процессы анализа и синтеза, не формируются кинестезии. При односторонних повреждениях мозга речевое развитие происходит за счет компенсаторных возможностей нормально развивающегося и функционирующего полушария. При билатеральных повреждениях компенсация становится невозможной или резко затруднительной (М. Н. Фишман, З. С. Алиева, Т. Г. Визель и др.). Таким образом, не подтверждается ранее существовавшая точка зрения об узколокальном характере повреждения речевых зон головного мозга при алалии.

В настоящее время в зависимости от ведущего механизма нарушения (речевого праксиса, слухового гнозиса, координации и интеграции этих процессов) и патогенеза условно выделяются три формы алалии: *моторная, сенсорная и смешанная*.

С середины XX века в связи с бурным развитием психологической науки алалию стали рассматривать на основе *психологических критериев,* учитывающих нарушения психических процессов (восприятия, мышления, памяти и др.), патологию некоторых сторон психической деятельности (мотивационной, регуляторной и др.), а также дисбаланс отдельных этапов развития речи (Р. Е. Левина, Г. И. Жаренкова, Г. А. Каше, Н. А. Никашина, Л. Ф. Спирова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, И. Т. Власенко, Ю. Ю. Юртайкин и др.).

Р. Е. Левина (1951) [9] предложила психологическую классификацию алалии, показав зависимость развития речи от других высших психических процессов. Было выделено три формы алалии:

— обусловленная неполноценным слуховым (фонематическим) восприятием;

— с нарушением зрительного (предметного) восприятия;

— с нарушением психической активности.

Дети с первой формой алалии, несмотря на достаточные умственные способности, нормальные артикуляционный аппарат и слух, отличаются специфической невосприимчивостью к звукам речи. Восприятие окружающей речи для них возможно лишь через улавливание общих, контурных, ударных частей слова, интонации, вследствие чего понимание речи лишено четкости. Дети смешивают слова, различаю-

шиеся 1—2 звуками, со сходным слоговым составом и ударностью, что впоследствии особенно отражается на письме.

Дети со второй формой алалии имеют трудности в зрительном (оптическом) восприятии предметного мира. Типичным для них является бедность представлений об окружающей действительности, замедленное развитие понимания слов. При усвоении грамоты у них отмечаются сниженное понимание пространственных отношений, затруднения в усвоении букв и стойкий аграмматизм: морфологический, синтаксический и семантический.

Для детей с третьей формой алалии характерно снижение общей психической активности, что приводит к нарушению межанализаторных процессов. Дети смотрят, но не всматриваются, слышат, но не вслушиваются, не могут удерживать напряжение.

При всех формах алалии отмечается несформированность целевых установок, недостаточность мотивационного, операционального и контрольного звеньев речевой деятельности. С полным основанием можно говорить, что при алалии нарушены все три блока мозга (по А. Р. Лурии) [1]: блок активации (1), восприятия, анализа и хранения сенсорной информации разного вида (2) и блок программирования и контроля (3).

Речевое развитие детей с алалией Р. Е. Левина (1960) [9] соотносит с тремя уровнями, определяющими степень тяжести нарушения:

— отсутствие общеупотребительной речи — безречевые дети (1-й уровень);

— начатки общеупотребительной речи (2-й уровень);

— развернутая фразовая речь с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития (3-й уровень).

Т. Б. Филичева (2000) [8] описала 4-й уровень: остаточные явления нерезко выраженного общего недоразвития речи.

Деление на уровни достаточно условно, между ними нет четкой границы, иногда можно только примерно говорить об отнесении речи ребенка к одному из названных уровней речевого развития. С возрастом и интеллектом ребенка уровни прямо не соотносятся: более старший может иметь худшую речь.

В 60-х гг. XX века В. К. Орфинской была предложена классификация, основанная на *лингвистических критериях* сформированности процессов языкового анализа и синтеза (1960—1962, 2007) [11]. Она считала, что существуют:

— собственно «языковая» алалия, состоящая в неспособности вычленить из речи взрослых правила языка, необходимые для использования его средств (фонем, слов, словоформ, фраз);

— гностическая и праксическая алалии, обусловленные речевой слуховой агнозией или артикуляционной апраксией.

По ведущему типу нарушения языковых систем В. К. Орфинской выделены 10 форм алалии, которые подразделяются на три группы.

Первую группу составляют 6 форм с первичным недоразвитием языковых систем, связанные с избирательной неполноценностью речедвигательного и слухового анализаторов (апраксией и слуховой агнозией отдельных звуков или звуковых рядов), а также с недоразвитием фонематического и морфологического анализа. В результате оказывается затрудненным весь процесс формирования фонематической системы и вторично — морфологической грамматической системы. К этой группу входят 3 вида моторной и 3 вида сенсорной алалии.

Вторую группу составляют 2 формы избирательного недоразвития языковых систем (моторно-синтаксическая и оптическая). При этих формах алалии наблюдается несформированность обобщений по временным и зрительно-пространственным (оптическим) соотношениям в связи с нарушением деятельности двигательного и зрительного анализаторов. В результате указанных нарушений возникает недоразвитие словесных и грамматических понятий, нарушение лексико-грамматической стороны речи: неточное знание и употребление слов, неразличение ядра и периферии семантического значения слова, несформированность лексической системности, нарушения в построении предложений.

Недоразвитие языковых систем при формах алалии третьей группы (сенсомоторная амнестическая, сенсорная амнестическая) вызывается нарушением повторения и использования звуков речи при смысловой дифференциации. Это расстройство связано с затруднениями при установлении межанализаторных связей. Основным его проявлением является амнезия фонематических и лексико-грамматических структур.

С 60—80-х гг. XX века усиливается интерес к междисциплинарным исследованиям речевых нарушений, в результате чего появляются классификации алалии, основанные на *психолингвистических критериях.*

М. Зееман (1962) [10] подразделяет алалию, которую называет «дисфазия детского возраста», на две группы: экспрессивные дисфатические нарушения с типичными признаками моторной афазии, аграфии, алексии с сохранным пониманием, а также рецептивные дисфатические нарушения, сходные внешне с сенсорной афазией. Автор подчеркивает существенное отличие дисфазии детского возраста (алалии) от афазии взрослых: у детей нарушения не такие чистые и

постоянные, так как детский мозг находится в постоянном развитии, и в нем быстрее возникают новые связи и формируются замещающие функции.

В. А. Ковшиков (1985, 2006) [5] выделяет экспрессивную (моторную) и импрессивную (сенсорную) формы алалии. Экспрессивная алалия характеризуется как расстройство, при котором нарушается структурно-функциональная сторона языка — фонематические, грамматические и лексические операции в процессе порождения речи. При импрессивной алалии нарушается процесс восприятия речи.

Е. Ф. Соботович (1981, 2003) [14] классифицирует алалии на две формы: с преимущественным нарушением усвоения парадигматической системы языка и с нарушением усвоения синтагматической системы языка. При нарушении парадигматической системы языка не вычленяются из потока речи слова и морфемы, не определяется их грамматическое значение. При несформированности синтагматической системы языка не усваиваются образующие предложение знаки, не устанавливаются линейные связи между значениями и знаковой формой их выражения, не формируются грамматические связи слов.

Психолингвистические классификации отражают «языковую» концепцию алалии, которой придерживаются многие исследователи: Б. М. Гриншпун, Н. С. Жукова, Т. Б. Филичева, В. К. Воробьева, Т. Г. Визель и др. Согласно ей, при алалии не развивается «языковая способность», поэтому ребенок не может овладеть языком (его звуками, словами, грамматикой). В то же время навыки, не связанные непосредственно с речью, формируются (например, умение рисовать, считать, конструировать, играть в разные игры). Это обусловлено тем, что речевые стимулы, особенно при моторной алалии, воспринимаются и внутренняя речь формируется. Она становится базисной для психического развития в целом. При сенсорной алалии формирование внутренней речи тоже происходит, но сводится в основном к зрительному восприятию объектов мира и оптических образов артикуляционных движений взрослых. Эти дети в меньшей степени овладевают неречевыми навыками и нередко их психическое развитие приобретает черты вторичного когнитивного нарушения.

Формы алалии

В настоящее время большинством исследователей принято выделять *три формы алалии: моторную, сенсорную и смешанную*, в соответствии с которыми проводится дифференциальная диагностика и коррекция.

Моторная алалия

Согласно традиционному учению, моторная алалия возникает при преимущественном нарушении области коры головного мозга, ответственной за речевые движения. Однако современные представления о речи как о многоуровневой деятельности показывают, что ведущими при алалии являются языковые нарушения, не объясняемые моторной недостаточностью, — отсутствие речевой мотивации, неумение планировать и контролировать свою речь, комплексное нарушение всех языковых подсистем (лексической, грамматической, фонематической).

В настоящее время моторная алалия определяется как системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний. При этом нарушены все уровни порождения высказывания: мотивационно-побудительный, смыслообразующий, реализации, программирования, трансляции.

Моторная алалия включает комплекс речевых и неречевых симптомов.

В *речевой симптоматике* у детей с моторной алалией отмечается крайняя бедность активного словаря, медленное и искаженное его развитие. Словарь ограничен обиходно-бытовой лексикой. Дети не могут ответить на вопрос, спросить о чем-то. В основном они называют предметы, а глаголы и признаки используются значительно реже. Эти дети с большим трудом приобретают возможность свободно оперировать знакомыми словами в разных ситуациях. В момент речи у них происходит поиск нужных слов, наблюдается их замена, неадекватное использование. Ограниченность активного словаря приводит к тому, что дети начинают пользоваться жестами (особенно вместо глаголов), использовать для передачи смысла «высказывания» модуляции голоса. Лексическая бедность обозначения действий и признаков проявляется в стереотипности высказываний, в частом употреблении одной и той же семантической группы слов. Речевые штампы воспроизводятся ребенком, но не осознаются им. Отсутствие набора семантических эквивалентов приводит к смысловым заменам, смешениям значений.

Грамматический строй речи при алалии формируется поздно и своеобразно. Дети с алалией не могут наблюдать, анализировать и обобщать языковые элементы, производить мыслительные операции над лексико-грамматическим материалом, правильно понимать и использовать языковой знак — морфему. У них не формируются морфологические и синтаксические обобщения и противопоставления,

парадигма окончаний и т. д. Иногда наблюдается телеграфный стиль (*Книга Таня читать*), т. е. высказывание без словоизменения.

Несформированность структуры предложения при алалии является следствием незрелости операций выбора слов и построения плана высказывания. Ребенка затрудняет процесс последовательной передачи событий, тематический отбор и семантический выбор языковых средств. Несформированность речевых операций (замысел, программирование, отбор и синтез речевого материала, контроль речи) выражается в том, что ребенок не умеет лексически и грамматически правильно оформить мысль, что серьезно затрудняет речевое общение.

В активной речи детей с моторной алалией наблюдается ряд специфических ошибок:

— элизия (пропуски предударных и заударных звуков и слогов: *моток* — молоток);

— контаминация (слияние элементов двух и более слов: *белток* — белок, желток);

— перестановка звуков и слогов (колбаса — *балкоса*);

— итерация (добавление лишних звуков: *ножницы)*

— персеверация («застревание» на предыдущем слоге: *татуетка* — табуретка);

— парафазия вербальная (замена слов по семантическому признаку: *чашка* — кружка; по акустико-артикуляционному признаку: *белок* — белых и т. д.);

— парафазия литеральная (замена звуков в слове: дом — *бом*);

— эхолалия (повторение вопроса, фразы в неизменном виде) и др.

Кроме нарушений экспрессивной речи, у детей с моторной алалией отмечаются вторичные недостатки понимания речи: чем хуже ребенок говорит, тем хуже он понимает.

Пассивный словарь детей с моторной алалией значительно шире активного. Однако неговорящие дети с алалией находятся на таком уровне понимания речи, при котором играют роль лексические значения слов, а грамматические не несут никакой функции при понимании фразы, не становятся выразителем определенных объективных отношений. Однако хорошая ориентировка детей в окружающей обстановке, обусловленная достаточным интеллектуальным развитием, опора на ситуацию при понимании лексических значений создает видимость полноценного понимания речи этими детьми.

Г. И. Жаренкова (1957) [10] выделяет 3 уровня понимания речи.

1-й уровень. Грамматические элементы слов не несут никакой функции при понимании фразы, не являются выразителем объектив-

ных отношений. Дети ориентируются на признаки ситуации, с которой связана фраза, а не на грамматические признаки ее оформления.

2-й уровень. Начинает приобретать значение грамматическое изменение слова как носитель определенного смысла. Однако это происходит нестабильно и лишь на материале слов с ударным окончанием. В целом отсутствует осознанное различение грамматических форм.

3-й уровень. Имеется осознанное различение некоторых грамматических форм (ед. и мн. числа существительного и глагола, форм муж. и жен. рода глагола). Однако оно нестойко.

Уровень понимания речи соотносится с уровнем развития их экспрессивной (активной) речи.

Речь ребенка с моторной алалией изобилует выраженными отклонениями в воспроизведении слогового состава слова, которые проявляются даже в отраженной речи. Эти отклонения носят характер деформации правильного звучания слова, воспроизведения его слоговой структуры. Слова могут быть деформированы за счет сокращения числа слогов. В зависимости от степени недоразвития речи одни дети сокращают даже двухсложное слово до односложного (*ка* — каша; *са* — писал), другие затрудняются лишь на уровне четырехсложных структур, заменяя их трехсложными (*пувица* — пуговица). Наиболее часто наблюдаются сокращения слоговой структуры за счет выпадения целых слогов (*вадос* — водолаз; *кушка* — лягушка), реже слоговая структура может сокращаться за счет выпадения лишь слогообразующей гласной, в то время как другой элемент слога — согласный — сохраняется (*прасоник* — поросенок; *платенце* — полотенце).

Правильное воспроизведение даже доступной слоговой структуры достигается не сразу, а путем длительных поисков, неоднократного воспроизведения структуры в искаженном и сокращенном виде, поочередного раздельного проговаривания отдельных слогов слова без соединения их в одно целое. Особенности овладения слоговой структурой слова мешают нормальному развитию устной речи (накоплению словаря, усвоению понятий) и затрудняют общение, препятствуют звуковому анализу и, следовательно, обучению грамоте.

Овладение слоговым составом слова не зависит прямо от овладения отдельными звуками речи. Даже при наличии правильного произношения отдельных звуков слоговая структура слова, состоящего из этих звуков, часто воспроизводится ребенком искаженно.

У ребенка с моторной алалией отмечены кинестетическая апраксия (не формируются тонкие артикуляционные движения) и кинетическая апраксия (нарушается последовательность, переключаемость

артикуляционных движений, хотя изолированные звуки он может произносить правильно).

Результатом нарушения тонких артикуляционных движений является расстройство их анализа и синтеза в центральном отделе речедвигательного анализатора, наблюдается вторичное недостаточное восприятие обращенной речи, замедленность и затрудненность понимания лексико-грамматических форм и развернутого текста.

Неправильное понимание и употребление грамматических форм в сочетании с нарушением слоговой структуры и звукопроизношения приводят к тому, что речь детей малопонятна для окружающих. Речь такого ребенка не является полноценным средством организации поведения и личностного развития. При алалии не формируется языковая способность в семантическом и грамматическом аспектах.

У детей с моторной алалией также выявляется несформированность не только речевой деятельности, но и ряда *неречевых* — моторных и психических функций. Наблюдается неврологическая симптоматика различной степени выраженности: от легких проявлений мозговой дисфункции до выраженных неврологических расстройств.

Заметны общая моторная неловкость детей, дискоординация, замедленность или расторможенность движений, снижение 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, амбидекстрии.

При алалии отмечается недоразвитие многих высших психических функций (восприятия, памяти, внимания, мышления), особенно на уровне произвольности и осознанности.

Наблюдается неустойчивость активного внимания, трудности его распределения, переключения. Своеобразие памяти состоит в сужении ее объема, быстром угасании возникших следов, ограниченности удержания словесных раздражителей и т. д. В большей мере страдает вербальная память — произвольная, опосредованная, включающая память на слова, фразы, целостные тексты. При зрительном подкреплении дети запоминают материал легче, если их речезрительная память более развита. Сложности в подборе слов наряду с их забыванием, трудностями воспроизведения звукослоговой структуры резко ограничивают возможности произвольного высказывания ребенка, его общения.

Дети с моторной алалией обладают полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, однако отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают операциями анализа, синтеза, классификации, сравнения и обобщения. Для них характерны недостаточная гибкость и динамичность мышления, усвоения неязыковых и особенно языковых закономерностей, осознанности и доказательности мышления.

Имеются недостатки конструктивного праксиса (неумение собрать разрезные картинки, сложить фигурки из палочек, нарисовать простые предметы и др.).

Весь этот комплекс речевых и неречевых нарушений настолько тесно взаимосвязан, что нередко большую трудность представляет определение ведущего расстройства, а следовательно, правильная диагностика данного речевого дефекта.

Моторная алалия не является единой, различают две ее формы. В. К. Орфинская, Г. В. Гуровец, С. И. Мациевская, Р. А. Белова-Давид по аналогии с классификацией моторной афазии (А. Р. Лурия) выделяют афферентную (кинестетическую) и эфферентную (кинетическую) моторную алалию.

Афферентная алалия проявляется в затруднении при реализации отдельных артикуляционных движений, соответствующих определенным речевым звукам. Механизм возникновения — нарушение нахождения и удержания «позы» звука. Ведущим симптомом является кинестетическая апраксия.

Эфферентная алалия проявляется в затруднениях при передаче кинетических мелодий. Механизм возникновения — нарушение артикуляционных рядов и переключения от одного движения к другому. Ведущим симптомом является кинетическая апраксия. Нарушается динамическая, линейная последовательность структуры слов и предложений. Эта форма встречается значительно чаще (90% случаев алалии).

В. К. Орфинская, О. Н. Усанова [11] считают, что эти формы алалии различаются характером нарушения фонематической системы:

— при афферентной моторной алалии затруднено овладение звукопроизношением, отмечаются фонетико-фонематические расстройства; изолированные звуки ребенок произносит правильно, а в речи допускает пропуски, искажения, замены;

— при эфферентной моторной алалии не формируются представления о фонетических структурах слов и особенно затруднено усвоение слогового состава слова, преобладают лексико-грамматические расстройства.

На первом году жизни у детей с алалией наблюдаются общие сходные проявления. У них отмечается позднее развитие локомоторных функций: дети начинают ходить позже возрастной нормы, моторика рук длительное время остается недостаточно дифференцированной, артикуляционная моторика вялой. Обращает на себя внимание отсутствие или ограничение лепета, малая речевая активность. На втором году жизни появляется небольшое количество лепетных псевдослов, дети начинают пользоваться мимикой и жестами. С третьего года жизни возникают симптомы афферентной или эфферентной моторной алалии, требующие дифференцированных методов коррекционного воздействия.

Неполноценность речи или ее отсутствие при алалии обусловливает ряд *особенностей психического развития ребенка,* оказывает влияние на протекание психических процессов, вызывая их дисгармонию и своеобразие. У детей с алалией речь не является ведущим средством познания окружающей действительности, поэтому в ряде случаев не обеспечивается и нормальное развитие познавательной деятельности. Отмечается недостаточность познавательных и мыслительных процессов, снижен уровень представлений и обобщений, пространственных и временных дифференцировок.

Вопрос о состоянии мышления детей с моторной алалией должен решаться дифференцированно, так как встречается многообразие вариантов речевого недоразвития, при котором отмечается различная выраженность интеллектуальной недостаточности: от легкой вторичной задержки умственного развития до умственной отсталости. Р. Е. Левина (1951) [9], Е. Ф. Соботович (1981, 2003) [14] подчеркивают, что у этих детей снижена психическая активность, отмечается инфантильность, конкретность мышления, быстрая психическая истощаемость, эмоциональная вялость или, наоборот, сензитивность, снижение словесной памяти. Дифференциальная диагностика детей с алалией и умственно отсталых очень сложна, особенно в случаях разового обследования ребенка в раннем возрасте. Установлено, что запас сведений, представлений у ребенка с алалией больше, чем у ребенка с интеллектуальными нарушениями; ребенок с алалией в ряде случаев критичен к своему состоянию, лучше ориентируется в быту, ситуации, использует помощь в работе, имеет выраженное желание улучшить свою речь.

В ряде случаев у детей с алалией развиваются патологические качества личности, невротические черты характера. Как реакция на речевую недостаточность у них отмечаются замкнутость, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обид-

чивость, склонность к слезам и т. д. Ребенок может быть капризен, вспыльчив, агрессивен, особенно если его не понимают. Поведение часто импульсивно, целенаправленная произвольная деятельность нарушена и, если она связана с речью, быстро утомляет.

Одни дети расторможены, импульсивны, хаотичны в деятельности, гиперактивны; другие, наоборот, вялые, заторможенные, инертные, аспонтанные. Отмечаются недостаточная организованность и целенаправленность деятельности. Дети не способны поставить цель и принять решение, соответствующее ситуации.

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. Отмечается речевой негативизм, отсутствие мотивации речевого общения, низкая речевая и психическая активность, несформированность подражательной деятельности и отраженной (репродуцированной) речи.

Сенсорная алалия

Сенсорная алалия менее изучена, чем моторная. Это связано с тем, что число детей с таким нарушением относительно невелико, а его дифференциальная диагностика с другими видами нарушений крайне затруднена. Основным симптомом сенсорной алалии является нарушение понимания речи в той или иной степени в связи с недостаточным функционированием преимущественно центрального отдела слухового анализатора.

В процессе нормального общения с помощью устной речи звуковой состав речевого потока все время меняется в зависимости от громкости, четкости, тембра, комбинаторных и позиционных условий звуков, степени их ударности. В результате этого постоянно накапливается сенсорная информация, передаваемая партнеру. Изменения замечаются, так как выделяются постоянные различительные признаки звуков — фонемы данного языка. Дифференциация фонем происходит в процессе слухового восприятия.

У детей с сенсорной алалией не формируется фонематическое восприятие, в результате чего не воспринимается слово в целом, поэтому они слышат, но не понимают обращенную речь.

Нарушение импрессивной речи возникает при преимущественном поражении височного отдела коры головного мозга доминантного полушария (петля Гешля). Вследствие дисфункции клеток верхневисочной извилины возникающие под влиянием звучащего слова возбуждения не передаются в другие анализаторы, что обусловливает тяжелое

нарушение аналитико-синтетической деятельности мозга. Связь между звуковым образом (словом) и обозначаемым им предметом (действием, признаком) не формируется, возникает *замыкательная акупатия.*

При отсутствии или недостаточном понимании речи возникает вопрос о состоянии слуха человека. Многочисленные специальные исследования Н. Н. Трауготт, С. И. Кайдановой, З. С. Алиевой и др. выявили, что у большинства детей с сенсорной алалией отмечается некоторое снижение тонального (физического) слуха в области высоких частот, которое не может серьезно влиять на понимание речи. Даже при незначительном снижении слуха возникают затруднения в восприятии отдельных согласных звуков и безударных окончаний слов, произнесенных около уха, а на расстоянии 2 м не различается более $^{1}/_{3}$ согласных, сказанных голосом разговорной громкости. Это в основном высокочастотные звуки (писк, свистящие, шипящие), что необходимо учитывать при общении с ребенком, имеющим сенсорную алалию. Обследование слуха с помощью тональной (игровой) аудиометрии у этих детей обнаруживает слуховую неустойчивость: сигналы одинаковой частоты и громкости то воспринимаются, то не воспринимаются. Сохранность звукопроводящей функции слухового анализатора у детей не обеспечивает способность определять направление звучания и расстояние до источника звука.

Несмотря на некоторое снижение высокочастотного слуха, неполноценность слухового восприятия детей с сенсорной алалией объясняется не снижением слуха, а специфическим состоянием коры головного мозга. Недоразвитие или раннее поражение височных отделов коры мозга приводит к ухудшению работоспособности незрелых мозговых клеток, в которых не могут нормально протекать высшие нервные процессы. При сенсорной алалии возникают особые состояния акустической невозбудимости и истощаемости слуховой функции, избирательные трудности образования условных связей на звуковые раздражители достаточной для ребенка громкости. Обращенная речь оказывается слишком слабым сигналом, чтобы вызвать интерес, понимание и ответ. 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, видимо, утром еще продолжает действовать тормозной фон после ночного сна, а к вечеру по мере тренировки восприятие несколько улучшается, клетки мозга как бы включаются в рабочий ритм.

Часто наблюдается *гиперакузия* — повышенная чувствительность к тихим неречевым звукам, безразличным для окружающих: шум сминаемой бумаги, шуршание спичек в коробке, звук капающей воды, скрип и т. д. Здоровые люди слышат такие звуки, но не реагируют на них, за исключением периодов утомления, раздражения, психического дискомфорта, 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.

Характерны нарушения произвольного слухового внимания и памяти, их быстрая истощаемость. Все это приводит к неустойчивости слуховых реакций, отсутствию слухоречевых дифференцировок, неполноценности слухового анализа и синтеза.

Состояние речи детей с сенсорной алалией может быть различно. Выраженность недоразвития фонематического восприятия — первичного нарушения при сенсорной алалии — неодинаково, соответственно и недостатки понимания многообразны. В случаях тяжелого фонематического недоразвития ребенок не понимает речь окружающих, относится к ней как к шуму, лишенному смысла, не реагирует даже на собственное имя, безразличен к любым речевым и неречевым звуковым раздражителям. При этом наблюдается истощение слухового внимания. Однако после непродолжительного обучения они способны воспринимать неречевые звуки, различать три-четыре звучащие игрушки. Вместе с тем вызывают трудности определение направления звука, смены музыкальных тактов, мелодий. В тяжелых случаях у безречевого непонимающего ребенка отмечается двигательное беспокойство, трудности поведения, хаотичность: ребенок прыгает, кричит, стучит. Но иногда эти дети бывают ласковыми, стеснительными, в какой-то мере осознающими свой дефект. Тишина успокаивает их, громкие разговоры, крик раздражают.

В более легких случаях ребенок понимает отдельные обиходные слова, но не понимает их на фоне развернутого высказывания. Иногда понимание изолированных даже знакомых слов затрудняет ребенка больше, чем понимание смысла фразы. Улавливая в обращении к нему не все слова и их оттенки, ребенок дает неадекватную реакцию.

Большую роль для понимания речи детьми с сенсорной алалией играет ситуация. Дети часто понимают содержание высказываний только в определенном контексте, но их затрудняет понимание смысла при изменении форм и порядка слов, не воспринимается смысл грамматических конструкций.

В ряде случаев дети не понимают слегка усложненных заданий, не отличают ошибочно сказанного от правильного варианта. Некоторые не понимают речь при изменении темпа высказывания, путают слова с однотипным слого-ритмическим рисунком, близкие по звучанию слова воспринимают как тождественные. Иногда просят повторить обращенную к ним речь и понимают только то, что проговаривается несколько раз, так как одноразовый раздражитель оказывается недостаточным для восприятия. При зрительном или тактильном подкреплении слухового раздражителя процесс восприятия улучшается. Часто дети смотрят в лицо говорящего, следят за его мимикой, артикуляцией. В этом случае понимание улучшается за счет усиления акустических впечатлений зрительными.

Встречаются дети, которые понимают только то, что могут проговорить сами. Проговаривание в момент восприятия приводит к улучшению понимания, оно подкрепляется кинестезиями от собственного произнесения. Часть детей с сенсорной алалией понимают только мать или педагога, воспринимают определенные характеристики голоса.

Постепенно ребенок начинает прислушиваться к звукам, в том числе и речевым, но его внимание долгое время остается неустойчивым и истощаемым. Фонематическое восприятие развивается чрезвычайно медленно, что отрицательно влияет на формирование фонематического и морфологического анализа слов.

У детей с сенсорной алалией выявляются разные возможности восприятия на слух звуков речи, что позволяет выделить звуки наиболее оптимальные для фонематического восприятия и наиболее сложно воспринимаемые. Процесс различения на слух гласных звуков совершается у детей с сенсорной алалией длительно и трудно. Исключение составляет гласный звук [а], который начинает восприниматься на слух ранее других звуков. Различение на слух всех гласных звуков становится доступным при достижении детьми значительного уровня развития фонематического восприятия. Среди согласных звуков у детей с сенсорной алалией наиболее воспринимаемыми на слух являются звуки [с], [р]. К трудно воспринимаемым звукам относятся [н], [л], [т], [д], [г], [в]. Серьезные трудности при восприятии на слух вызывают группы звуков, объединенных общим признаком: глухости, мягкости, йотированности (Е. М. Мастюкова, Н. К. Благосклонова, 1989; А. К. Мохова, 1976; И. К. Колповская, 1981, 2000).

Восприятие слов на слух в начале коррекционного обучения детям с сенсорной алалией, как правило, недоступно. Без зрительного подкрепления (картинок или табличек с графическим образом слова) дети не в состоянии различить, что им предъявлено: слова, слоги или звуки.

В результате они заменяют слова звуками (вместо «рак» — «р»), слоги — словами (вместо «ма» — «мама») или звуками («пу» — «у») и т. п.

При восприятии слов с опорой на зрительно воспринимаемые картинки дети смешивают картинки, в названии которых содержатся одинаковые звуки, например: вместо «рыба» — «хлеб», «шуба» — «шапка» и т. п. В этом проявляется характерная для детей с сенсорной алалией неспособность уловить на слух ударную часть слова, количество слогов, т. е. контур слова.

Трудности в восприятии на слух отдельных слов продолжают сохраняться у этих детей и на том уровне развития фонематического восприятия, когда они способны различать уже все речевые звуки. Необходимым условием успешного восприятия слов на слух является знание детьми значения и звукового состава слова.

Недостатки понимания у детей с сенсорной алалией выражаются в нескольких типах ошибок.

• Ориентация на одно слово. Например, инструкция: «Принеси куклу» — ребенок берет куклу в руки. На просьбу «Покажи у папы очки» ребенок указывает на отца. В ответ на инструкцию «Подними бумагу с пола» идет к столу и берет со стола бумагу. В таких случаях ребенок опирается на более значимые для него слова или элементы конструкции. Чаще всего это слова, обозначающие лицо, предмет.

• Восприятие, дополненное догадкой, отдельных изолированных слов. Например, выполняя инструкцию «Под пеналом лежит бумага, возьми ее», ребенок, недопонимая, берет бумагу и накрывает ею пенал.

• Привнесение избыточной информации в правильно понятую инструкцию. Ребенок не только действует по инструкции, но и добавляет выполнение привычных в данной ситуации действий. Например, выполняя инструкцию «возьми тряпку», ученица вытирает тряпкой доску.

• Полное непонимание инструкции. Получая даже простые инструкции, типа «Лена, дай стул!» или «Иди к доске!», ребенок не реагирует, выказывая полную растерянность.

У детей с сенсорной алалией при нарушении понимания становится невозможной или грубо искажается и экспрессивная речь. Они пользуются в общении жестами, мимикой. Правильно реагируя на изменение интонации, не понимают слов-обращений. Их игра сопровождается модулированным лепетом, который постепенно перерастает в активный словарь.

В лепете детей различаются отдельные слова или их обрывки — эквиваленты, междометия, которые продуцируются вне связи с ситуацией. Значения слов, проговариваемых ребенком, остаются неустой-

чивыми. Отмечаются многочисленные ошибки в ударении, звуковые замены и смешения, искажения слоговой структуры слов, многочисленные поиски. Ребенок, не уверенный в своей речевой продукции, ищет адекватные кинестезии: «слон» — «*сон*», «*сылон*», «*салон*» и т. д. Диффузное неточное восприятие приводит к недифференцированному проговариванию. Наблюдается обилие литеральных и вербальных парафазий (замен), элизий (пропусков звуков, частей слова), персеверации (повторения предыдущего слога), контаминаций (слияния частей разных слов).

Иногда наблюдаются бессвязное воспроизведение известных ребенку слов (логоррея), персеверация услышанного или произнесенного слова и словосочетания; повторяются слова, воспринимаемые в данное время или воспринятые ранее (эхолалия).

Постепенно появляется ситуационное более устойчивое понимание и употребление отдельных слов и простых словосочетаний.

Дети с сенсорной алалией говорят легко, плавно, без напряжения, интонированно, не задумываются при подборе слов о точном выражении мысли и о построении предложений, не замечают допущенных ими ошибок.

Грубо искаженная речь 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, недостаточная контактность, особенности эмоционально-волевой сферы, вторичная задержка умственного развития. Речь у них не является регулятором и саморегулятором поведения и деятельности.

Смешанная алалия

Сенсорная и моторная алалия в чистом виде встречаются достаточно редко, чаще бывает их смешанная форма, которая характеризуется нарушением развития как импрессивной, так и экспрессивной речи: моторная алалия с сенсорным компонентом, сенсомоторная алалия. При этом отсутствие четких кинестетических ощущений при дефектном звукопроизношении вызывает недостаточность различения на слух сходных по артикуляции и акустически близких звуков речи. Это приводит к тому, что словарь не пополняется словами с трудноразличимыми звуками; предлоги и морфологические элементы слов употребляются неверно.

Смешанная алалия может быть выражена в разной степени, наблюдаются недоразвитие неречевых высших процессов, особенности поведения.

Как правило, дети с выраженной сенсомоторной алалией обучаются и получают медицинскую помощь в условиях стационара. А затем в зависимости от состояния ребенка, его поведенческих особенностей — в логопедических или кратковременных группах детских садов компенсирующего вида. В школьном возрасте ребенок продолжает обучение в специальной (коррекционной) школе для детей с нарушениями речи. Форма (классная, надомная индивидуальная) и вариант образования (цензовый, нецензовый) определяются индивидуально. Проектирование коррекционно-развивающего маршрута, лечение и педагогические технологии вариативны.

Тщательное наблюдение за состоянием речевой и неречевой деятельности ребенка, специальное углубленное обследование помогают уточнить природу и характер нарушения при алалии, установить ведущий дефект, определить адекватные формы и направления коррекционно-воспитательного воздействия.

Обследование ребенка с алалией

Логопед, обследуя ребенка, должен ответить на два основных вопроса:

1) Каково первичное нарушение и его производные отклонения?

2) Каковы компенсаторные силы (возможности) ребенка?

Обследование проводится в течение первых 2 недель пребывания ребенка в группе (как правило, в сентябре). В это время логопед выявляет объем речевых навыков детей, сопоставляет его с возрастными нормативами, с уровнем психического развития, определяет соотношение дефекта и компенсаторного фона, речевой и познавательной активности.

Выделяются пять этапов комплексного обследования ребенка.

I. Ориентировочный:

— уточнение анамнеза ребенка со слов родителей;

— изучение медицинской и педагогической документации;

— беседа с ребенком;

— предварительное определение речевого дефекта.

II. Дифференцировочный.

Обследование интеллекта и слуха с целью отграничения ребенка с первичной речевой патологией от сходного состояния, где ведущим является нарушение слуха или интеллекта.

III. Невербальный.

Обследование неречевых процессов, высших психических функций, тесно связанных с речью (внимания, восприятия, памяти, двигательных функций).

IV. Лингвистический.

Исследование всех компонентов языковой системы (фонетической, фонематической, лексической, морфологической и синтаксической).

V. Диагностический.

На основе анализа полученных данных выносится логопедическое заключение.

Обследование начинается со сбора анамнеза ребенка и ознакомления с медицинскими заключениями о состоянии его здоровья. Обращается внимание на запаздывание появления речи у ребенка, непропорциональность формирования отдельных ее компонентов. Своеобразие нарушения проявляется уже в период лепета: он отсутствует или характеризуется бедностью, однообразием. Первые слова появляются со значительной задержкой — к 3 годам и позднее, фразовая речь практически отсутствует или очень бедна, стереотипна, аграмматична. Вместо речи дети активно используют паралингвистические средства: жесты, мимику, эмоционально окрашенные модуляции голоса.

Родители отмечают молчаливость, характеризуя детей как все понимающих, но не желающих говорить. Отсутствие речевого общения с ребенком родители в ряде случаев ошибочно расценивают как проявление его упрямства и лени. Исследование понимания речи показывает, что оно имеет обиходный характер, соответствует уровню лексических значений, а грамматические категории мало информативны для детей с алалией и в основном не используются.

Отмечается дисгармония между ранним речевым и физическим развитием детей. Общее физическое развитие близко к нормативным показателям, хотя отмечаются нарушение равновесия, недостатки тонких движений, их дискоординация.

Заключение невролога свидетельствует о нормальном интеллектуальном развитии детей. Результаты исследования центральной нервной системы (ЭЭГ, ЭХО) выявляют в большинстве случаев нерезкую дезорганизацию корковой ритмики, легкую дисфункцию подкорковых стволовых структур головного мозга, признаки внутричерепной гипертензии.

В процессе обследования речи ребенка необходимо установить с ним контакт с помощью игры, которую организует логопед. Игра, являясь ведущей деятельностью ребенка дошкольного возраста, используется как один из методов диагностики речевого и умственного раз-

вития ребенка. Наблюдая за ребенком, можно оценить его общее развитие, понимание им речи, состояние экспрессивной речи, круг его знаний и представлений о растительном и животном мире, о времени (временах года, частях суток и т. д.), о явлениях социальной жизни (семья, родственники, друзья, их занятия и др.), представления о цвете, количестве времени и т. д.

В случаях низкого уровня речевого развития ребенка ему предоставляется возможность давать ответы в виде выполнения соответствующих действий.

Специфика обследования неговорящих детей заключается в выявлении состояния понимания речи. Методика была разработана Г. И. Жаренковой [10] (за основу принималась методика А. Р. Лурии по исследованию импрессивной речи при афазии). Речевая инструкция должна быть составлена таким образом, чтобы ее выполнение обусловливалось пониманием проверяемых грамматических форм и чтобы ситуация не могла подсказать нужного ответа. Используются разнообразные исследовательские приемы:

1) понимание *единственного и множественного числа существительных* (дай карандаш — дай карандаш*и*); *прилагательных* (про что можно сказать «больш*ой*, больш*ие*»), *глаголов* (где ид*ет* — где ид*ут*, на скамейке сид*ит* — сид*ят*). Ударения в прилагательных и глаголах должны падать на проверяемую часть слова; задания предлагаются не парами, а вразбивку;

2) понимание форм *мужского и женского рода глаголов* (прошедшего времени единственного числа): на одной картинке мальчик, на другой — девочка совершают одно и то же действие либо находятся в одном и том же состоянии (поймал/*а* рыбку, разбил/*а* чашку и др.). Логопед говорит: «Мальчика и девочку зовут одинаково. Мальчик Валя и девочка Валя (Женя)». Проверяется, запомнил ли ребенок, как зовут детей («Покажи, где Валя»). «Я буду говорить, а ты будешь угадывать и показывать, о ком я говорю — о мальчике или о девочке»: Валя нарисовала дом. Валя нарисовал дом» и т. д.;

3) понимание форм *мужского, женского и среднего рода прилагательных:* инструкция заканчивания: «У Коли есть больш*ая* (больш*ой*, больш*ое*) ...». Ребенок должен выбрать из картинок, определив по окончанию прилагательного род существительного: шар, чашку или ведро;

4) понимание *предлогов* в их *пространственном* значении (*в, на, под, над, за, из, позади (сзади), впереди (перед), между):*

а) логопед называет предложно-падежную конструкцию («Положи карандаш на книгу; покажи, где книга — на столе, под столом, в столе»);

б) создание конфликтной ситуации: «Положи хлеб на тарелку» (дети не ошибаются) — «Положи тарелку на хлеб».

Результаты обследования речи и неречевых процессов, тесно с ней связанных, фиксируются в речевой карте ребенка, применяемой в группах детей с общим недоразвитием речи (ОНР) и определенной программой для этих групп.

Обследование детей с моторной алалией крайне затруднено, и окончательный вывод о состоянии их речи может быть сделан только в ходе динамического наблюдения за ними в процессе диагностического обучения.

Фиксируется не только то, что расценивается как нарушение, недостаточность, но и то позитивное, что демонстрирует ребенок. Л. С. Выготский подчеркивал, что надо учитывать не золотники болезни, а пуды здоровья.

Дифференциальная диагностика алалии

Уточнению логопедического заключения способствует дифференциальная диагностика, позволяющая разграничить разные формы алалии от сходных по проявлениям нарушений: от временной задержки речевого развития, дизартрии, нарушений слуха, интеллектуальной недостаточности, раннего детского аутизма.

Таблица

Дифференциальная диагностика алалии и задержки речевого развития

Дети с алалией	Дети с ЗРР
Задержаны темпы развития речи, отмечается искаженное формирование всех языковых систем.	Развитие речи отличается от нормального онтогенеза отставанием темпа.
Не способны к самостоятельному овладению языковыми обобщениями и противопоставлениями.	Способны к спонтанному усвоению языковых обобщений.
Выявляется неврологическая симптоматика, нарушение двигательной сферы, высших психических функций, часто — леворукость.	Неврологическая симптоматика не выявляется.

Временная задержка речевого развития проходит бесследно, а следы алалии остаются на долгие годы, а иногда на всю жизнь. «Задержка речевого развития» является донозологическим заключением логопеда и может выявляться у детей до 3 лет. В более старшем возрасте диагностируется речевое нарушение в соответствии с общепри-

нятыми в логопедии классификациями. Примером логопедического заключения может быть: общее недоразвитие речи (I уровень) у ребенка с алалией.

Алалия отличается от дизартрии тем, что ребенок с алалией не может реализовать имеющиеся у него моторные возможности на речевом (знаковом) уровне функционирования артикуляторного механизма — на уровне слова.

Таблица 8

Сравнительная характеристика произношения звуков у детей с алалией и дизартрией[1]

Дети с алалией	Дети с дизартрией
I. Общая характеристика нарушений произношения звуков	
Достаточная сохранность исполнительного (моторного) уровня функционирования артикуляционного механизма (но может быть апраксия).	Выраженное нарушение исполнительного (моторного) уровня функционирования артикуляционного механизма (паралич, парез).
Характерны преимущественно фонематические нарушения, которые наиболее ярко проявляются на знаковом уровне функционирования артикуляционного механизма (в словах).	Характерны преимущественно фонетические (артикуляционные) нарушения, которые почти одинаково проявляются на незнаковом и знаковом уровнях.
Многие звуки, подверженные нарушениям (искажениям, заменам, пропускам), имеют одновременно и правильное произношение.	Только единичные звуки имеют одновременно и правильное произношение.
Преобладают разнотипные нарушения (сосуществование его искажения, замены и пропуска).	Преобладают однотипные нарушения (только искажение, замена либо пропуск).
В нарушениях произношения доминируют замены звуков.	Доминируют искажения.
II. Искажение звуков	
Искажение небольшого количества звуков.	Искажение большого количества звуков.
Искажение преимущественно сложных по артикуляции звуков.	Искажение и сложных, и простых по артикуляции звуков.
Для всех искажающихся звуков характерно сосуществование искаженной и правильной артикуляции.	Для всех искажающихся звуков свойственно постоянное искажение.
III. Замены звуков	
Замены артикуляторно сложных, и простых звуков.	Замены преимущественно артикуляторно сложных звуков.

[1] Таблица разработана В. А. Ковшиковым [5]. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. — СПб., 2006.

Дети с алалией	Дети с дизартрией
Преобладают непостоянные замены звука.	Преобладают постоянные замены звука.
Преобладают разнообразные замены.	Преобладают однообразные замены.
Взаимозамены звуков сравнительно часты.	Взаимозамены звуков сравнительно редки.
IV. Пропуски звуков	
Преобладают непостоянные пропуски.	Преобладают постоянные пропуски.
Пропуски и артикуляторно сложных, и простых звуков.	Пропуски преимущественно артикуляторно сложных звуков.

Сравнение показывает, что для детей с дизартрией типично расстройство моторного (фонетического) уровня деятельности артикуляторного механизма, для детей же с алалией — расстройство языкового (фонематического) уровня.

Дети с моторной алалией отличаются от детей с интеллектуальной недостаточностью.

Таблица

Дифференциальная диагностика моторной алалии и интеллектуальной недостаточности

Дети с моторной алалией	Дети с интеллектуальной недостаточностью
Заинтересованы в обучении, получении новых знаний.	Не заинтересованы в обучении, получении новых знаний.
Принимают помощь взрослого в разных видах деятельности.	Плохо принимают помощь взрослого.
С раннего возраста при исчезновении предмета, игрушки из поля зрения не теряют к ней интерес, ищут ее, способны организовать игру.	При исчезновении предмета из поля зрения теряют к нему интерес. Не используют игрушки в соответствии с их функциональными особенностями.
Достаточно критичны к своим недостаткам и ошибкам, к своей речи.	Малокритичны к своим ошибкам и неудачам.
Рано формируется избирательное отношение к близким.	Избирательность отношения формируется с опозданием.
Формируется умение «переноса»: после объяснения способа выполнения действия осуществляют аналогичные действия на другом материале спонтанно.	«Явление переноса» спонтанно не формируется: необходимо каждый раз заново объяснять способы выполнения задания.
Достаточно больший запас сведений и представлений об окружающем; понимают значение жестов, мимики, внеречевой ситуации, инструкций; сформирован навык ориентировки в окружающем; учитывают изменения в ситуации.	Небольшой запас сведений и представлений об окружающем мире; недостаточно понимают значение жестов, мимики, внеречевой ситуации, инструкций; недостаточно ориентируются в окружающей обстановке; не учитывают изменения в ней.

Нередко детей с сенсорной алалией ошибочно относят к категории детей, имеющих периферические нарушения слухового анализатора (тугоухость или глухоту), по общему признаку — непониманию обращенной к ним речи.

Таблица 10

Дифференциальная диагностика сенсорной алалии и нарушений слуха

Дети с сенсорной алалией	Дети с нарушением слуха
Аудиограмма — N или вариативно выраженные показатели снижения слуха за короткий период времени (8—10 исследований в течение 10—12 дней).	Аудиограмма показывает стабильное снижение слуха примерно в одних границах за короткий период времени.
Голос звонкий.	Голос приглушенный, монотонный.
Неречевые звуки и шумы различают достаточно хорошо. Не различают речевые звуки.	Снижено восприятие как речевых, так и неречевых звуков.
Качество слухового восприятия не зависит от расстояния до говорящего и громкости его голоса, реакций на речевые звуки не возникает.	Сокращение расстояния от источника звука и повышение его громкости улучшает восприятие речи.
Использование слухового аппарата не улучшает восприятия речи. Отмечается гиперакузия — повышенная чувствительность к звукам.	Использование слухового аппарата улучшает восприятие речи.

Нередко проявления смешанной (сенсомоторной) формы алалии ошибочно считаются особенностями раннего детского аутизма.

Таблица 11

Дифференциальная диагностика алалии и раннего детского аутизма (РДА)

Дети с алалией	Дети с РДА
Стремление к контактам с окружающими людьми. Используются жесты, мимика, интонационные модуляции.	Отсутствие контактов с окружающими людьми, особенности поведения («полевое» поведение, избегание взгляда в глаза, склонность к стереотипным действиям, аутоагрессии).
Системное недоразвитие речи. Произвольный уровень невербальной деятельности сохранен, нарушено выполнение символических операций.	Искаженное речевое развитие. Выраженное расстройство произвольного уровня любой деятельности.

Окончание таблицы 11

Дети с алалией	Дети с РДА
Грубое нарушение слоговой структуры слова.	Использование слов со сложной слоговой структурой вне коммуникативной ситуации.
Поведение правильное.	Выраженная длительная захваченность, «очарованность» отдельными впечатлениями (тактильными, зрительными, слуховыми, вестибулярными): на протяжении полугода и более шуршание целлофановым пакетом, листание книги, «смакование» звуков, слогов, слов и т.п.

Система логопедической работы по устранению алалии

Дети с моторной алалией воспитываются и обучаются в логопедических группах дошкольных образовательных организаций в соответствии с принятыми в стране нормативно-регулирующими документами.

Занятия с ними проводятся в индивидуальной, подгрупповой и групповой формах в соответствии с программой дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи (Филичева Т. Б., Чиркина Г. В., Туманова Т. В., Лагутина А. В., 2008). Программа строится на основе ряда принципов.

Ведущим является *патогенетический принцип*, определяющий зависимость стратегии и тактики коррекционно-воспитательной работы от механизма нарушения при алалии.

Важным является *принцип учета нормального онтогенеза речи*, основных закономерностей усвоения языка, последовательности формирования грамматических форм и конструкций, необходимых для создания ключевых звеньев начального речевого общения при алалии.

Принцип системного подхода отражает единство и целостность языка как системы, что предусматривает взаимосвязанное формирование фонетических, фонематических и лексико-грамматических компонентов речи при алалии.

Деятельностный принцип усвоения языка показывает отношения между фактами действительности, различными ситуациями посредством языка.

В настоящее время, несмотря на разнообразие подходов к диагностике и коррекции алалии, наиболее распространенным в системе образования является *психолингвистический подход.* В рамках этого подхода разработаны различные системы логопедического воздействия на структуру нарушения при алалии (Б. М. Гриншпун, С. Н. Шаховская, В. А. Ковшиков, В. К. Воробьева, Е. Ф. Соботович, Н. С. Жукова и др.).

При моторной алалии основной задачей первоначальных этапов логопедического воздействия является создание стимулов, пусковых механизмов, которые должны обеспечить развитие речи детей и усвоение ими языковой системы, преодоление не только речевых, но и неречевых нарушений.

Первые слова у безречевого ребенка появляются на высоте эмоционального напряжения, которое возникает в игровой ситуации, через обращенное проговаривание за логопедом.

Б. М. Гриншпун (1975) рекомендует изначально формировать грамматическую систему как основу речевой коммуникации, называя три начальных этапа логопедической работы при моторной алалии.

Первый этап — однословная фраза (предложение), формируется минимальный коммуникативно значимый отрезок речи, слово в единстве номинативной и предикативной функций. Такие однословные фразы составляют из слов, которые необходимы для выражения предикативности, т. е. из слов, обозначающих действия (*Сядь! Встань! Дай! Стой! Иди! — иду* и т. п.).

Второй этап — предложение из двух слов. Усложняется синтаксическая структура предложений за счет включения второстепенных членов — имен существительных в формах косвенных падежей. Центром таких двусловных предложений является глагол в форме 1-го лица настоящего времени или в побудительной форме. Формируются две модели предложений: с винительным падежом единственного числа (*несу куклу*) и предложным падежом с предлогом «на» (*сижу на стуле*). Эти модели являются наиболее частотными для глагольных сочетаний.

Третий этап — предложение из двух главных членов: подлежащего и сказуемого, когда высказываются суждения о действиях какого-то лица или о состоянии предмета (*мяч упал* и т. д.). Эта работа проводится на основе наблюдений ребенка над действиями окружающих лиц (товарищей по группе или родителей), а затем на основе дидактического материала: игрушек, картинок и т. д. Осуществляется работа по дифференциации форм 1-го и 3-го лица глагола (*иду — идет*), а также форм именительного и косвенных падежей. Так вырабатываются первые грамматические обобщения и противопоставления. Морфологические элементы (окончания слов) произносятся утрированно, с подчеркнутой интонацией и произношением.

Обращается внимание на произношение слов.

Ковшиков В. А. (1985, 2001, 2006) [5] предложил иную систему преодоления моторной алалии. Он считает, что у детей с экспрессивной (моторной) алалией нельзя вырабатывать изолированные языковые

единицы, а нужно с самых первых занятий формировать у них язык как целостное образование. Для этого используется концентрическая система организации материала, где каждый этап включает постепенно усложняющуюся совокупность всех подсистем языка (лексической, синтаксической, морфологической, фонематической). Например, при тяжелой степени недоразвития языковой системы отрабатывается вся совокупность языковых единиц и их форм.

В лексической подсистеме:

— некоторые общеупотребительные глаголы (*идти, сидеть, бежать, есть, пить, мыть, петь* и др.), их спряжение;

— местоимения (*я, ты, он, она; мой, его, ее; этот, тот*);

— наречия (*тут, там*);

— частицы (*вот, да, нет*);

— существительные собственные и нарицательные (*Вова, Петя, Галя, ..., мама, папа, тетя, дядя, баба, нога, губы, дети, вода, муха* и др.).

В синтаксической подсистеме:

— простые односоставные (преимущественно глагольные) и двусоставные повествовательные предложения (*Иду. Идет. Иди!; Дай! На. Хочу. Не хочу.; Вова, дай! Петя, сиди!; Хочу пить (есть); Я иду (мою, несу, даю...); Он идет* (*моет, несет, дает...*); *Мяч мой* (*его, ее*) и т. д.).

В морфологической подсистеме:

— формы глаголов настоящего времени 1-го и 3-го лица ед. числа изъявительного наклонения и 2-го лица ед. числа повелительного наклонения;

— исходные формы местоимений и существительных.

В фонематической подсистеме:

— простые в артикуляторном отношении звуки;

— универсальная конструкция слога «согласный—гласный» (СГ) и некоторые другие конструкции (СГС, ГСГ);

— слова односложные и двусложные.

Окончания по возможности произносятся ребенком правильно сначала имитативно (подражательно), потом самостоятельно.

Позднее отрабатываются более сложные языковые единицы, их формы и правила функционирования в процессе порождения речи. Организующим фактором всей работы выступает предложение, в предложении — предикат как центр предложения. На более продвинутом этапе работы основное место принадлежит связному тексту. В итоге ребенок должен научиться самостоятельно открывать словесные закономерности языка и использовать язык в деятельности.

Практически во всех исследованиях отмечается, что важнейшим направлением начальных этапов работы над речью при моторной алалии является формирование предикации.

Используются упражнения, направленные на уточнение, усвоение и осознание предикативных единиц, ввод их в предложение и связную речь. Эта деятельность направлена на постепенное развертывание внутренней программы высказывания и обеспечивает переход к опорным словам моделируемого предложения, способствует формированию предикации. Она ориентирует детей на учет морфологических и словообразовательных характеристик слов, необходимость определения места номинативных и предикативных единиц в структуре предложения.

Е. Ф. Соботович (1981, 2003) [14] предложила поэтапное формирование операций, на основе которых ребенок овладевает анализом языковых явлений и практически усваивает основные закономерности языка. Эти знания дают толчок для спонтанного развития экспрессивной речи.

Коррекционная работа проводится поэтапно:

1) формирование расчлененного восприятия предметной и речевой ситуации и элементарного словаря;

2) формирование операций, подготавливающих вычленение морфологических и фонетических элементов языка;

3) развитие операций, направленных на овладение структурой предложения и его грамматическим оформлением;

4) актуализация морфем, конструирование словоформ и синтаксических конструкций в экспрессивной речи ребенка.

Работа осуществляется в процессе специально организованной деятельности ребенка при восприятии устной речи, при отборе языковых единиц и реализующих их движений для собственного высказывания, при формировании осознанного языкового и речевого анализа, в процессе чтения. Успешность овладения названными структурами достигается многократным повторением действий ребенка на ограниченном и повторяющемся лексическом и грамматическом материале.

Другая система коррекционного воздействия основана на предваряющем формировании неречевых функций и процессов при некотором (а иногда и значительном) опережении их развития в сравнении с речью. В. К. Воробьева [2] рекомендует следующий план работы с детьми с моторной алалией.

1. Развитие психологической (сенсорно-перцептивной) базы речи, целью которой является формирование внимания, памяти, мышления, восприятия как психологической основы речи.

2. Развитие понимания речи, целью которой является преодоление импрессивного аграмматизма и формирование пассивного и активного словаря. В процессе игровых заданий расширяется круг значений предметов, действий, признаков.

3. Формирование собственной экспрессивной речи:

а) усвоение слоговой и морфемной структуры слова. Основным приемом при образовании новых слов является сравнение значений слов, практическое наблюдение и осознание зависимости изменения лексических значений от грамматических;

б) развитие связной речи: формирование навыков и умений устной связной речи и обучение письменным видам речи (чтение, письмо), формирование ориентировки в смысловой цельности, сравнение смысловых и лингвистических характеристик текста.

Выделяется три взаимосвязанных этапа становления навыка связного высказывания: 1 — «стихийное» формирование связной речи, 2 — формирование учебных действий анализа с введением правил построения текста, 3 — формирование связного сообщения на основе применения изученных правил.

Коррекционная работа с детьми, имеющими моторную алалию, осуществляется при сотрудничестве невролога, психолога, логопеда, воспитателей, учителей, специалистов по логоритмике и лечебной (адаптивной) физкультуре. Широко используется арттерапия всех видов: куклотерапия, сказкотерапия, песочная и акватерапия, изотерапия (рисование, лепка), музыко- и танцетерапия, кинезитерапия (лечение системой движений, включающей логоритмику и работу над мелкой моторикой пальцев рук). Все используемые педагогические технологии направлены на формирование и активизацию общения.

Выбор логопедической методики зависит от структуры и степени выраженности нарушений при моторной алалии, соотношения речевых и неречевых расстройств, особенностей коммуникации, личностных характеристик ребенка. При длительной систематической логопедической работе у детей формируется самостоятельная речь в объеме, позволяющем обучаться в общеобразовательной или специальной школе для детей с нарушениями речи в инклюзивных условиях, социально адаптироваться. Медико-педагогическое воздействие осуществляется с ранних этапов жизни ребенка.

Прогноз при моторной алалии определяется с учетом комплекса факторов. Он лучше, если у ребенка неязыковые расстройства выражены не грубо, есть потребность в речи, имеются предикативные слова, развиты хотя бы элементарно синтагматические отношения, микросоциальная среда благоприятна.

Коррекционная работа при сенсорной алалии в случаях выраженных ее проявлений первоначально осуществляется в условиях стационара, в речевом отделении детской психоневрологической больницы, в диагностических группах детских садов.

Детей с сенсорной алалией в отдельном учреждении мало, контакт с ними затруднен, поведение их специфично. В связи с этим темпы коррекционной работы медленные.

Дозировка занятий различна в зависимости от состояния ребенка — от 3—5 до 20—30 минут 2—3 раза в день. В дальнейшем при амбулаторной работе ребенок занимается 2—3 раза в неделю при ежедневной закрепительной домашней работе.

Дети с нерезко выраженными явлениями сенсорной алалии обучаются в специализированных детских садах и школах для детей с тяжелыми речевыми нарушениями.

При сенсорной алалии логопедическое воздействие направлено на стимулирование интереса к неречевым и речевым звукам, развитие потребности подражать им, дифференцировать их; на воспитание сознательного анализа состава речи, развитие фонематического восприятия, понимание речевых структур. Работа включает формирование психофизиологической основы речи, основных видов деятельности, развитие произвольного слухового внимания, памяти, восприятия и контроля.

Перед началом работы уточняются объем и характер стандартизированных обращений к ребенку, употребляемых в семье. Педагог и родители совместно составляют список точно сформулированных инструкций-побуждений обиходно-бытового характера, которые употребляются в неизменном виде и на занятиях, и в повседневной жизни ребенка дома. Определяется степень восприимчивости ребенка к звукам неречевого характера в условиях полной тишины и при наличии шумового фона. Речевое общение на первых порах исключается или ограничивается, беспорядочная речь ребенка затормаживается.

Логопедическая работа включает ряд взаимообусловленных этапов, представленных в работах В. К. Воробьевой, Т. П. Горюновой, В. К. Орфинской и др.

1. *Адаптационный этап.* Продолжается 2 недели, когда ребенок привыкает к новой обстановке, людям, тембру голоса логопеда.

Работа начинается со строгой организации звукового и речевого режима ребенка, так как излишняя беспорядочная слуховая нагрузка тормозит развитие понимания и самой речи. Детям предоставляют часы и дни отдыха, их ограждают от излишних обращений к ним окружающих. Из обихода исключаются звуковые аппараты: звонки,

радио, телевизор; не показываются картинки, игрушки и т. д. Создается щадящий звуковой режим, ограничивается поступление речевых и неречевых сигналов. Вокруг ребенка возникает ситуация «сенсорного голода». Это способствует повышению восприимчивости ребенка к звукам. И только на фоне такого успокоения приступают к работе.

Постепенно уточняется состояние слухового восприятия, понимания, после чего ведется целенаправленная работа по их развитию и расширению. Для привлечения внимания ребенка стараются попасть в поле его зрения: повернуть к себе, взять за руку и т. д.

2. *Однословный этап.* Задача данного этапа — воспитать связь между звуковым образом слова и предметом, который называют.

Работа включает развитие целенаправленного, произвольного слухового внимания на ограниченном материале (лексическом, дидактическом). В различных ситуациях ребенок должен находить предмет по названию.

По наблюдениям исследователей, смысловая связь у нормально развивающегося ребенка устанавливается после 3—5-кратного совпадения с сенсорным образцом. У детей же с сенсорной неполноценностью эта связь устанавливается с большим замедлением: осмысленная условно-рефлекторная реакция появляется в среднем после 20—25 совпадений. Важна не просто повторяемость, а выработка возможно большего числа условных связей, преимущественно двигательных.

Ребенок в ходе предметно-практической деятельности овладевает умением выполнять с предметом по словесной инструкции как можно больше заданий: *налей молоко, подуй на молоко, выпей молоко* и т. д. Аналогичные упражнения по сопровождению действий речью учат ребенка усваивать грамматические стандарты родного языка. Речь логопеда должна быть постоянной громкости и слегка замедленного темпа, что облегчает ее восприятие, так как у детей имеются трудности при узнавании быстро сменяющихся вербальных (фонетических) и невербальных (тональных) элементов.

Уделяется внимание развитию деятельности на основе зрительной подражательности. Для этого используют различные пособия: вкладки, разрезные картинки (простые и усложненные), палочки (выкладывание узоров, геометрических фигур), мозаика и действия с ними. Дети учатся классифицировать раздаточный материал по цвету, форме, величине и т. д. Сложность заданий постепенно возрастает. Речевое комментирование заданий исключается, так как ребенок обращенную речь на данном этапе развития не понимает.

3. *Неречевой этап.* Как только ребенок научится находить предмет по слову, проводится дальнейшее развитие слухового восприятия — адекватно реагировать на различные шумы, их дифференцировать, определять направление звучания.

Используются разные игровые виды работы и наглядные средства обучения (звучащие предметы, иллюстративный материал, магнитофон, диктофон, компьютер) для воспроизведения различных неречевых звучаний: голосов животных, птиц, звуков неживой природы, музыки, что повышает познавательные интересы детей.

Полезно, чтобы вначале ребенок подержал игрушку в руке, ощутил вибрацию в момент звучания. Сначала он наблюдает, как логопед производит те или иные звуки, пробует вызвать их сам. Затем педагог жестом предлагает ребенку закрыть глаза или отвернуться (возможно помещение предметов, которые производят звуки, за экран, ширму), и ребенок по звучанию должен различить соответствующее предметы — источники звуков. Такие приемы работы используются длительно, но микродозами. В работе избегают хлопков в ладоши, топанья по полу, стучания по столу, так как в этих случаях воспринимается не звучание, а колебания, вибрация.

Неречевое слуховое восприятие развивается у детей в процессе узнавания и дифференциации неречевых звуков по характеру звучания (шумы, музыкальные звуки, голоса животных и птиц). Дети учатся узнавать и дифференцировать контрастные неречевые звуки, постепенно переходя к восприятию и различению близких по звучанию сигналов (шум сминаемой и разрываемой бумаги, стук в дверь и деревянных ложек, пересыпание различных круп и т. д.).

Далее слуховое восприятие развивается в процессе узнавания и дифференциации неречевых звучаний по громкости, длительности, высоте. Дети учатся правильно эмоционально реагировать на тембр звучания и передавать оттенки образов с помощью движений и мимики.

По мере успешности этой работы в шумовой ряд вводится сильный речевой звук ([а], [р], [у] и др.). 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.

Если ребенок быстро утомляется, отвлекается, становится раздражительным, беспокойным или заторможенным, работа теряет свою продуктивность. Нужно дать ребенку отдохнуть или изменить виды деятельности.

4. *Семантический этап.* На базе сформированных умений начинается работа над семантикой слова, т. е. формирование безошибочной связи слова с обозначаемым предметом. Этот этап трудный, так как ребенок забывает слова. Для того чтобы расширить объем словаря, логопед использует обходной путь — опору на сохранный зрительный анализатор. Детей очень рано начинают обучать элементам грамоты: знакомят с буквой, слиянием букв в слоги, чтением.

С 2—3 лет логопед может использовать элементы глобального чтения — запоминание названий предметов с опорой на предметную картинку и подпись под ней. С 4 лет детей с сенсорной алалией рекомендовано обучать начальным навыкам аналитико-синтетического чтения. А. В. Лагутина [7] отмечает, что эта деятельность позитивно влияет на формирование функционального базиса чтения, оказывает стимулирующее воздействие на формирование фонематических процессов. Н. Н. Трауготт и В. К. Орфинская подчеркивали, что раннее обучение грамоте обеспечивает речевое развитие детей, ибо через прочитывание и записывание они лучше запоминают слова и предложения.

Слова, которые ребенок учится различать первыми, должны быть контрастными, не похожими ни по смыслу, ни по структуре, ни по звучанию (*мак — табуретка*). Широко используются зрительный, зеркальный контроль, чтение с лица, ощупывание предметов, манипуляция с ними, так как связь между словом и предметом устанавливается при неоднократном совпадении слуховых, зрительных и тактильных ощущений.

Первоначально слова произносятся с неизменной подчеркнутой интонацией, опора на нее помогает ребенку ориентироваться в общении, понимать смысл обращений. Разучивается комплекс движений, которые ребенок постепенно привыкает выполнять сначала по заученному порядку при речевом сопровождении педагога, а позднее вразбивку по словесной инструкции: *«Руки вверх, в стороны»* и т. д.

Параллельно с накоплением пассивного словаря логопед стимулирует у ребенка экспрессивную речь.

Продолжается воспитательная работа, направленная на нормализацию поведения, работоспособности, деятельности ребенка: его учат правильно сидеть, смотреть, копировать, подчиняться неречевым инструкциям, учитывать реакцию (одобрения или неодобрения) педагога на выполнение им инструкций, использовать помощь, доводить начатую работу до конца и т. д. Акустическое внимание и восприятие улучшаются по мере развития усидчивости, памяти, предметно-практической деятельности.

5. *Этап развития экспрессивной речи.* Ребенка учат воспринимать словосочетания и фразы. Первые из них стандартизированные, т. е. слова произносятся в определенном порядке, с неизменной интонацией. Простые инструкции, фразы, с которыми обращаются к ребенку, носят обиходно-бытовой характер. Сначала он привыкает понимать только одного человека, а затем по мере нарастающих возможностей в работу включаются окружающие его взрослые.

Ребенок учится понимать инструкции типа: *«открой дверь», «возьми платок», «достань книгу»* и другие, связанные с бытовыми ситуациями и с ходом занятия. Работа строится с опорой на мимику, жест, что помогает ребенку осознать всю комплексную наглядно-образно-действенную ситуацию в сочетании с речью. Ведется работа над пониманием постепенно усложняющихся фраз, детализированных заданий, инструкций. Ребенка учат дослушивать фразу до конца, вникать в ее содержание, а не действовать импульсивно, по первому, часто ошибочному впечатлению.

У ребенка формируется понимание логических, тематических и грамматических групп слов: *посуда; мебель; мытье рук: мыло, полотенце, вода, мыть, вытирать; летит — летят, пьет — пьют и т. д. Широко используется многообразие вопросов к сюжету одной картинки: Кто моет руки? Чем моет? Зачем моет? Чем будет руки вытирать?* и т. д.

После успехов в работе с вопросно-ответными и с предметно-словесными комбинациями переходят к коротким рассказам и пересказам. Постоянно проверяется, правильно ли ребенок понял слово, фразу, смысл прослушанного. С этой целью используются различные картинки, графические схемы слов и предложений, цветные фишки для закрепления структурного и звукового состава речи. С помощью знаково-символической деятельности иллюстрируется изменение морфологического значения слова, структуры предложений.

Понимание ребенком речи долгое время зависит от ситуации, контекста, его общего состояния, эмоциональной настроенности на занятие и от ряда других факторов.

6. *Этап формирования фонематического восприятия, анализа/синтеза.* Для формирования фонематического восприятия необходимо научить детей различать слоги, звукокомплексы по громкости, высоте, длительности, что является основополагающим при определении ударности, ритма, эмоциональной окрашенности речевых структур.

Проводится работа по восприятию звуков речи и формированию произношения, что способствует закреплению межанализаторных связей (слухо-речедвигательных, зрительно-двигательных), развитию слухового внимания, слуходвигательной памяти, слухового и кине-

стетического контроля. Параллельно дети знакомятся с интонационными средствами языка: слоговым ритмом, речевым темпом, тембром речевых звучаний, ударностью.

В процессе развития фонематического восприятия внимание детей сначала привлекается к различению квазислова («не слова») и слова — наименьшей смысловой единице языка. Затем проводится работа по различению лексического и грамматического значения слов.

Различение лексических значений осуществляется в словах, близких по длине и ритмической структуре. Ребенок дифференцирует слова, близкие по звучанию, отличающиеся одной фонемой, с одинаковой ударностью, с одинаковыми опорными звукосочетаниями. Затем различаются слова-паронимы, с помощью которых демонстрируется многозначность слов языка. Внимание детей обращается на то, что одинаково звучащие слова могут иметь разное значение.

Понимание изменений грамматических значений, зависимых от фонематического состава слова, осуществляется путем противопоставления основных и производных грамматических признаков (единственного и множественного числа, именительного падежа и косвенных падежей и т. д.).

Фонематический анализ и синтез формируются у детей позднее, чем фонематическое восприятие, так как в процессе фонематического анализа слово не только узнается на основе восприятия и различения фонем, но и раскладывается на составные элементы (звуки). Дети учатся определять ударный гласный звук в начале слов; анализировать звукосочетания (*ау, ауо*); синтезировать гласные звуки в лепетные слова (*ау, уа, иа*) и т. д.

На базе формирующегося фонематического анализа и синтеза складываются фонематические представления, т. е. обобщенное понимание фонемы. Фонемы обобщаются в процессе раскладывания «конфликтных» картинок, подбора слов на заданный звук, разгадывания ребусов и т. д.

В процессе овладения операциями фонематического анализа и синтеза, формирования фонематических представлений дети усваивают приемы умственной деятельности (анализ, синтез, классификация, обобщение), учатся контролировать свою речь.

Работа с детьми, имеющими сенсорную алалию, сложна, и эффективность в каждом индивидуальном случае различна. 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 слова появляются в его активном словаре. Возникает вопрос о целесообразности работы, если эффективность столь невелика.

М. Е. Хватцев [10] подчеркивал значимость работы даже в самых тяжелых случаях, отмечая, что для непонимающего и неговорящего ребенка 1—2 слова так же много, как тысячи слов для нормально развивающегося ребенка.

Полное устранение сенсорной алалии исследователями ставится под сомнение. Следы нарушений импрессивной и экспрессивной речи остаются на долгие годы, иногда на всю жизнь. Прогноз достаточно неопределенный, зависит от ряда факторов: состояния слуховой чувствительности, времени и характера проводимого лечения, коррекционно-воспитательного воздействия, возраста, интеллекта, личных особенностей ребенка и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии. М.: АСТ, Астрель Транзиткнига, 2005.

2. Воробьева В. К. Методика формирования связной речи у детей с системным недоразвитием речи. М.: АСТ, 2007.

3. Глухов В. П. Основы психолингвистики. М.: АСТ, Астрель, 2006.

4. Ишимова О. А., Худенко Е. Д., Шаховская С. Н. Развитие речемыслительных способностей детей. М.: Просвещение, 2009.

5. Ковшиков В. А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. СПб.: КАРО, 2006.

6. Корнев А. Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. СПб.: Речь, 2006.

7. Лагутина А. В. Нарушения речи и обучение чтению детей пятого года жизни. М.: НКЦ, 2011.

8. Лалаева Р. И., Парамонова Л. Г., Шаховская С. Н. Логопедия в таблицах и схемах. М.: Парадигма, 2009.

9. Левина Р. Е. Нарушения речи и письма у детей: Избранные труды / Ред.-сост. Г. В. Чиркина, П. Б. Шошин. М.: Аркти, 2005.

10. Логопедия. Методическое наследие: В 5 кн. / Под ред. Л. С. Волковой. — Кн. 3: Системные нарушения речи: Алалия. Афазия / Авт.-сост. М. К. Шохор-Троцкая, С. Н. Шаховская. М.: Владос, 2007.

11. Орфинская В. К. Принципы построения дифференцированной методики обучения алаликов на основе лингвистической классификации форм алалии // Логопедия. Методическое наследие: В 5 кн. / Под ред. Л. С. Волковой. — Кн. 3: Системные нарушения речи: Алалия. Афазия / Авт.-сост. М. К. Шохор-Троцкая, С. Н. Шаховская. М.: Владос, 2007.

12. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи / Авт.-сост. Г. В. Чиркина. М.: Просвещение, 2008.

13. Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений V вида. Подготовительный класс. 1—4 классы / Авт.-сост. Г. В. Чиркина и др. М.: Просвещение, 2013.

14. Соботович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции (дети с нарушением интеллекта и моторной алалией). М.: Классик Стиль, 2003.

15. Спирова Л. Ф. Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи (1—4 классы). 2-е изд. М.: МСГИ, Е. В. Карпов, 2004.

16. Трауготт Н. Н., Кайданова С. И. Нарушения слуха при сенсорной алалии и афазии. Л.: Наука, 1975.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Докажите, что алалия — системное нарушение речевой деятельности.

2. Какие вопросы по проблеме алалии являются дискуссионными и с чем это связано? Аргументируйте ответ.

3. Какие этиологические факторы вызывают алалию?

4. Чем отличается дизонтогенез развития речи при алалии от нормального онтогенеза?

5. В чем особенности речевых и неречевых проявлений при моторной алалии?

6. С чем связано непостоянство слухового восприятия при сенсорной алалии?

7. Как реализуется комплексный подход при коррекции моторной и сенсорной алалии?

8. В чем отличие алалии от сходных по проявлениям нарушений (задержки речевого развития, раннего детского аутизма, нарушений слуха и интеллектуальной недостаточности)?

9. Сопоставьте алалию с другими речевыми нарушениями. Данные внесите в таблицу.

10. Назовите основные направления изучения алалии.

11. Охарактеризуйте особенности всех компонентов речи при алалии.

12. Проанализируйте особенности личности ребенка с алалией. Объясните, с чем они связаны.

13. Раскройте систему обследования ребенка с алалией.

14. Сопоставьте основные методические системы коррекционной работы при моторной алалии.

15. Составьте конспект индивидуального занятия с ребенком, имеющим моторную (сенсорную) алалию, на первоначальных этапах работы.

16. Подберите игры, направленные на развитие речевой коммуникации детей с алалией.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Алалия характеризуется как:
   а) задержка речевого развития;
   б) недоразвитие речи;
   в) распад речи.

2. Алалия возникает в возрасте:
   а) до года;
   б) до 3 лет;
   в) в любом.

3. Алалия возникает вследствие:
   а) педагогической запущенности;
   б) незрелости или повреждения нервных клеток коры головного мозга во внутриутробном периоде или в раннем возрасте;
   в) заболеваний лор-органов;
   г) деменции.

4. Какие этиологические факторы не вызывают алалию:
   а) хромосомные абберации;
   б) алкоголизм родителей;
   в) подражание.

5. Какой из перечисленных симптомов не отмечается при алалии:
   а) саливация;
   б) негативизм;
   в) оральная апраксия.

6. В психологической классификации Р. Е. Левина выделила:
   а) 2 группы неговорящих детей;
   б) 3 группы неговорящих детей;
   в) 4 группы неговорящих детей;
   г) 5 групп неговорящих детей.

7. При алалии нарушается развитие:
   а) речи и неречевых процессов;
   б) только речи;
   в) только неречевых процессов.

8. Основной симптом сенсорной алалии:
   а) отсутствие голоса;
   б) нарушение импрессивной речи;
   в) нарушение экспрессивной речи;
   г) выраженное снижение остроты слуха.

9. Что является нарушением структуры слова?
   а) амузия;
   б) персеверации;
   в) гиперакузия.

10. Работа с детьми, имеющими моторную алалию, начинается с:
    а) коррекции звукопроизношения;
    б) ограничения речевого общения;
    в) развития грамматической стороны речи.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Примеры общего осмотра детей с моторной алалией

Сергей М., 4 года. Обучение в детском саду компенсирующего вида для детей с нарушениями речи (1-й год обучения). Заключение: моторная алалия.

В процессе обследования мальчик контактен. Отмечаются двигательная расторможенность, неусидчивость, чрезмерная отвлекаемость. Внимание неустойчиво и быстро истощаемо. Объем слухоречевой памяти недостаточен.

Из анамнеза известно, что наследственность не отягощена. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Роды в срок со стимуляцией, отмечалась слабость родовой деятельности, раннее отхождение вод. Закричал сразу. Физически ребенок развивался нормально: голову стал держать к 2 месяцам, сидеть в 7 месяцев, ходить в 11 месяцев.

Речь появилась поздно: первые слова — после 2 лет. Активный словарь увеличивался крайне медленно и к 4 годам насчитывает несколько слов: *мама, папа, баба, тетя, Ната, Валя, там, ав;* при общении используются слоги *(ля, ня, ка, ко, тя, ба),* аморфные слова для называния множества предметов и действий *(лимонь, вака, яли),* жесты.

Понимание ситуативной речи на достаточном для общения уровне. Пассивный словарь значительно шире активного — мальчик показывает «один» и «много» предметов; находит среди геометрических форм круг, треугольник, квадрат; правильно указывает на крупные части тела, предметы посуды, одежды, мебели, некоторые части этих предметов (крышку и ручку чайника, спинку и ножки стула), отбирает картинки с изображениями знакомых животных (собаки, кошки, лягушки, мышки, зайца, медведя, лисы, волка т. д.); показывают на картинке, кто ходит, бежит, летает, плавает, играет, ест, спит, плачет, смеется; большой — маленький предмет, выполняет простые инструкции.

Не понимает значения грамматических категорий числа, рода, падежности, предложных форм, словоизменения, словообразования.

Фразовая речь не сформирована. Например, ребенок так описывает картинку, на которой изображено, как мама и сын наводят порядок

в комнате — мама вытирает пыль в шкафу и расставляет игрушки, а мальчик щеткой подметает пол: «*Тетя. Ка. Ма. Лала.*». Наблюдаются персеверация, эхолалия.

В общении ребенок широко использует паралингвистические средства — жесты, голосовые модуляции.

Отмечается недостаточность объема, точности и переключаемости общих и произвольных артикуляционных движений.

Общее развитие речи соответствует I уровню.

Заключение невролога свидетельствует о нормальном интеллектуальном развитии мальчика. Исследования (ЭЭГ, эхо-вентрикулоскопии) выявили нерезкую дезорганизацию корковой ритмики, легкую дисфункцию подкорковых стволовых структур головного мозга, признаки внутричерепной гипертензии, повышение пульсации эхо-сигналов.

Ребенку рекомендованы специфическая терапия и занятия с логопедом в условиях дошкольной образовательной организации.

Вера, 6 лет, диагноз медико-педагогической документации, подтвержденный наблюдениями логопеда в ходе работы: травматическая моторная алалия. Вторичная задержка психического развития.

Из анамнеза известно: девочка от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом, роды тяжелые, ягодичные. Зубы появились в 7 месяцев, ходить стала с года. В раннем детстве перенесла много инфекций. Лепет появился в год, словарь не развивался до 5 лет, пока не начала индивидуально заниматься с логопедом.

Девочка худа, бледна, ослаблена, плаксива, боязлива, неспокойна, негативистична, упряма, недисциплинирована.

Моторная сфера: сила и тонус мышц снижены, девочка неловка, неуклюжа, не умеет прыгать, затруднены мелкие движения пальцев рук.

При начале занятий с логопедом отмечается достаточное понимание обращенной речи. Говорит однословно, словарь насчитывает несколько десятков простых слов, в основном существительных обиходно-бытового характера. Отмечается забывание слов. Имеются перестановки слогов, грубые искажения структуры слова. Изредка употребляет аграмматичные фразы. Речь фрагментарная, отрывистая, отсутствуют многие звуки.

До занятий с логопедом наблюдалась неврологом, получала общеукрепляющую терапию, хлористый кальций, аскорбиновую кислоту, глютаминовую кислоту, фосфрен.

После коррекционных занятий (еженедельно 4 часа в течение трех месяцев) стала спокойнее, контактна, любознательна. Значительно

увеличился словарный запас, активно пользуется речью, употребляя простые аграмматичные фразы. Охотно отвечает на вопросы, используя фразовую речь и паралингвистические средства. Выучила несколько стихотворений. Улучшилась общая и артикуляционная моторика, автоматизировано несколько звуков.

Рекомендовано обучение в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Таня, 5 лет. Из анамнеза: роды в срок без отклонений. До 1,5 лет развивалась нормально, затем перенесла менингит, и развитие речи затормозилось. С 3,5 лет посещает специализированный детский сад, группу для детей с общим недоразвитием речи.

При поступлении в учреждение понимание речи достаточное, слух нормальный. Интеллектуально задержана, поведение правильное. Речь отсутствует, общается мимикой и жестами: причмокивание — желание пить, открывание и закрывание рта в быстром темпе — желание есть. Отмечается активность в произнесении отдельных звуков и некоторое разнообразие звукосочетаний в лепете.

Через месяц удалось вызвать ряд междометий, начала по слогам репродуктивно повторять посложно отдельные слова, увеличивается запас слов и звукоподражаний, повторяет простейшие словосочетания: «*Тут Тата, вот Вова, там мама*». Многие слова и звуковые комплексы многозначны: *липа* — все цветы, *малина* — ягоды. Появились глаголы прошедшего времени с открытыми слогами и глаголы повелительного наклонения: *пила, упала, дай, мой*. Еще через месяц словарь вырос до 80—85 слов, употребляет глаголы в неопределенной форме: *читать, играть, писать*. Увеличилась речевая активность, есть желание говорить. Отмечаются попытки фразовой речи, она аграмматична, но в отраженном варианте уже дает нужное словоизменение. Окончания падежных форм резко подчеркивает произношением, проговаривает утрированно, подражая логопеду. В предложных конструкциях справляется либо с включением предлога без изменения формы слова, либо меняет нужным образом слово, но забывает о предлоге: «*Дети были в сад, лесу темно*».

Запас слов и грамматизация продолжают увеличиваться. Повторение за логопедом во всех случаях безошибочное. Прислушивается к разговорам взрослых, пытается принять в них участие. При монологической речи поправляет себя, уточняет, не уверена в своей речевой продукции, допускает разнообразные ошибки. Выучила почти все буквы, быстро овладела слогослиянием, читает простые слова. Про-

цесс чтения помогает развитию словаря и грамматического строя, новый материал легче усваивает после его прочтения.

Хотя речь девочки еще далека от совершенной (ОНР II—III ур.), достижения в ее речевом развитии несомненны, речь стала для нее средством общения.

В дальнейшем показано обучение в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Примеры общего осмотра детей с сенсорной алалией

Наташа К., 9 лет. Обучается в общеобразовательной организации для детей с нарушениями речи (2-й год обучения). Заключение: сенсорная алалия.

Девочка имеет выраженное фонематическое недоразвитие. Словарный запас составляют 80 слов; уточнены и поставлены 11 звуков. Правильно воспринимает 5 звуков: [р], [к], [с], [ш], [а].

При обследовании через два года Наташа (11 лет, четвертого года обучения) из 19 предъявленных ей звуков правильно показывает называемые 8: [с], [р], [к], [ш], [х], [з], [щ], [т]. Остальные 11 звуков заменяет другими звуками: вместо [б] — [м], [в] — [ф], [г] — [п], [д] — [п], [ж] — [щ], [л] — [ф], [м] — [у], [н] — [м], [п] — [к], [ч] — [ш], [ц] — [т].

Наряду с некоторым увеличением количества правильно воспринятых звуков изменился характер их замен. В первом случае замены были разные (в том числе и такие: вместо [в] — [а], [ф] — [а], [в] — [к], [в] — [ш]). При втором обследовании большинство составляли замены букв по акустическому или артикуляционному сходству, отражающие трудности различения, но уже достаточно близких звуков.

В целом восприятие многих звуков речи у девочки продолжает вызывать существенные трудности. Ей рекомендованы наблюдение у невролога и продолжение обучения.

Максим М., 12 лет. Обучается в общеобразовательной организации для детей с тяжелыми нарушениями речи (4-й год обучения). Заключение: сенсорная алалия.

Правильно показывает буквы по названию 14 звуков: [с], [р], [к], [м], [ш], [х], [з], [ж], [в], [ч], [ц], [г], [т], [д]. Четыре звука заменяет другими: вместо [б] — [г], [л] — [м], [п] — [к], [щ] — [ш]. Звук [н] не воспринимает, несмотря на неоднократные предъявления.

Через полтора года Максим (14 лет, шестой год обучения) с первого предъявления на слух правильно воспринимает 23 звука: [а], [б], [в], [г], [д], [ж], [з], [и], [к], [л], [м], [о], [п], [р], [с], [т], [у], [ф], [х], [ч],

[ш], [щ], [э]. Отдельные звуки заменяются другими: [н] — [ш]; [ы] — [и], [э]; йотированные на [н], а также смешиваются между собой. Предъявление звуков с показом утрированной артикуляции помогает восприятию некоторых звуков.

Восприятие фонем, их дифференциация на слух происходит с большими сложностями.

Рекомендованы: динамическое наблюдение невролога и специфическая терапия; продолжение обучения.

Пример общего осмотра ребенка с проявлениями смешанной (сенсомоторной) алалии тяжелой степени

Андрей К., 5 лет. Индивидуальное обучение в домашних условиях, лечение в психоневрологическом стационаре курсами. Заключение: сенсомоторная алалия.

Ребенок два года индивидуально занимался с логопедом.

В процессе обследования мальчик недостаточно контактен. Отмечаются двигательная расторможенность, неусидчивость, чрезмерная отвлекаемость, поведение неуправляемое. Внимание неустойчиво. Произвольный уровень деятельности не сформирован. Понимание речи в бытовых ситуациях грубо нарушено, ребенок не всегда дифференцирует знакомые слова, произнесенные знакомым голосом (мамой) и только в определенной грамматической форме. Остро реагирует плачем, закрыванием головы руками на ряд звучаний неречевого характера — шуршание бумаги, пакета, скрип стула, звонок телефона и некоторые другие, что характеризуется как гиперакузия.

Экспрессивная речь отсутствует, используются отдельные квазислова. В общении ребенок использует ограниченный набор паралингвистических средств (жесты); крик, плач. Наблюдаются нарушения точности и соразмерности общих и тонких движений. По заключению ночного ЭЭГ-видеомониторинга у ребенка неустойчивый альфа-ритм, но по частотным характеристикам — вариант нормы; асимметрия сенсомоторного ритма. Установлены изменения биоэлектрической активности функционально-органического характера в правой центрально-теменно-височной и левой лобной областях. Аудиометрическое обследование выявило двустороннее минимальное снижение тонального слуха сенсоневрального характера (на высокие частоты).

Ребенку рекомендованы: динамическое наблюдение и лечение невролога, специфическая терапия, индивидуальные занятия с логопедом и нейропсихологом.

Примерные конспекты логопедических занятий с детьми с алалией

Конспект 1. Тема «Формирование однословного предложения»

Занятие рекомендовано для детей с I уровнем речевого развития.

Этап логопедической работы: «Однословное предложение».

Форма организации: индивидуальное занятие.

Цель: понимание и использование в речи глаголов повелительного наклонения; формирование однословной предикативной фразы.

Материалы и оборудование: бубен, игрушки, предметы одежды, посуды.

Психолого-педагогическое содержание занятия.

1. Мотивация к деятельности. Развитие неречевого слухового восприятия, внимания. Игра «Будь внимателен». По инструкции логопеда ребенок выполняет различные движения, соотнося их с разными звучаниями. Например, на звук барабана — поднять руки вверх, на звук дудочки — удерживать руки впереди, а на звук бубна — развести руки в стороны.

2. Активизация пассивного глагольного словаря. Развитие слухового внимания. Игра «Слушай и выполняй!».

Вначале логопед предлагает ребенку выполнить различные действия: *иди, стой, прыгай, сиди, хлопай* и т. д.

Затем ребенку предлагается выполнить действие, противоположное названному, т. е. наоборот. Перед ребенком находятся различные предметы (шапка, кофта, стакан, миска и др.), которые нужно использовать при выполнении инструкции логопеда: *иди → стой, стой → беги (прыгай), застегни → расстегни; встань → сядь, сними → надень, вылей → налей.*

3. Формирование однословной фразы на основе глаголов повелительного наклонения. Игра «Любимая игрушка».

Логопед предлагает ребенку вместе поиграть. Ребенок выбирает понравившуюся игрушку (мишку, собачку, куклу и др.).

Логопед берет куклу и, приговаривая, выполняет соответствующие действия: «Спи!» (качает или укладывает в кроватку); «Вставай!» (поднимает куклу), «Умывайся!» (умывает ее), «Садись за стол!», «Пей!» (подносит чашку), «Ешь!» (дает печенье) и т. д.

Ребенок совместно с логопедом выполняет аналогичные действия со своей игрушкой, повторяет команды.

Затем ребенок самостоятельно дает команды и выполняет действия с игрушкой (с той же или с другой), продолжая игру.

4. Подведение итога и мотивированное оценивание достижений ребенка: отмечается, что нового узнал ребенок на этом занятии и выполнял лучше, чем на предыдущих занятиях.

Конспект 2. Тема «Формирование двусловных грамматических конструкций на основе предикативных слов»

Занятие рекомендовано для детей с I уровнем речевого развития.

Этап логопедической работы: «Двусловное предложение».

Форма организации: подгрупповое занятие.

Цель: расширение и активизация номинативного и глагольного словаря; практическое усвоение глаголов повелительного наклонения единственного и множественного числа; существительных единственного числа в винительном падеже с окончанием *-у, -ю.*

Материалы и оборудование: кукла, игрушки, предметные картинки, флажки.

Психолого-педагогическое содержание занятия.

1. Мотивация к деятельности. Оргмомент.

Логопед: «К нам сегодня на занятие пришла кукла Маша. Она знает секрет, как не устать и много нового узнать. Нужно глазкам сказать: «Смотрите!», ушкам сказать «Слушайте!», ротику сказать «Говори!». Вы согласны? Тогда давайте вместе повторим за Машей команды: Смотрите! Слушайте! Говори!»

2. Формирование сенсорно-перцептивной базы речи. Формирование неречевого слухового восприятия, внимания, памяти. Игра «Узнай предмет по звуку».

Логопед за ширмой воспроизводит звучания музыкальных игрушек (бубна, барабана, колокольчика, металлофона и др.). Детям предлагается послушать и узнать, какая игрушка звучала, а затем воспроизвести это звучание для всех детей подгруппы. В заключение логопед просит вспомнить и показать все звучавшие игрушки.

3. Развитие импрессивной речи. Различение форм единственного и множественного числа глаголов повелительного наклонения.

Логопед разделяет детей: справа — один ребенок, слева — от 2 до 5 детей. Затем логопед отдает команды, которые выполняет то ребенок справа, то остальные дети слева.

Инструкция логопеда: «Если я скажу «Прыгай!», нужно прыгать Вове. Если я скажу «Прыгайте!», то должны прыгать остальные ребята, а Вова — стоять».

Затем команды повторяются вразбивку: сядь, встаньте, прыгай, иди, сядьте, встань, прыгайте, идите и др.

Флажок вручается детям, не допустившим ошибок при выполнении игры.

4. Развитие экспрессивной речи. Формирование двусловного предложения, состоящего из глагола повелительного наклонения и существительного единственного числа в винительном падеже с окончанием *-у, -ю*.

Игра «Лото». Дети получают картинки, на которых изображены предметы, животные, названия которых доступны для их произнесения. Используя слова: *дай, найди, бери, получи, возьми*, они просят, находят и отдают эти картинки друг другу поочередно. При этом называют двусловное предложение. Например: Катя: «Дай куклу!» Оля: «Бери куклу!», «Найди мишку!» Вова: «Получи мишку!», «Дай вилку!» и т. д.

5. Подведение итога. Мотивированное оценивание достижений каждого ребенка.

Глава 9
АФАЗИЯ

Афазия — системное нарушение речи, обусловленное очаговым поражением головного мозга, проявляющееся в полном или частичном распаде приобретенных навыков устной и письменной речи. У детей афазия встречается в тот период онтогенеза, когда уже сформированы упроченные речевые навыки.

Афазия с самого начала изучения заболевания понималась как результат очаговых поражений тех или иных речевых зон мозга. Исторически афазиология базировалась на учении о локализации речевой и других высших психических функций (ВПФ). Такой взгляд на работу мозга был подтвержден открытиями П. Брока и К. Вернике.

В августе 1861 г. французский невролог П. Брока выступил на заседании Антропологического общества в Париже с докладом, содержащим описание знаменитого случая нарушения речи, которое впоследствии получило название моторной афазии, или афазии Брока.

Через 10 лет после доклада П. Брока на заседании того же общества немецкий невролог К. Вернике представил другие, секционно верифицированные случаи афазии. Пациенты К. Вернике, хоть и сбивчиво, могли говорить сами, но практически не понимали речь других людей. Очаг поражения охватывал у этих больных большую часть височной доли левого полушария. Исходя из того, что больные затруднялись именно в понимании речи, этой форме афазии К. Вернике дал название сенсорной, а пораженной височной области мозга — Центра

сенсорной речи. Длительное время этот участок мозга было принято называть центром Вернике, а афазию, обусловленную его поражением, сенсорной афазией, или афазией Вернике. Таким образом, П. Броком и К. Вернике были открыты две основные формы афазии — *моторная и сенсорная*.

Вскоре после этого были выделены и другие формы афазии. Их систематизация представлена в классической неврологической классификации афазий Лихтгейма — Вернике. В соответствии с неврологическими представлениями того времени, Лихтгейм и Вернике утверждали, что каждая из форм афазии является результатом поражения соответствующих центров речи — моторного (кортикального и субкортикального), сенсорного (кортикального и субкортикального), а также нарушения связывающих их ассоциативных путей. Исходя из того, что к осуществлению речи имеют непосредственное отношение не только кортикальный, но и субкортикальный и транскортикальный уровни мозга, были выделены соответственно суб- и транскортикальные афазии (дополнительно к кортикальным моторным и сенсорным афазиям). Кроме того, в качестве самостоятельных форм в неврологической классификации присутствовали амнестическая и проводниковая афазии.

В настоящее время эта классификация афазий имеет, скорее, академический, а не практический интерес.

Научные взгляды середины XIX столетия легли в основу созданной выдающимся отечественным ученым Лурией нейропсихологии и изменили концепцию учения о локализации ВПФ, имевшиеся представления об афазии и, в первую очередь, об ее патогенетических мозговых механизмах. Интенсивность исследований, проводимых А. Р. Лурией в этом направлении, была обусловлена огромным количеством огнестрельных черепно-мозговых ранений во время Второй мировой войны. Результатом его изучения военной травмы была публикация книг «Травматическая афазия» (1947) и «Восстановление функций после военной травмы» (1948). В этих работах изложена основополагающая концепция системного строения высших психических функций, специализации различных областей мозга, обусловливающих афазии.

В дальнейшем проблема ВПФ и их нарушений изучалась А. Р. Лурией у «нейрохирургических» и отчасти «сосудистых» больных. Итогом длительной работы в этом направлении явилась монография «Высшие корковые функции человека при локальных поражениях мозга» (1962), получившая широкое признание не только в нашей стране, но и за рубежом. Этот фундаментальный труд содержит исчерпывающие для того времени сведения по истории развития представлений

о головном мозге, мозговой деятельности и патогенетических механизмах нарушения различных ВПФ. В нем представлена нейропсихологическая классификация афазий, вскрыты ее патогенетические механизмы, изложена система нейропсихологической диагностики расстройств речевой и других ВПФ, а принцип факторного (синдромного) анализа нарушений высших психических функций позволяет определить структуру дефекта с учетом взаимосвязей составляющих его фрагментов. Это, в свою очередь, неоценимо для диагностики последствий мозговых поражений и восстановительного обучения.

Этиология и патогенез афазии

Наиболее часто афазия имеет сосудистую (инсульты) и травматическую (черепно-мозговые травмы) этиологию. Несмотря на то что современное учение об афазии было создано А. Р. Лурией на травматическом материале (в частности, военная черепно-мозговая травма), афазиям сосудистой этиологии сам автор и его последователи уделяли большое внимание. Это обусловлено тем, что она чаще встречается в клинической практике.

К концу острого периода инсульта, афазия, по данным А. С. Кадыкова [9], наблюдается у 35,9% больных; по данным В. М. Шкловского — более чем у 50% больных.

Взгляды на патогенез афазии определяются тем, что она понимается как следствие локального поражения мозга, но не сводится к симптоматике, обусловленной непосредственно очагом поражения («эффект очага»), а включает, помимо нее, и системные расстройства. Это объясняется тем, что речевая функция — сложная система, вследствие чего нарушение одной ее стороны неизбежно приводит к расстройствам других, что выливается в сложный синдром.

Такое понимание патогенеза отличается от того, которое имело место во времена П. Брока и К. Вернике, определяющими речевой дефект, ориентируясь непосредственно на очаг поражения, локализованный либо в центре моторной, либо в центре сенсорной речи.

Благодаря разработанному А. Р. Лурией факторному анализу в структуре речевого дефекта, стало принято выделять *первичную* симптоматику, связанную непосредственно с очагом поражения, и симптоматику *вторичного* характера, обусловленную неполноценностью функционирования зон мозга, не пораженных, но оказавшихся задействованными в патологическом процессе.

Подобная трактовка патогенеза афазии соответствует положению Х. Джексона о том, что локализовать поражение и симптом — не одно

и то же. Поражение мозга в одном месте может нарушить функционирование других областей. Например, известно, что симптомы дисграфии и дислексии, входящие в структуру дефекта практически всех форм афазии, трудности понимания логико-грамматических конструкций и некоторые другие расстройства речи возникают при разных по локализации очагах поражения, поскольку являются не прямым следствием поражения какого-либо определенного участка мозга, а носят системный характер.

Для понимания афазии как синдрома важны положения невролога К. Монакова о диашизе — явлении охранительного торможения, возникающего в пораженном мозге и распространяющегося на его здоровые участки, обусловливающего изменения *нейродинамики*.

Классификация афазий по А. Р. Лурии

Клинические картины афазий неоднородны. Различия между ними обусловлены, прежде всего, локализацией очага поражения, в частности тем, какая из собственно речевых зон пострадала первично — задние отделы нижней лобной извилины, височные извилины, нижняя теменная область или же зона, расположенная на стыке теменной, височной и затылочной областей левого доминантного полушария головного мозга (зона ТРО).

Наличие разных синдромов афазии обусловило необходимость их систематизации.

Нейропсихологический подход позволил А. Р. Лурии по-новому осмыслить синдромы афазий и создать наиболее распространенную в наше время нейропсихологическую классификацию афазий. Ее основным отличием от прежней стало то, что в основу систематизации форм афазии было положено представление о нейропсихологической организации речевой функции и ее системном строении.

В нейропсихологическую классификацию афазий А. Р. Лурии входят:

1) синдром афферентной (кинестетической) моторной афазии;
2) синдром эфферентной (кинетической) моторной афазии;
3) синдром динамической афазии;
4) синдром сенсорной афазии;
5) синдром акустико-мнестической афазии;
6) синдром семантической афазии.

Моторная и сенсорная афазии первоначально включались в классическую неврологическую классификацию афазий Лихтгейма—Вернике. Семантическая афазия впервые была терминологически обозначена и описана Х. Хэдом. Дифференциация синдромов моторной

афазии на афферентную и эфферентную, а также динамическая и акустико-мнестическая афазии выделены и описаны А. Р. Лурией и представителями его школы впервые.

Амнестическая и проводниковая афазии, выделенные Лихтгеймом — Вернике, не вошли в классификацию А. Р. Лурии, однако в клинической практике они встречаются и в настоящее время. Уточнение их мозговых механизмов и специфики структуры дефекта является актуальным для современной афазиологии.

Помимо локализации очага поражения и его размеров, структуру и степень тяжести речевого дефекта каждого из синдромов афазии определяет и ряд других факторов: этап заболевания, преморбидные особенности речевого статуса больного и интеллектуально-характерологические черты его личности. Важную роль играет также этиология заболевания. Так, например, при сосудистых поражениях головного мозга большое значение имеет характер нарушения мозгового кровообращения, степень выраженности нейродинамического компонента, состояние непострадавших участков мозга и т. д. При афазиях, имеющих травматическую или опухолевую этиологию, наиболее значимы тяжесть деструктивного дефекта, а также сроки и характер оперативного вмешательства.

Принято считать, что афазии возникают преимущественно вследствие поражения речевых зон левого, доминантного по речи (у правшей) полушария мозга. Это утверждение основывается на данных клинической практики. Вместе с тем имеются основания для констатации того факта, что афазия может возникнуть не только при поражении левого, но и правого, субдоминантного в отношении речи полушария. При этом правополушарные афазии с наибольшей вероятностью развиваются у больных с наличием левшества или амбидекстрии (двуручия).

Описание синдромов афазии по А. Р. Лурии

Синдром афферентной моторной афазии обусловлен поражением нижних отделов постцентральной зоны мозга левого полушария, обозначаемых как постцентральная кора. Она является частью единой сенсомоторной области, обеспечивающей систему афферентных, кинестетических синтезов, необходимых для полноценного функционирования двигательной, в том числе и речедвигательной регуляции произвольных действий. Повреждение постцентральной коры приводит к распаду кинестетической основы произвольных движений, в том числе и речевых.

Центральным расстройством (ядром синдрома) афферентной моторной афазии является нарушение кинестетической афферентации произвольных артикуляционных актов. Больные теряют способность совершать по заданию органами артикуляции движения, необходимые для актуализации отдельных звуков речи — артикулем. Непроизвольно же эти действия могут достаточно легко выполняться, поскольку парезы, ограничивающие объем движений оральных мышц, отсутствуют. Этот феномен неспособности произвольного управления органами артикуляции носит название *артикуляционной апраксии*. У большей части больных страдает не только артикуляционный, но и оральный праксис. Больные справляются лишь с имитацией простых оральных поз, а выполнение их по устной инструкции в большинстве случаев им недоступно. При грубой афферентной моторной афазии артикуляционная апраксия полностью разрушает произносительную сторону речи, делая невозможной спонтанную членораздельную речь. Наблюдаются поиски позы, проявляющиеся в беспорядочных движениях языка и губ. Спонтанная устная речь у больных практически отсутствует. При этом нередко имеется способность к воспроизведению отдельных фрагментов порядковой речи (сопряженный или отряженный счет, пение со словами, завершение знакомых пословиц, поговорок, фраз с жестким контекстом). Иногда в речи больного остается стойкий речевой стереотип, носящий название «речевого эмбола». «Эмбол», как правило, экспрессивно насыщен, богато интонирован. В моменты эмоционального подъема возможно также произнесение высоко автоматизированных речевых штампов аффективно-междометного характера. Больные употребляют их, подчеркнуто интонируя, сопровождая жестами и мимикой. Это в какой-то мере решает насущные задачи коммуникации с окружающими. Отсутствие апраксических дефектов в этой «остаточной» речевой продукции больных свидетельствует о высокой степени устойчивости к очаговым поражениям тех структур мозга, которые компенсаторно активизируются для ее реализации.

При средней степени выраженности данной формы афазии больные способны воспроизводить артикуляционные позы не только по образу, но и по устной инструкции. В речи многочисленные ошибки: поиски поз, смешение близких по способу и месту образования артикулем, по акустическому образцу. Спонтанная речь бедна, состоит из отдельных частотных слов, простых по звуковой структуре и относящихся преимущественно к бытовой тематике. Фраза, как правило, примитивна по логической структуре. Имеются аграмматизмы согласования, трудности употребления предлогов. В целом спонтанное

высказывание носит выраженный ситуативный характер. Темп речи замедлен из-за произносительных трудностей. Интонация адекватна содержанию высказывания, иногда имеются ошибки в ударении. Абрис слова в большинстве случаев сохраняется. Речевая активность достаточна, но в основном коммуникативная речь ограничена диалогической. Монолог недоступен.

При легкой степени выраженности афферентной моторной афазии отмечаются незначительные нарушения артикуляционного праксиса, проявляющиеся в основном в усложненных условиях артикулирования: в развернутом речевом потоке, при произнесении сложных по звуковой структуре слов. Спонтанная речь больных относительно развернута. Фраза разнообразна по логической и синтаксической структуре. Имеются отдельные аграмматизмы. Словарный состав достаточный: в активном пользовании больного не только конкретная бытовая лексика, но и отдельные малочастотные слова, слова с переносным значением. Высказывание не всегда носит ситуативный характер. Больной в состоянии дать словесное изложение какого-либо отвлеченного события. Речевая активность достаточная: больной охотно вступает в речевое общение.

Повторная речь при грубой степени выраженности данной формы афазии, как правило, отсутствует, за исключением способности произносить отдельные гласные звуки. Иногда возможно повторение некоторых губных согласных (с опорой на артикуляторный образ звука и по акустическому образцу), а также воспроизведение абрисов отдельных простых по звуковой структуре слов. При средней степени выраженности дефекта повторная речь «опережает» спонтанную: больные повторяют отдельные звуки, слова и даже простые фразы. При этом произносительные трудности выражены менее существенно, чем в спонтанном высказывании. У больных с легкими расстройствами эта функция страдает незначительно.

Диалогическая речь при грубой степени выраженности афферентной моторной афазии отсутствует. Отдельные больные способны дать ответы лишь утвердительным или отрицательным словом («да», «нет»). Больным с менее грубой афазией диалогическая речь в большинстве случаев доступна, но ответы носят стереотипный характер. Имеется тенденция к использованию слов, содержащихся в вопросе, для формулирования ответа. Лишь иногда ответы самостоятельны, но «привязаны» к вопросу. При легкой степени нарушений речи диалогическая речь полностью сохранена.

Называние у больных с грубой степенью выраженности афферентной моторной афазии чаще всего отсутствует, однако вторично,

поскольку основной причиной этого является неспособность произнесения слова, даже если присутствует во внутренней речи. При менее грубом речевом дефекте возможно называние отдельных часто употребляемых предметов и наиболее распространенных действий, так как артикулирование составляющих их звуков речи является достаточно упроченным преморбидно. Вместе с тем в этом виде речевой деятельности также выражены произносительные трудности, составляющие ядро синдрома. При легкой афазии называние как функция не страдает.

Составление фразы по сюжетной картинке больным с грубым речевым дефектом недоступно. При средней степени выраженности речевого дефекта возможно составление фразы простой синтаксической структуры, в основном бытового содержания. Больные с легким расстройством речи, как правило, справляются с составлением фразы по сюжетной картинке.

Пересказ текстов при грубой степени выраженности речевого дефекта невозможен. В менее сложных случаях больные способны пересказать текст, но лишь в форме ответов на вопросы или же по подробному плану. В легких случаях пересказ текстов затруднен, имеются проблемы формулирования сложных фраз, встречаются отдельные аграмматизмы. Свободному изложению текста препятствуют и произносительные трудности, характерные для экспрессивной речи в целом.

Понимание речи у больных даже с грубой афферентной моторной афазией сохранно, хотя и не в полном объеме. Затруднения в понимании речи обусловлено при данной форме афазии невозможностью полноценной опоры на проговаривание при восприятии на слух соответствующих слов и фраз. Больные не в состоянии также понимать речь по радио, развернутую монологическую и диалогическую речь окружающих. Фонематический слух при этом первично не страдает. Больные с менее грубым речевым дефектом понимают обращенную к ним речь, справляются с показом предметов и частей тела, а также с выполнением устных инструкций. Однако развернутую монологическую речь окружающих, а также речь по радио часто не понимают так же, как и сложные логико-грамматические обороты речи. Имеются затруднения в осмыслении слов с переносным значением, пословиц, текстов со сложным сюжетом. Фонематический слух сохранен. При легкой степени выраженности артикуляционной апраксии понимание речи практически сохранено.

Объем слухо-речевой памяти у больных с грубой афферентной моторной афазией определить в большинстве случаев невозможно: повторение у них отсутствует, а использование условных моторных ре-

акций осложнено наличием изменений нейродинамики, как правило, сопутствующих грубому речевому дефекту. При средней степени речевого расстройства объем слухо-речевой памяти часто сужен за счет трудностей проговаривания, подкрепляющего процесс удержания воспринимаемого акустического ряда. У больных с легкой формой афферентной моторной афазии объем слухо-речевой памяти практически не страдает.

Чтение при грубой афферентной моторной афазии отсутствует, поскольку имеет место распад ассоциативной связи «графема — артикулема». У ряда больных имеются лишь элементы глобального чтения «про себя», которые обнаруживаются при предъявлении идеограммных слов и при выполнении заданий разложить подписи под картинками (3—5 картинок). Чтение вслух даже автоматизированных рядов отсутствует. Исключение может составлять чтение вслух имен близких людей — мужа, дочери, сына и т. д. Буквы вслух больные не прочитывают, но иногда правильно показывают их по названию. При средней степени дефекта чтение как функция имеется, однако сопровождается произносительными трудностями, характерными для экспрессивной речи больных. Буквы прочитываются и узнаются. В случаях легкой афазии чтение практически не нарушено. Имеются лишь отдельные ошибки в сложных по звуковой структуре словах, отражающие общие нарушения произношения.

Письмо при грубой степени выраженности афферентной моторной афазии как функция отсутствует из-за распада ассоциативной связи «фонема — графема». Больные в состоянии лишь написать свою фамилию. Наиболее доступно списывание по типу «рабского копирования» с трудностями самокоррекции. Невозможно письмо под диктовку даже тех букв, которые узнаются по названиям.

Звукобуквенный анализ состава слова при грубой степени выраженности данного синдрома практически невозможен: больные не в состоянии определить количество букв в слове, а также вставить пропущенную гласную букву даже в простое трехбуквенное слово. При средней степени выраженности данной формы афазии письмо также грубо нарушено. Больные могут списывать слова и даже простые фразы, однако они не справляются с письмом аналогичного материала под диктовку. При попытках письма многократно повторяется каждый звук слова, они пытаются «привязать» к нему какое-либо упроченное слово (ммм... — «мама»), допускают много пропусков, литеральных параграфий и т. д. Звукобуквенный анализ состава слова существенным образом страдает, отмечаются ошибки в определении и количества букв в слове, и их назывании. При легкой афферентной мотор-

ной афазии письмо нарушено негрубо. Больные пишут под диктовку простые тексты. Искажения носят стандартный характер. Самостоятельное письмо «от себя» страдает больше, хотя попытки письменной коммуникации имеют место (записки родственникам, поздравления и т. п.).

Синдром эфферентной моторной афазии обусловлен поражением нижних отделов премоторной зоны левого полушария. Этот участок мозговой коры обеспечивает способность к воспроизведению цепи последовательно сменяющихся двигательных актов, выступающих в форме плавных «кинетических мелодий». В рамках речевого акта премоторная зона мозга обеспечивает смену одного орального или артикуляционного акта другим, что необходимо для слияния артикуляций в сукцессивно организованные ряды (слова и фразы). Повреждение премоторной зоны мозга приводит к дезорганизации целостных двигательных актов, в том числе и речедвигательных. В качестве центрального дефекта при эфферентой моторной афазии выступают патологическая инертность артикуляторных актов, персеверации, препятствующие свободному переключению с одной артикуляционной позы на другую.

У больных с грубой формой эфферентной моторной афазии речь становится разорванной, сопровождается частыми застреваниями на отдельных фрагментах высказывания. Несмотря на то что больные способны воспроизводить отдельные артикулемы, произнесение слов и фраз им недоступно. Спонтанная речь состоит в основном из хорошо упроченных слов, преимущественно номинаций. Не сохраняются даже абрисы слов. Интонация бедная, однообразная. Речевая активность средняя. В большинстве случаев больные употребляют речевые автоматизмы: сопряженный и отраженный прямой счет (обратный, как правило, недоступен), пение со словами и др. При меньшей степени выраженности речедвигательного дефекта артикулирование также осложнено трудностями переключения с позы на позу (с артикулемы на артикулему), но в усложненных условиях. Больные в состоянии передать в общих чертах речевой замысел. Однако в воспроизводимых ими фразах имеются аграмматизмы, в том числе и телеграфного стиля, при котором словарь представлен в основном существительными, частотными глаголами в инфинитиве, наречиями.

Интонационный рисунок речи обеднен. Имеются ошибки в ударении. Плавность речи недостаточная. У больных с легкой степенью данной формы афазии, с менее грубыми расстройствами артикуляционного праксиса высказывание не разорвано, однако фраза однообразна по синтаксической структуре. Отмечается большое количест-

во речевых штампов, маскирующих трудности речевого программирования. Выявляются также отдельные аграмматизмы.

Словарный состав не имеет грубых ограничений. Высказывание не всегда носит ситуативный характер. Возможна монологическая речь на определенные темы. Характерным является также феномен псевдоскандированности речи, создаваемой произнесением слов по слогам. Такой способ говорения является проявлением спонтанных компенсаторных тенденций, так как позволяет увеличить время на артикуляционные переключения и тем самым облегчить их.

Даже при грубой степени выраженности речевого дефекта большая часть больных способна к повторению отдельных звуков как с опорой на артикуляционный образ, так и по акустическому образцу. Повторение же слогов и слов затруднено из-за трудностей артикуляционных переключений. Некоторые больные не в состоянии слить в открытый простой слог согласный и гласный звуки, но воспроизведение слов, как правило, не удается. При средней степени выраженности речевого расстройства повторная речь нарушена негрубо. Больные справляются с произнесением звуков, слогов, слов и простых фраз. Однако у них имеются артикуляционные трудности при воспроизведении слов, сглаженность просодического рисунка высказывания. Больные с трудом передают интонацию вопроса, восклицания. Повторяя сложные по синтаксической структуре фразы, они допускают аграмматизмы.

У больных с легкой афазией повторная речь с незначительными произносительными трудностями, проявляющимися в отсутствии плавных артикуляторных переходов внутри слова (тенденция к послоговому произнесению).

Больным с грубым дефектом произносительной стороны речи (в виде грубой эфферентной артикуляционной апраксии) недоступно поддержание диалога. При меньшей степени поражения они способны участвовать в ситуативном диалоге, но при этом отмечаются частые эхолалии, прямое использование текста вопроса для ответа. Может наблюдаться также стереотипность ответов, персеверации (застревание на фрагментах предыдущих ответов). Выражены трудности переключения не только с одного фрагмента слова на другой, но и с одного слова на другое. Наиболее доступен ситуативный диалог. При легкой степени афазии диалогическая речь чаще сохранена и близка к норме, хотя нередко остается некоторая стереотипность формулировок, недостаточная развернутость вопросно-ответных видов речи. Имеются также специфические произносительные трудности.

Некоторым больным даже с грубой формой эфферентной моторной афазии доступно воспроизведение отдельных высокочастотных

номинаций, артикуляционное выражение которых является высоко упроченным преморбидно. Воспроизведению той или иной номинации серьезно препятствуют персеверации, проявляющиеся в трудностях артикуляционных переключений внутри слов. При средней степени выраженности данной формы афазии название как функция нарушена негрубо. Однако трудности звуковой (артикуляционной) организации слова довольно значительны. Отсутствует способность воспроизводить слова на основе их кинетических мелодий. Слоговая структура часто нарушена. У больных с легкой эфферентной моторной афазией называние в общем сохранено. Тем не менее, определенный словарный дефицит остается. Больные редко продуцируют малочастотные называния, избегают слов со сложной звуковой структурой.

Больным с грубым речевым дефектом составление фраз по сюжетной картинке практически недоступно. Часты пропуски названий действий, реже предметов, служебных частей речи, ошибки в окончаниях и т. п., однако кроме этих элементов «телеграфного стиля» имеются и произносительные трудности. В случае средней и легкой степени выраженности речевого нарушения больные справляются с составлением по сюжетной картинке фраз относительно простых грамматических моделей. Встречаются отдельные аграмматизмы.

У больных с грубой и средней степенью выраженности эфферентной моторной афазии обнаруживаются дефекты, сходные с теми, которые имеются у больных с афферентной моторной афазией. Это объясняется тем, что обе категории больных лишены полноценных артикуляционных опор. При легкой афазии пересказ текстов сопровождается отдельными трудностями конструирования фразы, имеются отдельные аграмматизмы. Высказывания несколько бедны просодически, присутствуют отдельные артикуляционные застревания.

Выраженные расстройства функции понимания речи отсутствуют даже у больных с грубой эфферентной моторной афазией, однако оно осложнено отсутствием полноценных артикуляционных опор, которые при проговаривании бывают необходимыми. Определенную отрицательную роль играет также характерная для данной формы афазии инертность в области переключений слухового внимания. Кроме того, отмечаются трудности понимания речевых конструкций, в которых грамматические элементы несут существенную смысловую нагрузку, а именно так называемых логико-грамматических оборотов речи. При средней и легкой степени выраженности речевого дефекта особенности понимания речи менее выражены и аналогичны особенностям нарушения речи у больных с грубой эфферентной моторной афазией.

Клинические проявления нарушений слухо-речевой памяти те же, что и при афферентной моторной афазии.

У больных с грубой степенью выраженности эфферентной моторной афазии чтение практически отсутствует. Имеется лишь способность к прочитыванию отдельных букв, поскольку необходимая для этого ассоциативная связь «артикулема — графема» у них остается относительно сохранной. Прочитывание слогов происходит со значительными артикуляционными затруднениями, чтение слов большинству больных недоступно. Такое состояние функции чтения объясняется спецификой их основного речевого дефекта. Способность к воспроизведению отдельных артикулем позволяет больным осуществлять перешифровку единичной графемы в артикулему, а неспособность к воспроизведению серий артикулем препятствует успешной перешифровке в них серий графем. Поскольку написанное слово является именно серией графем, его прочтение затрудняет больных. Несмотря на это, у большей части пациентов имеются некоторые возможности глобального чтения (раскладывание подписей под картинками и т. д.). При меньших степенях грубости эфферентной моторной афазии чтение в значительной мере сохранно. У больных с грубой степенью выраженности эфферентной моторной афазии дефекты письма качественно те же, что и при грубой степени афферентной моторной афазии. При меньшей грубости дефекта в письме под диктовку они допускают большое число литеральных парафазий, пропусков не только согласных, но и гласных букв. В основном это обусловлено артикуляционными персеверациями при проговаривании, а также нарушениями звукобуквенного анализа состава слова, преимущественно потерей четкого представления о его сукцессивной звукобуквенной структуре.

Синдром динамической афазии обусловлен поражением мозга в заднелобных отделах левого полушария, расположенных кпереди от зоны, которую до настоящего времени принято обозначать как зона Брока. Основная функциональная роль этой области мозга в отношении речевой функции состоит в обеспечении схемы (программы) целостного высказывания, в поддержании необходимой спонтанности речевой деятельности и речевой инициативы. Повреждение заднелобной коры приводит к нарушениям связной фразовой речи, снижению речевой спонтанности и инициативы.

В настоящее время выделены два варианта динамической афазии (Т. В. Ахутина [1]). Основным проявлением нарушения спонтанной речи при обоих вариантах этой формы афазии является ее бедность, упрощенность, обусловленная потерей способности к программированию высказывания, речевой аспонтанностью и инактивностью.

Первый вариант динамической афазии характеризуется преимущественным нарушением речевого программирования. При грубой степени выраженности дефекта спонтанная речь практически отсутствует, за исключением отдельных высоко упроченных в прежней речевой практике речевых штампов, не требующих специальной деятельности по их программированию. При их употреблении не обнаруживается каких-либо произносительных трудностей, однако интонационная картина отличается однообразием. Речевая активность низкая. Часты эхолалии. Больные постоянно нуждаются в стимулировании речи извне. У больных со средней степенью выраженности афазии спонтанная речь состоит из коротких фраз, однообразных по синтаксической структуре. Имеется аграмматизм «телеграфного стиля». В целом высказывание выглядит бедным, однообразным по интонированию. Словарный состав без резких ограничений. Произносительных дефектов не отмечается. Речевая активность низкая. Преобладает диалогическая речь. Отмечаются эхолалии. Часто встречаются речевые штампы как разговорные, так и профессиональные. В случае легкой степени выраженности афазии спонтанное высказывание достаточно развернуто, но отличается обеднением со стороны логических построений и стереотипностью синтаксической структуры. Часто повторяются одни и те же обороты речи, упроченные ранее в бытовой и профессиональной речи. Общий рисунок характеризуется недостаточной интонационной выразительностью. Морфологическая структура речи отличается уменьшением модально-оценочных слов, служебных частей речи и т. д. У некоторых больных встречаются аграмматизмы согласования. Произносительные трудности не выявляются. Речевая активность ниже нормы. Эхолалии возникают в основном «на истощении».

При *втором варианте динамической афазии* преобладают нарушения грамматического структурирования (оформления речи в соответствии с действующими в языке правилами). Больные этой группы, даже при грубой степени выраженности речевого дефекта, чаще используют фразовую речь, однако испытывают серьезные трудности ее оформления согласно грамматическим нормативам языка. У них снижено или отсутствует «чувство языка», позволяющее устанавливать морфонологические и синтаксические аналогии, без которых связная речь невозможна. Это также приводит к клишированию высказывания и так называемой резонерской речи. При обоих вариантах динамической афазии остальные стороны речевой функции не имеют явных специфических особенностей. Произнесение слов и фраз осуществляется без артикуляционных затруднений, что обусловлива-

ет относительную легкость повторной речи в сравнении со спонтанной. Продуктивность называния снижена по причине недостаточной активности в этом виде деятельности, а не забывания слов. Чтение и письмо под диктовку (не «от себя») доступно, однако осмысление прочитанного и спонтанное письмо нарушены: у больных с грубой динамической афазией они практически отсутствуют, а с менее грубой — отличаются скудностью, бедностью.

Синдром сенсорной (акустико-гностической) афазии возникает при поражении верхневисочных отделов левого полушария — задней трети первой височной извилины (так называемой зоны Вернике). Эта область мозга обеспечивает анализ и синтез слуховых сигналов, без которых невозможно включение в процесс понимания речевого акустического гнозиса и фонематического слуха.

Больные теряют способность дифференцировать на слух звуки речи, т. е. у них развивается речевая акустическая агнозия. Кроме того, они испытывают трудности в понимании смысла слышимой речи, что обусловлено нарушением фонематического слуха. Он необходим, чтобы выделять фонематические, смыслоразличительные признаки звуков речи. Речевая акустическая агнозия и расстройства фонематического слуха составляют в совокупности основу синдрома сенсорной афазии, проявляющуюся, прежде всего, в нарушении импрессивной речи — понимания. При грубой степени выраженности речевой слуховой агнозии и фонематического слуха больные не дифференцируют слоги не только с оппозиционными, близкими по звучанию фонемами, но и с более далекими по акустическим образцам дискретными, у них появляется феномен «отчуждения смысла слова». Этот феномен характеризуется «расслоением» звуковой оболочки слова и обозначаемого им предмета. Звуки речи теряют для больного свое константное (стабильное) звучание и каждый раз воспринимаются искаженно и по-разному, смешиваются между собой по тем или иным параметрам. В результате непостоянства звучания, звуковой лабильности в экспрессивной речи больных появляются характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции) как результат «погони за ускользающим звуком», замены одних слов другими, одних звуков другими — вербальные и литеральные парафазии. Все это обусловливает наличие специфического дефекта устной речи, который еще Вернике обозначен как wortsalat (словесный салат). Звуковая лабильность является также причиной распада ассоциативной связи между фонемой и графемой (буквой), что, в свою очередь, приводит к нарушениям письменной речи (чтения и письма). В чтении появляются многочисленные вербальные и литеральные паралексии (замены одних букв и слов

другими), пропуски фрагментов текста, чтение по догадке. Аналогично этому на письме возникают вербальные и литеральные парафазии и другие специфические искажения.

Синдром акустико-мнестической афазии обусловлен очагом поражения, расположенным в средних и задних отделах височной области левого полушария. Эта зона мозга ответственна за модально-специфическую слухо-речевую память. При ее поражении возникает сужение объема воспринимаемой на слух речевой информации и непрочность акустических следов. В центре синдрома акустико-мнестической афазии, как и при сенсорной, — акустический дефект, но он проявляется здесь не в *гностической*, а в *мнестической* сфере. Больные теряют способность к удержанию в памяти воспринятой на слух информации, проявляя тем самым слабость акустических следов. Наряду с этим у них обнаруживается сужение объема запоминания. Эти дефекты приводят к определенным трудностям понимания развернутых текстов, требующих участия слухоречевой памяти. В собственной речи больных основным симптомом является словарный дефицит, возникающий в результате амнезии на слова. Его принято связывать как с вторичным обеднением ассоциативных связей между словами, так и с недостаточностью зрительных представлений о предмете. И то и другое препятствует актуализации мнестических опор, благодаря которым в условиях речевой нормы проводится поиск слова. В результате номинативная функция речи становится дефицитарной.

Остальные стороны речи, не имеющие прямой зависимости от состояния слухоречевой памяти, при акустико-мнестической афазии относительно сохранны. К ним относится понимание, чтение и письмо коротких текстов, произносительная сторона речи. Вопрос о дифференциальных особенностях акустико-мнестической и амнестической афазии, выделяемой авторами классической неврологической классификации афазий, в афазиологии до сих пор относится к числу дискуссионных.

Синдром семантической афазии возникает при поражении теменно-затылочных областей левого доминантного полушария, ответственных за сложные формы пространственного синтеза, за способность к симультанному зрительному восприятию. Неспособность уложить детали предмета в одно целое или воспринять целиком ряд предметов, объединенных сюжетом, носит название *симультанной зрительной агнозии*. Для больных с симультанной зрительной агнозией характерно фрагментарное восприятие изображений. Увидев, например, крупную пуговицу на одежде, они, не принимая во внимание остальных частей рисунка, делают вывод, что перед ними тарелка. Выполняя задание

нарисовать человека, могут изобразить его фрагментарно, т. е. расположить отдельно друг от друга торс, руки, ноги, разбросать по листу даже детали лица — рот, глаза, нос и т. д. Поражение этой зоны приводит также к нарушениям в сложных формах речевой деятельности.

Центральным проявлением речевой патологии при этом синдроме афазии является неспособность объединить детали в одно целое, неспособность понять, что речевая конструкция, включающая одни и те же элементы, может выражать разные отношения предметов. Это проявляется в понимании сложных логико-грамматических оборотов. Их принято обозначать как импрессивный аграмматизм. Являясь одним из проявлений общего расстройства пространственного гнозиса, а именно нарушения способности к симультанному синтезу, импрессивный аграмматизм мешает уложить основные «детали» фразовой речи в единое смысловое целое. Поскольку основными связующими элементами в сложно построенных оборотах речи являются грамматические элементы слов, основную трудность для больных представляет выделение этих элементов из текста и понимание их смысловой роли, особенно пространственной (пространственные предлоги, наречия и т. д.). При этом способность к восприятию формально-грамматических искажений (ошибок «согласования») остается у этих больных сохранной.

Нейролингвистическое направление афазиологии

Важное направление в изучении афазии — нейролингвистическое — восходит к трудам Х. Хеда (1934), который сконцентрировал внимание на лингвистических особенностях речевого дефекта при афазии. Он предложил свою классификацию афазий, куда входят 4 формы: 1) вербальная, при которой страдает звукопроизношение и звуковая структура слова в целом, а также имеются словарный дефицит и нарушения внутренней речи; 2) номинативная, состоящая в расстройстве пользования словами и их понимании; 3) синтаксическая, когда отсутствует фразовая речь, присутствует телеграфный стиль речи (бессвязность, аграмматичность речи); 4) семантическая, характеризующаяся тем, что при понимании смысла отдельных слов больной не в состоянии осмыслить целостный оборот речи.

Х. Хед первый показал значение нарушений языкового уровня речевой деятельности в общей структуре речевого дефекта, поскольку в основу деления афазий на формы он положил потерю представлений о пользовании теми или иными средствами языка.

В отечественной афазиологии одним из первых авторов, уделивших специальное внимание нарушениям в пользовании средства-

ми языка детьми с алалией и взрослыми больными с афазией, была В. К. Орфинская. Она пришла к выводу, что расстройства речи при афазии могут носить непосредственно языковой характер.

Другой раздел нейролингвистического исследования афазии определяется интересом исследователей афазии к особенностям взаимодействия переднего и заднего блоков мозга, а соответственно состояния у больных процессов парадигматики и синтагматики. Впервые такая постановка проблемы в нейролингвистике была осуществлена Р. Якобсоном и М. Халле.

Авторы выдвинули положение, состоящее в том, что все формы афазии можно разбить на две большие группы, одна из которых представлена теми ее формами, которые являются результатом поражения «заднего мозга», а другая обусловлена нарушениями «переднего». Соответственно утверждается, что больные с «задними» очагами поражения теряют способность выбора элемента, необходимого для построения высказывания из соответствующей парадигмы таких элементов, а больные с поражением «переднего мозга» — способность объединять их друг с другом (по смежности) в связную речь. Этот подход к изучению афазии А. Р. Лурия расценил как весьма продуктивный и написал работы, в которых рассмотрел разные формы созданной им нейропсихологической классификации афазий под углом зрения парадигматики и синтагматики. А. Р. Лурия считал, что основные формы афазии можно разделить на «парадигматические» (моторная афферентная, сенсорная) и «синтагматические» (моторная эфферентная, динамическая), имея в виду, что при первых имеется недостаточность стратегий выбора различных языковых единиц (фонем, слов, грамматических средств), а при вторых нарушается объединение этих единиц по смежности.

Дифференциальная диагностика афазии

Афазия — термин, применяемый преимущественно к взрослым больным или же к детям с речью, развитой до заболевания соответственно ее возрастным параметрам. При внешнем сходстве клинических проявлений афазии и алалии между ними имеются существенные различия. Так, при афазии, как правило, присутствует остаточная речь и в компенсации речевого дефекта значительное место занимает оживление следовой памяти на средства языка и правила их употребления. При алалии следовая память отсутствует и развитие речи возможно лишь за счет радикальных компенсаторных перестроек, позволяющих осуществить речевые действия на иных началах. Объективная

логика языка и алгоритмы речевой деятельности являются во многом универсальными для детей и взрослых. В связи с этим научные исследования в области афазий и алалий взаимно обогащают друг друга, а практическая восстановительная и коррекционная работа при афазии и алалии имеют много общего.

Афазия отлична и от нарушений речи, обусловленных нелокальными повреждениями головного мозга, например, при дегенеративных заболеваниях, сенильных деменциях и т. д. Имея общую с ними симптоматику (вербальные парафазии, разорванность высказывания, логорею, забывание слов, резонерство и т. д.), афазия отличается первичной сохранностью у больных интеллектуальных функций и адекватностью их поведения.

Особую клиническую картину имеют смешанные афазии, соединяющие в себе две или более форм данного вида патологии речи. Смешанные афазии, как правило, тяжелее так называемых чистых форм, однако при незначительной степени выраженности каждой из их составляющих ситуация может быть обратной. Типовые варианты смешанных афазий также определяются топической близостью обусловливающих их очагов поражения.

Наиболее часто встречаются афферентно-эфферентные моторные афазии, обозначенные Л. С. Цветковой (1972) как *комплексные моторные афазии*, а также *сенсомоторные афазии*. При комплексных моторных афазиях очаги поражения сливаются как бы в один очаг, захватывающий постцентральную и премоторную зоны, расположенные кзади и кпереди от центральной лобной извилины, а при сенсомоторной афазии в очаг поражения входит практически вся сенсомоторная кора левого полушария.

Афазия часто сочетается также с неречевыми нарушениями. Одни из них обусловлены заинтересованностью в патологическом процессе «глубины» мозга (подкорковых, височно-медиальных структур, ретикулярной формации и др.). В этом случае имеют место изменения нейродинамики, проявляющиеся в аспонтанности, инактивности, неустойчивости внимания, ослабления неспецифической памяти, флуктуациях в эмоциональной сфере и т. п. Особенно ярко нейродинамический компонент в синдроме афазии выражен в остром периоде заболевания, когда имеют место явления диашиза и очаг поражения в значительной мере генерализован на непораженные области мозга.

Другие неречевые расстройства трактуются как результат топической картины поражения, приведшего к афазии. Это объясняет то, что для каждой формы афазии характерна сочетаемость не с любыми неречевыми нарушениями, а лишь с теми, которые вытекают из пора-

жения пограничных с ними зон. Так, при моторной афазии афферентного типа часто встречаются нарушения кинестетического кистевого, пальцевого и орального праксиса, имеющие теменную локализацию. При моторной афазии эфферентного типа характерна кинетическая кистевая и пальцевая апраксия, имеющие премоторную локализацию. При динамической афазии гораздо чаще, чем при других формах афазии, встречаются симптомы лобной заинтересованности, как, например, элементы полевого поведения, эйфория, снижение критичности к своему дефекту и пр.

Методы коррекционной работы

В конце XIX века были предприняты первые попытки восстановления речи у больных с афазией с помощью метода повторения звуков, слов, бессмысленных слогов и фраз. П. Брока (Франция) и Ч. Миллс (Англия) предложили приемы восстановительного обучения на основе сопряженного и отраженного повторения. Метод повторения сочетался с фонетическим методом и с имитацией артикуляторных движений перед зеркалом. Невропатолог Миллс также рассматривал проблему организации занятий при сенсорной афазии и ограничение нагрузок у больных.

Из сурдопедагогики была заимствована методика постановки звуков у больных с моторной афазией, включающая применение шпателей, схем артикуляционного аппарата и зеркала.

В 1901 г. Г. Гутцман впервые обобщил опыт работы с афазией. Он считал, что преодоление моторной афазии необходимо начинать спустя 2—3 месяца после улучшения состояния больного. При восстановлении тотальной афазии он предлагал тренировочные упражнения на повторение поз движения губ, языка, используя оптико-тактильный контроль. Автор полагал необходимым условием восстановления речи энергичные тренировки больного в спонтанном высказывании.

Фрешельс (1919, 1928) в работе при сенсорной афазии сначала использовал акустический (фонематический) метод, а в случае малой эффективности прибегал к применению оптико-тактильного метода.

Оптико-тактильный метод оставался лидирующим достаточно долгое время за рубежом. Один из крупнейших неврологов XX века К. Гольдштейн (1948) считал, что, не имея возможности использовать слух больного, необходимо упражнять движения пациента с помощью осязания и зрения, тренировать мускулы артикуляционного аппарата путем подражания определенным позам губ и языка педагога.

Новый этап в развитии учения об афазии и разработке методов восстановительного обучения ознаменован работами советских

психологов Б. Г. Ананьева (1946,1947), Э. С. Бейн (1947,1948,1959), В. М. Когана (1947), А. Р. Лурии (1948,1950). Э. С. Бейн в результате анализа сенсорной афазии в 1948 г. разработала методику преодоления акустико-гностической функции, построенную на восстановлении произношения звуков. В те же годы были опубликованы научные исследования по анализу и приемам восстановления речевой функции у больных с моторной афазией. О. П. Кауфман (1947) считала организацию артикуляторной деятельности приоритетной в обучении пациентов с моторной афазией. Л. В. Занков (1945), приступая к занятию с больными, начинал с упражнений в повторении изолированных губных согласных, а затем в прямых слогах в сочетании с гласными звуками. В 1963 г. издана монография В. В. Оппель, которая была посвящена особенностям восстановления речи у «свежих» и резидуальных больных. Автор применяет оптико-тактильный метод в случае грубой апраксии, а также использует прием шепотной речи в остром и раннем восстановительном периоде инсульта.

Монография Э. С. Бейн «Афазия и пути ее преодоления» (1964) посвящена анализу методов восстановительной терапии при афазии. Автор отмечала, что на раннем этапе, сразу после выхода больного из состояния нарушения сознания, рекомендуется применять щадящие, стимулирующие методики, предполагающие пассивное включение больного в коррекционный процесс. Ею разработаны принципы и методы восстановления речи у пациентов с постинсультной афазией, при этом подчеркивалась необходимость учета следующих положений для успешной речевой реабилитации:

1) соблюдение этапного принципа при выборе методов и программы обучения;

2) опора на смысловую сторону речи при работе с постинсультными больными;

3) дифференцированный подход при любой форме афазии;

4) работа над всеми сторонами речи.

В исследованиях Л. Г. Столяровой (1969) отмечается, что восстановление речи при геморрагическом инсульте опережает восстановление двигательных функций, а возникновение грубых моторно-речевых и двигательных нарушений при ишемическом инсульте обусловлено поражением коры мозга с подлежащим белым веществом.

М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова) в монографии «Речь и афазия» (2001) обращает внимание на тот факт, что под влиянием медикаментозной терапии тотальная афазия быстро переходит в тяжелую моторную: через 2 недели с момента заболевания у 62,8% больных отмечалась моторная или сенсомоторная афазия, а у 18,8% — тотальная или

сенсорная. Автор отмечает целесообразность раннего педагогического вмешательства в виде систематических ежедневных занятий с логопедом и непрерывности курса не менее 2—3 месяцев.

М. К. Шохор-Троцкая, Л. Г. Столярова считают, что преодоление нарушений требует длительных временных сроков (от 3 до 5 лет).

Наиболее частыми последствиями инсульта, требующими проведения активных реабилитационных мероприятий, являются: двигательные нарушения и связанные с ними нарушения функции ходьбы и самообслуживания, когнитивные расстройства (загруженность сознания, снижение памяти, внимания, замедленность протекания психических процессов, в тяжелых случаях — снижение интеллекта), ослабление эмоционально-волевых процессов (депрессия, тревожность, аспонтанность). Не менее значимы и расстройства нейропсихологического спектра: различных видов гнозиса, праксиса, речевые расстройства, в частности афазия, а также связанные с ней нарушения письма и чтения.

Основные принципы концепции нейрореабилитации больных с афазией разработаны экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Она представляет собой систему мероприятий, направленных на быстрое и максимально полное восстановление физического, психологического, социального, включая речевой, статусов больного. Необходимо включение в структуру нейрореабилитации собственно медицинского, психологического и, что особенно важно в контексте настоящей работы, педагогического аспектов. Педагогическое вмешательство связано с тем, что в качестве последствий инсульта выступают афазии и дизартрии, нередко выраженные в крайне тяжелой форме. Специализированная логопедическая помощь больным с этими нарушениями составляет одно из основных направлений нейрореабилитации. От того, насколько своевременно и грамотно она будет проведена, зависит конечный реабилитационный эффект. Логопедическая помощь входит в комплекс мероприятий по созданию особых условий для выхаживания больных с нарушениями речи и других ВПФ, способствует возвращению пациента к активной жизни, определяет качество жизни.

Последствия перенесенного инсульта наиболее грубо выступают в острой стадии заболевания, для которой характерны изменения сознания, нарушение ориентации в действительности, размытость дефекта речевой и других ВПФ. Педагогический аспект помощи больным в остром периоде наименее освещен в литературе. Основное место уделяется резидуальной стадии, когда дефект приобретает определенные очертания и появляются более четкие диагностические и восстановительные ориентиры.

Решение этой проблемы необходимо для обеспечения психофизиологической базы восстановления имеющихся нарушений на последующих этапах.

Восстановительное обучение больных с афазией основано на одном из самых важных свойств головного мозга — способности к компенсации. Выделяют *спонтанную* и *направленную компенсацию*. Спонтанная возникает как ответ на функциональный дефицит, вызванный поражением мозга. Направленная компенсация организуется специально по разным векторам реабилитации — медицинскому, кинезитерапевтическому, психолого-педагогическому.

В целях восстановления высших психических функций используются *прямые* и *обходные методы* направленной компенсации. Прямые методы рекомендуется применять при экспрессивных афазиях, а компенсаторные обходные — при рецептивных.

Реализация обходных методов предполагает компенсацию на основе функционального замещения или перестройки нарушенной функции. Если целью прямых методов является оказание педагогического воздействия на пациента для получения непроизвольных реакций в виде оживления преморбидно упроченных навыков, то в основе обходных методов (замещающих, перестраивающих и предупреждающих) лежит использование произвольных видов деятельности. Гольдштейн (1942, 1948) подробно рассматривает обходные методы, а именно восстановление моторной стороны речи, а также с помощью систематических упражнений мышц лица и языка с помощью осязания, зрения и предметных имитационных движений.

Прямые методы используются в основном на инициальной стадии заболевания, поскольку рассчитаны на вывод нервных клеток из состояния временного угнетения, обусловленного охранительным торможением острого периода. Они состоят в растормаживании специальными приемами резервных компонентов функции, что автоматически стимулирует работу не пораженных, но функционально ослабленных нервных структур. Прямые методы применяются в острой стадии заболевания, когда происходит «выход» нервных клеток из состояния временного угнетения. Использование прямых методов направлено на растормаживание и стимулирование резервных возможностей пострадавших видов деятельности, а также стимулирование речи с помощью слуха посредством тренировки поврежденного звена.

А. С. Кадыков (2003) считает, что целесообразность применения прямых методов восстановления наиболее эффективна в остром периоде инсульта, если они используются на 3—4-й неделе заболевания. Отмечено, что применение обходных методов целесообразно в резидуальной стадии инсульта.

Таким образом, применение прямых и обходных методов восстановления является крайне актуальной задачей в логопедической практике восстановления речи постинсультных больных и обусловлено необходимостью дифференцированного подхода преодоления афазии в остром и раннем периоде инсульта.

Обходные методы подразумевают компенсацию на основе перестройки способа осуществления самой нарушенной функции. Обходные методы используются преимущественно на резидуальном этапе нейрореабилитационного процесса, когда прямой путь восполнения потерянных навыков становится все менее вероятностным. Они рассчитаны на запуск механизма межфункциональных взаимодействий за счет введения новых, «обходных» способов выполнения тех или иных речевых или гностико-праксических операций — как внутри одного анализатора, так и с привлечением других неповрежденных. Ярким примером такого метода является преодоление артикуляционной апраксии, в рамках которой ведущим анализатором, участвующим в выборе правильной артикулемы, служит не слуховой анализатор, как в норме, а тактильный и оптический. Таким образом, происходит перестройка способа актуализации звука речи.

Восстановительное обучение проводится по специальной программе, составляемой на основании результатов нейропсихологической диагностики. Оно включает задачи и соответствующие им методы работы, дифференцированные в зависимости от формы афазии (апраксии, агнозии), степени выраженности дефекта, этапа заболевания, индивидуальных особенностей и характера нарушений речи.

Программа обучения строится с соблюдением принципа системности, восстановительная работа должна проводиться комплексно по устранению всех нарушений, а не только тех, которые пострадали первично.

Основной целью обучения является восстановление коммуникативных способностей больных. Вовлечение больного в общение на занятиях, в семье, а также в общественных местах проводится с учетом индивидуальных особенностей личности больного, тяжести соматического состояния, условий жизни и т. д.

На современном этапе отмечается интерес к изучению проблемы афазии отечественными и зарубежными исследователями с позиции полимодального восприятия. Экспериментальное исследование О. П. Пурцхванидзе (2011) является первой научной педагогической работой, доказывающей необходимость применения полимодальной сенсорной (прежде всего, аудиовизуальной) стимуляции у больных с афазией, направленной на выработку необходимых ассоциативных связей между отдельными звеньями распавшихся навыков, спо-

собствуя оптимальной эффективности реабилитации в целом. Автор подчеркивает приоритетность и результативность методов аудиовизуальной стимуляции, ориентированной на реконструкцию слова как интегративного полимодального единства, в остром постинсультном периоде.

Многие авторы (А. С. Кадыков, 2003, 2008; В. М. Шкловский, Т. Г. Визель, 2000; M. Kotila et al. 1984 и др.) указывают на зависимость эффективности восстановления речи от степени участия родственников в процессе реабилитации больных. По мнению R. L. Evans (1987, 1989), L. Jongbloed (1986), поддержка родственников положительно влияет на функциональное и социальное восстановление больного и является хорошим прогностическим признаком. В. М. Шкловский с соавторами (2000) признают важность установления контакта с семьёй больного в отношении его дальнейшей речевой реабилитации, в побуждении его к речевому общению.

Приемы работы по устранению неспецифических расстройств высших психических функций (преодоление изменений нейродинамики), главными из которых являются аспонтанность, инактивность и инертность, подразумевают использование упражнений, направленных на концентрацию внимания больного, его активизацию, выработку навыков самоконтроля и контроля, способности к целенаправленной деятельности, на расширение ее мнестических рамок и пр.

Для этой цели в острой стадии заболевания рекомендуется использование различных видов сенсорной стимуляции больного (тактильной, слуховой, зрительной), на более продвинутых этапах возможно использование эмоционально значимых для больного речевых и неречевых стимулов. Предварительно проводится работа по выяснению преморбидных интересов и склонностей больного, выясняется круг его ближайших интересов на сегодняшний день, проводится отбор тем, вызывающих положительный эмоциональный эффект, исключаются психотравмирующие темы. Такой материал может предъявляться в форме свободной беседы, в виде рассказа о каком-либо событии, в форме художественного рассказа, фельетона, газетной заметки, журнальной статьи и т. д. Оказывается весьма полезным обсуждение прослушанного больным текста, ответы на вопросы, пересказ и пр. Может быть использован прием самостоятельного сочинения рассказа на заданную тему, завершения начатого текста и пр., нахождение различного рода искажений: смысловых, грамматических, фонетических. Примеры конструкций, искаженных по смыслу: «уголь белый, а снег черный», «днем всегда темно, а ночью всегда светло» и т. д. К ним примыкают различные каламбуры по типу «чепухи»: «шел высокий

гражданин низенького роста, весь кудрявый без волос, худенький, как бочка» и т. д.

Целесообразны упражнения по подбору слов на заданную букву, по заданному признаку (например, назвать только острые предметы; предметы, которые бывают только белыми, только черными и пр.); подобрать слова-антонимы, слова-синонимы и т. д. Конкретным материалом для этих упражнений могут служить сборники игр для взрослых типа «В часы досуга», «5 минут на размышление» и т. п., содержащие кроссворды, ребусы, шарады и другой занимательный материал.

Полезно выполнение установки на постепенное, но неуклонное сокращение времени выполнения этих заданий.

Предлагаемую систему восстановления высших психических функций у больных с афазией с успехом используют специалисты различных учреждений (как системы здравоохранения, так и системы образования), работающие со взрослыми и детьми, имеющими нарушения речи.

Восстановительная работа при афазии может строиться с применением средств механотерапии, аппаратных технологий и компьютерных программ. Среди отечественных аппаратных комплексов хорошо зарекомендовал себя *мультисенсорный речевой тренажер* компании «Речевая аппаратура «Унитон», являющийся универсальным для коррекционно-восстановительного обучения пациентов с последствиями очаговых поражений головного мозга. Прибор может быть использован и при других расстройствах (алалии, дизартрии, дисфагии). Механизм воздействия основан на комбинированных технологиях мультисенсорной (полимодальной) речевой биологической обратной связи (МРБОС) с использованием аппаратной мультисенсорной (слуховой, визуальной и вибро-тактильно-акустической) стимуляции функциональных предпосылок фонематического (речевого) восприятия в реальном времени. Усиление обучающего воздействия осуществляется за счет дополнительного одновременного сочетания слуховых, зрительных и вибрационно-тактильных стимулов. Применение такой речевой аппаратуры способствует формированию у пациентов контроля за сглатыванием, нормализации мышечного тонуса и снижению ригидности в мышцах речевой моторики, синхронизации работы органов дыхания, голосообразования, артикуляции, улучшению интонационных характеристик речи и проч. Объективно подтверждена эффективность применения речевой аппаратуры при коррекции тяжелых и умеренных проявлений фонематической недостаточности у детей и взрослых.

В восстановительной медицине и коррекционной педагогике специалисты успешно применяют разнообразные средства механотерапии. При афазии чрезвычайно важным является восстановление утраченных или ограниченных моторных функций, значимых для потенциальной адаптации таких людей и их последующей социализации. В связи с этим можно упомянуть возможности использования логопедом *стола для механотерапии*, объединяющего приспособления для статических и динамических упражнений. Они направлены на развитие и совершенствование дифференцированных движений верхних и нижних конечностей, параметров силы движений и их координации путем выполнения несложных действий: сжатия — разжатия, вкручивания — выкручивания, растягивания — сжимания и проч. В то же время логопеду следует использовать потенциал этого оборудования для восстановления нарушений импрессивной и экспрессивной речи, поскольку это возможно делать в процессе занятий по механотерапии. При разных формах афазии логопед может соединять речевые упражнения с выполнением тех или иных движений, оттачивая в предметно-практической деятельности грамматические формы слов, навыки построения предложений, возможности диалогической речи и проч.

Использование биологической обратной связи (БОС) в современной логопедии позволяет применять при афазии новые тренажеры типа *Тера-витал (THERA-vital)*. Их основная функция направлена на сочетание активно-пассивных форм механотерапии, поскольку дает положительный эффект по параметрам улучшения кровообращения в конечностях, снижения последствий дефицита двигательной активности (отеки, контрактуры суставов, неэластичность), уменьшения функционального дефицита, тренировки ослабленных мышц и снижения спастики и т. д. В то же время вариативность комбинирования групповых и индивидуальных форм работы на этих тренажерах создает необходимые условия и предпосылки для восстановления утраченных коммуникативных навыков: формируется мотивация к речевому общению в процессе тренировок, возникает необходимость участия в диалоге, развиваются не только рецессивные, но и инициативные формы речевого поведения и т. д. Технологическая оснащенность и программное обеспечение современных тренажеров позволяют детально протоколировать успешность каждого участника тренингов по основным моторным показателям, что дает логопеду возможность оценивать вербальные и двигательные достижения в совокупности.

В лечебно-профилактических, образовательных и иных организациях помощь лицам с афазией может оказываться с привлечением современных роботизированных и компьютеризированных аппарат-

ных технологий *Tyrosolution*. Это оборудование предоставляет возможности комплексного решения проблем моторного и когнитивно-речевого характера при афазии с использованием вариаций комплексов упражнений. В зависимости от тяжести и характера проявлений моторно-речевых расстройств могут быть выбраны различные устройства: «Диего» (Diego) — для формирования возможностей функций верхних конечностей, «Амадео» (Amadeo) — для развития мелкой моторики, «Пабло» (Pablo) — для коррекции функциональных возможностей плечевого пояса и моторики рук, а также стабилоплатформа «Тимо» (Tymo), успешно применяемая при нарушенной моторике верхних и нижних конечностей. Диагностические и корригирующие возможности этой техники открывают логопеду широкие возможности достижения положительного результата в восстановительной работе. Возможно не только добиваться моторного эффекта, но тренировать зрительно-пространственные ориентировки, координацию движений, преодолевать импрессивный аграмматизм, стимулировать навыки словоизменения и словообразования, совершенствовать словарный запас и проч. Этому способствует технологическое оснащение комплексов, наличие потенциала речеязыковых тренировочных упражнений (в том числе самостоятельно разрабатываемых каждым специалистом для нужд конкретного пациента), опора на принцип биологической обратной связи, интерактивность предлагаемых форм работы и проч.

Среди наиболее высокотехнологичных отечественных разработок для лиц с афазией можно упомянуть «Хабилект» (Habilect), работа которого основана на полимодальной обработке сенсорных сигналов.

Сложность и высокая вариативность афазических синдромов требует признания того, что ни одну из существующих методик нельзя считать окончательной. Необходим дальнейший поиск новых приемов работы, которые соответствовали бы современному уровню учения об афазии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Т. В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. М.: МГУ, 1975.

2. Бейн Э. С. Афазия и пути ее преодоления. Л.: Медицина, 1964.

3. Бейн Э. С., Бурлакова М. К., Визель Т. Г. Восстановление речи у больных с афазией. М.: Медицина, 1982.

4. Бейн Э. С., Визель Т. Г. Реабилитация больных с афазией, возникшей вследствие мозгового инсульта: Методические рекомендации / МЗ СССР. М., 1977.

5. Бурлакова М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М.: Просвещение, 1992.

6. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии. М.: АСТ, Транзиткнига, 2006.
7. Визель Т. Г. Как вернуть речь. М., 1998.
8. Винарская Е. Н. Клинические проблемы афазии. М.: Медицина, 1971.
9. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта. М.: «МИКЛОШ», 2003.
10. Кадыков А. С., Черникова Л. А., Шахпаронова Н. В. Реабилитация неврологических больных. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
11. Коган В. М. Восстановление речи при афазии. М., 1962.
12. Лурия А. Р. Основные проблемы нейролингвистики. 3-е изд. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009.
13. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М.: МГУ, 1969.
14. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М., 1977.
15. Скворцова В. И., Езельман М. А. Ишемический инсульт. Орел, 2006.
16. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М.: МГУ, 1987.
17. Цветкова Л. С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. Воронеж, 2002.
18. Цветкова Л. С., Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Методика оценки речи при афазии. М.: МГУ, 1981.
19. Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М., 2012.
20. Шохор-Троцкая (Бурлакова) М. К. Речь и афазия. М., 2001.
21. Шохор-Троцкая М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М.: Институт общегуманитарных исследований, Изд. В. Секачев, 2002.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Почему в определении афазии подчеркивается, что она обусловлена локальным поражением мозга? Что из этого вытекает?
2. Кому принадлежат первые открытия в афазии? В чем они состояли?
3. Какие формы входят в классическую неврологическую и нейропсихологическую классификацию афазий?
4. Каковы центральные дефекты, составляющие ядро афазического синдрома, при каждой из форм?
5. В чем состоят нарушения парадигматических и синтагматических речевых операций и для каких форм афазии характерны каждые из них?
6. Опишите состояние мышления при афазии?
7. В чем проявляются нарушения протекания нейродинамических процессов при афазии?
8. Охарактеризуйте наиболее перспективные направления афазиологии?
9. Составьте сравнительную таблицу симптомов афазии от алалии?
10. Каковы особенности логопедической работы в остром и резидуальном периодах?

Глава 10

НАРУШЕНИЯ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ. ЗАИКАНИЕ

Темп и ритм являются динамическими свойствами функциональной системы устного высказывания. Их характеристики зависят от врожденных качеств центральной нервной системы, от физического и психического состояния человека, являются отражением его эмоционального фона. Темп и ритм устной речи могут меняться у здорового человека в течение дня. При эмоциональном напряжении ускорение темпа речи может привести к нарушению связности речевого высказывания. Еще существеннее нарушается темпо-ритмическая организация устной речи при неврологических заболеваниях. Являясь компонентами просодической стороны речи, темп и ритм играют важную роль в осуществлении плавности речевого потока.

Темп речи — это скорость протекания речи во времени, ее ускорение или замедление, обусловливающие степень артикуляционной напряженности и слуховой отчетливости. Скорость речи зависит от ее смысла, эмоционального состояния говорящего, содержания высказывания и стиля произношения. За нормальный темп речи принимается произнесение 70—80 слов в минуту (Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова, 2009). Он может быть *быстрый*, скороговоркой, где слова выступают в редуцированных формах; *медленный*, когда наблюдается тягучая, монотонная, полная форма речи; *прерывистый*, когда речь разделяется на короткие, рубленые или не обоснованные по смыслу паузы. Темп речи формируется у ребенка на основе биологических (наследственных) и социальных (окружающая среда) факторов. Изменения скорости речи проявляются при самых различных эмоциональных состояниях человека. В этих случаях они носят временный характер и могут быстро нормализоваться. Нарушения темпа речи могут быть патологически обусловленными, например, при различных очаговых поражениях головного мозга (коры и подкорковых образований). Темп речи во многом определяет своеобразие такого параметра устной речи, как ритма.

Ритм речи — это периодическое чередование речевых единиц. Минимальная речевая ритмическая единица — слог. Чередование ударных и безударных слогов представляет собой ритмический рисунок слова. Основным свойством речевого ритма является регулярность. Ритм оказывает влияние на развитие необходимых для речевой деятельности движений, организует их, способствует освоению и реализации артикуляционной программы в нужном темпе.

Характеристика нарушений темпа и ритма речи

Патологически обусловленные нарушения темпа и ритма речи (брадилалия, тахилалия, баттаризм, полтерн, заикание) являются предметом логопедического изучения и коррекции.

Брадилалия (брадифразия) — патологически замедленная, но правильно координированная речь. Брадилалия встречается у взрослых и детей. Она является преимущественно наследственной формой нарушения внешней и внутренней речи. Однако в генезисе брадилалии могут быть интоксикации, астенизация, а также и экзогенные факторы: воспитание, подражание и др. В патогенезе брадилалии большое значение имеет патологическое усиление тормозного процесса, который доминирует над процессом возбуждения (М. Зееман, М. Е. Хватцев). В клинике брадилалии обращают на себя внимание многообразные нарушения: замедленность темпа внутренней и внешней речи, письма, монотонность, интер- и интравербальное замедление (паузы между словами и звуками). Чаще всего брадилалия является симптомом какого-либо соматического, неврологического или психического заболевания (при олигофрении с последствиями менингоэнцефалита, дистрофических, органических заболеваний центральной нервной системы, травм, опухолей головного мозга и т. д.).

В виде самостоятельного нарушения брадилалия бывает у лиц, которые обладают флегматичным и меланхоличным складом темперамента. У жителей северных стран наблюдаются некоторые речевые особенности, похожие на симптомы брадилалии, но для них это обычная форма речи. Часты случаи, когда нерезкие формы брадилалии отмечаются у детей после разного рода заболеваний, таких как менингиты, энцефалиты, травмы головы, заболевания легких, желудочно-кишечного тракта в хронической форме, при которых происходит истощение организма и его нервной системы. К перечисленным заболеваниям можно добавить астенические состояния, замедляющие процессы возбуждения, значительно снижающие двигательные реакции, вследствие чего речевой аппарат начинает работать медленнее. У соматически больных речь замедляется, становится аритмичной, прерывается частыми паузами.

Тахилалия (тахифразия) — патологическое убыстрение темпа речи. В этиологии тахилалии отмечается преимущественно наследственный фактор, однако внешние социальные причины (подражание, неправильные приемы воспитания и т. д.) также могут способствовать изменению темпа речи. Центральным звеном в патогенезе тахилалии является расстройство темпа внешней и внутренней речи за счет патологического преобладания процессов возбуждения. Основным симптомом

является быстрый темп речи без существенных искажений фонетического оформления, лексики и грамматического строя. При сильном возбуждении темп речи резко убыстряется и в секунду может произноситься 20—30 фонем (при норме 9—14 фонем). Могут появляться расстройства речевого внимания, запинки, повторения, проглатывания, перестановки слогов, слов, аграмматизмы и т. д. (М. Е. Хватцев, Ю. А. Флоренская). Такую стремительную речь бывает трудно понять, даже когда не изменяется звукопроизношение. Всего этого говорящий, как правило, не замечает, часто не дослушивает собеседника и торопится высказаться сам. Быстрый темп речи сопровождается быстрыми, суетливыми движениями рук или ног. Наряду с нарушением внешней и внутренней речи в клинике тахилалии наблюдаются расстройства чтения и письма. При привлечении внимания к речи у человека происходит быстрое восстановление равновесия между внутренней и внешней речью и темп речи нормализуется. В структуре неречевой симптоматики отмечаются: нарушение общей моторики, вегетативной нервной системы, психических процессов, эмоционально-волевой сферы, поведения, нарушения сна. Общие движения становятся стремительными (быстрая ходьба, гиперактивность, тики). В случаях, когда убыстрение темпа внутренней и внешней речи синхронны, тахилалия приближается к вариантам речи, характерным для некоторых южных народностей.

Патологически ускоренный темп речи нередко сочетается с другими нарушениями речи лексико-грамматического и фонетического характера, поэтому некоторые авторы относят баттаризм (парафразию) и полтерн (спотыкание) к разновидностям тахилалии.

При ***баттаризме*** происходит неправильное формирование фразы как следствие особого нарушения речевого внимания, тяжелых расстройств темпа речи. Речевое дыхание резко нарушено, речь малоразборчива. А. Куссмауль отмечал, что в этом случае человек не имеет времени ясно разделить слова и звуки, глотает слоги и даже целые слова в конце фразы, фразы заменяются каким-то бормотанием. М. Е. Хватцев описывал картину баттаризма, при которой звуки слова перепутываются и перемешиваются, проглатываются и недоговариваются, а «каскад звуков и слов произносится без передышки до полного истощения воздуха». Нередко фонетическим недостаткам речи при баттаризме сопутствует нарушение ее синтаксиса, последовательности выражения мысли.

Полтерн представляет собой патологически ускоренную речь с наличием прерывистости темпа, связанного с запинками несудорожного характера, спотыканием, необоснованными паузами. М. Зееман урав-

нивает термины «полтерн» и «тахилалия». Основным симптомом «тахилалии — полтерна» он считает интервербальное (внутрисловесное) ускорение, вторичными и сопутствующими симптомами этого расстройства являются проглатывание и повторение слогов, нарушение общей и речевой моторики, психологические изменения.

В современной специальной литературе преимущественно используется понятие «клаттеринг». ***Клаттеринг*** определяется как коммуникативное нарушение, которое влияет на способность индивидуума выражаться в ясной и/или лаконичной манере. В структуре клаттеринга, как и при других нарушениях темпа речи, выделяют речевую и неречевую симптоматику. К речевой симптоматике относят ускоренный или нерегулярный темп речи; недоговаривание окончаний слов; пропуск, искажение звуков или слогов; недостаток пауз между словами; остановки во время речи; использование слов-эмболов; неразборчивость письма. Основные проявления неречевой симптоматики: трудности мыслительной организации и концентрации внимания при чтении или разговоре; тенденция к прерыванию партнера при коммуникации; снижение осознания смазанности артикуляции (Ю. О. Филатова, 2012).

До сих пор в литературе нет достаточной определенности в использовании терминов, классифицирующих патологически обусловленное убыстрение речи.

Таким образом, некоторые исследователи рассматривают разновидности тахилалии или как две степени выраженности ускоренной речи (М. Е. Хватцев), или объединяют в одну нозологическую группу (М. Зееман). Чистая тахилалия — это в основном расстройство только темпового характера (Ю. Я. Флоренская). При баттаризме, полтерне и клаттеринге имеются также и нарушения синтаксического, морфологического, лексического и грамматического порядка.

Среди нарушений скорости произнесения выделяют *прерывистый темп речи*. Запинки, спотыкания, необоснованные паузы в словах и фразах, характеризующие прерывистый темп, по форме проявления могут выражаться:

1) в повторении отдельных звуков или их сочетаний;

2) в прерывании речи необоснованным молчанием (остановки, паузы);

3) в трудном, с усилием произнесении одного или нескольких звуков. Прерывистый темп речи может быть обусловлен *запинками, спотыканием* несудорожного или судорожного характера. К запинкам *несудорожного* характера относятся полтерн и физиологические итерации, *судорожного* — заикание.

Таблица 12

Наиболее типичные различия при заикании и спотыкании

Фактор	Тахилалия (баттаризм и полтерн)	Заикание
Осознание дефекта	отсутствует	имеется
Речь при напряжении	лучше	хуже
Привлечение внимания к речи	улучшает речь	ухудшает
Речь, требующая конкретных, точных ответов	лучше	хуже
Чтение хорошо знакомого текста	хуже	лучше
Чтение незнакомого текста	лучше	хуже
Письмо	торопливое, повторяющееся, с неясным почерком	сжатое, напряженное, затрудненное
Отношение к собственной речи	безразличное, небрежное	боязливое
Психологические переживания	отставленные	опережающие
Академические способности	не достигают возможного уровня, хотя хорошие и высокие	хорошие и высокие (многое зависит от отношений с преподавателями)
Электроэнцефалограмма	дизритмия	чаще норма
Эффект Ли	ухудшение речи	улучшение речи
Аминазин	улучшение	ухудшение
Психометрические средства	ухудшение	улучшение
Желание лечиться	очень небольшое или отсутствует	большое
Цель терапии	направить внимание на детали речи	отвлечь внимание от деталей

Пути устранения нарушений темпа речи

Нарушения темпа речи преодолеваются путем комплексных лечебно-педагогических мероприятий, включающих укрепление и оздоровление нервной системы; специальных логопедических и логоритмических упражнений, направленных на воспитание четкой, плавной и выразительной речи.

1. Лечебно-оздоровительное воздействие (физиотерапевтическое и медикаментозное укрепление нервной системы). При брадилалии врачебная помощь заключается в укрепляющем и тонизирующем лече-

нии, способствующем повышению активности нервной деятельности. Лечебная гимнастика и ритмика также должны носить тонизирующий характер и сочетать в себе упражнения с переменяющимся ритмом и темпом движений и специальные спортивные игры. Медикаментозная терапия при тахилалии включает общеукрепляющее, общеуспокаивающее лечение, дифференцированное проведение лечебной физкультуры в зависимости от выраженности раздражительности, беспокойства, двигательной расторможенности, гиперактивности и т. п.

2. Логопедические мероприятия. Логопедические занятия при брадилалии направлены на убыстрение: а) речевых движений; б) речевых реакций с помощью скороговорок; в) темпа внутренней речи (работа над воображением при действии внешних раздражителей различного темпа); г) темпа чтения и письма; д) выразительных форм сценического чтения и драматизированной речи и т. д.

Преодоление тахилалии предполагает воспитание: а) ритмичного плавного дыхания; б) спокойного ритмического чтения; в) упорядоченной речи; г) слухового внимания к речи. Используются приемы синхронизации движений и речи в определенном темпе (отстукивание, отхлопывание и т. п.), сопряженно-отраженного произношения, прослушивания образцов правильной речи.

3. Логопедическая ритмика. Она включает упражнения по нормализации темпа и ритма общей и речевой моторики, переключаемости движений в зависимости от изменения характера музыки, подвижные игры, пение. При брадилалии эффективны ритмические упражнения под бодрую музыку, активизирующие внимание, с энергичными хлопками и ударами, пение мелодий со средним и быстрым темпом и т. д. При тахилалии большое значение имеет привлечение внимания к спокойному темпу движений и речи.

Заикание

Заикание относится к нарушениям темпа и ритма речи (просодики), характеризующееся прерывистостью речи, вызванное судорожными спазмами (пароксизмами) мышц речевого аппарата.

Проблема заикания всегда привлекала внимание ученых, которые в разное время и с разных позиций (физиологических, медицинских, психологических, педагогических) изучали механизмы заикания, причины его возникновения, особенности проявления и преодоления.

До конца XVI века заикание в целом рассматривалось как проявление общего заболевания организма или неправильного анатомического строения органов речи. В начале XIX века французские ученые

связывали возникновение речевых запинок с отклонениями в деятельности центрального и периферического отделов речевого аппарата (неправильное соотношение между длиной языка и полостью рта или слишком плотное прикрепление языка короткой уздечкой; судорожное закрытие голосовой щели; сокращение мышц, удерживающих язык в полости рта; опережение речевыми движениями процесс мышления и наоборот).

Активность научных разработок привела к тому, что к XX веку определилось несколько теоретических направлений в понимании сущности заикания. В трудах Г. Гуцмана (1888), А. Куссмауля (1877), И. А. Сикорского (1889) данная речевая патология представляется как спастический невроз координации, происходящий от раздражительной слабости речевых центров, что вызывает непроизвольные движения в виде речевых судорог.

Большинство отечественных ученых, разрабатывая проблему заикания, относят его к неврозам, руководствуясь учением И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека. Заикание (как и прочие неврозы) возникает вследствие различных причин, вызывающих перенапряжение процессов возбуждения или активного торможения; подвижности нервных процессов, путем образования «патологического условного рефлекса». Нервный срыв в деятельности коры больших полушарий может быть обусловлен, с одной стороны, состоянием нервной системы, ее «готовностью» к отклонениям от нормы. С другой стороны, нервный срыв может быть обусловлен неблагоприятными экзогенными факторами, о значении которых в генезе заикания писал еще В. А. Гиляровский (1932). Исходя из концепции, трактующей заикание как невроз, некоторые авторы считают это нарушение специфической формой речевого невроза (логоневрозом), когда причиной его возникновения является психогения (Б. З. Драпкин, 1973; С. С. Ляпидевский, 1960; Н. П. Тяпугин, 1952; М. И. Буянов и др.).

Клинико-экспериментальные исследования Н. М. Асатиани, Л. И. Беляковой, И. О. Калачевой, В. В. Ковалева и др. (70-е годы XX века) на основе изучения патогенетических механизмов позволили выделить формы заикания. Авторами был показан функциональный характер нарушения деятельности церебральных структур при невротическом заикании и органо-функциональный — при неврозоподобном.

Р. М. Боскис и Р. Е. Левина (1975) относят заикание к речевому недоразвитию детей, в основе которого лежат затруднения, связанные с оформлением речевого высказывания. Авторы, рассматривая заикание как речевое недоразвитие, видят сущность его в преимущест-

венном нарушении коммуникативной функции речи (Н. А. Чевелева, А. В. Ястребова, С. А. Миронова и др.).

Н. И. Жинкин (1982) 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.

В психологических теориях механизм заикания объясняется поведением заикающихся в актах коммуникации, описаны проблемы и условия готовности к речи (И. Ю. Абелева, Т. М. Габриян, Ю. Б. Некрасова, 1968; Г. Неткачев 1909; А. Б. Хавин, 1979; В. М. Шкловский и др.). Авторы выделяют речевые ситуации, указывая на усиление симптоматики при эмоционально значимом речевом общении. Возникновение стресса в коммуникативной ситуации способствует формированию у больного отношения к ситуациям общения как к проблемным, фрустрирующим (Е. Ю. Рау, 2016). Коммуникативные трудности, характерные для многих заикающихся, особенно в подростковом и юношеском возрасте, обусловливают у них определенные изменения личности, мешают учиться и работать, в полной мере раскрывать свои способности.

Таким образом, многообразие взглядов на сущность и механизмы заикания позволяет систематизировать имеющиеся данные и утверждать, что заикание — сложное психофизическое расстройство.

Причины и симптоматика заикания

Можно условно разделить причины заикания на предрасполагающие и вызывающие. К предрасполагающим относятся те, которые ослабляют нервную систему ребенка, подготавливают почву, создают фон для «срыва» ее работы. Значение вызывающих причин в том, что разные, даже незначительные на первый взгляд неблагоприятные факторы (страшный сон, резкий или громкий звук, нервные потрясения, болезни и т. д.), накапливаясь, могут оказаться «сверхсильным» раздражителем и толчком к возникновению заикания.

К ***предрасполагающим причинам заикания*** относятся:

1. *Состояние центральной нервной системы.* Нередко при возникновении заикания отмечается органическое поражение мозга во внутриутробном, пренатальном и постнатальном периодах развития. Эти причины вызывают различные патологические сдвиги в соматической и психической сферах, приводят к задержке речевого развития, речевым расстройствам и способствуют появлению заикания. У части

заикающихся не обнаруживается органического поражения мозга. В то же время они характеризуются повышенной впечатлительностью и ранимостью нервной системы, тревожностью, низким уровнем адаптации, особой предрасположенностью к психическим травмам (Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова, 1998, 2012).

2. *Наследственный фактор* обусловлен генетической передачей некоторых особенностей высшей нервной деятельности: повышенной возбудимости, ускоренного темпа общих движений и речи, то есть определенной слабости центральных речевых механизмов, которые особенно подвержены воздействию факторов риска. Отягощенная наследственность может прослеживаться на уровне нескольких поколений.

3. *Особенности функциональной асимметрии мозга.* Заикание нередко возникает при переучивании леворукости на праворукость (В. А. Курышев, М. Е. Хватцев). Электрофизиологические исследования свидетельствуют о нарушении у заикающихся ведущей роли левого полушария в организации устной речи, что делает центральную нервную систему особо ранимой (И. В. Данилов, И. П. Черепанов, 1970).

4. *Особенности речевого развития.* Для начала заикания особое значение имеет период интенсивного формирования фразовой речи (от 2 до 3,5 лет). В это время для многих детей характерно появление физиологических итераций, связанное с недостаточно оформленным речевым дыханием и речедвигательными возможностями. Дошкольники могут повторять или растягивать отдельные звуки, слоги, слова. Это нормальный процесс становления ритмичной речи, не являющийся речевым нарушением (М. Зееман, Ф. А. Рау, В. И. Селиверстов и др.). Физиологические несовершенства детской речи (в том числе и запинки несудорожного характера) могут оставаться у ребенка и в более старшем возрасте при физической ослабленности, различных неблагоприятных факторах (болезнь, травмы, неправильные воспитательные приемы, неблагополучная речевая среда).

У детей с задержкой речевого развития также нередко наблюдаются физиологические речевые запинки. Более позднее и в связи с этим более интенсивное формирование фразы у них провоцирует появление заикания.

Ускоренный темп речевого развития также является риском для возникновения судорожных запинок, когда проявляется значительное несоответствие между высоким уровнем развития устной речи и недостаточной сформированностью координации речевого дыхания, голоса и артикуляционных движений.

5. *Соматическая ослабленность ребенка.* Нарушение нервной деятельности ребенка может быть обусловлено частыми и тяжело протекающими заболеваниями, ослабляющими его организм в целом.

6. *Неблагоприятные условия семейного и речевого воспитания.* Частой причиной срыва нормальной нервной деятельности является педагогическая запущенность ребенка, неправильные приемы его воспитания: неблагополучная домашняя обстановка, ссоры родителей в присутствии ребенка, неуравновешенное отношение к нему взрослых, резкие окрики, запугивающие наказания, гипо- или гиперопека, эмоциональная перегрузка, нарушение режима дня и др. Задерживающиеся физиологические несовершенства речи часто наблюдаются у детей в тех семьях, где родители говорят быстро, проглатывая или смазывая окончания слов, слова во фразе. Отрицательное влияние на формирование речи у ребенка может оказать и неблагоприятный в речевом отношении детский коллектив. В этом случае имеет значение склонность детей к подражанию.

К ***вызывающим причинам*** обычно относят психотравмы, после перенесения которых возможно появление запинок судорожного характера. Л. Я. Миссуловин (1988) подробно описывает случаи острого психического травмирования детей, включающие испуг, вызванный животными; транспортными авариями, сильными звуковыми раздражителями; явлениями природы (гроза, землетрясение, наводнение и т. п.); зрелищными мероприятиями (театр, цирк, кино, зоопарк); нетактичным поведением педагогов (дидактогении) и врачей (ятрогении) и т. д. Дети дошкольного возраста в силу своей эмоциональной возбудимости и неподготовленности к переработке внешних воздействий окружающей среды подвержены бурным эмоциональным реакциям больше, чем взрослые.

Совокупность отдельных факторов, воздействуя в период формирования речевой функции (от 2 до 6 лет), может вызывать появление заикания, характеризующееся разными типами течения. Выделяют следующие типы течения заикания: регредиентный, благоприятный; стационарный, стабильный; рецидивирующий, чередующий периоды плавной речи и с запинками; волнообразный с периодическими колебаниями в сторону ухудшения или улучшения речи; прогредиентный с тенденцией к ухудшению (Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова) [2].

В ***симптомокомплексе*** заикания условно выделяются две группы симптомов, находящихся в тесной взаимосвязи: физиологические и психологические. К физиологическим относятся речевые судороги, нарушения ЦНС и физического здоровья, общей и речевой моторики;

к психологическим — феномен фиксированности на дефекте, логофобии и др.

Основным проявлением заикания являются возникающие в процессе устной речи или при попытке ее начать *речевые судороги*. Они бывают различными по типу, локализации (месту возникновения), силе тяжести.

Принято выделять два основных типа судорог: *клонические и тонические*. Клонические судороги характеризуются кратковременными сокращениями и расслаблениями отдельных групп мышц, быстро следующими друг за другом, что приводит к стереотипным быстрым мышечным движениям, имеющим различную амплитуду. При этом в речи наблюдаются повторения звуков или слогов (*с-с-с-стол*). Клонические судороги обычно возникают при чрезмерном возбуждении клеток коры головного мозга, особенно ее моторного отдела. *Тонические* судороги представляют собой более длительные (до 3 иногда и более минут) сокращения мышц, в результате которых создается застывание в виде насильственного резкого повышения мышечного тонуса (языка, губ, щек). Отмечается большое напряжение в лице заикающегося (рот полуоткрыт или, наоборот, губы плотно сомкнуты, общая скованность всего тела), напряжение в мышцах плечевого пояса. В речи наблюдается длительная пауза, остановка (*с — тол*). Тонические судороги возникают, как правило, при чрезмерном возбуждении подкорковых структур мозга.

Бывает смешанный тип судорог, когда тонические и клонические судороги наблюдаются у одного заикающегося (тоноклонический тип или клонотонический по преобладающему типу).

По локализации судороги могут быть *дыхательные, голосовые, артикуляционные*. Их классическое описание в зависимости от локализации представлено в монографии И. А. Сикорского «О заикании» [16].

В судорогах дыхательного аппарата выделяют *инспираторную* (внезапный резкий вдох, возникающий на разных этапах речевого высказывания, что приводит к необоснованной паузе) и *экспираторную* (внезапный резкий выдох в процессе речевого высказывания).

Судороги голосового аппарата возникают, как правило, при попытке произнесения гласного звука, и среди них различают три основных вида.

Смыкательная голосовая судорога является тонической по типу, возникает внезапно, прекращая голосоподачу. Основным признаком этого вида судорог является отсутствие звука. В легких случаях гласные произносятся жестко, с твердой голосоподачей, как будто выдавливаются. При длительной смыкательной голосовой судороге лицо за-

икающегося напряжено, возникает ощущение напряжения в области гортани, груди, брюшных мышц.

Вокальная судорога возникает вследствие повышения тонуса голосовых мышц. По мнению И. А. Сикорского, наиболее часто эта форма встречается в инициальной стадии заикания у детей и может быть первым признаком начинающегося заикания, а также является предвестником будущих дыхательных и артикуляционных судорог. В речи наблюдается необычная продолжительность вокализации гласного звука (ооооооосень).

Дрожащий или толчкообразный гортанный спазм. Речь прерывается, возникает дрожащий или прерывистый звук, напоминающий блеяние козы или полоскание горла, что сопровождается полным отсутствием артикуляции (*у-у-утка, у. у. у.тка*).

Артикуляционные судороги разделяют на лицевые (губы, нижняя челюсть), язычные и судороги мягкого нёба. Одной из наиболее часто наблюдаемых судорог является смыкательная судорога губ. Она характерна уже для начального этапа развития заикания. Этот вид судорог проявляется в виде спазма круговой мышцы рта, в результате чего губы сильно сжимаются. При этом нарушается произнесение губных звуков. Язычные судороги наблюдаются при произнесении звуков, в артикуляции которых принимает участие язык. Они могут возникать в различных группах мышц — судороги кончика языка, его корня, подъязычной складки. Реже встречаются судороги мягкого нёба, которые придают звукам назализованный оттенок. Судороги бывают смешанными, но какой-либо вид преобладает (дыхательно-артикуляционные, дыхательно-голосовые, артикуляционно-голосовые и т. д.).

Речевые судороги чаще возникают в начале фразы. Их частота может зависеть от целого ряда причин: от фонетического состава произносимых слов (возникновение запинок на слогах, начинающихся с глухих взрывных звуков); формы речи говорящего, от степени громкости речи, ритмичности, подготовленности; условий окружающей обстановки и т. д.

В проявлениях заикания характерными являются *расстройства общей и речевой моторики.* По характеру они могут быть произвольными (уловки) и непроизвольными (насильственными). К произвольным относятся те особенности движений, которые появляются у заикающихся сознательно с целью замаскировать или облегчить свою трудную речь. Уловки наблюдаются в общей моторике (покачивание головой, постукивание ногой и т. п.) и речевой моторике в виде покусывания нижней губы, облизывания губ и т. п. В речи заикающиеся избегают «трудные» звуковые сочетания, заменяют слова на более лег-

кие в фонетическом наполнении и т. д. В процессе динамики заикания появляются и речевые уловки в виде вспомогательных звуков (*э, м*), их сочетаний или слов (*вот, это, ну*). Это явление носит название *эмболофразия*. К непроизвольным движениям относятся речевые судороги.

Многие авторы указывают на различные *особенности физического здоровья и состояния нервной системы* заикающихся (Л. И. Белякова, С. С. Ляпидевский, В. И. Селиверстов и др.). Исследователи отмечают нарушение вегетативной нервной системы у большинства заикающихся по типу вегетодистонии. В процессе речевого высказывания у них резко усиливается потоотделение, краснеет или бледнеет кожа лица, учащается сердцебиение, то есть проявляются *вегетативные реакции*. У многих заикающихся дошкольников наблюдаются различные нарушения высшей нервной деятельности и физического здоровья: повышенная раздражительность, обидчивость, плаксивость, негативизм, нарушения аппетита и сна, соматическая ослабленность и т. п.

В симптоматике заикания заметно проявляются *расстройства дыхания*. Физиологическое дыхание, как правило, поверхностное, ритм его неустойчив и легко нарушается при эмоциональном напряжении. В этом случае аритмичность речевого дыхания выражена сильнее, наблюдаются попытки произнесения слов (фраз) на вдохе либо в фазе полного выдоха.

У заикающихся школьников и взрослых часто наблюдается страх перед устной речью, боязнь звуков или слов, которые наиболее трудны для произнесения заикающимися (*логофобия*). Логофобия включает навязчивые переживания, страх возникновения речевых судорог, боязнь речевого общения, что приводит к его ограничению, замкнутости или, наоборот, агрессии. Е. Ю. Рау, анализируя дезадаптивные формы (приспособления к общению заикающихся подростков и взрослых) описывает появление и формирование определенных черт личности (боязливость, агрессивность, тревожность, повышенная самокритичность, низкая самооценка и т. п.), которые способствуют еще большему усилению заикания и нарушению взаимоотношений личности со средой.

Эмоциональное отношение заикающихся к своему дефекту — *феномен фиксированности на своем дефекте* — можно считать основополагающим фактором, определяющим характер и сложность психологических особенностей заикающихся и входящим в сложную структуру этого речевого расстройства. Феномен фиксированности — это отражение объективно существующего речевого дефекта (речевых запинок) во всей психической деятельности заикающегося человека.

Были определены три группы заикающихся: с нулевой, умеренной и выраженной степенью болезненной фиксированности на дефекте.

• В первой группе оказались заикающиеся, которые не испытывали ущемления от сознания своей неполноценной речи или даже совсем не замечали ее. Они охотно вступали в контакт со знакомыми и незнакомыми людьми. У них отсутствовали элементы стеснения, обидчивости за свою неправильную речь.

• Во вторую группу вошли те, кто испытывал в связи с заиканием неприятные переживания, пытался скрыть или замаскировать свою неправильную речь с помощью уловок. Тем не менее осознание своего недостатка и переживания не выливались в тягостное чувство собственной неполноценности.

• В третью группу были выделены заикающиеся с постоянной навязчивой фиксированностью на своем речевом недостатке. Они концентрировали внимание на своих речевых неудачах, глубоко и длительно переживали их, свою деятельность ставили в зависимость от речевых неудач. Для них было характерным уход в болезнь, самоуничижение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью.

С возрастом (или со стажем заикания) у заикающихся степень их фиксированности на своем дефекте имеет тенденцию к усложнению. Степень тяжести заикания в определенной мере адекватна степени фиксированности на своем дефекте, в ряде случаев имеет важное значение для прогноза результатов предстоящей коррекционной работы и предполагает необходимость использования в этой работе приемов, направленных на предупреждение или преодоление данного феномена.

Классификации заикания

Сложность симптомокомплекса и широта возрастного диапазона приводят к тому, что разные специалисты используют различные критерии к описанию систематики заикания: по степени, типу и локализации речевой судорожности, выраженности коммуникативных нарушений и др.

Еще И. А. Сикорский в 1889 г. в работе «О заикании» показал неоднородность контингента заикающихся детей и разделил его на две группы. К первой группе (67,5%) он относит больных, которые начали заикаться «внезапно и бурно» в результате острой психотравмы. Для этой группы характерны преждевременное развитие речи, обширный, не соответствующий возрасту запас слов, правильное синтаксическое оформление высказываемой мысли. Ко второй группе (32,5%)

он отнес больных, начавших заикаться вследствие травмы черепа, инфекционных заболеваний. Они отличаются поздним развитием речи и замедленным, постепенным началом заикания, которое возникло в период активного формирования фразовой речи.

Заикание, начавшееся в дошкольном возрасте, в период незаконченного формирования речи, называют эволюционным (Ю. А. Флоренская, 1949), или «заиканием развития» (К. П. Беккер, М. Совак, 1983). Оно рассматривается в литературе как самостоятельная речевая патология, в отличие от симптоматического, вторичного заикания (как правило, у взрослых), возникающего при различных органических заболеваниях головного мозга, при острых аффектах (Н. М. Асатиани; В. В. Ковалев, 1979, 1980 и др.). Эволюционное заикание имеет тенденцию к затяжному течению, что в свою очередь нередко оказывает неблагоприятное воздействие на формирование личности ребенка и способствует развитию хронических реактивных состояний.

Классификация заикания по клиническому признаку представлена в трудах Н. А. Власовой (1939); В. С. Кочергиной (1960, 1973); Э. Н. Герценштейн; Ф. А. Рау (1933). В них учитываются тип речевых судорог, некоторые этиологические факторы, вторичные психические симптомы, степень успешности логопедического воздействия.

С 70-х гг. в отечественной литературе в клинических исследованиях утверждается положение о необходимости разграничения заикания на невротическую и неврозоподобную формы (В. В. Ковалев, Н. М. Асатиани, Л. И. Белякова, И. О. Калачева, М. И. Буянов и Б. З. Драпкин (1973).

Невротическое заикание (логоневроз) — острое реактивное состояние, возникающее вследствие острых психических травм на фоне предрасполагающих факторов (невротическая предрасположенность, соматическая ослабленность, неблагоприятный речевой климат в семье и перегрузка информацией). Неврозоподобное заикание — состояние, напоминающее по своим признакам невроз, но возникающее на фоне органического поражения ЦНС в связи с различными проявлениями мозговой дисфункции (Л. И. Белякова 1973, 1992). Несмотря на принципиальное патогенетическое различие невротического и неврозоподобного заикания, разновидности данного речевого нарушения имеют и много сходных клинических признаков, что позволяет предположить существование смешанных форм. Важность такого разделения в настоящее время подчеркивается многими более поздними исследователями психолого-педагогического направления в изучении заикания (Е. В. Оганесян, Н. А. Рычкова, Т. А. Болдырева, Е. А. Дьякова, С. В. Леонова). Выделенные формы заикания отличаются вре-

менем появления речевого дефекта, типом его течения, выраженностью тех или иных симтоматических проявлений.

Невротическая форма заикания характеризуется появлением дефекта в возрасте от 2 до 5 лет вследствие психической травмы; ситуативной зависимостью (появление запинок в эмоционально-значимых ситуациях и их отсутствие в игре наедине с собой); наличием сопутствующих движений (в виде двигательных уловок) и вегетативных реакций в эмоционально-значимых ситуациях. Темп общего речевого развития опережает норму, а психомоторное развитие детей данной группы соответствует возрасту.

Неврозоподобная форма речевой патологии отличается постепенным появлением заикания вне связи с внешними воздействиями в период наиболее интенсивного формирования фразовой речи (3—3,5 года); отсутствием длительных периодов улучшения речи; связью тяжести судорожных запинок с трудностью лексико-грамматического оформления высказывания. Дети данной группы имеют те или иные нарушения общей, артикуляционной и мимической моторики. Речь, как правило, характеризуется явлениями ее недоразвития, выраженными в разной степени. Наблюдаются некоторые особенности и в психическом развитии: снижение вербальной памяти, внимания (Л. И. Белякова).

В. М. Шкловским (1994) в связи с задачами диагностики и патогенетического обоснования комплексной логопсихотерапии предложена классификация больных с заиканием в зависимости от степени дезорганизации отношений личности и уровня эмоциональных нарушений. В первую группу вошли заикающиеся, в структуре личности которых не было отмечено стойких патологических отклонений; во вторую (наиболее многочисленную) — больные, у которых отмечались значительные эмоциональные расстройства; в структуре личности больных третьей группы имели место стойкие патологические отклонения. Выделение данных групп позволило четко определить место логопедической работы и психотерапевтических мероприятий в комплексной системе реабилитации взрослых заикающихся.

Таким образом, выявляются существенные различия в клинико-психолого-педагогической характеристике заикающихся, которые в дальнейшем определяют специфику коррекционной работы. Комплексное воздействие с учетом дифференцированного подхода способствует наибольшей эффективности процесса воспитания и обучения заикающихся детей, а в дальнейшем — адаптации к социальной жизни.

Логопедическое обследование заикающихся детей

Для правильного выбора форм коррекционного воздействия, прогнозирования эффективности логопедической работы с заикающимися большое значение имеют данные медико-психолого-педагогического изучения. Задачи обследования заключаются в том, чтобы составить достаточно полное представление о психофизическом развитии ребенка и его речевых возможностях. Оно состоит из сбора анамнестических сведений и непосредственного изучения проявлений заикания и обследования речи.

Сбор анамнестических сведений

Логопед проводит беседу с родителями или самим заикающимся по следующим вопросам:

— здоровье родителей (наличие в семье родственников, которые страдают или страдали алкоголизмом, нервными и другими заболеваниями);

— общее развитие до возникновения заикания (процесс протекания внутриутробного развития, время развития общих моторных и речевых функций, соматические заболевания и осложнения после них до 5 лет, наличие психической травмы);

— речевое развитие (темп речевого развития, особенности поведения в моменты речевого общения с окружающими, наличие сопутствующих нарушений речи);

— особенности воспитания ребенка в семье (отношение взрослых, гипо- или гиперопека; помощь в формировании правильной речи, речевые перегрузки или, наоборот, отсутствие контроля за развитием речи и т. д.);

— речевое окружение (темп речи родителей, наличие у них речевых нарушений, внимание родителей к речевому развитию ребенка);

— время появления первых признаков заикания, предполагаемые причины. Из беседы с родителями выясняется, когда и как возникло заикание или появились первые его признаки, как внешне оно выражалось, какие предполагаемые причины могли его вызвать. Также выясняется, каково течение заикания (постоянное, рецидивирующее, волнообразное), меняется ли речь в течение суток, года;

— результаты ранее оказываемой помощи (катамнез: куда и когда обращались, что было рекомендовано, какова эффективность проведенной работы).

Ответы на все поставленные выше вопросы позволяют судить о причинах, вызвавших заикание, и о некоторых особенностях его про-

явлений. Сведения об особенностях протекания заикания позволяют в каждом конкретном случае определить основную направленность коррекционного воздействия.

Исследование симптоматики заикания

В процессе обследования учитываются следующие основные проявления:

— локализация судорог (дыхательные, голосовые, артикуляционные) и их форма (клонические, тонические, смешанные). Во время беседы, предъявления речевого материала на слух и зрительно выявляется характер судорожного состояния мышц речевого аппарата. В зависимости от полученных результатов выбирается преимущественная направленность отдельных упражнений;

— частота и интенсивность запинок (в зависимости от степени сложности речевого материала, ситуации речевого общения). Определение частоты речевых судорог в зависимости от видов речевой деятельности и поведения заикающегося позволяет судить о речевых возможностях, и, следовательно, от этого в дальнейшем будут непосредственно зависеть подбор материала для речевых упражнений и успешность логопедических занятий;

— количество и место в высказывании непреднамеренных пауз;

— наличие «трудных» звуков;

— характер сопутствующих двигательных движений, которые могут выражаться судорогами, тиками, миоклонусами (непроизвольными движениями) и «уловочные», защитные (произвольные — покачивание головой, движения рук в такт речи);

— наличие эмболофразий (лишние слова, которые не несут лексической и эмоциональной нагрузки, — *э, ну, вот* и др.);

— проявление вегетативных реакций в процессе речевого общения (жар, холод, потливость, учащение сердцебиения и др.).

В беседе со взрослым заикающимся выявляются субъективные ощущения, испытываемые им в момент речевых затруднений: напряжение в губах, языке, подбородке, в области диафрагмы, общее мышечное напряжение, трудности дыхания и т. п.

Изучение уровня свободной речи, определение степени тяжести заикания

Изучение уровня свободной речи начинается с выявления зависимости появления пароксизмов заикания от разной степени речевой самостоятельности. В непринужденной беседе с заикающимся опре-

деляются особенности его речевого поведения и различных проявлений речевых судорог. Предлагается составить рассказ или пересказать содержание картинки, знакомой сказки. Затем логопед проверяет состояние речи в отраженной и сопряженной речи путем повторения или совместного произнесения простых и сложных фраз.

Также фиксируется уровень свободной речи в зависимости от степени ее ритмичности и громкости. Последовательность речевого материала для обследования:

1) проговаривание нескольких слов, фразы вместе с логопедом;

2) повторение нескольких слов, фразы;

3) называние предмета, действий по наглядной опоре;

4) называние предмета, действий без наглядной опоры (по описанию);

5) чтение наизусть стихотворения;

6) ответы на вопросы;

7) пересказ текста с опорой и без опоры на картинку;

8) описание сюжетной картинки (при затруднениях по наводящим вопросам логопеда);

9) рассказ из личного опыта.

Степень тяжести заикания условно определяется частотой и выраженностью проявления судорог, а также наличием сопутствующих движений в зависимости от формы речевого высказывания: тяжелая степень проявления заикания характеризуется появлением судорог уже в сопряженной или отраженной формах речи (пробы № 1—2); средняя степень — появлением речевых судорог в вопросно-ответной, стихотворной формах речи (пробы № 3—6); легкая степень — появлением судорог в сложных видах вопросно-ответной формы речи и монологической речи (пробы № 7—9).

Выявление факторов, усиливающих заикание или улучшающих речь

О влиянии на состояние речи заикающегося (на наличие или отсутствие речевых судорог) окружающей обстановки или людей, разных форм его деятельности логопед черпает сведения из беседы с родителями ребенка либо с самим заикающимся. В дальнейшем в процессе динамического наблюдения логопед уточняет и дополняет эти сведения. Фиксируются ситуации, в которых запинки наиболее выражены (волнение, утомление, беседы с незнакомыми людьми, шум и т. п.); факторы, улучшающие состояние речи (шум, самоконтроль, сочетание речи с движением, речь наедине с собой, по телефону, с животными, с детьми более младшего возраста и т. п.).

Важно заметить зависимость состояния речи ребенка от разных видов его деятельности, в подвижной или ролевой игре; ребенок говорит в условиях занятия со взрослым и в условиях самостоятельной игры.

Отношение к своему речевому дефекту, психологические особенности личности

В беседе с родителями ребенка (педагогом, психологом) и взрослыми заикающимися логопед уточняет сведения об их контактности с окружающими, обращает внимание на оценку собственной речи, на наличие защитных реакций, на речевое поведение при обследовании. Отмечаются: характеристика общего поведения (контактность, инициативность в общении, повышенная возбудимость или заторможенность, решительность); характерологические особенности (конфликтный, задиристый, добрый, агрессивный и др.); отношение к своему дефекту (не замечает своего дефекта; осознает речевое нарушение, но нет постоянного чувства неполноценности; болезненная фиксированность на своей речевой неполноценности).

Сумма полученных сведений позволяет, таким образом, судить о степени болезненной фиксированности на своем дефекте и выбрать формы воздействия на личность заикающегося.

Предметом серьезного внимания со стороны логопедов, воспитателей и родителей является *предупреждение* речевых запинок у детей (Л. И. Белякова, Е. Ф. Рау, В. И. Селиверстов, Н. А. Чевелева).

Для заикающегося ребенка необходимо создать условия, способствующие его нормальному психическому развитию и неторопливо-спокойной речи. К числу таких условий, в первую очередь, относится организация режима, который вырабатывает привычку к четкому чередованию различных видов деятельности, устанавливает определенный ритм жизни и благоприятствует нормализации работы высшей нервной деятельности и всего организма. Этому способствует также уравновешенная, спокойная атмосфера, царящая в семье, ровное и ласковое отношение к ребенку окружающих.

К профилактическим мероприятиям относится упорядочение поведения и развитие речи детей, что включает расширение и актуализацию словарного запаса, обучение последовательно излагать свои мысли спокойно и неторопливо (на примере речи взрослых), чтение стихов и сказок без перегрузок речевым материалом и беседы по прочитанному.

Проводя беседу, взрослые должны помнить, что их речь служит образцом, которому дети подражают. Для ее конкретизации можно

использовать как опорные моменты всевозможные предметы: игрушки, картинки — все то, с чем связана повседневная жизнь ребенка и о чем он собирается рассказать.

Полезно, чтобы ребенок сопровождал свои действия (рисование, лепку, труд) речью.

Система логопедической работы по устранению заикания

Сложность симтоматики заикания указывает на необходимость комплексного воздействия в его коррекции, серьезные попытки его применения впервые встречаются в трудах отечественных авторов — И. А. Сикорского и И. К. Хмелевского. В лечение они включали систему упражнений для дыхания, голоса, артикуляции, в различных формах речи; психотерапевтическое воздействие в виде создания соответствующих условий, окружающих заикающегося; медикаментозное лечение, физиотерапию и двигательные упражнения. Отечественные ученые определили содержание *комплексного подхода* к преодолению заикания, под которым понимается лечебно-психолого-педагогическое воздействие на разные стороны психофизического состояния заикающегося разными средствами и специалистами (Л. И. Белякова, Н. А. Власова, В. А. Гиляровский, В. И. Селиверстов, Е. А. Дьякова, В. М. Шкловский). Реализация комплексного подхода предусматривает межпрофессиональное сотрудничество и тесное взаимодействие врача, логопеда, педагогов, психолога, логоритмиста. Цель совместной работы разных специалистов — устранение или ослабление судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики; оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом; избавление заикающегося от неправильного отношения к своему речевому дефекту, от психологических наслоений.

К лечебно-оздоровительной работе относится создание следующих условий.

1. Режим дня и рационального питания. Режим дня предусматривает определенный ритм жизни ребенка, правильное чередование сна и бодрствования, разных видов труда и отдыха. Систематическое выполнение режима дня способствует нормализации работы высших отделов нервной системы и всего организма в целом. Необходимо предусматривать достаточное время для отдыха, разнообразие видов деятельности. В режиме дня заикающегося ребенка-дошкольника на сон должно быть отведено не менее 10—11 часов ночью и 2 часов днем, а у школьников — 8—9 часов ночью и 1,5—2 часа днем. Важно уделять

внимание витаминизации пищи, что благоприятно влияет на высшую нервную деятельность и иммунологическое состояние организма.

2. Закаливающие процедуры. Прогулки, игры на свежем воздухе, спортивные развлечения успокаивают нервную систему, создают эмоциональный подъем, бодрое настроение. Большое значение для закаливания организма имеют водные процедуры: обтирание, обливание, душ и купание. Разные виды закаливающих процедур должны назначаться врачом индивидуально в зависимости от состояния здоровья ребенка и особенностей местных условий.

3. Лечебная физкультура. Физические упражнения, развивая в целом мышечную систему и усиливая работу важнейших жизненных органов, способствуют укреплению силы и морального духа, развивают координированные и точные движения, помогают избавиться от скованности или, наоборот, от расторможенности движений, содействуют воспитанию дисциплинированности и собранности. В медицинских учреждениях, помимо общих физических упражнений, используются и специальные упражнения на занятиях по лечебной физкультуре (ЛФК). Одним из направлений лечебной физкультуры является кинезитерапия (от греч. kinesis — движение), которая представляет собой серьезный психолого-педагогический процесс, происходящий между пациентом и физиотерапевтом. Она предполагает выполнение пассивных и активных движений, определенных гимнастических элементов. Помимо лечения физическими упражнениями и нагрузкой для улучшения состояния, укрепления здоровья кинезитерапия включает в себя и систему правильного дыхания, режим питания и регулярные водные процедуры. Благодаря такому комплексному и разностороннему подходу удается создать психофизический комфорт личности, необходимый при заикании.

4. Медикаментозное лечение нормализует деятельность центральной и вегетативной нервной системы, ослабляет судороги речедвигательного аппарата, снимает психогенные наслоения, способствует оздоровлению организма в целом. Широко используются: физиотерапия, расслабляющий или тонизирующий массаж, укрепление ЦНС витаминными препаратами, приемы рефлексотерапии (Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова, Л. Н. Мещерская, А. И. Назиев, Е. Е. Шевцова). В последние годы приобретает значение система использования здоровьесберегающих технологий по формированию у детей здорового образа жизни, гигиенических навыков, по профилактике простудных заболеваний (проведение физкультминуток на занятиях, дыхательной гимнастики и т. п.).

Коррекционно-воспитательная работа решает задачи воспитания навыков свободной, плавной речи. Неторопливый темп речевого высказывания вырабатывается одновременно с темпом общих движений. При нормализации темпа речи логопед обращает внимание на ее выразительность и естественность (правильное использование логических ударений, повышения и понижения голоса, мимико-жестикуляторных средств), плавность и длительность ротового выдоха. В речевых упражнениях формируется навык произнесения слов слитно во фразах, выделения гласных в слове (опора на гласные звуки), удлиненного произнесения ударных гласных звуков, что нормализует плавность речи и снимает судорожное состояние мышц артикуляционного аппарата. Логопед проводит при необходимости одновременно работу по коррекции нарушений произношения, расширению словарного запаса, совершенствованию грамматического строя, развитию связного речевого высказывания. В процессе занятий он убеждает заикающегося в том, что тот может говорить правильно и свободно, с каждым днем он говорит лучше, демонстрирует правильную речь в облегченных формах. Таким образом, происходит постепенная перестройка отношения к своему дефекту, себе, окружающим, меняются в положительную сторону характерологические черты личности.

К коррекционным мероприятиям психологического характера относят использование психотерапии, которая занимает одно из главных мест в комплексе лечения заикания.

Все виды психотерапии направлены, с одной стороны, на устранение психогенных нарушений у заикающихся (страх речи и ситуаций, подавленности, навязчивой фиксации на своем речевом расстройстве, многообразных переживаний в связи с этим и пр.), с другой — на перестройку у заикающегося измененного под влиянием речевого нарушения социального контакта с окружающими (Л. З. Андронова, К. М. Дубровский, Ю. Б. Некрасова, Е. Ю. Рау, Е. Н. Садовникова, В. М. Шкловский и др.).

Психотерапия — это не только лечебное воздействие словом (прямая психотерапия), но и воздействие через окружающие предметы, вторых лиц и пр. (косвенная психотерапия). На заикающегося благотворно влияет хорошо оборудованное помещение, в котором проводятся лечебно-педагогические занятия, благоустроенность территории специализированных учреждений, отношения взаимопонимания, построенные на уверенности в выздоровлении, вере в свои силы, желании работать над собой.

В основе прямой психотерапии (непосредственное воздействие словом) лежат методы разъяснения, убеждения, внушения и обуче-

ния. Различают два основных вида воздействия словом: 1) рациональную, или разъяснительную, психотерапию; 2) суггестивную терапию, в которой выделяются внушение в бодрствующем состоянии, во сне (гипноз) и самовнушение (аутогенная тренировка).

При коррекции заикания широко используются технические средства, включающие специализированные компьютерные программы, позволяющие наглядно представить задания, индивидуально контролировать уровень их сложности, повысить интерес и мотивацию к занятиям. Модули программы «Видимая речь» включают серию игр, направленных на выработку длительного речевого выдоха; коррекцию интонационно-мелодической стороны речи; нормализацию паузирования, темпа и слитности речи. Использование программы позволяет заикающимся увидеть на экране компьютера графическую запись собственной речи, которую можно сравнить с эталонным образцом. Модули предусматривают параллельную запись речи на магнитофон, что дает возможность осуществить визуальный и аудиальный контроль. На основе персональных компьютеров используются приемы «отставленной речи», которую можно легко моделировать в большом диапазоне; «маскирующий шум», силу которого можно также регулировать; ритмическая подача звукового сигнала, который можно изменять по интенсивности и ритму (И. А. Поварова).

Одним из известных технических средств, применяемых в нормализации темпа и ритма речи при заикании, является аппарат «АИР», основанный на использовании эффекта задержанной акустической обратной связи, создающего эффект эха; уровень задержки сигнала определяется в каждом конкретном случае индивидуально.

В процессе комплексной реабилитации заикающихся эффективно применяется метод биологической обратной связи (БОС), основанный на преобразовании речевого сигнала в зрительный образ (И. А. Поварова, А. А. Сметанкин). Логотерапевтический кабинет БОС позволяет регистрировать физиологические параметры организма — ритмы сердца и мозга, температуру, мышечные реакции и др. Полученная информация с помощью приборов преобразуется в аудиальную и визуальную форму: свет, музыку, видеофильм. Коррекция речи с использованием метода БОС осуществляется в два этапа: сначала формируют диафрагмально-релаксационный тип дыхания по методу БОС с максимальной дыхательной аритмией сердца (ДАС) — вырабатывается новый дыхательный стереотип; при равномерном выдохе под контролем максимальной ДАС и физиологической длительности выдоха у пациента развивают новые навыки голосообразования, артикуляции,

речи и поведения, речевой и поведенческий стереотип, оптимальное функциональное состояние организма в целом.

Совокупность разносторонних сведений о симптоматике заикания и личности заикающегося, полученных с использованием разных методов исследования и затем взаимно уточненных и дополненных, определяет в каждом конкретном случае особенности необходимого комплексного воздействия. Современное содержание комплексного подхода тесно связано с понятием интегративного взаимодействия и межпрофессионального сотрудничества, которое направлено на выработку и реализацию единой стратегии коррекционно-развивающего воздействия и организацию поддержки семье заикающегося. В зависимости от условий работы учреждения логопед опирается на помощь разных специалистов.

Основной формой логопедической работы являются логопедические занятия, так как они наиболее полно выражают непосредственное коррекционно-воспитательное воздействие логопеда на заикающегося. Преимущественно проводятся групповые занятия, в процессе которых осуществляются тренировки речевого общения и воспитание правильных навыков поведения ребенка в коллективе. Индивидуальные занятия включают дополнительные упражнения по воспитанию навыков правильной речи и поведения, беседы психотерапевтического характера и т. д.

Требования к логопедическим занятиям с заикающимися детьми связаны с основными задачами коррекционно-воспитательного воздействия на его речь и личность, общими дидактическими принципами, согласованы с программой обучения и воспитания детей, с наглядно-технической оснащенностью проводимых занятий. Среди дидактических принципов проведения логопедических занятий с заикающимися детьми принято выделять следующие: индивидуальный личностно-ориентированный подход (знание психологических особенностей и речевых возможностей каждого ребенка), систематичность и последовательность (постепенное усложнение этапов работы в зависимости от степени самостоятельности речи: от сопряженно-отраженной к спонтанной), сознательность и активность (понимание заикающимися целей логопедического занятия), наглядность и технические средства обучения (наглядные пособия, литература, настольные игры и т. п.)

Система тренировок правильной речи и поведения заикающихся, необходимая для образования у них устойчивых, прочных навыков, предполагает обязательную закрепительную работу вне логопедических занятий. Эта работа должна быть направлена на выполнение за-

даний логопеда в семейно-бытовых, учебно-воспитательных условиях и в коллективе сверстников. В целях контроля логопед рекомендует вести специальный дневник, в который записывает задания и ведет учет за их выполнением.

Модель проведения логопедической работы включает следующие направления:

1. Создание охранительного речевого режима, который вводится в самом начале коррекционной работы и помогает организовать условия для ослабления неправильной речевой привычки, подготовить нервную систему к формированию нового речевого навыка. Учебная и повседневная жизнь заикающихся организовывается так, чтобы свести речь к минимуму. На занятиях педагоги ограничиваются сообщением какого-либо материала и не требуют устных ответов от заикающихся. В этот период проводятся такие игры, чтобы дети меньше говорили (рисование, аппликация и т. п.). Щадящий речевой режим создается ограждением от пребывания в конфликтных ситуациях, примером спокойной четкой речи педагогов и проявлением такта, исключением участия ребенка в эмоционально-значимых мероприятиях и т. п. Речевое общение в этот период должно быть элементарным по форме (использование сопряженных и отраженных форм речи), содержать однословные ответы. Для этого вопросы взрослых могут иметь ключевое слово для ответа или предполагать короткий ответ: «Ты хочешь яблоко или банан?» — «Банан»; «Ты хочешь яблоко?» — «Нет». Родители придерживаются тех речевых правил, которые рекомендуются логопедом. Длительность режима ограничения речи различна, как правило, он охватывает 10—15 дней с начала коррекционной работы. Постепенно речевая активность увеличивается, однако рекомендуется ограничение речевой нагрузки.

2. Регуляция эмоционального и мышечного состояния (снятие мышечного и эмоционального напряжения). Обучение навыкам релаксации, формулам внушения состояния расслабления.

Формирование навыков релаксации начинается с упражнений, которые позволяют почувствовать разницу между напряжением и расслаблением в мышцах рук, ног, всего туловища, затем для верхнего плечевого пояса и шеи, артикуляционного аппарата. После выполнения релаксационных упражнений логопед вводит формулу внушения расслабления: «Мы успокаиваемся. Мы отдыхаем. Глаза закрыты. Во всем теле приятное тепло. Руки усталые, расслабленные отдыхают. Ноги усталые, расслабленные отдыхают. Хорошо, приятно отдыхать. Приятно чувствовать расслабленность. Все тело: ноги, руки, спина, шея теплые, расслабленные». Это — первая ступень аутогенной

тренировки, поэтому на фоне расслабления вводится «формула правильной речи»: «Мы говорим неторопливо и спокойно». Произнесение формул логопедом должно быть достаточно громким, но мягким голосом, спокойной и уверенной интонацией и с соблюдением всех речевых правил (И. Г. Выгодская, Е. Л. Пеллингер, Л. П. Успенская, Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова).

3. Формирование фонационного (речевого) дыхания. Наиболее благоприятные условия для работы голосового аппарата создаются при диафрагмальном типе дыхания. Его постановка проводится на фоне мышечного расслабления. В дальнейшем диафрагмальный тип дыхания тренируется при выполнении физических упражнений (ходьба, наклоны туловищем). Небезуспешно в работе с заикающимися используется парадоксальная дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой, которая модифицирована для заикающихся детей дошкольного возраста Л. И. Беляковой, Н. Н. Гончаровой, Т. Г. Шишковой. Короткий резкий вдох носом делается на движениях, сжимающих грудную клетку. Упражнения выполняются одновременно с коротким и резким вдохом через нос (при пассивном выдохе), что усиливает внутреннее тканевое дыхание и повышает усвояемость кислорода тканями. Так как вдохи идут на наклонах, поворотах и приседаниях, то полностью включается в работу диафрагма, которая является самой сильной мышцей, участвующей в дыхании. Таким образом вырабатывается глубокое дыхание и, соответственно, длительный выдох. В комплексы упражнений включаются следующие основные виды работ по развитию физиологического и речевого дыхания: общие дыхательные упражнения; дифференциация ротового и носового дыхания, формирование длительного фонационного, а затем речевого выдоха. Особое значение для детей дошкольного возраста приобретает использование игр и игровых приемов, стихотворных текстов, которые вызывают интерес к занятиям и делают характер выполнения упражнений непроизвольным. Формирование речевого дыхания неразрывно связано с процессом голосообразования. В основные задачи по развитию голоса входит: формирование навыков рациональной голосоподачи и голосоведения, развитие силы, высоты и динамического диапазона голоса, его мелодических характеристик.

4. Работа над плавностью речи в различных ее формах. Сначала размеренный темп и ритм отрабатывается в элементарных речевых формах: на произнесении отдельных гласных звуков; на сочетаниях гласных звуков (двух, трех, четырех, пяти); на слоговых сочетаниях согласных звуков с гласными; на произнесении фраз из одного слова; на произнесении коротких фраз; на произнесении длинных фраз с ло-

гической паузой. Параллельно проводится работа по развитию интонационно-выразительной стороны речи (пролонгированное произнесение гласных звуков, повышение, понижение голоса в конце фразы). Основными видами упражнений в зависимости от степени самостоятельности речи являются: произнесение речевого материала вместе с логопедом (сопряженная речь), повторение (отраженная речь), называние предметов и действий по картинке или в конкретной ситуации.

В процессе формирования плавности речи логопед знакомит с правилами, в которых содержатся основы поведения во время разговора с собеседником, правильного речевого дыхания в процессе произнесения слов, фраз. Он показывает своим примером, как нужно вести себя с собеседником: во время разговора смотреть в лицо слушающему человеку, не спешить с ответом и проговорить его сначала про себя, говорить только на выдохе и выделять в каждом слове ударный гласный звук и т. п. В работе над фразами логопед должен объяснить важность пауз и на доступных примерах показать их значение. Активно практикуется чтение заученных стихотворных текстов. Так как в них наблюдается строгое чередование ударных и безударных слогов и они ритмичны, окончания строк рифмуются, то стихи применяются для закрепления всех элементов правильной речи (упорядоченного дыхания, неторопливого темпа, слитности, выделения грамматического и логического ударения, деления на смысловые отрезки). Только потом переходят к пересказу коротких текстов с делением на смысловые и логические отрезки. Работа над пересказом прослушанного текста облегчается тем, что используется опора на готовый языковой материал и определен сюжет последовательности событий. Для подготовительной работы и в случаях затруднений предлагаются наводящие вопросы, опорные слова, предметные картинки.

Затем плавность речи формируется в более сложных видах монологической речи — самостоятельном составлении рассказов по предметной картине с использованием схемы; по серии сюжетных картин (от трех до восьми); по сюжетной картине; описание пейзажной картины. Данный вид работы поддерживается опорой на наглядный материал, однако отсутствует языковой материал и сюжет последовательности событий. В виде помощи предлагаются наводящие вопросы, а затем предваряющий план рассказа; составление рассказа по фрагментам картины; коллективное составление рассказа и т. д.

Завершающим этапом в коррекционной работе является закрепление полученных речевых навыков в рассказах на заданную тему, о случаях из собственной жизни, творческих рассказах, инсценировках.

Также проводятся речевые тренировки-диалоги, ролевые игры, организуются публичные выступления и т. п.

5. Развитие моторных функций. Развитие координации слова и ритмизованного движения.

Необходимой составляющей в логопедической работе при преодолении заикания является *логопедическая ритмика*, которая представляет собой систему двигательных упражнений, проводимых с музыкальным сопровождением и согласованных с речью (Г. А. Волкова, Е. В. Оганесян, Н. А. Рычкова, Ю. О. Филатова).

Для достижения оптимальных результатов логоритмических занятий их проводят по следующей схеме:

— ритмическая разминка. Ее задачами являются воспитание дисциплины и организованности, развитие координации рук и ног, формирование правильной осанки и навыков движений в коллективе, ориентация в пространстве, умение менять темп и ритм движения. С этой целью используются ходьба, легкий бег, их чередование, прыжки, элементы физкультурных и танцевальных движений;

— упражнения, регулирующие мышечный тонус. Целью этих упражнений является устранение напряжения, скованности в мышцах. Используются специальные задания на смену напряжения и расслабления, состоящие из серии последовательных движений. В зависимости от разных по силе звучаний меняется мышечный тонус;

— слушание музыки (музыкотерапия), что взаимосвязано с упражнениями, регулирующими мышечный тонус. Подбираются разнообразные по характеру музыкальные произведения с учетом их эмоционального воздействия на создание нужного фона настроения;

— упражнения для развития координации речи с движением. Используются двигательные упражнения под музыку с одновременным проговариванием постепенно усложняющихся речевых заданий (слогов, слов, фраз, стихотворных и прозаических текстов), обращается внимание на развитие просодических элементов речи;

— пение. Выбираются ритмичные и мелодичные песни, при пении которых нормализуются темп, плавность речи и речевое дыхание, акустические характеристики голоса;

— игра для закрепления навыков, полученных на занятии;

— заключительная ходьба, которая проводится в спокойном темпе и ритме.

Большое значение для нормализации темпа и ритма речи имеет выполнение специальных упражнений с использованием слухового контроля и ритмических движений (ходьба, хлопки, притоптывание, прыжки). Допускается отстукивание ритмов ногами, отхлопывание

руками или одной рукой по какому-нибудь предмету, дирижирование в сопровождении проговаривания. Ударному слогу (слову) должен соответствовать более громкий хлопок или удар ногой по полу, безударному — тихий. Упражнения выполняются с четкой артикуляцией, равномерным распределением выдоха, с соблюдением умеренного и медленного темпа, синхронизацией произнесения и движения. Вначале тренировка послогового ритма производится в замедленном темпе, по мере овладения навыком темп речи ускоряется.

6. Воспитание личности заикающегося (воспитание уверенности в себе, адекватного отношения к окружающим и взаимоотношений с ними). Одним из основных методов в этой работе является психотерапевтическое воздействие. Логопедическое занятие может носить психотерапевтическую направленность и включать элементы психотерапии (психотерапевтические беседы в начале занятия как организационный момент, элементы суггестивной психотерапии, использование библиотерапии и других видов арттерапии). Так, например, для мышечного и эмоционального расслабления вводятся формулы внушения, которые в начале курса занятий произносит логопед, затем он только дает установку на самовнушение: «С каждым днем, с каждым занятием моя речь становится все лучше и лучше. Я говорю плавно, уверенно и красиво. Волнения при речи не будет. Всегда и везде моя речь будет плавной, уверенной и красивой. Мне нравится говорить ритмично и спокойно. Я спокоен и уверен в себе. Я спокоен и уверен в своей речи».

Авторские методики организации логопедической работы

Авторы первой отечественной методики логопедической работы с заикающимися детьми преддошкольного и дошкольного возраста Е. Ф. Рау, Н. А. Власова, актуальной до настоящего времени, выделили 7 «видов речи» в зависимости от разной степени речевой самостоятельности, которые в порядке постепенности применяются 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, беседа); 7) нормальная речь (беседа, просьбы). Все занятия с заикающимися детьми распределены по степени нарастающей сложности речевого материала и усложнения ситуации общения на три этапа. На первом этапе детям предлагаются упражнения в сопряженной и от-

раженной формах речи. Плавность речи отрабатывается в заученных фразах, стихотворных текстах, широко используется декламация.

На втором этапе в ситуативном диалоге дети отвечают на вопросы по знакомой картинке, описывают картинку и пересказывают прослушанный текст. При ответе на вопрос по картинке одно слово в предложении ребенок должен произнести самостоятельно. Вопрос задается таким образом, чтобы ребенок мог почти отраженно повторить весь вопрос в своем ответе. Постепенно совершается переход от отраженной речи к описанию картинок, самостоятельному произнесению фразы, но еще подкрепленной зрительно игрушкой, картинкой и т. п. Для самостоятельного описания картинок детям сначала дается уже знакомый материал (игрушки, различные предметные картинки и т. п.). Вырабатывается выразительность, правильная интонация путем подражания речи логопеда.

На третьем этапе закрепляются приобретенные навыки плавного высказывания в спонтанной речи (в обиходном разговоре с окружающими детьми и взрослыми, во время игр, занятий, бесед и т. д.). Детям даются задания на составление самостоятельно творческих рассказов на определенную тему. Авторы подчеркивают необходимость проведения логопедической ритмики, которая включает упражнения для регуляции мышечного тонуса, активизирующие внимание, воспитывающие чувство ритма.

Система коррекционной работы с заикающимися дошкольниками в процессе ручной деятельности была разработана *Н. А. Чевелевой* [17]. Автор исходит из психологической концепции связи речи с деятельностью, движениями. Развитие связной речи ребенка идет от речи ситуативной (непосредственно связанной с практической деятельностью, наглядной ситуацией) к контекстной (обобщенной, связанной с прошедшими событиями, с отсутствующими предметами, с будущими действиями). Используются следующие формы речи: 1) сопровождающая речь (речь, произносимая одновременно с совершаемым действием). Постоянная зрительная опора при этом обеспечивает наибольшую ситуативность речи; 2) завершающая речь (дети описывают уже выполненную работу или часть ее). При этом, постепенно уменьшая зрительную опору на выполненную работу, появляется возможность осуществить постепенный переход к контекстной речи; 3) предваряющая речь, планирующая (ребенок рассказывает, что и как он намерен делать). Развивается умение детей пользоваться речью вне наглядной опоры. Дети учатся планировать свою работу, заранее называют и объясняют каждое действие, которое им еще предстоит сделать. Усложняется фразовая речь: формируется произнесение несколько связанных

по смыслу фраз, фраз сложной конструкции, самостоятельное построение рассказа.

С. А. Миронова предложила систему поквартального планирования работы по преодолению заикания у дошкольников среднего, старшего и подготовительного возраста в процессе прохождения программы детского сада, включающей общеразвивающие и коррекционные задачи.

Коррекционные задачи первого квартала состоят в обучении навыкам пользования простейшей ситуативной речью на всех занятиях. При ответах дети опираются на конкретные вопросы логопеда и наглядный материал, допускаются однословные и простые фразовые ответы. Заикающиеся дошкольники воспринимают короткие и точные образцы речи логопеда, усваивают правила пользования ею и молча выполняют его задания. Основная задача в этот период — научить детей внимательно слушать, запоминать и правильно выполнять задания.

Коррекционные задачи второго квартала заключаются в овладении детьми сложными формами ситуативной речи. Значительное место занимает поэтапная работа над фразой: построение простой фразы, распространение фраз, конструирование вариантов фраз для выражения одной и той же мысли. Уточняется порядок слов в предложении, осуществляется переход к построению сложноподчиненных конструкций и составлению рассказов. Постепенно использование наглядной опоры в ответах детей уменьшается. В этот период начинается развитие элементарной контекстной речи. Дети задают вопросы, при построении ответов на которые они имеют лишь частичную опору на наглядный материал. Из отдельных ответов составляется целый логически построенный рассказ.

Коррекционные задачи третьего квартала состоят в закреплении навыков пользования усвоенными ранее формами речи и в овладении самостоятельной контекстной речью. Дети учатся составлять рассказы по сюжетным картинкам и вопросам логопеда, затем без помощи вопросов. Все меньше места отводится наглядной опоре. К концу третьего квартала дети самостоятельно описывают, составляют вопросы, относящиеся не только к происходящему действию в данный момент, но и к тому, что происходило или будет происходить. Используются новые формы занятий: беседа, анализ различных видов работ детей. Изучение тем охватывает как можно больше предметов. Дети дают полные разнообразные ответы.

Коррекционные задачи четвертого квартала направлены на закрепление навыков пользования ситуативной и контекстной речью различных форм сложности. Дети учатся выразительно пересказывать

прочитанный текст и сказки, составлять рассказы без помощи вопросов, рассказы по картине с элементами творчества, продолжать рассказ логопеда, творческие рассказы и т. п.

Таким образом, методики обучения заикающихся детей Н. А. Чевелевой и С. А. Мироновой строятся на основе постепенного овладения навыками свободной речи от простейшей ситуативной ее формы до контекстной в процессе основных разделов программы детского сада, преимущественно связанных с ручной деятельностью.

Методика *В. И. Селиверстова* [15] рассчитана на логопедическую работу с детьми в медицинских учреждениях (в амбулаторных и стационарных условиях). Она предполагает модификацию и одновременное использование разных приемов логопедической работы. Материал логопедических занятий связан со всеми разделами «Программы воспитания и обучения в детском саду» и, прежде всего, с игрой как основным видом деятельности ребенка-дошкольника. В предложенной автором схеме логопедических занятий выделяются три периода, в процессе которых речевые упражнения усложняются в зависимости, с одной стороны, от разной степени самостоятельности речи, ее подготовленности, структурной сложности, громкости и ритмичности; а с другой — от различной сложности речевых ситуаций: обстановки и социального окружения, видов деятельности ребенка, в процессе которых происходит его речевое общение.

Подготовительный период включает организацию щадящего режима, знакомство детей с организационными особенностями предстоящих занятий, демонстрацию правильной речи. С первых же занятий разучиваются речевые зарядки, раскрываются понятия о красивой, правильной речи. Позднее проводятся упражнения в сопряженно-отраженном виде речи, ответах на конкретные вопросы, беззвучном артикулировании, шепоте, ритмизованной речи (стихотворениях и прозе). Логопед проводит с родителями беседы, индивидуальные консультации, организует посещение родителями занятий.

В тренировочный период используются более сложные виды речи и речевые ситуации: от ответов на вопросы по наглядной опоре к спонтанной речи, от речи тихой к громкой; от спокойных занятий к подвижным и эмоциональным, от описания своих несложных действий к рассказу о предстоящем сложном комплексе действий; от усложнения речевых ситуаций на логопедических занятиях к жизненным ситуациям.

В закрепительный период перед логопедом стоит задача продолжать работу над правильностью речи у ребенка в сложных условиях и в то же время постепенно отказаться от регулярных логопедических

занятий. Вводится следующий элемент: репетиция дома с родителями или сверстниками в разных ролевых ситуациях, самостоятельного концерта. Заканчивается курс логопедических занятий утренником или концертом. В зависимости от результата проведенных занятий логопед дает индивидуальные рекомендации для дальнейшего закрепления правильной речи в домашних условиях.

В методиках логопедических занятий с заикающимися детьми большое внимание уделяется нормализации речи в процессе игровой деятельности. *Г. А. Волкова* [5] разработала систему использования игр (дидактических, с пением, подвижных, игр-драматизаций, творческих) для преодоления заикания у детей 4—5, 5—6, 6—7 лет на разных этапах последовательных логопедических занятий: на этапе максимального ограничения речи и шепотной речи; сопряженной и отраженной речи; вопросно-ответной речи; самостоятельной речи и закрепления активного поведения и свободного общения детей. Дети усваивают правила поведения в игровых ситуациях, отражающих жизненные явления и взаимоотношения людей.

Игровые приемы для логопедических занятий с заикающимися детьми предложены *И. Г. Выгодской, Е. Л. Пеллингер, Л. П. Успенской (1984, 1993).* Игры направлены на релаксацию различных групп мышц; предусматривается проведение режима относительного молчания; воспитание речевого дыхания; общение короткими фразами; активизация развернутой фразы (отдельных фраз, рассказа, пересказа); формирование свободного речевого общения.

А. В. Ястребова разработала систему логопедической работы с заикающимися школьниками, в основу которой положено формирование коммуникативной функции речи в связи с учебной деятельностью. Основная цель начальной стадии формирования навыков речевого взаимодействия состоит в выработке умения адекватно усваивать и передавать информацию в процессе межличностного общения. В ходе занятий предусматривается развитие у заикающихся наблюдательности, устойчивости внимания, способности воспринимать ряд элементов, быстро включаться в учебную работу. Учащиеся овладевают умением обмениваться информацией в процессе межличностного общения в ситуациях «логопед — ученик», «ученик — логопед», «ученик — ученик». Постепенно осуществляется формирование и закрепление полученных умений и навыков в рамках регулятивного аспекта коммуникативной деятельности. На заключительной стадии коррекционной работы происходит закрепление навыков свободного общения с целью обмена информацией, дифференцированного воз-

действия на других людей и саморегуляции в процессе выполнения различных видов деятельности в разных жизненных ситуациях.

А. В. Крапухиным (1982) была предложена схема построения логопедических занятий с учетом взаимосвязи фонетических и моторных трудностей в речи заикающихся школьников. Объем и подбор речевого материала определяется учебным планом специальной школы-интерната V вида (2-е отделение). В процессе логопедического воздействия отрабатывается произнесение в замедленном темпе на мягкой атаке гласных звуков, слогов, слов, предложений, исключающих наличие взрывных согласных звуков. Учащимися усваиваются основные положения правильной речи: «Говори не торопясь», «Не преодолевай напряжение напряжением» и т. п. Проводится работа над изолированным произношением взрывных звуков, их сочетаний в слогах и словах, фразах. Завершается цикл занятий формированием выразительности речи с использованием стихотворных текстов, этюдов, которые являются модификацией распространенных в логопедической практике речевых тренировок-диалогов: «Телефонный разговор», «Магазин» и т. п.

В связи с хронификацией заикания, наличием рецидивов, возникновением и закреплением вторичных психических симптомов, а также деформацией межличностных отношений, симптомокомплекс заикания с возрастом приобретает более значительную сложность и стойкость. Поэтому в комплексном преодолении заикания у подростков и взрослых выдвигаются на первый план лечебно-оздоровительные и психотерапевтические мероприятия.

Комплексная система преодоления заикания у подростков *М. И. Буянова, Б. З. Драпкина (1989)* складывается из нескольких направлений: медикаментозного, психотерапевтического, логопедического. Все коррекционные мероприятия проводятся в соответствии с преобладанием невротических или неврозоподобных проявлений. Медицинская реабилитация предполагает проведение общеоздоровительного лечения, включающего применение фармокологических средств, физиотерапии, лечебной физкультуры. Среди психотерапевтических методов важное место занимают аутогенная тренировка, коллективная психотерапия, трудотерапия которые проводятся на протяжении всего коррекционного курса. При невротическом заикании психологическая реабилитация предполагает фиксацию подростка на положительных качествах его личности, воспитании у него чувства коллективизма, навыков общения со сверстниками. При неврозоподобном заикании психологическая перестройка достигается привлечением внимания подростка к своим недостаткам, формиро-

ванием необходимости постоянного самоконтроля в применении навыков плавной речи. Логопедическая работа включает постановку диафрагмального типа дыхания, развитие голоса и артикуляции, формирование плавности речи в разных ее формах. При невротическом заикании она способствует постепенному уходу от страха речи и речевой детренированности, при неврозоподобном — расширению словарного запаса, совершенствованию способности излагать свои мысли последовательно и правильно. Особое место в структуре логопедических занятий отводится функциональным тренировкам, целью которых является перевод ранее травмирующей речевой ситуации в разряд привычной. Система функциональных тренировок предусматривает постепенное усложнение эмоционально-речевой нагрузки в процессе подготовки к логопедическим и школьным занятиям, участии во внеклассных мероприятиях, посещении общественных мест (музея, библиотеки и т. п.).

Система медико-педагогической реабилитации взрослых заикающихся в стационарных условиях, разработанная коллективом «Лаборатории патологии речи» НИИ психиатрии им. В. П. Сербского под руководством *Н. М. Асатиани (1983)*, включает дифференцированный медико-психолого-педагогический комплекс мероприятий с учетом клинической неоднородности пациентов. При невротической форме заикания значительное место в коррекционной работе занимает психотерапия. При неврозоподобной форме основным направлением является нормализация речедвигательных стереотипов, развитие всех сторон речи. В подготовительный период коррекционного воздействия организуется «режим максимального ограничения речи», на фоне которого проводятся логопсихотерапевтические занятия. Период активной терапии включает проведение групповых и индивидуальных логопедических занятий, аутогенных тренировок, медикаментозного лечения. В период активных тренировок формируются навыки речевого общения в разных речевых условиях. Обязательным является проведение логопедической ритмики, направленной на нормализацию темпо-ритмических характеристик речи и движений. В заключение курса реабилитации организуются публичные выступления заикающихся перед многолюдной аудиторией, даются рекомендации по дальнейшей самостоятельной работе пациентов.

В связи с возросшим интересом к изучению психологических особенностей заикающихся была обоснована необходимость использования в логопедической работе психотерапевтического воздействия и предложены системы логопсихотерапевтической работы с подростками и взрослыми (Л. З. Арутюнян, Н. Л. Карпова, А. И. Лубенская,

Ю. Б. Некрасова, Е. Ю. Рау, В. М. Шкловский, Е. Е. Шевцова и др.), в которых находят свое место суггестивные формы психотерапии (внушение в бодрствующем состоянии, аутотренинг, гипноз).

В основу *социореабилитационной системы Ю. Б. Некрасовой (1968, 1992)* положен метод эмоционально-стрессовой психотерапии (императивное внушение), созданный К. М. Дубровским (1966). *Ю. Б. Некрасова* модифицировала методику К. М. Дубровского и создала целостную систему психотерапевтического воздействия, где приоритетным направлением является не лечение заикания, а «лечение» личности, которая становится помощником психотерапевта в работе по устранению логоневроза. Ю. Б. Некрасовой был введен термин «логопсихотерапия» — единство логопедии, педагогики, психологии и немедицинской психотерапии, направленное на восстановление нарушенной речевой коммуникации у подростков и взрослых. Ее методика групповой логопсихотерапии состоит из трех основных этапов: пропедевтический (проведение психотерапевтической диагностики), сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии (снятие симптомокомплекса заикания через реконструкцию личности во фрустрирующей ситуации), активная групповая логопсихотерапия (формирование оздоравливающих психических состояний). В процессе эмоционально-стрессовой психотерапии, который проходит в ситуации публичного выступления, сначала происходит усиление отрицательных проблемных состояний. После сеанса императивного внушения (на фоне эмоционального напряжения) у пациента появляется новое ощущение «Я здоров», которое впоследствии он стремится пережить вновь и вновь, активно включаясь в дальнейшую работу по преодолению заикания. Активно используются и такие методы опосредованного логопсихотерапевтического воздействия, как кинезитерапия, парадоксальная гимнастика А. Н. Стрельниковой, двигательная методика Е. В. Харитонова, танцетерапия (по Г. Аммону). Условием эффективности лечебного перевоспитания пациентов в процессе социореабилитации являются стимулирующие творческую активность новые методы групповой и индивидуальной библиотерапии, символотерапии, разработанные Ю. Б. Некрасовой. Весь курс социореабилитации направлен на формирование новых черт личности заикающихся: уверенности в себе и своих возможностях, коммуникативной готовности, самоуправления психическими состояниями и т. п.

Метод К. М. Дубровского и система групповой логопсихотерапии Ю. Б. Некрасовой широко используются в модифицированных вариантах методик и систем преодоления заикания у подростков и взрослых (Л. З. Арутюнян, Н. Л. Карпова, Е. Ю. Рау).

В разработанной *В. М. Шкловским (1994)* комплексной системе преодоления заикания объединены логопедические занятия и активная психотерапия, сочетающая использование различных вариантов суггестивных форм с работой по перестройке нарушенных отношений личности. Курс лечения заикания (2,5–3 месяца) проводится поэтапно. На подготовительном, диагностическом этапе осуществляется обследование больного невропатологом, дефектологом и психотерапевтом; изучаются анамнестические и клинические данные, намечаются психотерапевтические и логопедические мероприятия, назначается медикаментозное лечение. На этапе перестройки патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности проводятся логопедические занятия с аутогенной тренировкой и рациональной психотерапией. Логопедическая работа подразделяется на две части: подготовительную и активную тренировку плавной и слитной речи. В первую часть включаются: 1) коррекция дыхания, регистра и тембра голоса; 2) выработка правильного ритма и темпа речи; 3) овладение «эталонами», «формулами» речи; 4) выявление потенциальных речевых возможностей заикающихся. Все это является основой для последующей суггестивной и рациональной психотерапии. Во второй части логопедической работы (в активной тренировке плавной речи) закрепляются навыки слитной речи до ее автоматизации; заикающиеся обучаются различным приемам, помогающим справиться с возникающими речевыми затруднениями, укрепляется уверенность в своих силах. Плавная, слитная речь достигается упражнениями в произнесении ряда гласных звуков, затем цифр, отдельных фраз и т. д.

Психотерапевтическая работа на данном этапе проводится в различных формах: рациональная, гипнотерапия, императивное внушение в бодрствующем состоянии с включением демонстративных моментов, аутогенные тренировки. Преодоление речевых трудностей в повседневной жизни, воспитание речевой активности и укрепление веры в возможность самостоятельно справиться с затруднениями речи в самых тяжелых ситуациях составляют основное содержание заключительного этапа лечения заикания. В. М. Шкловский, наряду с основными этапами логопсихотерапевтической работы с заикающимися, обращает внимание на необходимость диспансеризации и профилактики, которые способствуют предупреждению рецидивов заболевания.

В системе психолого-педагогической коррекции заикания у подростков и взрослых Е. Е. Шевцовой [18] представлены разработки занятий не только по преодолению, но и предупреждению рецидивов заикания. На коррекционно-логопедических и психолого-терапевти-

ческих занятиях используются: дыхательные, артикуляционно-мимические, голосовые, логоритмические упражнения; психогимнастика; вербальный и невербальный тренинг; пантомимика. На различных этапах групповой поддерживающей терапии включаются различные виды коммуникативной психотерапии — гештальттерапия (ориентирована на личностный рост, изменение структуры потребностей, снятие невротических механизмов взаимодействия со средой), имаготерапия (метод тренировки и воспроизведения комплекса характерных образов), ролевые игры и функциональные тренировки.

Особенностью методики *Л. З. Арутюнян (1990)* является выработка нового речедвигательного навыка на основе синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки, диктующими ритмико-интонационный рисунок фразы. Основное содержание системы работы включает: дестабилизацию устойчивого патологического состояния; выработку нового речедвигательного навыка, связанного с ощущением покоя и расслабления. Прием эмоционального воздействия заключается в нарастающем эмоциональном напряжении заикающихся при публичном выступлении, чтении их дневниковых записей, групповом обсуждении «коллективного портрета» заикания, использовании замедленной послоговой речи без интонационной окраски. Положительный эффект дестабилизации создает условия для формирования новой плавной речи на логопедических занятиях.

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. Коррекционно-речевые упражнения в системах логопсихотерапевтических занятий с заикающимися взрослыми строятся с учетом возрастных и личностных особенностей пациентов.

Процесс преодоления заикания сложный, требующий содружественного участия разных специалистов, семьи и самого заикающегося. «Сверхсредств, позволяющих сразу и навсегда избавить всех заикающихся от их недуга, не существует. А есть один общий для всех путь — путь кропотливой, упорной работы над собой, над своей речью» (В. И. Селиверстов). Несмотря на длительную историю изучения феномена заикания, многообразие подходов к его преодолению, методолого-методический поиск эффективных путей решения данной проблемы продолжается до настоящего времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнян Л. З. Я больше не заикаюсь. М., 2012.

2. Белякова Л. И., Дьякова Е. А. Логопедия. Заикание. М.: Академия, 2012.

3. Белякова Л. И., Гончарова Н. Н., Шишкова Т. Г. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи. М., 2004.

4. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика. М.: Владос, 2002.

5. Волкова Г. А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. СПб.: Детство-Пресс, 2003.

6. Коррекция нарушений речи: Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи / Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, Т. В. Туманова, С. А. Миронова, А. В. Лагутина. М.: Просвещение, 2009.

7. Леонова С. В. Психолого-педагогическая коррекция заикания / Под ред. В. И. Селиверстова М.: Владос, 2004.

8. Логопедия. Методическое наследие / Под ред. Л. С. Волковой. Нарушение темпа и ритма речи: Заикание. Брадилалия. Тахилалия. В 5 кн. М., 2007.

9. Некрасова Ю. Б. Лечение творчеством / Под ред. Н. Л. Карповой. М.: Смысл, 2006.

10. Оганесян Е. В. Логопедическая ритмика для занятий с заикающимися подростками и взрослыми. М., 1998.

11. Преодоление заикания у дошкольников / Под. ред. Р. Е. Левиной М.: Сфера, 2009.

12. Рау Е. Ю. Значение стресса и фрустрации в появлении и развитии невротической формы заикания // Заикание: проблемы теории и практики / Под ред. Л. И. Беляковой. М., 2016.

13. Рау Е. Ю., Мерзлякова В. П. Развитие мотивационнной сферы заикающихся в процессе логопсихокоррекции. М., 2011.

14. Садовникова Е. Н. Заикание с позиции логопсихокоррекционного подхода. М., 2014.

15. Селиверстов В. И. Заикание у детей. Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия. М., 2001.

16. Сикорский И. А. Заикание. М., 2005.

17. Чевелева Н. А. Преодоление заикания у детей. М.: Гном и Д, 2001.

18. Шевцова Е. Е. Психолого-педагогическая диагностика и коррекция заикания. М.: В. Секачев, 2009.

19. Шкловский В. М. Заикание. М., 2013.

20. Филатова Ю. О. Заикание и клаттеринг как сходные явления в дезорганизации ритмических процессов, обеспечивающих речь // Теоретические проблемы нарушений плавности речи / Под ред. Ю. О. Филатовой. М., 2012.

21. Филатова Ю. О., Гончарова Н. Н., Прокопенко Е. В. Логоритмика // Развитие речи и движений у детей с заиканием: Учебно-методическое пособие. М.: НКЦ, 2011.

22. Ястребова А. В. Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы. М., 1980.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какова речевая и неречевая симптоматика при брадилалии, тахилалии?
2. Какие основные направления выделяются в коррекционной работе при нарушениях темпа речи? Раскройте их содержание.
3. Охарактеризуйте заикание как сложное психофизическое нарушение. Дайте характеристику речевых судорог на основе анализа монографии И. А. Сикорского.
4. Рассмотрите модель возникновения и развития феномена фиксированности на дефекте, представленной в исследованиях В. И. Селиверстова.
5. Составьте протокол обследования заикающегося ребенка дошкольного возраста.
6. Как формировалось понятие о комплексном методе преодоления заикания и его составных частях? Раскройте их суть и задачи.
7. Разработайте перспективный план логопедической работы с заикающимися дошкольниками с использованием методических разработок С. А. Мироновой.
8. Назовите частные методики коррекционно-логопедической работы с заикающимися дошкольниками. Проведите их сравнительный анализ.
9. Подготовьте презентацию группового занятия с заикающимися детьми на разных этапах коррекционно-воспитательного воздействия.
10. Представьте методические рекомендации родителям заикающихся детей в виде памятки для наглядно-стендовой информации.
11. Какова специфика логопедической работы с заикающимися школьного возраста? Опишите на примере одной из методик.
12. Подготовьте реферат на тему «Использование психотерапии в коррекционной работе с заикающимися подростками и взрослыми».

Глава 11
ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ

Фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН) — 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. Е. Левина, Р. М. Боскис, Н. Х. Швачкин, Л. Ф. Чистович, А. Р. Лурия и др.) стало ясно, что в случаях нарушения артикуляторной интерпретации слышимого звука может в разной степени быть ухудшено и его различение. Р. Е. Левина на основе психологического изучения речи детей пришла к выводу о важнейшем значении фоне-

матической дифференциации для полноценного усвоения звуковой стороны речи [5]. 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.

Уровень сформированности действий по выделению последовательности звуков в слове и умение сознательно ориентироваться в звуковых элементах слова находятся в зависимости от степени недоразвития фонематического восприятия и от того, является ли это недоразвитие первичным или вторичным [4].

Вторичное недоразвитие фонематического восприятия наблюдается 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, и ослабленное произвольное внимание.

При *первичном нарушении* фонематического восприятия предпосылки к овладению звуковым анализом и уровень сформированности действия звукового анализа ниже, чем при вторичном.

Несформированность произношения звуков выражается вариативно. Так, звонкие заменяются глухими, [р] и [л] звуками [л'] и [j], [с] и [ш] звуком [ф] и т. п. Некоторые дети всю группу свистящих и шипящих звуков, т. е. фрикативных, заменяют более простыми по артикуляции взрывными звуками [т], [т'], [д], [д'].

В других случаях процесс дифференциации звуков еще не произошел и вместо артикуляционно близких звуков ребенок произносит средний, неотчетливый звук, например: мягкий звук [ш'] вместо [ш], вместо [с] — [с'], вместо [ч] — [т'] и т. п.

При обследовании речи ребенка необходимо самым тщательным образом установить, какие звуки нарушены в произношении и как именно.

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 по месту или способу образования 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 их 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 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, не способен 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:

— нечетком различении на слух фонем в собственной и чужой речи (в первую очередь глухих — звонких, свистящих — шипящих, твердых — мягких, шипящих — свистящих — аффрикат и т. п.);

— неподготовленности к элементарным формам звукового анализа и синтеза;

— в затруднении 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 нарушениями произношения и восприятия звуков.

Так, например, ребенок может искаженно произносить 2—4 звука, а на слух не различать большее число, причем из разных групп. Относительное благополучие звукопроизношения может маскировать глубокое недоразвитие фонематических процессов. В таких случаях только применение специализированных заданий вскрывает сложную патологию.

У детей с фонетико-фонематическим недоразвитием наблюдается общая смазанность речи, неточная артикуляция, недостаточная выразительность и четкость речи. Это в основном дети с ринолалией, дизартрией и дислалией (акустико-фонематической и артикуляторно-фонематической формы). В целом для детей с ФФН характерна неустойчивость внимания, отвлекаемость. Они хуже, чем нормально говорящие дети, запоминают речевой материал, с большим количеством ошибок выполняют задания, связанные с активной речевой деятельностью. Раннее распознавание детей с фонетико-фонематическим недоразвитием является необходимым условием для успешной коррекции недостатков в дошкольном возрасте и предупреждения нарушений письма.

Для выявления детей с ФФН необходимо провести логопедическое обследование согласно представленной в приложении к главе речевой карте.

После обследования детей с фонетико-фонематическим недоразвитием необходимо:

— 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 логопед обращает внимание на следующее:

• 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 звуко-слоговой структуры речи и лексико-грамматического строя языка с целью отграничения детей с ФФН от сверстников с общим недоразвитием речи.

Логопедическая помощь этой категории детей осуществляется в детских садах, в поликлиниках, в специализированных группах, а также на логопедических пунктах и т. д.

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 у детей 5—6-летнего возраста.

Дети дошкольного возраста с недоразвитием фонетического строя речи должны усвоить тот объем знаний, умений, навыков, который определен программой старшей и подготовительной к школе группы образовательных учреждений общего типа.

Данные программы учитывают имеющиеся у детей отклонения в речевом развитии, поэтому обучению элементам грамоты предшествует длительный период, в течение которого воспитание правильного произношения сочетается с формированием речевого анализа и синтеза. Специальная логопедическая работа по преодолению речевых и

неречевых нарушений и предупреждению недостатков письма и чтения у детей с ФФН осуществляется в соответствии с коррекционной парциальной программой [7, 9].

В программе выделены 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 формирование определенного круга знаний об окружающем и соответствующего объема словаря, речевых умений и навыков, которые должны быть усвоены детьми на данном возрастном этапе.

На материале правильного произношения звуков осуществляется:

- развитие внимания к морфологическому составу слов 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 речевых звуков.

Сложное взаимодействие функций, участвующих в формировании фонематических представлений, требует расчлененного поэтапного формирования как полноценного артикулирования звуков, так и их рецепции.

В первую очередь у детей должна быть уточнена артикуляционная основа для дальнейшего развития фонематического восприятия и звукового анализа. С этой целью используются сохранные звуки, при произношении которых дети чаще всего не испытывают артикуляционных затруднений. Звуки следующие: [а], [о], [у], [э], [ы], [м], [м'], [н], [н'], [п], [п'], [т], [к], [к'], [х], [х'], [ф], [ф'], [в], [в'], [л'], [j], [б'], [д], [г], [г']. В то же время нельзя считать, что процесс формирования этих звуков закончен полностью. Нередко многие звуки произносятся

детьми в речевом потоке недостаточно отчетливо, с вялой артикуляцией, смешиваются между собой ([к] — [х], [в] — [б], [ф] — [в], [п] — [б] и т. д.) или являются заместителями каких-либо еще не появившихся в речи звуков ([т] — свистящие и шипящие, [л'] — [р] и т. п.).

Ко второй группе относятся звуки, которые у большинства детей еще не сформировались, а при произношении некоторых закрепилась неправильная, искаженная артикуляция. Это звуки [р], [р'], [л], свистящие и шипящие звуки. Сюда же можно отнести звук [т'], близкий по артикуляции к звукам [ч] и [ц].

Фронтальные занятия по уточнению артикуляции, по развитию фонематического восприятия и 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, до того как достигнуто его правильное произношение, сравнивается на слух со всеми артикуляционно или акустически близкими звуками (1-й этап дифференциации). Позднее, после усвоения артикуляции второго из пары взаимозаменяющихся в речи звуков, дифференциация производится не только на слух, но и в произношении (2-й 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 2-й этап работы над дифференциацией. Благодаря развившемуся слуховому контролю этот этап завершается значительно быстрее.

Большое внимание уделяется гласным звукам, от четкости произношения которых в значительной мере зависит внятность речи. Кроме того, правильное произношение гласных играет большую роль при анализе звукового состава слова.

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 и их автоматизация осуществляются при максимальном использовании всех анализаторов: речеслухового, речедвигательного, тактильного, зрительного и т. п.

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.

Таблица 13

Примерный план фронтальных занятий

Звуки	Кол-во занятий	Дифференциация звуков		Подготовка к овладению звуко-слоговым анализом
		на слух	в произношении	
1	2	3	4	5
у	1	*у* от прочих гласных		Выделение ударного гласного из начала слова
а	1	*а* от прочих гласных		Анализ ряда типа *а — у*
ау	1		*а — у*	
и (*пи, ми* и др.)	1	*и* от прочих гласных	*и — а; и — у; и — а — у*	Анализ ряда типа *и — а — у*
э	1	*э* от прочих гласных	*э — и — а — у*	
п, п' *т* *к — к'*	1 1 1	*п — б — п'* *т — д — к* *к–г — т — х*		Анализ обратного ряда типа *ап*. Выделение последнего согласного слов типа *мак, кот*
п –т — к *л*	1 2	п — *т — к* *л' — л — р'*	п — *т — к*	
а, и, у, э (повторение), *о*	 1		*о — э — и — а — у*	Выделение начального согласного и гласного после согласного (*кот*)
х, х' *к — х* *йот* *л' — йот*	1 2 1 2	*х — к*	*к — х* *л' — йот*	

1	2	3	4	5
ы *ы — й* *с*	1 2 5	*ы* от прочих гласных *с — ц — з — ш — ч — щ*	 *ы — и*	Выделение начального согласного и последующего гласного из слов типа *сумка, сани*. Анализ прямого слога типа: СА. Анализ слов типа: СУП
с — с' (продолжение)	3—4	*с — с' — т' — з — и — ш — ч — щ*	*с — с'*	Деление слов на слоги. Составление слоговой схемы слова. Полный анализ слов типа *сук*. Составление звуковой схемы
з — з' *с — з* *и* *с — ц*	2—3 3—4 2—3 2—3	*з — з' — с — ж* *и — с — т' — т*	*с — з* *с' — з'* *с — и*	
б	1—2			
б — п *т'* *т' — д*	2—3 1—2 1—2	Звонкие глухие	*б — п* *б — п'*	Полный анализ слов типа *зубы*, составление звуко-слоговой схемы
д *д — т* *г* *г — к*	1—2 2—3 1—2 2—3		 *д — т* *д' — т'* *г — к*	
ш	3—4	*ш — с — ш — ж*		
с — ш	3—4		*с — ш*	Анализ слова типа *стол, кошка, замок*. Составление звуко-слоговой схемы
л *ж* *ш — ж* *з — ж* *с — ш — з — ж*	3—4 2—3 1—2 2—3 2—3	*л — р — л'* *ж — з — ш*	 *ш — ж* *з — ж* *с — ш — з — ж*	
р	2—3	*р — р' — л*		
р — л	2—3		*р — л*	
	2—3			Закрепление пройденных видов анализа
р'	2—3	*р' — л' — р*		
р — р'	2—3		*р — р' — л — л'*	Знакомство с буквами *а, у, м, ш*
ч	2	*ч — ш — сть*	*ч — ть — с — сть*	Чтение слогов, слов, предложений
щ	2	*щ*	*ш — ч*	

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 звуко-буквенного 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 соответствие между изучаемыми звуками и теми или иными формами анализа. В определенной последовательности проводятся 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 звуко-слогового анализа и синтеза двух- и трехсложных слов. Навыки звукового и слогового 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, [а], [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 первый согласный в слове *(кот, танк)*.

Затем они приступают к выделению последнего согласного и ударного гласного из положения после согласных *(дом, мак)*.

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 звуко-слоговым анализом односложных трехзвуковых (типа *сок)* 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, сумка, клубок),* некоторых трехсложных *(канава),* произношение которых не расходится с написанием. Вводятся упражнения в преобразовании слов путем замены отдельных звуков *(лук — сук, мак — рак).*

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.

За это же время практически усваиваются термины: слог, слово, предложение, согласные звуки, звонкие, глухие, твердые, мягкие звуки.

Наряду с закреплением всех полученных навыков, ребенка необходимо познакомить с буквами, объединением букв в слоги и слова, умением охватить зрением одновременно две буквы, уяснением значения 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.

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 20—25% от общего числа детей, зачисляемых на логопедические занятия. В связи с этим у них возникают трудности в овладении звуковым анализом и синтезом слова, а как результат — неуспеваемость по письму.

Характер ошибок, связанных с неправильным произношением и нарушением фонематического восприятия, у учащихся разнообразен: замены, пропуски согласных и гласных, пропуски слогов и частей слова, перестановки, добавления, раздельное написание частей слова.

Прямое соответствие между нарушениями произношения, письма и чтения обнаруживается не всегда. В ряде случаев одна и та же степень нарушения произношения сочетается с различной тяжестью нарушения чтения и письма, и наоборот.

В других случаях при сравнительно незначительных сглаженных нарушениях произношения на первый план выступают недостатки письма и чтения. У отдельных детей, наоборот, отмечаются при наличии многих фонетических дефектов незначительные недостатки письма и чтения.

Такая вариативность соотношений обусловливается разными причинами:

— этиологией нарушения процессов произношения, чтения, письма;

— компенсаторными возможностями учащихся;

— индивидуальными личностными качествами;

— конкретными условиями предшествующего обучения и воспитания.

Правомерно рассматривать у учащихся младшего школьного возраста нарушение произношения и восприятия звуков как фонетико-

фонематическое недоразвитие лишь до момента овладения грамотой, т. е. в течение I полугодия нулевого или 1-го класса. Далее следует квалифицировать этот вид речевой недостаточности как нарушение письма и чтения, обусловленное фонетико-фонематическим недоразвитием.

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, 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 отдифференцировать 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.

Для выработки продуктивных приемов коррекции фонетико-фонематического недоразвития у детей, изучающих русский язык как неродной, требуется тщательный анализ фонетической системы родного языка и характерных черт его орфографии.

Следует помнить, что двуязычные учащиеся с нормальным речевым развитием допускают в речи и письме ошибки интерференции,

которые имеют другую природу и обусловлены различием фонологических систем двух языков.

В силу этого замены букв в письме, обусловленные лишь двуязычием, единичны и не имеют стойкой принадлежности к одной фонетической группе. Это может служить диагностическим признаком для отграничения от фонетико-фонематического недоразвития.

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 двуязычия необходимо проводить обследование фонематического восприятия на доминантном языке учащихся.

Своевременное выявление детей с фонетико-фонематическим недоразвитием и оказание им логопедической помощи в специально организованных условиях помогает исправить речевые недостатки у дошкольников и предупредить неуспеваемость учащихся общеобразовательной школы.

Традиционная коррекционная работа с детьми при фонетико-фонематическом недоразвитии может включать в себя использование интерактивных модифицированных практик, заимствованных из области реабилитационной медицины и компьютерных технологий. Исходя из механизма и структуры нарушения речевых и неречевых параметров детей с ФФН, успешным будет использование отечественного логопедического тренажера типа «Дэльфа-142.1». Содержательная часть тренингов на этом тренажере имеет серьезное научное обоснование (О. Е. Грибова) и рассчитана на детей дошкольного и школьного возрастов. Занятия на тренажере предусматривают тщательное формирование навыков восприятия, дифференциации и продуцирования звуков речи, развитие и совершенствование операций звукового, слогового и далее — морфемного и синтаксического анализа и синтеза. Такие направления работы целесообразно включать в практическую деятельность логопеда, чередуя их с разделами, связанными с формированием лексико-грамматических средств языка и развитием связной речи. При этом логопед имеет возможность выбирать из банка данных программного обеспечения степень сложности упражнений, лексический материал, визуальное и музыкальное художественно-эстетическое оформление, ориентируясь на те результаты, которые получены при обследовании каждого конкретного ребенка с ФФН. Использование тренажера в значительной мере повышает эффективность профилактических направлений работы при фонетико-фонематическом недоразвитии, содержательно и технологически обеспечивая такое направление работы, как предупреждение нарушений письма и чтения.

Вариативное сочетание нарушений речи с трудностями восприятия, внимания, двигательно-координационными расстройствами, выявляемыми у детей с ФФН, обусловливают включение в традиционную логопедическую деятельность таких способов и приемов воздействия, которые на протяжении многих лет успешно применяются в восстановительной медицине. Интересными и содержательно значимыми могут быть технологии индивидуальной и подгрупповой работы на специальном *столе для механотерапии*. Проведение динамических и статических упражнений на этом оборудовании позволяет развивать силу, подвижность, переключаемость, координацию движений, а наличие установок на речевое сопровождение позволяет совершенствовать звукопроизношение, в процессе связных высказываний детей с ФФН в ходе предметно-практической деятельности. Доказано успешное применение механотерапии и в активно-пассивных формах воздействия, в частности при использовании тренажеров типа *Теравитал (THERA-vital)*, принцип воздействия которых основан на биологической обратной связи (БОС). Для детей с ФФН использование подобных технологий дает эффект преодоления нарушений функциональных возможностей верхних и нижних конечностей, корригирует последствия дефицита двигательной активности, опосредованно стимулирует речедвигательную активность, создает предметно-практическую и коммуникативную основу для развития и совершенствования речевых умений и навыков, таких как ведение диалога, участие в монологических высказываниях и проч. Эффективности таких занятий способствуют и включенные в программное обеспечение подобных тренажеров интерактивных игр с комплексными заданиями и стимулирующим материалом. Важным свойством использования таких технологий является возможность детального мониторинга успешности детей, фиксации индивидуальных и групповых достижений на каждом занятии.

Современные роботизированные и компьютеризированные аппаратные технологии типа *Tyrosolution*, позволяющие решать задачи преодоления сочетанного моторного и когнитивно-речевого нарушения у детей, успешно применяются в образовательных организациях при работе с детьми с ФФН старшего дошкольного и школьного возраста. Они позволяют качественно диагностировать моторный статус ребенка в соответствии с индивидуальной диагностической программой, детально фиксировать результаты в виде электронных протоколов, хорошо коррелируют с задачами непосредственного логопедического обследования детей с ФФН. Включение в логопедические занятия фрагментов работы с помощью тех или иных комплексов (типа «Диего» (Diego), «Амадео» (Amadeo), «Пабло» (Pablo), «Тимо» (Tymo)

обеспечивает не только повышение мотивации к занятиям, но и служит основой для формирования возможностей функций верхних конечностей, развития мелкой моторики, коррекции функциональных возможностей плечевого пояса и моторики рук, а также и нижних конечностей. Применение компьютеризированных и роботизированных комплексов позволяет получить положительные результаты в развитии понимания речи, в совершенствовании самостоятельных высказываний, категорий времени и пространства, употреблении предложных конструкций и т. д. Среди одних из наиболее высокотехнологичных отечественных разработок для такой категории детей можно упомянуть «Хабилект» (Habilect), использование которого может быть направлено на коррекцию моторных и миофункциональных нарушений у детей с ФФН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко А. А. Звуки и буквы. М., 2009.
2. Журова Л. Е. Подготовка к обучению грамоте детей 4—7 лет. М., 2014.
3. Коноваленко В. В., Коноваленко С. В. Фронтальные логопедические занятия в подготовительной группе для детей с ФФН. М., 2009.
4. Логопедия. Методическое наследие / Под ред. Л. С. Волковой. М., 2003.
5. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. В. Левиной. М., 2005.
6. Подготовка дошкольников к обучению грамоте / Под ред. Ф. А. Сохина. М., 2014.
7. Программа обучения детей с недоразвитием фонетического строя речи / Составители: Г. А. Каше, Т. Б. Филичева. М., 1987.
8. Программа воспитания и обучения в детском саду / Под ред. М. А. Васильевой, Т. С. Комаровой. М., 2004.
9. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи / Составители: Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. М., 2014.
10. Туманова Т. В. Формирование звукопроизношения у дошкольников. М., 2000.
11. Филичева Т. Б., Туманова Т. В. Дети с ФФН. Воспитание и обучение. М., 2000.
12. Филичева Т. Б., Орлова О. С., Туманова Т. В. Основы дошкольной логопедии. М., 2015.
13. Филичева Т. Б., Туманова Т. В., Соболева А. В. Подготовка к школе детей с недостатками речи. М., 2016.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Каковы 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?

3. Раскройте влияние фонетико-фонематического недоразвития на усвоение письма и чтения.

4. Охарактеризуйте основные направления коррекции фонетико-фонематического недоразвития у детей младшего школьного возраста.

5. Подготовьте речевой и дидактический материал для развития фонематического восприятия.

6. Раскройте требования к структуре фонетических и фронтальных занятий.

7. Определите содержание индивидуальных подгрупповых логопедических занятий.

8. Выделите основные разделы содержания фронтальных логопедических занятий.

9. Приведите примеры дидактических игр для развития фонетического слуха.

10. Выделите виды работ по обучению детей грамоте.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Речевая карта

Дата поступления ребенка в группу _____

Фамилия, имя _____

Возраст _____

Домашний адрес _____

Из какого сада направлен (№, дата, адрес) _____

Жалобы родителей _____

Данные о ходе речевого развития _____

Состояние общей моторики _____

Слух _____

Общее развитие ребенка _____

Внимание, работоспособность _____

Общее звучание речи (темп, голос, разборчивость, артикуляция, дыхание) _____

Состояние артикуляционного аппарата (строение, подвижность) _____

Произношение и различение звуков _____

Анализ и синтез звукового состава речи _____

Произношение слов сложного слогового состава (*строительство, электричка, велосипед, гимнасты* и т. п.) _____

Грамматический строй речи _____

Заключение _____

Конспекты фонетических и фронтальных занятий в группе для детей с ФФН

Тема: Звук [а].

Цель: закрепить навык различения и правильного произношения звука [а] в словах; выделение звука [а] в начале слова; развитие внимания, памяти.

Лексический материал: Аня, Анна, Анюта, Алик, Антон, Алина, Ада, Алена, антоновка, айва, антенна (-ы), аптека (-и), автомобиль (-и), альбом (-ы), автомат (-ы).

Примерный ход занятия.

I. Организационный этап.

Дети входят в группу, но садятся на свои места только те, кого логопед назовет ласково.

II. Знакомство со звуком [а].

На столе логопеда разложено 10 картинок: кубик, окунь, автомобиль, альбом, розы, антенна, телефон, очки, чайник, автомат. Дети должны запомнить и выставить на доске только те, которые назовет логопед: *антенна, альбом, автомобиль, автомат.*

Названия картинок четко проговариваются хором и индивидуально, интонационно выделяя первый звук [а]. Логопед обращает внимание детей на правильную артикуляцию звука [а] и показывает символ этого звука.

Логопед выбирает ведущего, которой раздает всем длинные и короткие полоски, а дети по сигналу произносят длительно или кратко этот звук и показывают соответствующие полоски. Далее другие двое ведущих отбирают символы громкости и тишины. По сигналу каждого ведущего звук [а] произносится то громко, то тихо.

III. Закрепление различения и четкого произнесения звука [а].

1) Экскурсия в игрушечный магазин. На витрине несколько кукол: с красным бантом — *Аня*, с синим — *Анюта*, с желтым — *Анна*. Имена четко проговариваются хором и индивидуально, интонационно выделяя первый звук [а]. Появляется Мальвина и раздает детям картонные силуэты кукол с разными именами. Логопед называет одну куклу (например, *Анна*), дети поднимают соответствующую игрушку и называют первый звук в этом имени.

2) Логопед объясняет, что есть много имен мальчиков и девочек, которые начинаются со звука [а]. Предлагает запомнить кукол с разными именами и выбрать ту, которая больше понравилась. Например: в спортивном костюме — *Антон*, в плаще — *Алик*, в бальном платье — *Алена*, в купальнике — *Ада*, в сарафане — *Алина*. Дети вместе с куклами становятся в кружок и называют «свои» имена. Организуется диалог:

— Я — Алена, а ты кто?

— Я — Алик, а ты кто? и т. д.

Логопед еще раз подчеркивает, что во всех этих именах первый звук [а].

3) Логопед предлагает встать в круг детям, которые услышат звук [а] в словах: аквариум, айва, акробат, боксер, антоновка, альпинист, уж, актер.

Игра «Два — пять». Логопед, бросая мяч ребенку, называет два предмета, а ребенок, возвращая мяч, называет пять таких предметов. Например: у меня два автомобиля — у меня пять автомобилей (антенн, аптек, автоматов и т. д.).

4) Итог занятия. Дети вспоминают, какой звук учились различать и правильно произносить. Появляется сказочная сестрица Аленушка, которая раздает по 1 части разрезной картинки. Надо назвать всю картинку и определить первый звук (антенны, автомобили, автоматы и т. д.).

Тема: Звук [у].

Цель: закрепить навык различения и правильного произношения звука [у]; развитие внимания, памяти и логического мышления.

Лексический материал: *утка — утки, утенок, утята, улитка — улитки, утюг — утюги, Умка, ухо, уха, удод, удав, Уля.*

Примерный ход занятия.

I. Организационный этап.

Дети входят в группу. Садятся на места те, кого логопед назовет ласково: *Аленушка, Верочка, Коля, Мишенька, Таня* и т. д.

II. Знакомство со звуком [у].

1) Логопед объявляет, что его помощником сегодня будет медвежонок по имени Умка. Дети проговаривают его имя хором, выделяя интонационно звук [у]. *Умка любит, чтобы ему дарили игрушки.* На столе появляются подарки: *утка, утюг, улитка.* Их названия проговариваются хором, а логопед подчеркивает, что во всех этих словах первый звук [у]. На доске вывешивается символ звука [у]. Дети четко произносят звук [у] длительно и кратко, громко и тихо.

Вариант задания.

Дети разбиваются парами, один ребенок произносит [у] громко, другой тихо, один длительно, другой кратко.

II. Закрепить навык различения и правильного произношения звука [у].

Игра «У Умки заболело ушко».

Умка стал плохо слышать. Нужно ему помочь. Логопед называет разные звуки, а дети хлопают в ладоши, когда услышат звук [у]: [а], [у], [и], [у], [о], [и], [ы], [у].

III. Закрепление звука [у].

Дети пришли в зоопарк и увидели там разных обитателей. Логопед называет их, а дети поднимают символ звука [у], если услышат в словах звук [у]. Например: *удод — слон, верблюд — удав, улитка — обезьяна*, и т. д.

Далее предлагается вспомнить все слова со звуком [у].

Вариант задания.

Появляется Незнайка, который перепутал все картинки, которые должны были найти себе друга. Он неправильно соединил их парами: *дом — улитка, удав — кот, утенок — мак, утюг — книги.*

Дети исправляют ошибки и называют парные картинки, где первый звук [у]. Например: *улитка — утенок, удав — утюг, утята — ухо* и т. д.

Еще раз подчеркивается, что во всех этих словах первый звук [у].

Вариант задания.

«Угадай, какая картинка убежала (прибежала)».

На доске выставлены картинки, названия которых проговариваются детьми: *утенок, улитки, утюг, удод.*

Одна картинка убирается, дети называют убранную картинку.

Вариант задания.

Игра «Один — много».

Логопед, бросая ребенку мяч, называет один предмет, дети, возвращая мяч, называют несколько таких предметов. Например:

— У меня один утенок.

— А у меня много утят.

IV. Итог занятия.

Дети отбирают контурные картинки, в названии которых первый звук [у], и дома их раскрашивают.

Тема: Звук [с].

Цель: закрепить навык различия и правильного произношения звука [с]. Анализ и синтез прямых слогов и односложных слов. Развитие внимания, памяти и логического мышления.

Лексический материал: Света, Соня, Остап, Саня, пылесос, насос, квас, кактус, ананас, лес, сова, спина, сук, сок, капуста, свёкла, лесник, садовник, сад, садовый, лесной, усы, оса, сом, суп, сын, стакан, маска, каска, самолёт.

Примерный ход занятия.

I. Организационный этап.

Логопед называет несколько имен, надо выбрать имя со звуком [с]. Правильно ответивший ребенок занимает свое место.

Шура — Света, Соня — Жора, Остап — Зоя, Миша — Саня

Устанавливается, кто из детей запомнил все имена со звуком [с] (*Света, Соня, Остап, Саня*) и какой звук будет сегодня в гостях ([с]).

II. Закрепление различения и правильного произношения звука [с].

1) Логопед объясняет, что часть слова со звуком [с] убежала и ее надо вернуть на место и назвать правильно все слово: *пыле (сос), на (сос), ква (с), как (тус), ана (нас).*

Вариант задания.

Запомнить все новые слова и придумать с ними предложения, в которых будут имена со звуком [с]. Например: *Соня ест ананас; Света пьет квас; Саня поливает кактус.*

В случае затруднений даются опорные слова-подсказки. (*поливать, Саня, кактус*).

2) Дети повторяют ранее выученное стихотворение:

В *лесу* темно.
Все *спят* давно.
Одна *сова* не *спит*.
На *суку сидит*
И на *нас* глядит.

Выбирают из стихотворения слова со звуком [с].

3) Игра «Приготовь вкусный сок».

На столе выложены муляжи овощей и фруктов (капуста, лук, ананас, репа, укроп, слива и т. п.). Надо выбрать те, в названии которых есть звук [с], и рассказать, как называются полученные из них соки. Например, из капусты — капустные, из свеклы — свекольные.

Вариант задания.

Емкости с разными соками выставляются на полке. Один из них забирают. Надо указать, какой сок исчез. Например, не стало капустного сока (ананасового, сливового).

Вариант задания.

Логопед объясняет, как из одного слова можно образовать другие, похожие на него, и подружить их. Например: около дома растет большой красивый сад. Слово «сад» хочет найти себе друга. За садом ухаживает садовник. Слова «сад» и «садовник» очень подружились. В саду растут ягоды и цветы. Они называются садовыми. Появился еще один друг. Сад–садовник–садовые цветы (ягоды). Появляются соответствующие картинки. Дети проговаривают все подружившиеся слова.

Логопед загадывает загадку: «Весной одевается, осенью раздевается» (лес). Слово «лес» тоже хочет найти себе друзей. За лесом ухаживает лесник. Слова «лес» и «лесник» уже друзья. В лесу растут грибы и

ягоды. Они называются лесными. И еще один друг появился — «лесные». Картинки выставлены на доске. Лес–лесник–лесные ягоды (грибы). Слова проговариваются хором и индивидуально.

4) Динамическая пауза. Игра «Веселая песня»

Дети имитируют движения и отхлопывают ритм.

Света с Соней идут по лесенке.
Света с Соней поют свою песенку.
«Ас-ас-ас — Саня пьет вкусный квас.
Сы-сы-сы — у Сани длинные усы.
Су-су-су — Соня видит осу.
Са-са-са — в саду летает оса.

Вариант задания.

Выбрать из прочитанных потешек слова со звуком [с].

III. Подготовка к звуковому анализу и синтезу.

Дети вспоминают знакомые гласные ([а], [о], [у], [ы]) и согласные звуки ([к], [п], [м], [н]), а также звук, который сегодня в гостях — [с]. Девочки выбирают шапочки и становятся гласными звуками (антенна, окунь, улитка и т. д.), а мальчики — согласными (кот, мак, попугай и т. д.).

Игра «Живые звуки».

Логопед называет слоги, а дети составляют соответствующие пары. Например: *ом, уп, ок, ын.*

Ведущий назначается звуком [с]. По сигналу логопеда он должен найти свое место среди слогов, чтобы получилось слово: *сом, суп, сок, сын.*

Определяется количество звуков, их последовательность, уточняется значение слов.

IV. Итог занятия.

Дети называют звук, который учились различать и правильно произносить. Все встают в круг. Логопед бросает мяч ребенку, называет один предмет со звуком [с], а тот, возвращая мяч, говорит о нескольких таких предметах. Например: *сова–совы, стакан–стаканы, маска–маски, каска–каски, самолет–самолеты* и т. д.

В качестве поощрения раздаются маленькие контурные картинки с символом звука [с], которые дома надо наклеить в тетрадь и разукрасить.

Тема: Звук [щ].

Цель: закрепить навык различения и правильного произношения звука [щ]; анализ, синтез и чтение одно-двухсложных слов; развитие внимания, памяти и логического мышления.

Лексический материал: *щи, щит, плащ, плющ, лещ, щель, борщ, клещ, щука, щека, щегол, щенок, щетка, щепки, овощ, роща, ящик, клещи, щенята, щетина, ящики, овощи, площадка.*

Примерный ход занятия.

I. Организационный этап.

Дети входят в группу и передают по цепочке слова логопеда: *щавель — щепка — щепки — щенок — щука — щит — клещи — овощи.* Затем они находят в группе соответствующие картинки и выставляют их на доске, проговаривая хором и индивидуально. Логопед обращает их внимание на то, что во всех словах повторяется звук [щ].

II. Знакомство со звуком [щ].

Логопед произносит этот звук утрированно, подчеркивая небольшую округлость губ, подъем кончика языка к верхним альвеолам, объясняет, что звук [щ] — глухой, горлышко «не поет», мягкий. Выбираются два ведущих: одному даются длинная и короткая ленточки, другому — таблички с символами громкости и тишины. В зависимости от того, какой сигнал покажут ведущие, дети произносят звук [щ] громко или тихо, длительно или кратко.

III. Закрепление различения и правильного произношения звука [щ].

1) Дети делятся на две команды. Первая команда говорит слоговые сочетания с вопросительной интонацией, вторая отвечает с утвердительной интонацией:

Ща-що-щу? — Ща-що-щу!

Ащ-ощ-ущ? — Ащ-ощ-ущ!

Ащка-ощко-ущку? — Ащка-ощко-ущку! и т. д.

2) Игра «Волшебный конверт».

Шаловливый звук [щ] убежал из слов. Нужно вернуть его на место и назвать все слово.

Например: *пла... — плащ, пло...адка — площадка, ...енята — щенята, ...епка — щепка, ...ека — щека, ...егол — щегол, ...етина — щетина, я...ик — ящик, ро...а — роща, ...ель — щель, бор... — борщ, ле... — лещ, кле... — клещ.*

Дети открывают конверты и находят слова, откуда убегал звук [щ].

Вариант задания.

Предложить составить предложение с этими словами. Например:

Ящик, в, маленькие, щенята. (В ящике маленькие щенята.)

Земля, на, щепки, много. (На земле много щепок.)

Мама, варить, щавель, щи. (Мама варит щавелевые щи.) и т. д.

3) Игра «Расскажи про себя и товарищей».

На фланелеграфе появляется картинка «щенок». Составляется предложение типа: *У собаки родился щенок.*

Щенок «убегает». Нужно его найти. Составляется предложение:

Я ищу щенка.

Мой товарищ ищет щенка.

Я с товарищем ищу щенка.

Мы с товарищем ищем щенка.

Вы с товарищем ищете щенка.

Они с товарищем ищут щенка.

Мы нашли щенка!

Вариант задания.

Дети называют, какие предметы со звуком [щ] можно искать. И рассказывают об этом:

Я ищу шётку (щуку, овощи, клеща и т. д.).

Он ищет ...

Они ищут ...

Мы ищем ...

Вы ищете ...

Они ищут ...

4) Игра «Найди свой домик».

Оформляются три домика: одно-, двух- и трехэтажный. Дети подходят к волшебному дереву, под медленную музыку гуляют вокруг него и ищут картинки со звуком [щ]. Как только заиграет быстрая музыка, дети снимают картинки и «расселяют» их по домам в зависимости от количества слогов:

щи, щит, плащ, плющ, лещ, клещ;

щука, щека, щегол, щенок, щетка, щепки, овощ, роща, ящик;

щенята, ящики, овощи.

Затем определяют количество гласных и согласных звуков в словах.

IV. Динамическая пауза. Игра «Ищи овощи».

Дети гуляют по группе, отстукивая ритм и проговаривая потешки:

«Где ши, тут и ищи».

«Нам щей не жалей, а погуще налей».

Как только логопед (ведущий) произнесет:

«Овощи тащи — будут нам щи!», все разбегаются и находят спрятанные овощи. Ведущий из числа детей выбирает другого помошника. Игра продолжается.

V. Составление слов со звуком [щ].

1) Игра «Составь слово».

Бабушка Загадушка пришла с мешком, где лежит много подарков-отгадок. Дети должны выделить первые звуки в отгадке и сложить слово.

Кто рано встает и будит народ? (*Петух*).

На потолке висит, светит, а не солнце. (*Лампа*).

Кафтан зеленый, бархатный, а внутри красный, сахарный. (*Арбуз*).

У нее во рту пила, рыб со света всех сжила. (*Щука*).

Из первых звуков слов-отгадок складывается слово «ПЛАЩ» с использованием букв разрезной кассы.

Вариант задания.

2) Игра «Найди все слово».

Логопед называет конец слова, дети, добавив начало, проговаривают все слова. (В случае затруднения на доске выставляются опорные картинки-подсказки.) Используя буквы, складывают и читают слова: щука, щит.

(Ща)вель, (щу)ка, щ (ит), ще (ка), (ще)гол, (ще)нок, (ще)пки.

3) Игра «Умники и умницы».

Логопед называет действие, а дети образуют от него новое слово. Например:

Убегает щенок — он какой? *Убегающий.*

Кипит котел — он какой? *Кипящий.*

Поет щегол — он какой? *Поющий.*

Тает лед — он какой? *Тающий.*

Для проверки понимания новых слов можно предложить подобрать к прилагательным подходящее существительное. Например:

Поющий кто?

Убегающий кто?

Тающий что?

Кипящий что?

VI. Пересказ.

Рассказ «Щенок».

Миша принес на кухню ящик. Маленький щенок притащил туда щепки и стал играть. Пришла бабушка, взяла щётку и спросила грозным голосом: «Кто здесь насорил?» Щенок схватил щепки, спрятался в ящик и стал наблюдать в щёлку за бабушкой.

Во время чтения рассказа на фланелеграфе выкладываются сюжетные картинки. Логопед задает вопросы по содержанию рассказа, а дети, опираясь на картинки, пересказывают текст.

VII. Итог занятия.

Игра «Не ошибись!»

Логопед оценивает работу каждого ребенка, интересуется, что им больше понравилось на занятии, и предлагает поиграть со щенком: надо детям взять картинки со звуком [щ], а среди них будут и те, в которых этого звука нет: *плащ, пальто, чайник, щегол, стол, щётка* и т. д.

Глава 12

ОБЩЕЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ

Психологический подход к изучению речевых расстройств, определенный профессором Р. Е. Левиной и коллективом научных сотрудников НИИ дефектологии (Н. А. Никашина, Г. А. Каше, А. Ф. Спирова, Г. В. Чиркина, И. К. Колповская, Г. И. Жаренкова и др), позволил еще в 50—60-е гг. прошлого столетия в рамках психолого-педагогической классификации речевых нарушений выделить отдельную категорию детей, имеющих общее недоразвитие речи. Именно тогда впервые эта патология была охарактеризована как системное нарушение речи, охватывающее все компоненты и механизмы речевой деятельности. **Общее недоразвитие речи (ОНР)** — сложное речевое расстройство у детей с нормальным слухом и сохранным интеллектом, при котором нарушено формирование основных компонентов языковой системы: лексики, грамматики и фонетики и, как следствие, всей связной речи.

Причины ОНР

Причинами общего недоразвития речи являются неблагоприятные факторы, воздействующие как во внутриутробном периоде развития, так и во время родов (родовые травмы, асфиксия), а также в первые годы жизни ребенка:

— различные нейроинфекции (менингит, энцефалит, менингоэнцефалиты); вторичные воспалительные заболевания мозга, возникающие как осложнения при различных инфекционных детских заболеваниях (корь, скарлатина, ветряная оспа и др.), рахит, нарушения обмена веществ;

— черепно-мозговые травмы, сопровождающиеся сотрясением мозга, которые могут вызывать органическое повреждение центральной нервной системы;

— общая физическая ослабленность ребенка, вызванная тяжелыми и соматическими заболеваниями;

К социально-педагогическим факторам, вызывающим возникновение речевых нарушений, относятся:

— эмоциональная депривация, т. е. недостаточность эмоционального и речевого общения ребенка со взрослыми, особенно в первые годы жизни;

— необходимость усвоения ребенком дошкольного возраста одновременно двух и более языковых систем на фоне общего неврологического неблагополучия;

— излишняя стимуляция речевого развития ребенка;

— социальная и педагогическая запущенность, проявляющиеся, например, в отсутствии должного внимания к развитию речи ребенка, в неправильном его воспитании, в тенденции к социальной дезадаптации и проч.;

— имеющиеся выраженные и упроченные нарушения речи окружающих.

Структура речевой недостаточности и процессы компенсации во многом определяются тем, когда произошло мозговое поражение. Доказано, что от времени поражения и его локализации в значительной степени зависит характер аномалии развития мозга в целом. Наиболее тяжелое поражение мозга возникает под влиянием различных вредоносных инфекций, интоксикаций и т. д. Нарушение структуры головного мозга наблюдается при его поражении на 3—4-м месяце внутриутробной жизни, в период наибольшей дифференциации нервных клеток. В зависимости от того, какие отделы нервной системы наиболее интенсивно развиваются в период влияния того или иного вредного фактора, недоразвитие может касаться преимущественно двигательных, сенсорных, речевых или интеллектуальных функций.

Среди причин, вызывающих указанные повреждения или недоразвитие мозга, наиболее частыми являются инфекции или интоксикации матери во время беременности, родовая травма, асфиксия, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности крови, заболевания ЦНС и травмы мозга в первые годы жизни ребенка.

Доказано, что употребление алкоголя, никотина, наркотиков во время беременности также может привести к нарушениям физического, нервного и психического развития ребенка, одним из проявлений которых является ОНР.

Речевой дефект возникает под влиянием даже незначительных негативных внешних воздействий и связан с неблагоприятными условиями окружения и воспитания, что в период наиболее активного формирования речи приводит к отставанию в ее развитии.

На сегодняшний день наиболее частой причиной ОНР выступает совокупность перечисленных факторов.

У дошкольников с ОНР могут выявляться негрубые недостатки зрительного восприятия и оптико-пространственных функций. Простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений не отличается у детей с нормальным речевым развитием и у детей с недоразвитием речи. Отставание от нормы, в частности, проявляется в бедности и недифференцированности зрительных образов, инертности и

непрочности зрительных следов, трудностях воссоздания целостного образа предмета, узнавания предметов в условиях наложения, зашумления, соотнесения конкретного цвета, формы и т. д. со словесным обозначением. Вместе с тем имеются данные о затруднениях в ориентировке в схеме собственного тела, в окружающем пространстве и на плоской поверхности (листе бумаги) [6]. В то же время пространственные нарушения у детей с речевыми нарушениями отличаются определенной динамичностью и возможностью компенсации.

Вариативность проявлений и ***степени тяжести речеязыковых нарушений*** изначально были систематизированы и охарактеризованы Р. Е. Левиной в виде трех уровней речевого развития.

Индивидуальный темп продвижения ребенка с ОНР в речевом развитии зависит от тяжести первичного дефекта и его формы, своевременности и грамотности коррекционной работы, от компенсаторных механизмов. Можно выделить ряд общих признаков, присущих всем детям с общим недоразвитием речи:

— снижение интенсивности и задержанное доречевое развитие (гуление, лепет);

— позднее появление первых слов (в том числе лепетных слов и аморфных слов-корней);

— запаздывание в овладении навыками построения простых фраз;

— неточное понимание значений слов и ограниченный объем словарного запаса;

— нарушенное понимание и употребление грамматических категорий слов, предложных конструкций;

— недостаточность звукопроизношения; трудности в воспроизведении сложных по слоговой структуре и звуконаполняемости слов, снижение фонематического слуха и восприятия.

Изложенные признаки в большей или меньшей степени проявляются в каждом уровне речевого развития. При этом в повседневной практике редко встречаются четко выраженные уровни, т. к. новые элементы постепенно вытесняют предшествующие формы. Чаще обнаруживаются переходные состояния, в которых сочетаются проявления продвинутого уровня и еще неизжитые нарушения предыдущих.

Правильное понимание структуры ОНР, причин, лежащих в его основе, различных соотношений первичных и вторичных нарушений необходимо для практикующего специалиста, поскольку дает основу для:

— грамотной дифференциальной диагностики;

— отбора детей в специальные учреждения;

— определения наиболее эффективных приемов коррекции;

— предупреждения прогнозируемых трудностей в период школьного обучения.

Появление новых языковых средств и способов их использования, повышение речевой активности, усиление мотивационной основы речи, расширение ее предметно-смыслового содержания, мобилизация компенсаторного фона определяют возможности перехода от одного уровня речевого развития к последующему.

Согласно психолого-педагогической и клинико-педагогической классификациям речевых нарушений, общее недоразвитие речи может являться самостоятельным дефектом и, кроме того, наблюдаться в структуре наиболее сложных речевых патологий: алалии, афазии, ринолалии, дизартрии, заикании.

Характеристика уровней речевого развития

Характеризуя детей с общим недоразвитием речи, можно отметить целый ряд особенностей, отличающих их от нормально развивающихся сверстников:

— позднее появление первых слов, простых предложений;

— речь малопонятна для окружающих за счет выраженного аграмматизма;

— ограниченный лексический запас;

— незавершенность процесса фонемообразования;

— отставание как экспрессивной так и импрессивной речи;

— недостаточная речевая активность, которая без специального обучения не приходит в соответствие с возрастными требованиями.

Неполноценная речевая деятельность накладывает отпечаток на развитие сенсорной, интеллектуальной, аффективно-волевой сферы. Отмечается нестойкость разных видов восприятия, снижение устойчивости внимания, ограничение объема памяти. При относительно сохранной смысловой логической памяти страдает продуктивность запоминания. Детям с ОНР трудно запомнить 3—4-ступенчатые словесные инструкции, последовательность выполнения задания. У наиболее слабых детей низкая активность припоминания нередко сочетается с ограниченными возможностями развития познавательной деятельности.

Все вышесказанное не исключает относительно критичного отношения детей с ОНР к своему дефекту. В то же время связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обуславливает специфические особенности мышления. Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети постоянно отстают в раз-

витии словесно-логического мышления. Без специального обучения они с трудом овладевают звуковым анализом и синтезом. Детям с ОНР присущи и некоторые отставания в развитии двигательной сферы — неуверенность в выполнении дозированных движений, снижение скорости, объема и амплитуды, а также ловкости их выполнения. Доказано, что появлению самостоятельной речи предшествует развитие ее понимания. Исходя из этого, важно правильно оценить состояние не только экспрессивной, но и импрессивной стороны речи. Н. С. Жукова выделила 5 уровней понимания речи [6]:

• нулевой — ребенок откликается только на эмоциональную интонацию, свое имя;

• ситуативный — реагирует на имена знакомых и близких родственников, ориентируется в показе любимых игрушек, бытовых предметов;

• номинативный — показывает предметы, с которыми он сталкивается в повседневной жизни, соотносит их на картинках, но плохо понимает вопросы косвенных падежей (кому? чему? кем? чем? с кем? с чем?);

• предикативный — понимает названия многих обиходных предметов и действий, дифференцирует вопросы, связанные с косвенными падежными конструкциями, включая предложные. Недостаточно различает грамматические формы слов;

• расчлененный — понимает значения слов, выраженных разными приставками, суффиксами.

Таким образом, выдвинутый Р. Е. Левиной комплексный подход к анализу структуры речевой патологии у детей с ОНР получил дальнейшее развитие, что позволило 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 структурно-динамического изучения аномального речевого развития раскрыты специфические закономерности, определяющие переход от низкого уровня развития к более высокому.

Первый уровень речевого развития это «отсутствие общеупотребительной речи».

Охватывает детей, не владеющих самостоятельной фразой, имеющих выраженные трудности понимания обращенной к ним речи, осуществляющих вербальную коммуникацию в резко ограниченном объеме.

Яркой особенностью дизонтогенеза речи выступает сложное и длительное по времени отсутствие речевого подражания. Не исключено,

что у отдельных детей с помощью родителей вырабатывается способность повторять за взрослыми отдельные звуки при полной неспособности объединять их в самые легкие слова. Часто ребенок может повторять только первоначально приобретенные им слова (пять-десять наименований), но при этом новые понятия и их словесные обозначения у него не формируются. Подобное явление может иметь место в течение нескольких лет жизни ребенка. Такое состояние у детей с нормальным слухом и интеллектом врачами-психоневрологами диагностируется как *элективный* мутизм.

У окружающих людей нередко создается ошибочное впечатление достаточного понимания речи таким ребенком, поскольку он выполняет простые словесные инструкции: может показать называемый предмет, действие и т. д. В действительности дети с первым уровнем ОНР при восприятии речи ориентируются на подсказывающую, хорошо знакомую ситуацию, интонацию и мимику взрослого, тогда как понимание значений слов, их грамматическое оформление нарушено весьма грубо. Независимо от того, начал ли ребенок произносить первые слова целиком или только отдельные их части, необходимо различать безречевых детей по уровням понимания ими чужой речи. У одних детей импрессивная речь включает довольно большой словарный запас, что обеспечивает понимание названий многих предметов, наиболее часто употребляемых действий и даже отдельных признаков предметов. Другие же дети способны более-менее адекватно воспринимать лишь имена близких людей, название предметов, часто встречающихся в повседневной жизни. Только подробное логопедическое обследование поможет выявить степень недоразвития импрессивной стороны речи.

В самостоятельной речи детей отмечается нестойкость в произношении звуков, их диффузность. Дети способны воспроизводить в основном односложные слова, тогда как более сложные слова подвергаются сокращениям (*пака ди* — собака сидит, *ато* — молоток, *тямако* — чай с молоком). Наряду с отдельными словами в речи ребенка появляются и паралингвистические средства общения, т. е. сопровождение речи мимикой, жестами, разными интонациями. На данном уровне практически недоступно понимание грамматических категорий числа существительных и глаголов, рода и времени глаголов. В самостоятельной речи прослеживается смазанность и диффузность в воспроизведении звукового облика слов, грубо нарушена слоговая структура слов: это в основном 1—2-сложные слова, при попытке воспроизвести 3—4-сложные слова количество слогов сокращается до

одного-двух. Например: *алет* — самолет, *но* — нога, *дева* — девочка, *ни* — книга, *ако* — молоко).

Второй уровень речевого развития («начатки» общеупотребительной речи).

Характеризует детей, владеющих начальными навыками построения простых аграмматичных предложений, имеющих заметные трудности в понимании речи окружающих, использующих лишь первичные лексико-грамматические и иные средства вербальной коммуникации.

Заметна возросшая речевая активность ребенка с использованием постоянного, хотя и очень искаженного ограниченного запаса общеупотребительных слов. Отличительной чертой их речи является наличие 2—4-словной фразы: *кажи, я не ви* — скажи, я не вижу; *мама, купи асаику* — мама, купи мозаику; *павать одитька* — плавает в водичке. В речи таких детей, как правило, отсутствуют даже простые предлоги и существительное употребляется в исходной форме (*нига идит той* — книга лежит на столе). Нередко, наряду с правильными формами, нарушаются способы согласования и управления: *мага бекам* — много белок, *атин китока* — одна кисточка, *ати пато* — красное пальто. По-прежнему отмечается многозначность слов, однообразные лексические замены, например: *туй* (стул) — стул, кресло, табурет. Недостаточное овладение морфологической системой языка препятствует усвоению словообразовательных операций. У детей существенно страдает понимание значений многих слов. В связи с этим отмечается использование слов в узком значении. Пользуясь простыми, а нередко и распространенными предложениями, дети допускают в них пропуски как главных, так и второстепенных членов, нарушают порядок слов (инверсия). Сложные предложения этим детям мало доступны для понимания и употребления, поскольку не усваивают тех логико-временных и причинно-следственных отношений, которые заложены в таких конструкциях. Самостоятельное составление рассказов для них еще затруднительно, однако при наличии помощи взрослого ребенок пытается справиться с наиболее простыми видами текста. При этом, как правило, дети ограничиваются перечислением объектов действий с ними, не передают причинно-следственные связи. *Тева, нига, титать* — девочка читает книгу; *Котка бегит. Мытка ботинок. Котка доставает. Мытка пигнуя. Котки нет. Не догая.* — Кошка прыгнула за мышкой. Мышка спряталась в рваный ботинок. Кошка ищет мышку в рваном ботинке, хочет ее достать. Мышка выпрыгнула из рваного богинка. Кошка не догнала мышку.

Фонетическая сторона речи полностью не сформирована: имеют место все шесть видов нарушений звукопроизношения. Наиболее характерными для этой категории являются дефекты озвончения и смягчения (*тота Нада, идом гуят* — тетя Надя, идем гулять). Выраженное нарушение звуко-слоговой структуры слов приводит к тому, что высказывания детей без соответствующего пояснения и вне контекста мало понятны для окружающих: *ста моко* — стало мокро, *нога ведов* — много ведер, *таят кателu* — стоят на качелях; *Тева итаит ниги* — девочка читает книги; *Тут атут итотъки. Кумба. Кука итит автъка* — кукла сидит на лавочке.

Третий уровень речевого развития характеризуется наличием развернутой фразовой речи с выраженными элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Дети уже в самостоятельной речи пользуются простыми предложениями. Отмечаются попытки употребления структур сложных предложений (сложносочиненных и сложноподчиненных). Улучшается понимание речи, оно достигает низкой возрастной нормы. В то же время понимание сложных 2—3-ступенчатых речевых инструкций, осложненных включением семантически трудных слов, слов с переносным и абстрактным значением, по-прежнему детям труднодоступно. Расширяется объем используемых лексико-грамматических категорий, слов разной слоговой структуры и звуконаполняемости, включая правильное произношение гласных и наиболее простых согласных звуков. Вместе с тем результаты специально подобранных заданий демонстрируют выраженное отставание в формировании каждого из компонентов языковой системы: нарушения согласования прилагательных и числительных с существительными с непродуктивными окончаниями (*пать высоких делевых* — пять высоких деревьев), пропуски и замены предлогов, существительное при этом используется в правильной форме (*паток изыт камане* — платок лежит в кармане; *дети сипили новика* — дети слепили снеговика). Подобный характер аграмматизма свидетельствует о незаконченности формирования грамматического строя. Наличие лексических ошибок, таких как замены частей предмета названием самого предмета (корни — дерево, ветки — дерево, носик у чайника — чайник), смешение по значению (душ — фонтан, ваза — банка), замена названий предмета названием действий (ошейник — *не убежать чтобы*; выключатель — *лампочка гореть чтобы*; подоконник — *окно, цветочки ставить*). При достаточно разнообразном предметном словаре отсутствуют названия многих слов, обозначающих животный и растительный мир, явления природы, профессии людей и атрибуты профессий (страус, соловей, кактус, гроза, ливень, худож-

ница, пожарный шланг и т. д.). Недостаточность словоизменения и словообразования, выраженная в трудностях понимания грамматических значений, смысла производных слов, оперирования морфемными элементами и их конструирования в структуру слова, показывает незавершенность формирования грамматической системы языка. Это подтверждает, что дети еще не обладают необходимыми когнитивными и речевыми возможностями для полноценного использования лексико-грамматических средств языка в общении. Стойкие и грубые нарушения отмечаются при поисках образовавшегося слова, выходящего за рамки повседневной речевой практики, что прослеживается при образовании прилагательных от существительных с различными значениями соотнесенности (*клюкый* — клюквенный, *глина* — глиняный, *елкин* — еловый), существительных с разными суффиксами (*сапожонок* — сапожок, *голосенок* — голосок, *носуще* — носище, *гнёздко* — гнездышко). Типичным для этих детей является неточное понимание, употребление обобщающих понятий (транспорт — *машины*, семья — *люди*). Анализ вышеперечисленных ошибок свидетельствует о том, что замещающими словами чаще всего являются те, которые детям наиболее привычны и упрочены в повседневной речевой практике. При оценке связной речи отмечаются трудности программирования собственных высказываний, пропуски членов предложения, нарушения в них порядка слов. (Например: *Они дия птитик домики. Зима быва. Семетъки птитек давай. И доме быи птисы и снигики. Один быв снигик снику, дугой итав.* — Они делали для птичек домики. Была зима. Они давали птичкам семечки. В доме были птицы и снегири. Один был снегирь на снегу, а другой летал). При употреблении конструкций сложноподчиненных предложений нарушается их структура: отсутствие главного или второстепенного члена предложения (*тоби песок вот так авнять* — чтобы песок вот так ровнять; *потому лиса кусит кассу* — потому лиса кушает кашу).

Характеризуя недостаточный уровень сформированности фонетической стороны речи, важно отметить наличие разных типов ошибок при воспроизведении шипящих и свистящих, сонорных, твердых и мягких, звонких и глухих согласных. Характерными являются пропуски, замены, искажения звуков. Наиболее опасно смешение или нестойкое произношение звуков, когда ребенок изолированно или в простых словах звуки произносит правильно, а в речевом контексте смешивает. Например: *санки, сумка, квас, шапка, кошка, мышь*, но *Шаса* — Саша, *соссе* — шоссе. Недостаточная дифференциация звуков на слух тормозит полноценное развитие операций звуко-слогового и морфемного анализа, что приводит к специфическим ошибкам на

письме и трудностям в овладении чтением. *Мама ушла. Саса и Юла дома. Малчики иглают кубики. У Юлы кон. Дети радуца.* — Мама ушла. Саша и Юра дома. Мальчики играют в кубики. У Юли конь. Дети радуются.

Характеристика детей с общим недоразвитием речи была дополнена в 1999 г. профессором Т. Б. Филичевой, в связи с чем периодизация пополнилась четвертым уровнем речевого развития.

Четвертый уровень речевого развития характеризуется остаточными проявлениями недоразвития элементов лексико-грамматических и фонетико-фонематических компонентов языковой системы. Речь таких детей лишь на первый взгляд производит относительно благополучное впечатление. При тщательном обследовании с использованием специально подобранных заданий стало возможным выявить незавершенность формирования всех сторон речи. Так, необходимость воспроизвести слова, сложные по смыслу или звуко-слоговому оформлению, приводит к появлению таких типичных для ребенка затруднений, как пропуски звуков, нарушение наполняемости слогов и слов (баскетболистка — *басетбализка*, теннисистка — *тенитиска* и т. д.). Типичной для детей на этом уровне будет несколько вялая, смазанная артикуляция, недостаточная выразительность и интонационная бедность речи. Эти явления, наряду со сложностями дифференциации фонем ([т'], [с'], [ц]) указывают на незавершенность процессов фонемообразования в целом. Вследствие этого можно с большой долей вероятности прогнозировать соответствующие трудности в овладении фонетическим принципом русского письма.

При передаче сюжета нередко наблюдается смешение главных и второстепенных событий. Характерным является неточность, ограниченность изложения сюжетной линии, нарушенная взаимосвязь частей текста, пропуск элементов повествования, пропуск союза или союзного слова, неправильное их употребление или замещение, а также отсутствие логической связи в высказывании (*дует ветер, потому что ветки качаются*).

Е. Ф. Соботович, Г. В. Чиркина, исследовав речь детей с ОНР седьмого года жизни, пришли к выводу о том, что диспропорция в формировании лексической и синтаксической систем приводят к тому, что структура сложного предложения усваивается позже, даже при наличии достаточного словарного запаса.

Недостаточное владение навыками словообразования проявляется в том, что дети допускают много ошибок при употреблении приставочных глаголов с тонкими оттенками действий (*переплывает* — плывет, *отплывает* — плывет, *одевается* — раздевается, *залезает* — сле-

зает), профессий мужского и женского рода (*скрипуха* — скрипачка, *пианист* — пианистка), при образовании сложных слов, редко употребляемых в повседневной жизни (*пчёлкин* — пчеловод, *книжник* — книголюб, *лёдкин* — ледокол). Возникают также сложности при подборе антонимов (старость — не старость, начало — не начаю). Ограниченность словарного запаса проявляется в невозможности правильного употребления существительных с суффиксами, придающими уменьшительно-ласкательное или увеличительное значение, а образование прилагательных от существительных с суффиксами *-лив*, *-чив*, как правило, детям практически недоступно. Характерным для данных детей является то, что они не используют помощь взрослых: образец правильного ответа, одноразовая поддержка не дает должного результата (в отличие от нормы), требуется серия тренировочных упражнений, чтобы нормативная форма была детьми усвоена.

Помимо изложенного, для детей с ОНР четвертого уровня характерны отдельные нарушения смысловой стороны речи. Это выражается в трудностях понимания как отдельных слов, так и целых смысловых отрезков, выраженных предложениями и текстами. Так, дети неточно понимают слова, редко встречающиеся в разговорной практике: названия некоторых животных, насекомых и птиц (кукушка, зебра, стрекоза, аист, шмель, кузнечик, носорог, соловей, бегемот и т. д.), растений (ежевика, брусника, клюква, дуб, пальма), профессий (портной, скрипачка, пианист), частей тела человека и животных (шкура, панцирь, копыта, вымя, ногти, когти, туловище, жало, скорлупа и т. д.).

Остаются ошибки в употреблении предлогов *перед, между, над, из-за, из-под*, а также в согласовании прилагательных и числительных с существительными в наиболее сложных конструкциях. Вызывают трудности объяснение значения слов (светильник — свет, умывальник — мыть, сороконожка — не знаю, солнцезащитные очки — красивые очки), пословиц, поговорок (ежовые рукавицы — у ежа, медвежья услуга — у медведя в берлоге).

Нарушение понимания предложений и текстов, в свою очередь, выражается в ограниченных возможностях владения диалогической и монологической речью. Дети склонны к стереотипным высказываниям, не могут адекватно передать завязку, кульминацию и смысловую развязку сюжетной линии. Например:

Шарик был в гости у Жучки. Компот ел. На спине, и спали потом. А бабушка пришла. Видит — они на кровати. И он прыгал в окно, а бабушка взяла эта... лента. Кот ему дал колбасы. А еще он увидел — расческа, потому что в зеркале. Он чесал себя. (По мотивам рассказа Н. Носова «Бобик в гостях у Барбоса»).

Шляпа у них бежала. Они испугались и прыг туда. А шляпа опять. Тогда они картошки кидали. А шляпа опять. И они побежали за дверь. Шляпа никуда. Тогда вылез котенок. Нет. Не вылез, только хвост. Вот это и был котенок. (По мотивам рассказа Н. Носова «Живая шляпа»).

У многих детей с 4-м уровнем речевого развития в ряде случаев отмечается низкая мотивационная готовность к обучению в школе, недостаточность оптико-пространственных отношений, неустойчивость внимания, ограниченный объем памяти, снижены работоспособность, они быстро утомляются.

Психологические особенности детей с общим недоразвитием речи

Общее недоразвитие речи носит системный характер, поэтому затрагивает не только речь, но и все другие психические процессы, в том числе познавательную деятельность, эмоционально-волевую сферу, восприятие, память, внимание и т. д. Эти процессы характеризуются задержанными сроками развития и отличиями от нормы (И. Т. Власенко, Т. Н. Волковская, Ю. Ф. Гаркуша, В. П. Глухов, Т. И. Дубровина, Р. И. Лалаева, Т. В. Туманова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина и др.).

Р. Е. Левина (1951) рассматривала отклонения в развитии познавательной деятельности при выраженных нарушениях речи как вторичную задержку, зависящую по своей структуре от характера первичного речевого дефекта. В связи с этим у детей с речевыми нарушениями при первично сохранном интеллекте имеют место выраженные трудности обучения, своеобразное неравномерное дисгармоничное отставание психического развития.

Как правило, ***отставание психомоторного и речевого развития*** выявляется уже в раннем возрасте. Может отмечаться более позднее, по сравнению с нормой, развитие локомоторных функций: дети позже начинают ходить, недостаточно развивается техника основных движений, страдают двигательные качества (быстрота, ловкость, выносливость). Моторика рук длительное время остается недостаточно дифференцированной, нередко встречается левшество. У многих детей с ОНР выявляются недостатки общей и мелкой моторики, координации движений, статического равновесия.

Особенности коммуникативной и игровой деятельности. У детей с речевым недоразвитием, как правило, более активно развиваются невербальные средства общения (мимика, жесты), которые помогают компенсировать речевую недостаточность. Трудности коммуникации у этой категории детей проявляются по-разному: в виде незаинтересованности в речевых контактах, низкой речевой активности, стойком

негативизме, попытках «замаскировать» речевой дефект с помощью поведенческих и иных уловок, наличии выраженных эмоциональных реакций на ситуацию непонимания со стороны окружающих. Снижение мотивации и потребности в общении сопряжены у этих детей с замедленными темпами овладения формами коммуникативной деятельности. Так, у большинства старших дошкольников с недоразвитием речи преобладает ситуативно-деловая форма коммуникации, преимущественно выступающая на фоне совместной со взрослым игровой деятельности, что характерно для нормально развивающихся детей 2—4-летнего возраста. Игра при этом отличается содержательной бедностью, отсутствием речевого сопровождения либо чрезвычайной краткостью и фрагментарностью детских высказываний. Сама же игровая деятельность детей с ОНР долго носит процессуальный, предметно-отобразительный характер, формирование сюжетно-ролевой игры запаздывает. Содержание игр бедное, сюжеты стереотипны, творческие проявления ограниченны. Дети не могут организовать коллективную игру, не умеют строить ролевые отношения, использовать самостоятельно предметы-заместители, редко выступают инициаторами игровых диалогов. Для многих воспитанников логопедических групп характерна двигательная расторможенность, импульсивность. Часто они не могут занять себя каким-либо делом, у них недостаточно сформированы навыки совместной деятельности. Если дети совместно выполняют поручение взрослого, то каждый из них стремится сделать все по-своему, не ориентируясь на партнера, не сотрудничая с ним. Подобное поведение свидетельствует о низком уровне сформированности коммуникативных умений дошкольников, навыков сотрудничества. Все это наряду со сниженным пониманием речи окружающих и ограничением собственных речевых возможностей препятствует полноценному развитию межличностных отношений, общения и социальной адаптации детей в целом.

Внимание детей с речевым недоразвитием имеет ряд патологических особенностей, таких как неустойчивость, сужение объема, более низкий уровень произвольности. Различия в проявлении произвольного внимания зависят от модальности раздражителя (зрительный, слуховой): детям с ОНР гораздо труднее сосредоточить внимание на выполнении задания в условиях словесной, чем зрительной инструкции. Страдает произвольная регуляции деятельности в целом, все виды контроля (упреждающий, текущий и последующий). Наименее сформированы упреждающий контроль, связанный с анализом условий задания, инструкции педагога, и текущий контроль в процессе выполнения задания. Последующий контроль (по результату), как

правило, требует дополнительной помощи педагога — повтора инструкции, показа образца, конкретных указаний и т. д. Дети затрудняются в сосредоточении внимания на анализе условий, поиске различных способов и средств решения задач, забывают части речевой инструкции. Стабильность темпа деятельности у дошкольников с ОНР имеет тенденцию к снижению в процессе работы. Ошибки внимания присутствуют на протяжении всей работы и не всегда самостоятельно замечаются и устраняются. Характер ошибок и их распределение во времени качественно отличается от нормы. Распределение внимания между речью и практическим действием для детей с тяжелыми нарушениями речи подчас оказывается сверхсложной задачей. Им трудно сопровождать свою деятельность речью, давать словесный отчет о выполненных действиях.

Ощущения и восприятие. Нарушения фонематического восприятия отмечаются у всех детей с нарушениями речи. Недостаточность функции речедвигательного анализатора влияет на слуховое восприятие фонем, хотя при этом не всегда наблюдается прямая зависимость между нарушением произношения звуков и нарушением их восприятия.

Память. У рассматриваемой категории детей заметно снижена слухоречевая память и продуктивность запоминания по сравнению с нормально говорящими детьми, при этом уровень развития слухоречевой памяти снижается в соответствии со снижением уровня речевого развития. Дети с ОНР часто забывают сложные инструкции (3—4-ступенчатые), опускают некоторые их элементы и меняют последовательность предложенных заданий, при этом, как правило, не используют речевые высказывания с целью уточнения инструкции. Отмечается своеобразие кратковременной памяти: снижение объема и скорости запоминания, медленный темп заучивания, нарушение порядка воспроизведения стимулов, повышенная тормозимость следов мнестической деятельности за счет побочных факторов. Дети с недоразвитием речи после первого предъявления точно воспроизводят лишь длину ряда слов (их количество), часто повторяя одно и то же слово несколько раз или вводя новые слова (парамнезия). Словесные парамнезии отражают специфическую для этой категории детей внутреннюю неустойчивость их речемыслительной системы. Допущенные ошибки воспроизведения они, как правило, не замечают и не исправляют.

Мышление. Тесная связь между нарушениями речи детей и другими сторонами их психического развития обусловливает некоторые специфические особенности их мышления. У них обнаруживается недостаточный объем сведений об окружающем, о свойствах и функ-

циях предметов, возникают трудности в установлении причинно-следственных связей между явлениями действительности. Овладевая в целом полноценными предпосылками для развития мыслительных операций, доступных их возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, без специального обучения с трудом осваивают анализ, синтез, сравнение, классификацию, исключение лишнего понятия, затрудняются в построении умозаключений.

Эмоционально-личностное развитие детей с ОНР также характеризуется качественным своеобразием. По сравнению с нормально развивающимися сверстниками им в большей степени свойственны такие особенности, как пониженная самооценка, тревожность, наличие страхов, проявления агрессивности и негативизма.

Таким образом, комплекс нарушений речевого и когнитивного развития у детей с общим недоразвитием речи препятствует успешному освоению образовательной программы, затрудняет становление у них полноценных коммуникативных связей со взрослыми и сверстниками. Требуется специальная работа по коррекции и развитию всех компонентов речевой, познавательной и коммуникативной деятельности в целях оптимальной и эффективной адаптации детей с выраженными нарушениями речи к условиям и требованиям социума. Коррекционная работа должна осуществляться в рамках тесного взаимодействия учителя-логопеда, педагога-психолога, воспитателей, учителей и родителей.

Обследование детей с общим недоразвитием речи

Организация коррекционного обучения и воспитания детей дошкольного возраста в условиях специального детского сада требует грамотного всестороннего обследования их речевых и неречевых функций. Учитывая вариативность патологических проявлений нарушенного развития всех компонентов языка у таких детей, адекватность проведения логопедического обследования определяется рядом принципов, сформулированных ведущими учеными (Л. С. Выготский, Р. Е. Левина, В. И. Лубовский, С. Д. Забрамная, О. Н. Усанова).

Принципы логопедического обследования

1. Принцип комплексного изучения ребенка с речевой патологией, позволяющий обеспечить всестороннюю оценку особенностей его развития. Реализация данного принципа осуществляется в трех направлениях:

а) анализ первичной документации, содержащей информацию об условиях воспитания ребенка в семье и детском учреждении, особен-

ностях его раннего речевого и психического развития; изучение медицинской документации, отражающей данные о неврологическом статусе детей с общим недоразвитием речи, их соматическом и психическом развитии, состоянии слуховой функции, получаемом лечении и его эффективности;

б) психолого-педагогическое обследование детей дошкольного возраста;

в) подробное логопедическое обследование, предусматривающее определение состояния всех компонентов языковой системы.

2. Принцип учета возрастных особенностей детей, ориентирующий на подбор и использование в процессе обследования таких методов, приемов, форм работы и лексического материала, которые соответствуют возможностям детей дошкольного возраста.

3. Принцип динамического изучения детей, позволяющий оценивать не отдельные патологические проявления, а общие тенденции нарушения речевого развития и компенсаторные возможности детей с разным уровнем общего недоразвития речи.

4. Принцип качественного системного анализа результатов изучения ребенка, позволяющий выявить характер речевых нарушений у детей разных групп и, соответственно с этим, определить адекватные пути и направления коррекционной работы для устранения пробелов в речевом развитии детей.

Методика и содержание логопедического обследования детей

Прежде чем приступить к обследованию ребенка, логопеду необходимо собрать и проанализировать предварительные данные о его развитии. В связи с этим логопед изучает информацию, зафиксированную в имеющейся медицинской документации. Как правило, это заключения следующих специалистов: невропатолога или психоневролога (о состоянии речи и интеллекта), оториноларинголога (о состоянии органов слуха и речи), окулиста (о состоянии органов зрения), хирурга, педиатра и т. д. С целью уточнения сведений о характере раннего речевого, психического и физического развития логопед проводит предварительную беседу с родителями ребенка. В ее ходе выясняется, были ли какие-либо особенности протекания беременности, родов, наличествовали ли патологические факторы, влиявшие на их течение; наблюдалось ли своеобразие или отставание в развитии речевых и моторных функций ребенка. Отдельно уточняется информация о статусе социальной и психологической среды, в которой находился ребенок с раннего детства: полная ли семья, каково в ней отношение к ребенку, есть ли в семье или ближайшем окружении люди с двуязычием или имеющие нарушения речи и т. п.

Логопедическое обследование начинается с ознакомительной беседы, целью которой является не только установление положительного эмоционального контакта с ребенком, но и определение степени его готовности к участию в речевой коммуникации, умения адекватно воспринимать вопросы, давать на них ответы (однословные или развернутые). Помимо этого, вступительная беседа позволяет составить представление об общем звучании речи ребенка, наличии или отсутствии у него ярко выраженных затруднений в звуковом, лексико-грамматическом или синтаксическом оформлении речевого высказывания. Содержание такой беседы определяется кругом познавательных и возрастных возможностей и интересов ребенка дошкольного возраста: «Моя семья», «Любимые игрушки», «Отдых летом», «Домашние питомцы», «Мои увлечения», «Любимые книги», «Любимые мультфильмы» и даже «Компьютерные игры» (для детей 6—7 лет). Образцы речевых высказываний ребенка, полученных в ходе вступительной беседы, фиксируются в речевой карте, заполняемой логопедом.

Представленная ниже методика обследования охватывает все потенциально возможные нарушения речи в их расширенном варианте. При обследовании детей с каким-либо конкретным уровнем речевого развития, объем и качество исследуемых речеязыковых возможностей дифференцируются с опорой на речевые карты, приведенные в Приложении.

Обследование словарного запаса

При обследовании состояния словарного запаса (активного и пассивного) лексический материал к заданиям варьируется в зависимости от возраста детей и состояния их речевых возможностей.

Используются следующие методические приемы:

- нахождение (показ) детьми предметов и действий, названных логопедом (покажи, кто пьет, а кто выливает);
- выполнение действий, предложенных логопедом (согни руку, согни лист бумаги);
- самостоятельное называние предметов, действий, признаков, явлений (Что делает мама, бабушка? Чем папа рубит дрова? Какую построили башню?);
- самостоятельное называние видовых и родовых понятий (перечисли школьные принадлежности, как одним словом назвать чашку, чайник, самовар, блюдце);
- закончить предложение, вставив пропущенное по смыслу слово (на небе после дождя появилась разноцветная... радуга; мама пуговицы к платью... пришивает).

Обследование грамматического строя языка

Обследование состояния грамматического строя языка направлено на определение возможностей ребенка адекватно понимать и использовать в речи различные грамматические категории.

Особое внимание уделяется словообразовательным возможностям детей: умению образовывать новые слова суффиксально-префиксальным способом и способом словосложения, переносить имеющиеся навыки на новый лексический материал.

При обследовании следует помнить, что развитие словообразовательных умений и навыков у детей с ОНР начинается со значительной задержкой и становится доступным лишь детям с III и IV уровнем речевого развития.

Используются следующие методические приемы:

- ответить на поставленный вопрос, используя сюжетные картинки, правильно употребляя категорию числа существительных, глаголов, прилагательных (Кто сидит на стуле? С кем играют дети? Какого цвета воздушный шар? На чем сидят дети?);
- закончить предложение, добавив пропущенное слово в нужном падеже, числе, роде (С деревьев падают пожелтевшие — листья. Курица зовет своих — цыплят. Заяц питается — морковкой, капустой.);
- вставить пропущенный предлог (мяч выкатился [из-под] стола. книга упала [со] стола.

Обследование связной речи

Обследование состояния связной речи ребенка включает в себя несколько направлений. Одно из них — изучение навыков ведения диалога — реализуется в самом начале обследования, в процессе так называемой вступительной беседы. Для определения степени сформированности монологической речи логопед предлагает задания, направленные на составление ребенком различных видов рассказов.

1. Повествовательный рассказ о каком-либо событии. Это может быть рассказ о случае, произошедшем в детском саду, на прогулке, дома или в транспорте. Например, логопед вместе с ребенком уточняет, как проходит день в детском саду (ребята умываются, причесываются, идут на зарядку, потом завтракают и т. п.). Затем ребенка просят вспомнить и рассказать подробнее о том, как проходит одно из этих событий (например, зарядка). В зависимости от возможностей и готовности ребенка к составлению такого рассказа, логопед предлагает ему наводящие вопросы, подсказывает опорные слова, может использовать жесты, мимику и элементы пантомимы в качестве вспомога-

тельных опорных средств. Учитывая коммуникативные возможности ребенка, такая беседа с последующим составлением повествовательного рассказа может проводиться в разное время: в начале или середине обследования. Если ребенок быстро осваивается в новой обстановке, охотно входит в контакт со взрослым, то сразу же начинается беседа по перечисленным темам. Если же ребенок замыкается в себе, проявляет негативизм, не хочет ни о чем рассказывать, тогда логопед предлагает ему «поиграть» с игрушками и картинками, а к намеченной беседе возвращается позже. К этому времени ребенок уже достаточно адаптируется к ситуации, и беседа будет спонтанно развиваться в ходе совместной с логопедом деятельности как ее логическое завершение.

2. Рассмотрение предметов и составление рассказов-описаний. В качестве объектов сравнения и описания подбираются, как правило, предметы, относящиеся к наиболее знакомым тематическим группам (например, в группе «Игрушки» для этого задания можно взять: куклу, Петрушку, машинку и автобус). Важно, чтобы эти предметы обладали ярко выраженными отличительными признаками. Предлагая детям рассмотреть предмет, важно сначала обратить их внимание на наиболее выраженные параметры и различительные признаки (как известно, признаки различия выделяются легче, чем признаки схожести). После того как ребенок рассмотрел игрушку, предлагается рассказать о ней все, что он видит и знает. Чтобы направить высказывание ребенка по определенному руслу, логопед задает вопросный план будущего рассказа. Например: «Расскажи про эту куклу: как ее зовут, какого она размера, из чего сделана, во что одета, что у нее на голове...» Если у ребенка возникли трудности в запоминании вопросов и ответах на них, логопед может предъявить данные вопросы вразбивку. В случае невозможности ребенка самостоятельно составить рассказ, логопед может дать свой образец рассказа, а потом попросить ребенка воспроизвести его. В ряде случаев используется такой вспомогательный прием, как договаривание фразы, начатой логопедом, например, «У куклы... на голове... бант». Вспомогательные фразы могут сопровождаться соответствующими жестами, мимикой, подсказывающими ребенку часть фразы.

3. Составление рассказа по картине и серии картин. Подбирая наглядный материал к этому виду заданий, следует стремиться к тому, чтобы его объем и содержание было доступно детям и связано с областью их интересов. Это могут быть темы: «Игры в детском саду», «Помогаем маме накрывать на стол», «Игры и забавы зимой», «Отдых летом у реки». В качестве серий сюжетных картинок следует выбирать те, в которых завязка, кульминация и финал сюжета выражены наиболее четко и наглядно.

В процессе рассматривания картинок логопед задает вопросы, проясняющие содержание будущего рассказа: «Кто нарисован? Что они делают? Когда это произошло? Кому помогли дети?» и т. д. Если есть необходимость, логопед помогает ребенку разложить картинки в правильной последовательности, после чего, убедившись в том, что содержание сюжета понятно ребенку, просит его составить рассказ.

4. Составление пересказа. Логопед рассказывает или читает ребенку текст, отобранный в соответствии с его возрастом. Затем задаются вопросы и проводится беседа, направленная на понимание содержания рассказа в целом и его отдельных слов. Далее ребенку предлагается прослушать текст повторно, после чего дается вопросный план для будущего пересказа.

Все образцы высказываний детей, полученные в ходе обследования состояния связной речи, фиксируются логопедом в речевой карте. Детские рассказы анализируются по следующим параметрам: объем рассказа, сохранение сюжетной линии, наличие всех частей повествования, пропуски членов предложения, использование сложных или простых предложений, помощь педагога, наличие в рассказе прямой речи, литературных оборотов и т. д.

Обследование звукопроизношения и фонематического слуха

Во время предварительной беседы с ребенком у логопеда уже формируется первичное впечатление об особенностях произношения им звуков. Но для того, чтобы иметь полную картину фонетической стороны речи, необходимо предъявить ряд специальных заданий. Их цель — выявить возможности правильного произношения детьми звуков, относящихся к различным фонетическим группам. При этом проверяется:

— как ребенок произносит звук изолированно;

— в составе слогов (прямых, обратных, со стечением согласных);

— в словах, в которых проверяемый звук находится в разных позициях (в начале, середине, конце слова);

— в предложении;

— в текстах.

При подборе лексического материала соблюдаются следующие принципы:

— насыщенность лексического материала заданным звуком;

— разнообразие лексического материала (наличие изучаемого звука в разных частях речи);

— исключение дефектно произносимых звуков из предъявляемого материала;

— включение в материал смешиваемых звуков (лайка, ябдоко, стрекоза, свеча);

— включение слов разного (в том числе и сложного) слогового состава (одно-, двух-, трех-, четырехсложные слова), например: крановщик, стекольщик, библиотекарь, часовщик;

— отдельное обследование мягких и твердых, звонких и глухих вариантов фонем (сом — сеть, нос — гусь, рак — репа, зубы — зима);

При обследовании звукопроизношения используются разнообразные методические приемы: самостоятельное называние лексического материала, повторение слов следом за логопедом, совместное и самостоятельное проговаривание слов и предложений.

По результатам обследования фиксируется характер нарушения звукопроизношения: замены звуков, пропуски, искажение произношения, смешение, нестойкое произношение звуков.

Обследование фонематического слуха проводится общепринятыми в логопедии приемами:

— различение слов, схожих по звучанию, но разных по смыслу;

— выделение звука в ряду других звуков, слогов;

— нахождение заданного звука в ряду слов;

— проговаривание слогов с оппозиционными звуками (правильно произносимыми);

— придумывание слов с заданным звуком (подбор картинок на заданный звук).

Для выяснения степени овладения детьми слоговой структурой отбираются предметные и сюжетные картинки, обозначающие различные виды профессий и действий, с ними связанных. Звуковой состав слов, соответствующих этим картинкам, самый разнообразный: разное количество слогов, со стечением согласных и без него, с разными звуками (свистящими, шипящими, аффрикатами и т. п.). Обследование включает как отраженное произнесение ребенком слов и их сочетаний, так и самостоятельное. Особое внимание при этом обращается на неоднократное воспроизведение слов и предложений в разном речевом контексте. Например:

1. Константин Константинович работает экскаваторщиком на экскаваторе.
2. Библиотекарь выдает детям книги в библиотеке.
3. Экскурсовод проводит интересную экскурсию.

Обследование речеязыковой готовности к обучению в школе

(для детей старшей и подготовительной к школе групп)

Готовность детей к обучению в школе определяется сформированностью целого комплекса знаний, умений и навыков их практического применения. Овладение ими обусловливается достаточным созре-

ванием предпосылок речевого и неречевого характера, к которым относится полноценность развития:

— всех компонентов языка;

— операций языкового анализа и синтеза;

— высших психических функций (мышления, внимания, восприятия, памяти);

— пространственно-зрительных ориентировок;

— моторно-графических навыков.

Определение психологической готовности ребенка к школьному обучению производится психологом дошкольного или школьного учреждения. В процессе этого обследования устанавливается степень мотивационной, волевой, умственной, нравственной готовности детей, а также уровень развития их способностей. Изучение состояния пространственно-зрительных ориентировок и моторно-графических навыков также целесообразно проводить в ходе психологического обследования детей.

В рамках логопедического обследования изучению подлежит степень сформированности всех компонентов языка, а также операций языкового анализа и синтеза.

Овладение элементами грамоты предполагает усвоение детьми элементарных навыков звукового анализа и синтеза. В связи с этим проверке подвергается сформированность операций, связанных с:

— выделением первого гласного звука в слове, стоящего под ударением;

— первого согласного звука в слове;

— последнего согласного звука в слове;

— гласного звука в положении после согласного;

— определением количества гласных звуков в сочетаниях;

— количества звуков в односложных словах и их последовательности и т. д.

Анализ результатов обследования позволяет составить четкое представление о готовности ребенка к овладению требованиями школьной программы.

Система логопедической работы по устранению ОНР

Основы коррекционного обучения детей с ОНР разработаны в психолого-педагогических исследованиях ведущих ученых (Л. Н. Ефименкова, Н. С. Жукова, Р. Е. Левина, Н. А. Никашина, Л. Ф. Спирова, Т. В. Туманова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, А. В. Ястребова и др.).

Для эффективности логопедических занятий необходимо создать специальные образовательные условия, предусматривающие:

• диагностический блок (клиническое, логопедическое, психолого-педагогическое изучение детей), в структуру которого целесообразно включить нейропсихологические исследования детей, адаптированные для дошкольного возраста;

• лечебно-профилактический блок (медикаментозное лечение, лечебная физкультура, массажи и гидромассажи, физиотерапия, фитотерапия и др.);

• воспитательно-образовательный и коррекционно-развивающий блок (педагогическая и логопедическая работа, психологическая коррекция);

• социальный блок (психологическая и педагогическая помощь родителям, оптимизация макросоциальных условий).

Работа логопеда строится с учетом структуры и проявления дефекта, при этом необходимо учитывать:

• закономерности развития детской речи в условиях онтогенеза, анализ объективных и субъективных условий формирования речевой функции ребенка, выявление ведущего речевого дефекта и обусловленных им недостатков психического развития;

• раннее воздействие на речевую деятельность с целью предупреждения вторичных нарушений;

• взаимосвязанное формирование фонетико-фонематических и лексико-грамматических компонентов языковой системы;

• дифференцированный подход к содержанию, направлениям и приемам логопедической работы с детьми разного возраста, имеющим различную структуру речевого нарушения;

• учет взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития.

Учитывая проявления и структуру дефекта при общем недоразвитии речи, работа с детьми разного возраста строится на вариативном сочетании традиционных, специальных педагогических и адаптированных к потребностям детей реабилитационных технологий. Так, например, отечественный логопедический тренажер типа «Дэльфа-142.1», разработанный под научным руководством О. Е. Грибовой, позволяет на любых видах занятий с детьми формировать у них вариативные константные и изменяемые признаки фонем, создавать базис для различных видов языкового анализа и синтеза (звукового, слогового, морфемного и т. д.). Использование логопедического тренажера «Дэльфа-142.1» на протяжении школьного периода обучения дает эффективные результаты как в профилактике, так и в преодолении расстройств устной и письменной речи у детей с ОНР. Программное обеспечение этого тренажера позволяет оптимизировать традиционные формы логопедического воздействия при ОНР за счет вклю-

чения в нее новых технологий формирования и совершенствования параметров лексического запаса, грамматических умений и навыков построения предложных конструкций. Имеются данные о повышении мотивации детей с ОНР к коррекционным занятиям, включающим в себя тренинги на логопедическом тренажере. Такой динамике способствует его универсальность, дидактическая грамотность визуального и аудиологического материала, система стимулов и поощрений, наличие дозированных по степени сложности вариантов заданий.

Взаимосвязанное развитие речи с другими сторонами психического и моторного развития определяет необходимость широкого применения хорошо известных реабилитационных технологий в работе с детьми, имеющими ОНР. Так, в структуре логопедических и иных занятий возможно использовать *стол для механотерапии*. Закрепленные на столешнице предметы и устройства позволяют не только вводить в занятия элементы динамических физкультминуток, но и целенаправленно развивать у детей силу мышц верхних и нижних конечностей, мелкую моторику, координацию движений. Детям разного возраста будет интересно выполнять действия, связанные с вращением штурвала, сжиманием и разжиманием пружинок, вкручиванием и выкручиванием предметов и проч. В процессе такой деятельности важно не забывать о необходимости ее речевого сопровождения. Дети с помощью взрослого учатся правильно называть приставочные глаголы, части собственного тела, формулировать самостоятельные, грамматически оформленные высказывания.

Направленность на сочетание активно-пассивных форм механотерапии может потребовать использования иных тренажеров типа *Теравитал (THERA-vital)*. Будучи построенным на принципе использования биологической обратной связи (БОС), этот тренажер может быть эффективно задействован в коррекционно-развивающем воздействии в том случае, когда у детей с ОНР выявлены нарушения функциональных возможностей верхних и нижних конечностей. Среди подтвержденных результатов такой работы отмечаются: улучшение кровообращения в конечностях, снижение последствий дефицита двигательной активности (отеки, контрактуры суставов, неэластичность), снижение функционального дефицита, тренировка ослабленных мышц и снижение спастики и т. д. В то же время грамотно спланированные групповые и индивидуальные формы работы с использованием тренажера создают положительную основу для совершенствования коммуникативно-речевых навыков детей с ОНР, формируя: умение понимать обращенные к ним высказывания, отвечать на них распространенным предложением, самостоятельно обращаясь с вопросом, просьбой к партнеру. Дети могут описывать выполняемые действия, планировать

свою деятельность с помощью речи. Применение технологий механотерапии, сопряженное с логопедическими задачами, создает для детей с ОНР приближенные к естественным условиям ситуации речевого общения, в которых закрепляются речевые умения и навыки, необходимые в повседневной жизни.

Современные технологические возможности аппаратных методик (типа *Tyrosolution*) эффективно используются в комплексном воздействии при ОНР в условиях образовательных и лечебно-профилактических организаций. В зависимости от сложности моторного статуса ребенка индивидуальная диагностическая и коррекционная программы могут выполняться с помощью тех или иных комплексов: «Диего» (Diego) — для формирования возможностей функций верхних конечностей, «Амадео» (Amadeo) — для развития мелкой моторики, «Пабло» (Pablo) — для коррекции функциональных возможностей плечевого пояса и моторики рук, а также стабилоплатформы «Тимо» (Tymo), успешно применяемой при нарушенной моторики верхних и нижних конечностей.

Выполнение таких двигательных тренировок в общем ходе коррекционной работы позволяет преодолеть у детей с ОНР оптико-пространственные нарушения, улучшить их координацию, ориентировку в схеме собственного тела. Это, в свою очередь, улучшает речевые возможности, связанные с пониманием и употреблением: названий частей тела человека, простых и сложных предметов, приставочных глаголов, наречий, имен прилагательных. Отечественные разработки для такой категории детей типа «Хабилект» (Habilect) дают аналогичные возможности когнитивно-моторных тренировок.

Доказано, что коррекционное воздействие при ОНР носит длительный характер, направлено на формирование речевых средств, достаточных для самостоятельного развития речи в процессе общения и обучения. Эта задача реализуется в зависимости от возраста детей, условий их обучения и воспитания, уровня развития речи.

В основе поэтапного формирования устной речи лежит обучение дошкольников составлению различных видов предложений (однословные предложения, предложения из аморфных слов-корней, двусоставные предложения, предложения из нескольких слов). Виды предложений постепенно усложняются. Это усложнение синтаксических конструкций опирается на закономерности развития фразовой речи у детей в норме.

Эффективность коррекционного обучения во многом связана с грамотным планированием и методически верным оформлением логопедических занятий. С учетом ведущих принципов общей и спе-

циальной педагогики в практической работе необходимо выполнять следующие задачи:

• содержание занятия должно соответствовать программе обучения и воспитания детей с ОНР, где обозначены речевые и языковые умения и навыки, формируемые у таких детей уже в дошкольном возрасте, порядок и реализация поставленных задач, их взаимосвязь между собой, а также преемственность в изучении языкового материала детьми разных возрастных категорий;

• грамотно формулировать тему логопедического занятия, т. к. от этого зависит содержательный компонент в контексте программных требований;

• четко обозначать цели каждого логопедического занятия. Обязательно учитываются структура речевого дефекта, компенсаторные возможности детей, их психологические, личностные и поведенческие особенности, а также требования программы общеобразовательного дошкольного учреждения для всех возрастных категорий. При этом важно уточнять и закреплять материал по каждой обобщающей теме, формировать грамматические навыки словоизменения и словообразования, уточнять понимание грамматических категорий, развивать внимание к обращенной речи, совершенствовать произносительные возможности у детей, закреплять навыки звукового анализа и синтеза, расширять возможности связных самостоятельных высказываний;

• логически выстраивать структуру занятия. В соответствии с ранее сформулированными темой и целями необходимо предусмотреть этапы занятия: организационный, обучающий, закрепляющий и итоговый. Все они подчиняются теме и цели занятия, взаимосвязаны и взаимообусловлены;

• правильно подбирать лексический материал. Программные требования определяют разные типы фронтальных занятий: по формированию лексико-грамматических средств языка; развитию связной речи, правильного звукопроизношения по обучению элементам грамоты. Спланировав тему и цели занятия, логопед определяет предметный, глагольный словарь, словарь признаков, который дети должны усвоить в активной речи, выделив слова, трудные по семантике или слоговой структуре и звуконаполняемости с целью предварительной их отработки. Методически правильно в рамках одного занятия отработать лексический материал по одной лексико-грамматической модели. При этом не предъявляется жестких требований к правильности фонетического оформления речевых высказываний. Обязательным условием определения правильности построения занятия является обучающий этап, когда логопед объясняет и сопоставляет начальный и косвенный вариант той или иной грамматической формы, обучает пониманию обобщающего значения слова.

При планировании логопедических занятий важно учитывать общедидактические принципы:

— чередование видов заданий речевой и речемыслительной направленности, выстроенных в порядке нарастающей сложности;

— включение в занятие разнообразных игровых приемов, элементов соревнования;

— учет зоны ближайшего развития детей, их потенциальных возможностей развития мыслительной деятельности, внимания, памяти;

— вовлечение детей в активную речевую и познавательную деятельность;

— планирование регулярного повторения ранее пройденного материала;

— использование разнообразной эстетически оформленной наглядности.

Требования к фонетическим занятиям для детей с ОНР единообразны и соотносятся с общепринятыми в логопедии аналогичными положениями, подробно они описаны в главе «Фонетико-фонематическое недоразвитие».

Обучение детей ***с первым уровнем речевого развития*** предусматривает:

1. Развитие понимания речи: учить по инструкции логопеда узнавать и показывать предметы, действия, признаки, понимать обобщающее значение слова, дифференцированно воспринимать вопросы (кто? куда? откуда?), понимать обращение к одному и нескольким лицам, грамматические категории числа существительных, глаголов, угадывать предметы по их описанию, определять элементарные причинно-следственные связи.

2. Развитие активной подражательной речевой деятельности (в любом фонетическом оформлении называть родителей, близких родственников, подражать крикам животных и птиц, звукам окружающего мира, музыкальным инструментам; отдавать приказы (на, иди). Составлять первые предложения из аморфных слов-корней (мама, пи — мама, спи), преобразовывать глаголы повелительного наклонения в глаголы настоящего времени единственного числа, составлять предложения по модели: кто? Что делает? Кто? Что делает? Что? (например: Тата (мама, папа) спит; Тата моет ушки (ноги). Тата моет уши (ноги). Одновременно проводятся упражнения по развитию памяти, внимания, логического мышления (запоминание 2—4 предметов, угадывание убранного или добавленного предмета, запоминание и подбор картинок из 2—3—4 частей).

В итоге логопедической работы на этом этапе формирования речевого развития дети учатся соотносить предметы и действия с их словесным обозначением, понимать обобщающее значение слов. Активный и пассивный словарь должен состоять из названий предметов, которые ребенок часто видит; действий, которые совершает сам или окружающие, некоторых своих состояний (холодно, тепло). У детей появляется потребность общаться с помощью элементарных 2—3-словных предложений. Словесная деятельность может проявляться в любых речезвуковых выражениях без коррекции их фонетического оформления.

Обучение детей ***со вторым уровнем речевого развития*** предполагает несколько направлений:

1. Развитие понимания речи включает в себя формирование умения вслушиваться в обращенную речь, выделять названия предметов, действий и некоторых признаков. Формирование понимания обобщающего значения слов; подготовка к восприятию диалогической и монологической речи.

2. Активизация речевой деятельности и развитие лексико-грамматических средств языка. Учить называть 1—3-сложные слова (кот, муха, молоко), учить первоначальным навыкам словоизменения, затем — словообразования (число существительных, наклонение и число глаголов, притяжательные местоимения «мой — моя», существительные с уменьшительно-ласкательными суффиксами типа «домик, шубка», категории падежа существительных).

3. Развитие самостоятельной фразовой речи: усвоение моделей простых предложений: существительное плюс согласованный глагол в повелительном наклонении, существительное плюс согласованный глагол в изъявительном наклонении единственного числа настоящего времени, существительное плюс согласованный глагол в изъявительном наклонении единственного числа настоящего времени плюс существительное в косвенном падеже (типа «Вова, спи», «Толя спит», «Оля пьет сок»); усвоение простых предлогов (на, под, в, из). Объединение простых предложений в короткие рассказы. Закрепление навыков составления предложений по демонстрации действия с опорой на вопросы. Заучивание коротких двустиший и потешек, притом допускается любое доступное ребенку фонетическое оформление самостоятельных высказываний, в то время как фиксируется внимание на правильности звучания грамматически значимых элементов (окончаний, суффиксов и т. д.).

4. Развитие произносительной стороны речи: учить различению речевых и неречевых звуков; определять источник, силу и направленность звука. Уточнять правильность произношения звуков, имеющихся у ребенка. Автоматизировать поставленные звуки на уровне слогов, слов, предложений, формировать правильную звуко-слоговую структуру слова. Учить различению и четкому воспроизведению слоговых сочетаний из сохранных звуков с разным ударением, силой голоса и интонацией. Воспроизведение слогов со стечением согласных.

К концу данного этапа обучения дети должны владеть простой фразой, научиться согласовывать основные члены предложения, понимать и использовать простые предлоги, категории падежа, числа, времени и рода.

Работа над слоговой структурой слов завершается усвоением ритмико-слогового рисунка двухсложных и трехсложных слов. Допустимы нарушения звукопроизношения. Расширено понимание некоторых грамматических форм слов, несложных рассказов, коротких сказок.

Обучение детей ***с третьим уровнем речевого развития*** предусматривает:

1. Развитие понимания речи (умение вслушиваться в обращенную речь, дифференцированно воспринимать названия предметов, действий признаков; развивать понимание более тонких значений обобщающих слов, готовить к овладению монологической и диалогической речью.

а) Развитие умения дифференцировать на слух оппозиционные звуки речи: свистящие — шипящие, звонкие — глухие, твердые — мягкие; сонорные и т. д. Затем — отработка этих дифференцировок в произношении.

б) Закрепление произношения многосложных слов с различными вариантами стечения согласных звуков. Употребление этих слов в самостоятельной речи (птичница, проволока, регулировщик регулирует уличное движение, экскаваторщик, экскаваторщик работает на экскаваторе).

в) Закрепление навыков звукового анализа и синтеза: анализ и синтез простого слога без стечения согласных, выделение начального гласного/согласного звука в слове, анализ и синтез слогов со стечением согласных, выделение конечного согласного/гласного звука в слове, деление слова на слоги, анализ и синтез 2—3-сложных слов.

г) Обучение элементам грамоты. Знакомство с буквами, соответствующими правильно произносимым звукам. Обучение элементам звуко-буквенного анализа и синтеза при работе со схемами слога и слова.

Чтение и печатание отдельных слогов, слов и коротких предложений. Подготовка к овладению элементарными навыками письма и чтения включает в себя закрепление понятий «звук», «слог», «слово», «предложение», «рассказ»; анализ и синтез звуко-слоговых и звуко-буквенных структур.

2. Развитие лексико-грамматических средств языка. Этот раздел включает не только увеличение количественных, но прежде всего качественных показателей: расширение значений слов; формирование семантической структуры слова; введение новых слов и словосочетаний в самостоятельную речь существительных с уменьшительным и увеличительным значением (бусинка, голосок — голосище); с противоположным значением (грубость — вежливость; жадность — щедрость). Умение объяснять переносное значение слов (золотые руки, острый язык, долг платежом красен, бить баклуши и т. д.); подбирать однозначные существительные к прилагательным (острый — нож, соус, бритва, приправа; темный (ая) — платок, ночь, пальто); образовывать от названий действия названия предметов (блестеть — блеск, трещать — треск, шуметь — шум; объяснять логические связи (Оля провожала Таню — кто приезжал?), подбирать синонимы (смелый — храбрый).

3. Развитие фонетически правильно оформленной развернутой фразовой речи; расширение навыков составления повествовательного рассказа на основе событий заданной последовательности, составление предложений с разными видами придаточных, закрепление умений составлять рассказы по картине, серии картин, по представлению, по демонстрации действий, преобразование деформированного текста: включение в рассказы начала и конца сюжета, элементов фантазии.

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 (1-й этап дифференциации). Позднее, после усвоения артикуляции второго из пары взаимозаменяющихся в речи звуков, дифференциация производится не только на слух, но и в произношении (2-й этап дифференциации).

Такая последовательность работы позволяет очень рано включать упражнения для различения звуков, что способствует спонтанному появлению в речи детей новых звуков и значительно облегчает 2-й этап работы над дифференциацией. Благодаря развившемуся слуховому контролю этот этап завершается значительно быстрее.

Большое внимание уделяется гласным звукам, от четкости произношения которых в значительной мере зависит внятность речи. Кроме того, правильное произношение гласных играет большую роль при анализе звукового состава слова.

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. 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 и синтезу способствуют закреплению навыков произношения и усвоению сознательного чтения и письма.

В системе обучения предусмотрено определенное соответствие между изучаемыми звуками и теми или иными формами анализа. В определенной последовательности проводятся 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 звуко-слогового анализа и синтеза 2—3-сложных 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 [а], [у] или [и], [у], [а], а затем определяют их количество 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 звуко-слоговым анализом односложных трехзвуковых (мак) и двухсложных (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, объединением букв в слоги и слова, умением охватить зрением одновременно две буквы, уяснением значения 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 могут овладеть сознательным послоговым чтением, уметь читать не только слова, но и простые предложения и тексты.

В итоге обучения дети должны овладеть навыками использования простых и сложных предложений, уметь составить рассказ по картине и серии картин, пересказать текст, владеть грамматически правильной разговорной речью в соответствии с основными нормами языка; фонетически правильно оформлять самостоятельные высказывания, передавая слоговую структуру слов, владеть некоторыми элементами грамоты (чтение и печатание отдельных букв, слогов и коротких слов). Однако их развернутая речь может иметь некоторые лексические, грамматические, фонетические неточности, ликвидация которых должна сочетаться с обучением детей сложным формам речи, что и предлагается сделать на следующем этапе обучения.

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.

Обучение детей ***с четвертым уровнем речевого развития*** предусматривает направления работы, связанные с комплексной подготовкой их к школе.

1. Совершенствование лексико-грамматических средств языка: расширение лексического запаса в процессе изучения новых слов и лексических групп (панцирь, скорлупа, бивни, музей, театр, выставка), активизация словообразовательных процессов (сложные слова: белоствольная береза, длинноволосая черноглазая девочка; прилагательные с различным значением соотнесенности: плетеная изгородь, соломенная крыша, марлевая повязка; приставочные глаголы с оттеночными значениями: выползать, вползать, подъехать — объехать), развитие навыков подбора синонимов и антонимов, умение дать им объяснения (скупой — жадный, добрый — милосердный, неряшливый — неаккуратный, смешливый — веселый, веселый — грустный и проч.), объяснение переносного значения слов и целых выражений (сгореть со стыда, широкая душа), преобразование названий профессий мужского рода в названия женского рода (портной — портниха, повар — повариха, скрипач — скрипачка), преобразовывание одной грамматической категории в другую (читать — читатель — читательница — читающий).

2. Развитие самостоятельной развернутой фразовой речи: закрепление навыка употребления предложений по опорным словам, расширения объема предложений путем введения однородных членов предложений.

3. Совершенствование связной речи: закрепление навыков рассказа, пересказа с элементами фантазийных и творческих сюжетов.

4. Совершенствование произносительной стороны речи: закрепление навыков четкого произношения и различения поставленных звуков, автоматизирование их правильного произношения в многосложных словах и самостоятельных высказываниях, воспитание ритмико-интонационной и мелодической окраски речи.

5. Подготовка к овладению элементарными навыками письма и чтения: закрепление понятий «звук», «слог», «слово», «предложение»; обучение анализу и синтезу обратных и прямых слогов, односложных и 2—3-сложных слов; составление из букв разрезной азбуки слогов, слова и их чтение, развитие оптико-пространственных и моторно-графических навыков; подготовка к беглому послоговому чтению с осознанием смысла прочитанного.

В результате логопедического воздействия речь дошкольников должна максимально приблизиться к возрастным нормам. Это проявляется в свободном, безошибочном владении диалогической и монологической речью, а именно: в умении адекватно формулировать вопросы и отвечать на вопросы окружающих, подробно и логично рассказывать о событиях реального мира, пересказывать близко к оригиналу художественные произведения, осуществлять творческое рассказывание и т. д. Соответственно с этим у детей сформирован лексико-грамматический строй языка. Так, дети адекватно понимают и употребляют различные части речи, простые и сложные предлоги, владеют в полном для указанного возраста объеме навыками словообразования и словоизменения. Фонетическое оформление речи детей должно в полной мере соответствовать нормам родного языка. Кроме того, у детей достаточно сформированы операции звуко-слогового анализа и синтеза и элементарные навыки грамоты (чтение и печатание некоторых букв, слогов, коротких слов).

Обучение детей школьного возраста с ОНР

Дети с ОНР 7—8 лет поступают для дальнейшего обучения в школу.

Реализация коррекционных задач осуществляется в начальных классах прежде всего на уроках русского языка, где выделяется несколько направлений:

— устранение отклонений в речевом развитии;
— организация речевой практики;
— формирование навыков письма и чтения;
— усвоение сведений по грамматике и правописанию.

В подготовительном и первом классах формируется диалог в процессе игровой и учебной деятельности, а позже, во 2—3-м классах, можно перейти к собеседованию по представлениям детей. Постепенно работа по развитию связной речи усложняется. В 3—4-м классах внимание акцентируется на необходимости изложения ряда последовательных действий, внесения элементов анализа и рассуждений, доказательств представленных событий. В процессе работы осуществляется контроль за правильностью грамматического оформления высказываний, использованием морфологических и синтаксических элементов без употребления грамматических терминов.

К середине 3-го класса у детей формируется навык практического пользования частотными грамматическими категориями.

Овладение письменной речью базируется на основе устной речи.

Успешное усвоение письменной речи предусматривает три этапа.

На вводном этапе детям объясняют, что такое письменная речь, каковы ее специфические особенности, предлагается алгоритм для определения морфологической соотнесенности слова, опирающийся как на наглядно-предметные представления, так и на формальный языковой анализ.

На втором этапе предусмотрено сознательное усвоение грамматических категорий.

На третьем этапе осознанное грамматическое оформление письменного высказывания включается в самостоятельную письменную речь и доводится до уровня автоматизированного умения.

Уроки произношения в специальной школе включают такие разделы, как «Развитие артикуляционного аппарата», «Артикуляция и восприятие звуков», «Усвоение слоговых структур», «Анализ и синтез звукового состава речи». Лексический материал подбирается с учетом уровня речевого развития и возможностей различения звуков на слух.

Под влиянием всестороннего коррекционного обучения и воспитания у выпускников 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 ряде случаев и стремление к дальнейшему образованию. Все это позволяет положительно оценить возможности их полной социальной адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмазова А. А., Давидович Л. Р., Антипова Ж. В. Логопедия. Системное недоразвитие речи у детей школьного возраста: изучение, развитие лингвистических способностей, реабилитация. М., 2016.

2. Бабина Г. В., Шарипова Н. Ю. Слоговая структура слова: обследование и формирование у детей с недоразвитием речи. М., 2014.

3. Безрукова О. А. Слова родного языка. М., 2015.

4. Бенилова С. Ю., Давидович Л. Р. Логопедия. Системные нарушения речи у детей. М., 2014.

5. Глухов В. П. Методика формирования навыков связных высказываний у дошкольников с общим недоразвитием речи. М., 2014.

6. Громова О. Е. Методика формирования начального детского лексикона. М., 2003.

7. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Логопедия. Основы теории и практики. Система логопедического воздействия. М., 2011.

8. Коррекция нарушений речи. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи / Т. Б. Филичева, Т. В. Туманова, Г. В. Чиркина. М., 2014.

9. Логопедия. Методическое наследие. / Под ред. Л. С. Волковой. Кн. 5. Фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи. М., 2007.

10. Матросова Т. А. Организация коррекционных занятий с детьми дошкольного возраста с речевыми нарушениями. М., 2011.

11. Методы обследования речи у детей / Под ред. Г. В. Чиркиной. М., 2008.

12. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. М., 2008.

13. Спирова Л. Ф. Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи. М., 2010.

14. Туманова Т. В. Нарушение процессов словообразования в устной и письменной речи (у младших школьников с общим недоразвитием речи). М., 2005.

15. Филичева Т. Б. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста. М., 2000.

16. Филичева Т. Б., Туманова Т. В., Чиркина Г. В. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. М., 2010.

17. Филичева Т. Б., Туманова Т. В. Развиваем речь дошкольника. М., 2014.

18. Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. М., 2008.

19. Халилова Л. Б. Механизмы декодирования речи: норма и речевая патология. М., 2014.

20. Цейтлин С. Н. Язык и ребенок. СПб., 2001.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Кто и когда впервые выделил категорию детей с общим недоразвитием речи?

2. Назовите причины недоразвития речи.

3. В чем разница недоразвития речи и фонетико-фонематического развития?

4. Что включает в себя логопедическое обследование детей с I—IV уровнями речевого развития?

5. Что входит в содержание коррекционного обучения детей с I—IV уровнями речевого развития?

6. Дайте характеристику детей с I уровнем речевого развития.

7. Дайте характеристику детей со II уровнем речевого развития.

8. Дайте характеристику детей с III уровнем речевого развития.

9. Дайте характеристику детей с IV уровнем речевого развития.

10. Каковы основные направления логопедического воздействия при общем недоразвитии речи?

ПРИЛОЖЕНИЕ

Речевая карта для детей от 3 до 4 лет

1-й уровень речевого развития

1. Ф. И. О.
2. Дата рождения (год, месяц, число)
3. Домашний адрес, телефон.
4. Откуда поступил ребенок.
5. Сведения о родителях.
6. Жалобы родителей на речь ребенка.
7. Обращались ранее к логопеду. Какие были рекомендации.
8. Сведения о раннем развитии ребенка.
9. Особенности протекания беременности и родов.
10. Раннее физическое и психическое развитие (когда начал держать голову, сидеть, ходить, узнавать близких и т. д.).
11. Раннее речевое развитие;

— когда стал реагировать на звук, на свое имя;

— когда появилось гуление, лепет;

— характер протекания лепетного этапа развитая речи (низкая активность, однообразие и т. д.);

— понимание простых обращений, просьб;

— время появление осмысленных слов;

— характер появление первых слов (слоговое воспроизведение, многозначность и т. д.);

— насколько активно повторяет слова за взрослыми;

— время появления первых словосочетаний;

— характер поступательного развития речи (замедленный, динамичный);

— прерывалось ли речевое развитие (когда, по какой причине, в чем выражалось);

12. Заключения специалистов.

Отоларинголог (о сохранности физического слуха и лор-органов).

Окулист (о состоянии зрения).

Психоневролог (о состоянии интеллекта и наличии (отсутствии) органического поражения ЦНС).

13. Логопедическое обследование.

Способность устанавливать и поддерживать контакт с окружающими.

Особенности внимания и памяти (объем долговременной памяти, быстрота переключаемости внимания с одного объекта на другой, устойчивость запоминания).

Особенности мыслительных операций (выполнение операций классификации, сравнения, сопоставления, сериации; сформированность логического мышления).

Состояние общей моторики.

Состояние мелкой моторики.

Строение и подвижность органов артикуляционного аппарата.

Обследование понимания названий:

— игрушек, знакомых ребенку;

— обиходных предметов;

— частей тела на своем примере и на примере кукол;

— предметов, изображенных на сюжетных и предметных картинках;

— обиходных действий;

— действий, выраженных возвратными глаголами (покажи, кто купается, причесывается, умывается, одевается);

— действий, близких по ситуации (покажи, кто пишет, кто рисует, кто моет, кто вытирает);

— вопросов по содержанию сюжетных картинок (покажи, кто идет в лес за грибами, что в руках у детей, с кем дети идут в лес и т. д.);

— пространственного расположения предметов (посади куклу на стул, положи мяч под стол, карандаши — в коробку и т. д.);

— назначения предметов (покажи, чем будешь резать хлеб, есть суп, рисовать дом и т. д.);

— называние признаков по величине, цвету, принадлежности и т. д. (покажи, где большой — маленький дом, красный — синий кубик; мамину сумку);

— обобщающего значения слов (покажи все красные кубики, все большие мячи, всех, кто умывается, всё, что можно резать и т. д.);

— категории числа существительных (дай мне шар; себе возьми шары; покажи, где гриб, где грибы);

— категории числа глаголов (покажи, про кого говорят плывут — плывёт, поют — поёт, летят — летит);

— категории рода глаголов единственного числа прошедшего времени (покажи, где Саша упала, Саша упал);

— категории вида глаголов (покажи, где Вова читает книгу, где Вова прочитал книгу);

— категории рода прилагательных (покажи, про что можно спросить большой (шар), большая (кукла), большое (ведро);

— префиксального изменения глаголов (покажи, где мальчик входит в дом, а где выходит из дома);

— падежных форм (покажи, где девочка надевает платье, а где девочке надевают платье);

— содержания коротких рассказов.

Оля, Тома и Петя пришли в детский сад. Оля играет с куклой, Тома строит дом, а Петя возит кубики на машинке.

Или:

Дети вышли на прогулку. Таня катается на санках, Аня — на коньках, а Лена лепит снеговика.

Показать, кто вышел на прогулку, кто катается на санках, коньках, кто лепит снеговика.

14. Обследование активного словаря и навыков речевого подражания:

— количество словесных единиц в активной речи;

— частота использований отдельных слов;

— возможность повторения за логопедом слов из активного лексикона (в любом фонетическом оформлении);

— возможность повторения гласных звуков и их сочетаний;

— возможность использования в речи звукокомплексов и звукоподражаний;

— проявление многозначности слов;

— возможности соединения лепетных слов в фрагменты предложений (примеры предложений, состоящих из аморфных слов-корней («на тана» — на машину));

Логопедическое заключение: первый уровень речевого развития.

При оценке детской речи необходимо сопоставить данные обследования с эталонами возрастной нормы.

Рекомендации к оценке полученных результатов обследования:

— сопоставить уровень понимания речи с уровнем развития экспрессивной речи ребенка;

— определить количественный состав имеющихся у ребенка слов, дифференцируя их по категориям:

а) правильно произносимые слова (*мама, папа, баба*);

б) слова-фрагменты (*агу* — огурец, *ку* — кукла);

в) слоговые звукоподражания (*коко, муму*);

г) контурные слова (утя — рука);

д) диффузные слова (не соотносящиеся с нормативными лексическим единицам).

— определить возможность (невозможность) употребления лепетных предложений.

Речевая карта для детей от 4 до 5 лет

2-й уровень речевого развития

Первая часть обследования, касающаяся формальных данных о ребенке, сведений о его раннем физическом и речевом развитии, особенностей внимания, памяти, логического мышления, моторики, заключений специалистов, совпадает с речевой картой детей с 1-м уровнем речевого развития.

Логопедическое обследование

I. Обследование понимания речи (лексический материал подбирается с учетом тематических циклов (игрушки, одежда, посуда, мебель, транспорт, продукты питания и т. д.).

1. Названия предметов, их частей (платье — рукава, воротник, застежка, пуговицы, петельки, молния, пояс, ремень, манжеты; кастрюля — дно, крышка, ручки; чайник — носик, дно, ручка; машина — кузов, кабина, руль, колеса, покрышки, сиденье, мотор, фары, багажник, капот; шкаф, кровать, раскладушка, диван, стенка, матрац, стол, кресло, стул, табуретка, сиденье, спинка, подлокотники, гамак: вилка, ложка, половник, дуршлаг, кувшин, ваза; сапоги, туфли, тапочки, кеды, валенки, подошва, носок, пятка).

2. Действия, связанные с окружающими предметами: играть, собирать — разбирать (пирамиду), надевать — снимать (одежду), готовить (пищу), жарить, варить, печь, ездить — остановиться и т. д.

3. Признаки предметов (длинный, короткий, толстый, тонкий, высокий, низкий, круглый, овальный, квадратный, белый, черный, красный, синий, желтый, коричневый).

4. Грамматические категории [число существительных; глаголы совершенного и несовершенного вида; возвратные и невозвратные глаголы; род прилагательных (про что можно сказать голубая? голубое? голубой?); приставочные глаголы (кто прыгнул — подпрыгнул — перепрыгнул); падежно-предложные конструкции, выражающие отношения лиц, предметов между собой (покажи книжку ручкой, ручку — линейкой, линейку — кисточкой; Митя ударил Толю. Кто драчун? Дима обогнал Витю. Кто прибежал первым? Положил мяч на стол, под стол, перед столом); временные отношения (Таня позавтракала и пошла на занятия. Что она сделала раньше?)].

5. Обследование понимания короткого рассказа.

Мама, Тоня и Вова гуляли в лесу. Они собирали ягоды. Вдруг внезапно начался дождь. Все быстро побежали домой, а Вова спрятался под деревом. Правильно ли он поступил?

II. Обследование состояния активной речи

1. Умение составлять предложения:

— по моделям: 1) Кто? Что делает? 2) Кто? Что делает? Что? 3) Кто? Что делает? Что? Кому? Чем?

— по картине;

— по демонстрации действий;

— по вопросам.

2. Объединять предложения в короткий рассказ.

3. Пересказать короткий рассказ из 3—4 предложений с опорой на сюжетные картинки.

4. Объем и качественные характеристики предметного, глагольного, словаря признаков:

— названия предметов и их частей;

— частей тела человека и животных (глаза, брови, ресницы, челюсть, подбородок, плечи, ногти, спина, локоть; копыта, лапы, когти, пасть, шкура, шерсть, крылья, хвост, рога);

— животных, птиц, детенышей (собака — щенок, кошка — котёнок, корова — телёнок, свинья — поросёнок, лошадь — жеребёнок, курица — цыплёнок, утка — утёнок, гусь — гусёнок, коза — козлёнок, заяц — зайчонок, медведь — медвежонок, белка — бельчонок, лев — львёнок, тигр — тигрёнок);

— жилищ животных и птиц (гнездо, дупло, курятник, будка, нора);

— профессий и соответствующих им действий и атрибутов (врач — лечить — халат — шприц — лекарства — микстура — таблетки; продавец — продавать — весы; дворник — убирать — метла, лопата, шланг);

— обобщающих слов (игрушки, одежда, обувь, мебель, транспорт);

— действий, связанных с окружающим животным и растительным миром (кормить, гладить, стеречь, летать, прыгать, ползать, распускаться, цвести, созревать).

5. Навыки словообразования (уменьшительно-ласкательные формы существительных, простые приставочные глаголы: лобик, домик, столик, куколка, машинка, веточка, мячик, зайчик, птенчик, ёлочка, веточка, пришёл — ушёл, открыл — закрыл, прибежал — убежал, принёс — унёс). Образование прилагательных от существительных со значениями соотнести:

— с продуктами питания (сок из яблок — яблочный);

— с материалами (бумага — бумажный);

— временами года (зима — зимний);

— растениями (сосна — сосновый).

Образование притяжательных прилагательных (собачий, мышиный, кошачий хвост).

6. Навыки словоизменения (употребление падежных беспредложных и предложных конструкций, согласование прилагательных и числительных с существительными). Один мяч, пять мячей, большой мяч, красный мяч, большое облако, красное облако.

7. Употребление предлогов: на — столе; со — стола;

в — столе; из-за — стола;

под — столом; из-под — стола;

за — столом; перед — столом; между столом и стулом.

8. Обследование звукопроизношения и возможности воспроизведения слов разной слоговой структуры и звуконаполняемости. Повторение, а затем и самостоятельное называние одно-, двух-, трех-, четырехсложных слов без стечения и со стечением согласных (муха, вата, панама, крот, стул, веник, петух, павлин, котенок, телефон (ы), конфета, пирамида, комната, колготки, винтовка, компот, танк, клетка), включение этих слов в предложения. Отстукивание ритма: ! —!!!!!! —!!! —!!!; проговаривание слогов из сохранных звуков с разными ударениями *па-папапа; тата-татата.*

Проверка изолированного произношения звука, в слогах, словах, предложениях и текстах. Отдельно проверяется правильность воспроизведения мягких и твердых вариантов фонем. Фиксируется характер нарушения звукопроизношения: отсутствие, замены, искажение и смешение звуков.

9. Обследование фонематического слуха:

Повторение слогов с сохранными, но оппозиционными звуками: *па-па-ба, да-да-та, ка-га-ка*; определение наличия заданного звука в словах: *суп — косы — квас* (звук [с] в разных позициях). Подобные задания даются после небольшого обучения и образца правильного выполнения задания. Логопедическое заключение — 2-й уровень речевого развития. (При оценке детской речи необходимо сопоставлять данные обследования с эталонами возрастной нормы).

Речевая карта для детей от 5 до 6 лет

3-й уровень речевого развития

Первая часть обследования, касающаяся формальных данных о ребенке, сведений о его раннем физическом и речевом развитии, особенностей внимания, памяти, логического мышления, моторики, заключений специалистов, совпадают с графами речевой карты детей с 1—2-м уровнями развития.

I. Характеристика состояния речи на момент обследования.

Общее звучание речи (оценка темпа, выразительности, разборчивости речи, звучания голоса, интонирования и т. д.).

II. Состояние связной речи:

— наличие фразовой речи (указать, предложения какой структуры используются в самостоятельной речи);

— беседа, включающая вопросы, которые требуют развернутых ответов. Важно выявить, как ребенок ориентируется в окружающей действительности, знает ли он данные о своей семье, адрес проживания, контакты с товарищами, какое участие принимает в играх со сверстниками. Ответы записываются в карте со всеми фонетическими, лексическими и грамматическими ошибками;

— составление рассказа по картине;

— составление рассказа по серии сюжетных картин;

— пересказ;

— рассказ — описание предмета, игрушки.

III. Количественные и качественные показатели сформированности лексического запаса. За основу берутся тематические циклы и определяется предметный, глагольный словарь и словарь признаков, включающий в себя обобщающие понятия.

1. Тема: части тела человека и животных (подбородок, веки, ресницы, брови, ноздри, затылок, локоть, поясница, ногти, запястье, щиколотка, ребра, пятка, подошва, грива, копыта, лапы, когти, пасть, бивни, клыки, клюв, шерсть, туловище, щетина).

2. Предмет и его части: стул (сиденье, спинка, подлокотники, ножки); дерево (ствол, корни, листва, почки, ветки); часы (стрелка, цифры, циферблат); чайник (носик, ручка, крышка, бока, дно).

3. Слова, сложные по семантике: подоконник, подсвечник, подстаканник, салфетница, гребешок (у петуха).

4. Обобщающие слова: одежда, обувь, головные уборы (мужская, женская, детская, спортивная), мебель (детская, кухонная, спальная, гостиная), посуда (чайная, столовая), транспорт (воздушный, наземный, водный, подземный).

5. Понимание и употребление названий:

— профессий и соответствующих им атрибутов;

— животных, птиц, детенышей (собака — щенок, кошка — котёнок, корова — телёнок, свинья — поросёнок, лошадь — жеребёнок, курица — цыплёнок, утка — утёнок, гусь — гусёнок, коза — козлёнок, заяц — зайчонок, львица — львёнок, тигр — тигрёнок, медведь — медвежонок, белка — бельчонок);

— действий, обозначающих голосовые реакции животных и птиц (каркает, мычит, блеет, лает, мяукает, хрюкает, ржёт, чирикает, воркует, пищит, стрекочет, кукарекает, шипит);

— чувств, эмоций (плачет, улыбается, смеётся, веселится, гостит, радуется, злится, удивляется);

— различных явлений природы (снег, ветер, дождь, метель, град, мороз, жара, иней, гололед, проталина, ураган, туман);

— действий, связанных с животным и растительным миром (роет, вьёт, цветёт, пахнет, растёт, набухают и лопаются почки, летает, ползает, порхает, жужжат, плавает, скачет, крадется, жалит, охотится);

— семантически близких названий действий (моется–купается, спит–лежит, говорит–поёт, вяжет–шьёт, копает–роет, вышивает–штопает, говорит–шепчет);

— признаков предметов, обозначающих величину, форму, цвет, вес, температуру, сезонность (длинный, короткий, высокий, низкий, толстый, горячий, тёплый, прохладный, широкий, узкий, оттеночные цвета, тяжёлый, овальный, осенний, весенний, зимний, летний и т. д.);

6. Подбор:

— антонимов (сладкий–горький, весёлый–грустный, светлый–тёмный, шумный–тихий, румяный–бледный, вредный–полезный, день–ночь, утро–вечер, старость–молодость, сгибать–разгибать, вползать–выползать);

— синонимов (храбрый, смелый, отважный, мужественный; река — бежит, струится, течёт; беседовать — разговаривать, говорить);

— однородных членов к заданным словам (снег — идёт, падает, ложится, сверкает, тает, блестит; кукла — большая, красивая, нарядная, модная);

7. Объяснение:

— значений слов (конура, берлога, дупло, логопед, холодильник, писатель, пчеловод, скульптор, тренер);

— переносного значение слов и выражений (золотые руки, золотая голова; ежовые рукавицы).

IV. Сформированность грамматического строя.

1. Образование сложных слов (снегопад, ледокол, лесоруб, листопад, мышеловка, мясорубка, пчеловод, книголюб, змеелов, дровосек; пятиэтажный, одноэтажный (дом), первоклассник, пятиклассник, сороконожка).

2. Образование существительных с уменьшительно-ласкательными и увеличительными суффиксами (ремешок, платьице, гнёздышко, сапожок, рожица, соловушка, лужица, окошко, ручища, ножище, лбище, глазищи, домище).

3. Образование существительных с суффиксами единичности (бусинка, волосинка, песчинка).

4. Образование существительных с суффиксом *-ниц* со значением вместилища (сахарница, хлебница, конфетница).

5. Образование приставочных глаголов (перепрыгнуть–подпрыгнуть–спрыгнуть–выпрыгнуть).

6. Образование притяжательных прилагательных (китовый ус, медвежья берлога, волчья пасть).

7. Образование относительных прилагательных (кирпичная крыша, вишнёвое варенье, утренний туман).

8. Образование качественных прилагательных, выражающих эмоциональную окраску (смешливый, улыбчивый, говорливый, шаловливый).

9. Использование падежно-предложных конструкций: Коля и Маша ехали в автобусе. Коля уступил место Маше. Кто из них вежливый?

10. Использование временных отношений. Миша перед тем, как лечь спать, смотрит передачу «Спокойной ночи, малыши». Что делает Миша сначала?

11. Употребление:

— существительных множественного числа в именительном и родительном падежах (дерево–деревья–деревьев, лев–львы–львов, пень–пни–пней, крыло–крылья–крыльев);

— существительных множественного числа дательного и творительного падежей;

— предлогов (из-за, из-под, между, через, перед).

V. Готовность к обучению грамоте (после предварительного объяснения и использования образца); выделение первого и последнего звука в слове; гласного после согласного; анализ и синтез обратных и прямых слогов; одно-, двухсложных слов.

Логопедическое заключение: Третий уровень речевого развития.

При оценке детской речи необходимо сопоставить данные обследования с эталонами возрастной нормы и программными требованиями данной возрастной группы общеобразовательного образца.

Речевая карта для детей от 6 до 7 лет

4-й уровень речевого развития

Первая часть обследования, касающаяся формальных данных о ребенке, сведений о его раннем физическом и речевом развитии, особенностей внимания, памяти, логического мышления, моторики, за-

ключений специалистов, совпадают с графами речевой карты детей с третьим уровнем речевого развития.

Усложнение касается количественных и качественных показателей словаря, а также уровня сформированности навыков словообразования.

I. Обследование словаря.

1. Назвать и (или) показать:

— предметы одежды: дубленка, пальто, джемпер, жилет, комбинезон, костюм, пуховик и их части;

— части обуви: язычок, шнурки, подошва, каблук, носок;

— части рыбы: хвост, чешуя, плавники, жабры;

— части тела человека: веко, ноздря, запястье, щиколотка, ступня, кисть, локоть;

— птиц; ласточка, соловей, кукушка, снегирь, сорока, журавль, страус, пингвин, скворец, лебедь, синица, чайка, голубь;

— действия, обозначающие голосовые реакции птиц: поет, курлычет, щебечет, каркает, кукует, воркует, трещит;

— действия, семантически близкие: жарит, варит, печет, вышивает, вяжет, перешивает, подшивает, шьет, развешивает, вешает, полощет, стирает, моет;

— признаки предметов, обозначающих сезонность, видовую принадлежность: одежда — летняя, зимняя, национальная, спортивная, рабочая, птицы — перелетные, зимующие, водоплавающие;

2. Подобрать:

— признаки к словам: день — ветреный, дождливый, пасмурный, солнечный;

— антонимы к словам и словосочетаниям: шум, румяное лицо, пасмурная погода, вредная пища, веселье, широкая тропинка, передняя дверь, труд, радость;

— подбор антонимов к слову в контексте;

— синонимы к словам: сердитый, легкий, торопиться, волшебный, сторожить, беда, разный, смелость, ложь.

II. Обследование грамматического строя речи.

1. Образование:

— существительных с помощью уменьшительно-ласкательных суффиксов: платье–платьице, пальто–пальтишко, свитер–свитерок, брёвнышко, письмецо, маслице, пуховик–пуховичок, сапог–сапожок; пингвин–пингвинёнок, страус–страусёнок, кукушка–кукушонок; перо–пёрышко, когти–коготки, клюв–клювик; лужа–лужица, зерно–зёрнышко, волос–волосик, изюм–изюминка, песок–песчинка);

— существительных мужского и женского рода с помощью суффиксов увеличительности: нос–носище, рука–ручища, нога–ножища, глаз–глазище, сапог–сапожище;

— существительных со значением единичности: *волосы–волосок*, бусы–бусинка; песок–песчинка, жемчуг–жемчужинка;

— существительных с суффиксами -онк (-енк), -ниц: масло–масленка, соль–солонка, соус–соусница, перец–перечница;

— названий профессий женского и мужского рода: ткач (ткачиха), повар (повариха), портной (портниха), летчик (летчица), скрипач (скрипачка), учитель (учительница), переводчик (переводчица), писатель (писательница);

— относительных прилагательных: шелковый, пуховый, шерстяной, черепичный, трикотажный, махровый, кожаный; селедочный, икорный, сырный, печеночный;

— сложных слов: лесоруб, водопад, короткохвостый, книголюб, пчеловод, первоклассник, двухэтажный;

— прилагательных с тактильными ощущениями (гладкий, колючий, шершавый).

2. Согласование:

— числительных с существительными: две утки — пять уток, две чайки — пять чаек, два пингвина — пять пингвинов, две лошади — пять лошадей, два страусенка — пять страусят, два льва — пять львов, два кукушонка — пять кукушат.

3. Употребление: сложных предлогов (из-за, из-под, между).

IV. Обследование воспроизведения слов со сложной слоговой структурой, навыков звукового анализа и синтеза.

1. Повторить несколько раз после прослушивания следующие предложения:

Экскурсовод проводит экскурсию;

Полярный исследователь исследует Арктику;

Регулировщик регулирует уличное движение;

Экскаваторщик работает на экскаваторе;

Мотоциклист едет на мотоцикле;

Валерия Александровна забрала Лару домой.

2. Воспроизвести слоговые цепочки:

Га-ка-га, ча-ша-ча, тя-ща-ся, ча-ца-тя, са-тя-ся, ща-ца-тя.

3. Назвать первый и последний звук в словах. (Данное и последующие задания предлагаются после небольшого обучения и образца правильного выполнения).

Мак, трава, щука, ключ, совы, камыш, ананас.

4. Определить количество звуков в словах. После прослушивания слова нарисовать столько кружочков в ряд, сколько звуков в слове:

Ау, дом, рога, палка, шишка.

5. Составить слово из звуков, заданных:

— в прямой последовательности (рис, кот, стол, банан, кошка, капуста, радуга);

— в разной последовательности (дом (м-д-о), сыр (р-ы-с), косы (с-к-о-ы), лиса (л-с-и-а).

Текст для пересказа

На земле есть края, где всегда тепло, светит солнце и никогда не бывает снега.

В эти края осенью улетают разные птицы: журавли, грачи, ласточки, скворцы, потому что там много корма. А когда у нас заканчивается зима и приходит весна, они прилетают обратно. Поэтому этих птиц называют перелетными. Но бывают и зимующие птицы: вороны, синицы, галки, снегири, дятлы, воробьи. Они живут в наших краях постоянно. Зимой холодно и мало еды. Этим птицам надо помогать: делать кормушки и развешивать на деревьях, класть туда хлебные крошки, зерно, семечки.

Логопедическое заключение: четвертый уровень речевого развития.

Примерный конспект занятия для детей с ОНР (I уровень)

Тема: «Понимание обобщающего значения слов-предметов. Названия животных»

Цель: учить понимать названия животных и правильно показывать соответствующие изображения.

Ход занятия

I. Организационный этап

На столе лежат маски животных. Логопед предлагает отгадать загадки и взять соответствующую маску.

Скачет ловко, любит морковку. *(Заяц)*

Неуклюжий, косолапый, спит в берлоге, сосёт лапу. *(Медведь)*

По деревьям скок-скок, и орешки щёлк-щёлк. *(Белка)*

Глазищи, усищи, а моется всех чаще. *(Кошка)*

Дети берут маски соответствующих животных, становятся парами: заяц — кошка, медведь — белка и т. д. Затем идут в гости к Бабушке-Загадушке.

II. Коррекционно-развивающий этап

Игра «Кто что любит?»

На столе в избушке разложены разные лакомства: мёд, орехи, молоко, морковка.

Дети поочерёдно подходят к столу, показывают, а по возможности называют выставленные предметы:

Где мёд? Какой мёд? Кто съест мёд? Мишка. Где молоко? Какое молоко? Кто пьёт молоко? Кошка.

При этом допускается любое фонетическое оформление ответа (*мокко* — молоко, *мокока* — морковка, *бека* — белка и т. д.).

III. Закрепляющий этап

Игра «Найди себе друга».

Дети под тихую музыку «гуляют по лесу», где «спрятались» игрушки-животные: белка — в дупле, медведь — в берлоге, заяц — под кустом, кошка — на поляне.

Как только заиграет громкая музыка, дети в масках белки, медведя и т. д. находят соответствующие игрушки, называя или показывая жестом: «Это белка (мишка, зайка, кошка)». Выбирается помощник логопеда, которому дают лазерную указку. Логопед просит показать, где у кошки (белки, мишки) глазки, носик, мордочка, ушки, спинка, лапки, хвостик. Волшебные указки раздаются всем детям, которые по просьбе логопеда показывают части тела у своих игрушек-животных, по возможности называя их в любом фонетическом оформлении (*пинка* — спинка, *апки* — лапки, *котик* — хвостик, *гаки* — глазки и т. д.). Затем задание усложняется: показать все глазки, хвостики и т. д.

Игра «Веселые звери».

Дети в масках встают в круг. Логопед называет потешки, дети имитируют движения:

— Зайкам холодно сидеть, надо лапки им погреть. Белкам холодно стоять, надо белкам поскакать; вот лежит лохматый пёс, в лапы он уткнул свой нос.

Если в процессе игры тот или иной ребенок продуцирует звукоподражание или слово, логопед поощряет ребенка.

IV. Итог занятия

Дети получают контурные картинки животных и, по возможности называя, обводят цветными карандашами части их тела (глазки, ушки, хвостики и т. д.).

Примерный конспект занятия для детей с ОНР (II уровень)

Тема: «Глаголы, обозначающие действия животных и птиц»

Цель: вырабатывать навык понимания и практического употребления в речи названий действий птиц и животных.

Ход занятия

I. Организационный этап

Детям загадываются загадки, они запоминают отгадки и соответствующие картинки выставляют на доске.

Траву жуёт, молоко детям даёт. *(Корова)*

Своих охраняет, на чужих лает. *(Собака)*

Щиплет, гогочет, пропустить не хочет. *(Гусь)*

Пятачок да спинка, на спинке — щетинка. *(Свинья)*

Видишь яркий гребешок, к нам спешит наш... *(петушок)*

II. Коррекционно-развивающий этап

— Угадайте, кто из них спешит к нам в гости?

Дети закрывают глаза и внимательно слушают крики птиц и животных:

— Кар-кар — это ворона.

— Ку-ка-ре-ку — это петух.

— Мяу-мяу — это кошка.

— Му-му — это корова.

— Га-га-га — это гусь.

— Хрю-хрю — это свинья.

— Ав-ав — это собака.

Логопед объясняет детям, что крики животных и птиц имеют своё название:

— Ав-ав — собака лает.

— Га-га — гусь гогочет.

— Мяу-мяу — кошка мяукает.

— Му-му — корова мычит.

— Кар-кар — ворона каркает.

— Кто хочет изобразить ворону, гуся, петуха, собаку, кошку?

Дети надевают шапочки и издают соответствующие звуки.

III. Закрепляющий этап

Игра «Прогулка в волшебную страну».

Дети гуляют по тропинкам, а из-за кустов раздаются голоса животных и птиц:

— Ква-ква.

— И-го-го.

— Бее-бее.

— Жу-жу-жу.

— Чик-чирик.

— Ку-ку.

— Кря-кря.

— У-у-у-у.

Надо угадать, кто спрятался в кустах, повторить эти звуки. Соответствующие картинки выставляются на доске.

Логопед спрашивает детей, кому принадлежат эти голоса.

— Кря-кря — утка крякает.

— Ква-ква — лягушка квакает.

— Ку-ку — кукушка кукует.

— Бе-бе — овечка блеет.

— Чик-чирик — воробей чирикает.

— И-го-го — лошадь ржёт.

— Жу-жу-жу — жук жужжит.

— У-у-у-у — волк воет.

Дети проговаривают предложения хором и индивидуально.

Далее логопед спрашивает:

— Кто шипел в кустах? *(Змея)*

— Кто стрекотал в кустах? *(Кузнечик)*

— Кто рычал в кустах? *(Медведь)*

Раздается стук в дверь, появляется кот Мурлыка с большой сумкой на плече. Он раздает по одной разрезной картинке, а дети должны угадать, к кому она относится, и показать, какие звуки издает это животное (птица, насекомое). Например:

— Это собака, она лает.

— Это змея, она шипит.

— Это воробей, он чирикает.

— Это медведь, он рычит.

— Это лошадь, она ржёт.

За дверью раздаётся писк. В группу вбегает крысёнок Хрустик, у него болит голова, он всё путает. Хрустик спрашивает детей:

— Здесь каркает воробей?

— Здесь рычит змея?

— Здесь квакает волк?

Хрустику дают сладкую конфетку, у него меняется настроение, он просит подсказать, как правильно надо говорить про животных и птиц. Дети подсказывают:

— Воробей не каркает, а чирикает.

— Змея не рычит, а шипит.

— Волк не квакает, а воет.

IV. Итог занятия

Дети вспоминают, кто из животных и птиц был сегодня у них в гостях, какие они издают звуки. Предлагается игра с мячом:

Логопед, бросая ребенку мяч, называет животных, птиц или насекомых, а тот, возвращая мяч, отвечает, кто из них как кричит. Например:

— Медведь — медведь рычит.

— Змея — змея шипит.

— Утка — утка крякает.

Дети вспоминают потешки, которые учили раньше.

Утка крякает в пруду: «Я утёнка не найду!»
Гусь гогочет: «Га-га-га, дайте мне пирога».
Мой щенок задорно лает, он чужих в дом не пускает.
Ржёт лошадка: «И-го-го, мне не надо ничего».
В пруду квакает лягушка: «Я такая хохотушка!»
Блеет бедная овечка, дайте молвить ей словечко.
Мычит корова: «Му-му — ребята, молока кому?»
Рычит медведь и воет волк: хотя какой от них всех толк?
Пищит мышонок в мышеловке: «Я почему такой неловкий?»
Ласково мяукает кошка, сидя внизу на окошке.

Примерный конспект занятия для детей с ОНР (III уровень)

Тема: «Предлоги *на* и *под*» *(старшая возрастная группа)*

Цель: развитие навыков понимания и употребления в речи предлогов *на* и *под*.

Ход занятия

I. Организационный этап

Логопед. Здравствуйте ребята. Сегодня у нас очередное занятие. Сядет тот, у кого на столе конверт с синим треугольником (с оранжевым прямоугольником... и т. д.).

Дети садятся. Раздается стук в дверь.

Логопед. Кто же к нам пришёл? Это почтальон Печкин, принёс нам письмо с загадками про мебель. Давайте попытаемся их разгадать.

Логопед. В раздевалке я служу, на весу пальто держу.

Дети. Вешалка.

Логопед.

Под крышей четыре ножки,
А на крыше суп да ложки.

Дети. Стол.

Логопед.

Днём мы бегали, играли
К вечеру совсем устали
И теперь ложимся спать
В нашу мягкую...

Дети. Кровать.

Логопед.

На четырёх ножках,
Но не хожу по дорожке.
Как устанешь ты трудиться,
Можешь на меня садиться.

Дети. Стул.

Логопед. А кто запомнил все отгадки и может выставить на доске эти картинки? Дети называют отгадки и выставляют картинки на доску.

Логопед. Итак, дети, как одним словом мы назовём то, о чём сегодня будем говорить?

Дети. Мебель.

II. Коррекционно-развивающий этап

Логопед. Я сейчас буду давать задание. Кто самый внимательный?

Ребенок выходит к доске.

Логопед. Надо положить мяч ... стол. Понятно?

Дети. Нет.

Логопед. А теперь положи мяч *на* стол. Маленькое слово *на* помогло понять это задание.

Логопед ставит схему предлога *на*  на доску.

Логопед. А на что ещё мы можем положить?

Дети. На стол, на стул, на кровать, на полку.

Логопед. А теперь положи кубик ... стул. Понятно?

Дети. Нет.

Логопед. Надо положить кубик *под*  стул. Понятно?

Дети. Да.

Логопед. Нам помогло маленькое слово *под.*

Логопед выставляет схему предлога на доску.

Логопед. А под что ещё можно положить?

Дети. Под стол, под стул, под кровать, под шкаф.

Далее проводится физкультминутка.

Логопед. Вы, наверное, устали? Сейчас мы немного отдохнём. Встанут в круг сначала девочки, в той последовательности, в которой я назову. Выполняйте: Юля, Ксюша, Таня, затем мальчики. Слава, Ринат, Коля, Артём...

Логопед. Слушайте внимательно! Вы сейчас пойдёте по кругу. Я буду называть маленькие слова, как услышите слово *под,* подпрыгивайте.

Логопед. На, из, под.

Логопед. А сейчас задание потруднее. Я прочту вам стихотворение про солнечный лучик. Когда услышите слово *на*, хлопните в ладоши.

Логопед. Солнца лучик *на* стене, он подмигивает мне,
Перепрыгнул *на* картину, задержался *на* витрине,
Поплясал *на* полке, спрыгнул *на* ёлку.

III. Закрепляющий этап

Логопед. Давайте, ребята, выполним задание. Перед вами четыре стопочки, надо из каждой стопочки взять по картинке и составить предложение, чтобы в нём было слово *на* или *под.*

Например: Дедушка поставил сапоги *под* скамейку.

Логопед выставляет картинки на доске. Дети по очереди составляют предложения.

Логопед. Какие маленькие слова помогли нам составить предложения?

Дети. На и *под.*

Игра «Кто внимательный?»

Логопед. А теперь мы с вами поиграем. Перед вами лежат конверты, откройте их и положите картинки-подсказки перед собой. Появилась девочка Кнопка. Она такая говорливая, всё говорит, говорит, да сло-

ва в предложениях пропускает. Белка сидит ... дереве. Она пропустила слово, я её поправлю. Белка сидит *на* дереве. А теперь вы помогите Кнопке. Она сейчас будет называть предложения, а вы будете поднимать картинки-подсказки *на* и *под*.

Логопед. Подушка лежит ... кровати. *(на)*

Мяч закатился ... стол. *(под)*

Я намазываю масло ... хлеб. *(на)*

Сапоги стоят ... скамейкой. *(под)*

Книжка лежит ... полке. *(на)*

IV. Итог занятия

Логопед. Какие маленькие слова нам помогли выполнить действия?

Дети. На и *под*.

Логопед. На дом я вам дам небольшое задание: раздам волшебные слова *на* и *под*. Дома вы их приклеите себе в тетрадки и придумаете предложения с этими словами, а мамы запишут их.

Примерный конспект занятия для детей с ОНР (IV уровень)

Тема «Сложный предлог *из-за*»

Цель: учить понимать значение и употреблять в речи предлог *из-за*.

Ход занятия

I. Организационный этап

Логопед. Ребята, предлагаю вам игру. Сядет тот, кто правильно исправит ошибку Незнайки:

Дед в печи, дрова на печи.

На столе сапожки, под столом лепёшки.

Овечки в речке, караси у речки.

Под столом портрет, над столом табурет.

Логопед. Какие слова-помощники вы сейчас услышали? А какие ещё слова-помощники вы знаете?

II. Коррекционно-развивающий этап

Логопед. А сейчас давайте вспомним слово-помощник — *за*. Его мы употребляем, когда предмет расположен позади другого предмета. Это значит, что он находится *за* чем-то.

Логопед. А теперь давайте поиграем в прятки! Куда бы вы могли спрятаться дома? Но вы должны так хитро спрятаться, чтобы был предлог *за*. Например, можно спрятаться *за* стул.

Саша, а ты *за* чем спрячешься? (*за* дверью, *за* шкафом, *за* комодом, *за* креслом).

Теперь вы знаете, за каким предметом можно спрятаться.

А кому я сейчас брошу мяч, того я нашла! И он должен сказать, откуда вышел (*из-за* двери, *из-за* шкафа, *из-за* комода, *из-за* кресла).

Логопед. Ребята, мы сейчас называли слово-помощник *(из-за)*. Мы соединили два слова-помощника (предлоги *из* и *за*), и получилось очень важное слово-помощник *из-за*, которое помогает нам правильно назвать место. А кто знает, когда мы употребляем это слово? Когда предмет находился позади другого предмета (*за* чем-нибудь спрятался) и оттуда движется.

Ребята, посмотрите на нашу волшебную полянку! На доске изображена схема предложения. Придумайте, пожалуйста, к этой схеме предложения со словом *из-за*.

Дети. Солнце вышло *из-за* туч. Лиса выглядывает *из-за* берёзы. Ёжик выбежал *из-за* дома. Заяц выпрыгнул *из-за* куста.

Логопед. Посмотрите, сколько карточек на доске в схеме. (4)

Дети. 4.

Логопед. Сколько слов в предложении? (4)

Дети. 4.

Логопед. Значит, сколько карточек в схеме, столько и слов в предложении.

Из-за — это маленькое слово, которое служит для связи слов в предложениях.

Кукушка будет прятаться и выглядывать, а вы должны сказать, откуда она выглядывает. Кукушка прячется за домик, выглядывает и произносит: «Ку-ку». Откуда выглядывает кукушка?

Дети. (Кукушка выглядывает *из-за* домика, *из-за* стола, *из-за* дерева).

Логопед. Ребята, я вам сейчас прочитаю предложения, в которых Незнайка допустил ошибки. А вы попробуйте исправить ошибки! (Щенок выглядывает за забором. Лена вышла из стола. Волк выбежал из дерева. Машина выехала за дома).

Дети называют правильные предложения.

III. Закрепляющий этап

Логопед. А сейчас давайте повторим все вместе:

Из-за леса, из-за гор
Едет дедушка Егор.

Откуда едет дедушка Егор? (Из-за леса, из-за гор).

Повторите целиком.

IV. Итог занятия

Логопед. Итак, какое мы сегодня слово-помощник изучали? Кто запомнил, из-за чего вылетала наша гостья?

Дома придумайте ещё предложения к нашей схеме.

Глава 13
НАРУШЕНИЯ ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ

Дисграфия (от греч. приставки *dis*, обозначающей нарушение, и расстройство, *grapho* — пишу) — это частичное нарушение процесса письма, характеризующееся наличием стойких специфических ошибок. **Аграфия** (от греч. *a*, обозначающей отрицание, и *grapho* — пишу) — полная неспособность овладеть процессом письма. В работах Р. Е. Левиной указывается, что таковыми специфическими ошибками признаются замены и пропуски букв, раздельное написание слов, а также замены слов, неправильное употребление категориальных окончаний слов, нарушения в построении предложных конструкций и другие «многочисленные ошибки, в значительной мере отражающие пробелы в формировании лексико-грамматических систем речи» [9].

Дислексия (греч. *lexis* — слово) — частичное нарушение процесса чтения, характеризующееся наличием стойких повторяющихся специфических ошибок. **Алексия** — полная неспособность овладеть процессом чтения. Р. Е. Левина обращала внимание на то, что «нарушения чтения распространяются как на способы овладения чтением, так и на темп чтения и на понимание прочитанного». Наиболее распространенными специфическими ошибками при этом называются: побуквенное угадывающее чтение, пропуски слов и их замены по смыслу, замены и пропуски букв и их добавления, повторения букв (слогов или слов) в процессе чтения, неправильное чтение окончаний слов.

Нарушения письма и чтения являлись предметом пристального изучения зарубежных и отечественных ученых на протяжении нескольких столетий: A. Kussmaul, F. Bachman, V. Morgan (XIX в.), Ф. Варбург, П. Рашбург, О. Ортон (XX в.), Р. А. Ткачев, С. С. Мнухин, (XIX в.), Ф. А. Рау, М. Е. Хватцев, Р. М. Боскис, Р. Е. Левина, О. А. Токарева, Р. И. Шуйфер, Л. Ф. Спирова, Н. А. Никашина, Г. А. Каше, А. В. Ястребова, Т. П. Бессонова и др. (XX в.). В современной науке наиболее значимый вклад в изучение проблемы нарушения пись-

ма и чтения внесли Р. И. Лалаева, Г. В. Чиркина, Л. Г. Парамонова, А. Н. Корнев, А. В. Ястребова, Т. П. Бессонова И. Н. Садовникова, Л. Н. Ефименкова. В последние десятилетия исследованиями в этой области занимаются М. Н. Русецкая, О. Б. Иншакова, Е. А. Логинова, И. А. Прищепова, О. И. Азова и др.

Дисграфия и дислексия трактуются учеными как отдельные расстройства речи, но, тем не менее, имеющие во многом схожие причины возникновения и, нередко, взаимосвязанные между собой проявления. Так, Р. Е. Левина указывала, что в основе нарушений чтения и письма лежит несформированность фонематической системы. При этом если у детей затруднено образование фонематических представлений, то у них медленно формируются и представления о графеме и соответствующие виды языкового анализа и синтеза (Б. Г. Ананьев, Р. Е. Левина, Л. Ф. Спирова). В то же время нарушения письма и чтения могут быть связаны и с недостаточностью лексико-грамматического строя языка, что выражается в заменах слов, их неправильном грамматическом оформлении, трудностях оформления предложения.

Выявление и дифференциальная диагностика нарушений письма и чтения проводятся учителем-логопедом среди детей школьного возраста, начиная со второй половины учебного года во втором классе. Ранее среди учащихся первого класса выявляются дети с трудностями овладения письменной речью. Это связано с онтогенетически обусловленными возможностями овладения письмом и чтением и теми требованиями, которые предъявляются к речевым и языковым умениям и навыкам учащихся начальных классов.

Как известно, предпосылками нормального формирования процессов письма и чтения являются несколько групп факторов:

- анатомо-физиологического характера (например, достаточное развитие всех анализаторных систем, сформированность моторных функций и слухо-оптико-моторной координации);
- психологического характера (достаточная сформированность высших психических функций, психологическая готовность ребенка к овладению новым видом речевой деятельности);
- социального средового характера (благоприятное окружение ребенка в семье и социуме, социальная зрелость ребенка, состояние адаптационных механизмов и проч.).

Кроме того, полноценное овладение письменной речью достигается также при нормативном владении ребенком устной речью (в ее фонетическом и лексико-грамматическом оформлении) и сформированности базовых операций языкового анализа и синтеза, т. е. лингвистической готовности.

По своим психофизиологическим механизмам чтение и письмо являются более сложными видами деятельности, чем устная речь. В то же время процессы письменной речи принято рассматривать в неразрывном единстве с устной речью. Процесс чтения начинается со зрительного восприятия, различения и узнавания букв. В дальнейшем происходит соотнесение букв с соответствующими звуками, осуществляется воспроизведение звукового образа буквы, слога или целого слова, т. е. прочитывание. Соотнесение звуковой формы слова с его значением обеспечивает понимание читаемого. Иными словами, в чтении можно выделять *техническую сторону* (скорость опознавания графических образов букв, их аналитико-синтетическая обработка, перекодирование в моторную программу и реализация ее в произношении) и *смысловую* (связанную с адекватным пониманием прочитанного материала). Принято выделять следующие ступени формирования чтения:

1) овладение звукобуквенными обозначениями;

2) послоговое чтение;

3) становление синтетических приемов чтения;

4) автоматизированное синтетической чтение (Т. Г. Егоров, Р. И. Лалаева и др.).

Письмо как вид деятельности начинается с возникновения мотива, с задачи что-либо написать. Замысел того, что человек планирует написать, определяет иерархию содержательных компонентов, позволяет сохранять последовательность и порядок слов в записываемой фразе. С помощью внутренней речи замысел последовательно превращается в *развернутую структуру фразы, части которой связаны определенным* порядком. При этом тормозятся все посторонние тенденции (забегание вперед, повторы написанных букв и слов и проч.). Специальными операциями письма принято считать анализ звукового состава слова, подлежащего написанию; уточнение слышимых звуков и их перекодирование в четкие эталоны — фонемы; перевод выделенных фонем или их комплексов в графемы (т. е. в зрительные графические образы, соответствующие буквам); планирование и реализацию моторной программы написания с последующим контролем (А. Р. Лурия, Р. И. Лалаева).

В ходе онтогенетического развития ребенок уже к концу дошкольного периода детства обладает готовностью к овладению грамотой. Устная речь к этому возрасту уже достаточно развита по всем параметрам (фонетика, лексика, грамматика и как следствие — связная речь), сформированы в должной мере фонематический слух и восприятие, ребенок владеет большинством операций звукового анализа и синте-

за, сложились предпосылки для последующих видов языкового анализа, в достаточной мере сформированы оптико-пространственные ориентировки и базовые графомоторные навыки.

В качестве причин возникновения дислексии и дисграфии выделяются: системные нарушения устной речи, обусловленные поражениями органического генеза; конституциональные предпосылки, связанные с индивидуальными особенностями функциональной специализации полушарий мозга; энцефалопатические нарушения, обусловленные вредными воздействиями в период беременности, родов и последоровом периоде; воздействие неблагоприятных социальных и средовых факторов (по данным Р. Е. Левиной, Т. В. Ахутиной, И. Н. Садовниковой, Р. И. Лалаевой, А. Н. Корнева и др.).

Рассматривая проявления дисграфии и дислексии, ученые предлагают различные классификации этих расстройств. Остановимся на наиболее известных из них.

Классификации дислексии

В основе классификации Р. Беккер лежит ***принцип учета проявлений и степени выраженности*** дислексии. В зависимости от этих критериев принято выделять два вида: *литеральную и вербальную дислексии*. Первая характеризуется выраженными трудностями в усвоении букв, вторая проявляется в специфических затруднениях при чтении слов.

Другая классификация опирается на ***принцип учета нарушений работы анализаторных систем*** (О. А. Токарева). Исходя из этого принципа, автор выделят акустическую, оптическую и моторную формы дислексии.

Акустическая форма, являясь наиболее распространенной, характеризуется недифференцированностью слухового восприятия, вследствие чего дети с трудом соотносят буквы с соответствующими звуками, не различая последние. Впоследствии это приводит к трудностям слияния букв в слоги, слова, что препятствует в целом процессу чтения.

Оптическая форма дислексии характеризуется неполноценностью зрительного восприятия и представлений, что приводит к нечеткому формированию зрительного образа буквы. Результатом этого является смешение букв по оптико-пространственным и графическим признакам, нарушение зрительного узнавания слов при чтении.

Моторная форма дислексии обусловлена затруднениями в движении глаз при чтении, что проявляется в сужении зрительного поля, потере строки или слов при чтении и проч.

Изучение механизма дислексии позволило Р. И. Лалаевой [17] углубить концептуальный подход к обозначенной проблеме, заложенный М. Е. Хватцевым, и выделить следующие ***виды дислексии с учетом нарушенных операций:*** фонематическую, семантическую, аграмматическую, мнестическую, оптическую и тактильную дислексию.

Фонематическая дислексия обусловлена недостаточностью фонематической системы языка. При этом патологические проявления могут быть выражены двояко. Во-первых, это нарушения чтения, связанные с недоразвитием фонематического восприятия, когда вследствие нарушенной дифференциации фонем происходят трудности усвоения соответствующих букв (например, замены букв, соответствующих плохо различаемым звукам [ш] — [с], [с] — [ц]). Во-вторых, фонематическая дислексия может быть следствием недостаточной сформированности операций фонематического анализа, что приводит к побуквенному чтению, искажению слоговой структуры слова в процессе чтения (книжка — *книжа*).

Семантическая дислексия, иногда называемая «механическим чтением», характеризуется нарушенным пониманием прочитанного материала (слов, предложений, текстов). Типичным для этой формы является относительная сохранность технической стороны чтения, тогда как смысл прочитанного остается детям недоступным. При этом нередко дети читают по слогам, но не могут соединить прочитанные слоги в слово и понять, о чем шла речь в предложении или тексте. Нарушение понимания прочитанного может быть вызвано трудностями звуко-слогового синтеза, неточностью представлений о синтаксических связях слов, недостаточной сформированностью грамматических обобщений.

Аграмматическая дислексия проявляется в специфических ошибках чтения, связанных с недоразвитием у детей грамматического строя языка. Таковыми ошибками могут быть неправильные падежные, родовые и другие категориальные окончания в словах при согласовании существительных с прилагательными, глаголами, местоимениями и т. д. (чистил зубу, Маша видел, яблака красная и т. д.). Чаще всего аграмматическая дислексия наблюдается у детей с общим недоразвитием речи.

Мнестическая дислексия вызвана нарушенными процессами памяти, связанными с установлением связи между звуком и буквой. Вследствие этого дети допускают замены букв, не могут воспроизвести их последовательность, при чтении пропускают как отдельные буквы, так и целые слова. Это приводит к нарушенному пониманию прочитанного.

Оптическая дислексия характеризуется смешением букв, схожих по оптико-пространственным и графическим элементам (Т — Г, И — Ц и т. д.). Возможно смешение букв, отличающихся дополнительными элементами (Р — В, Г — Т) или букв, состоящих из одинаковых элементов, но различно расположенных в пространстве (Р — Ь, П — И — Н). При этом проявления оптической дислексии могут быть двух видов: при чтении изолированных букв и при чтении целых слов.

Тактильная дислексия наблюдается у слепых детей при овладении ими азбукой Брайля. В процессе тактильно воспринимаемых букв эти дети смешивают по количеству и расположению точек, составляющих буквы.

Классификация дисграфии

Исходя из разных научных взглядов на природу дисграфии, исследователи предлагали различные виды классификации этого нарушения (М. Е. Хватцев, О. А. Токарева, Р. И. Лалаева, А. Н. Корнев, Т. В. Ахутина, А. Л. Сиротюк). Так, О. А. Токарева, опираясь на ***принцип учета преимущественного нарушения того или иного анализатора***, выделяла три вида дисграфии: акустическую, оптическую и моторную.

При *акустической дисграфии* недостаточность слуховых образов фонем сопряжена с неточностью их дифференциации, нарушением фонематического восприятия, вследствие чего у детей затруднено формирование операций звукового анализа и синтеза. На письме это проявляется в смешениях, пропусках и заменах букв, соответствующих трудно различаемым звукам (сходным по артикуляции и звучанию).

Оптическая дисграфия вызывается неточностью и неустойчивостью зрительных представлений и образов, что приводит к трудностям опознания букв и их запоминания. В связи с этим ребенок в процессе письма смешивает схожие по написанию и пространственным признакам буквы, имеющие, например, общие графические элементы (Ш — Ц — И, Б — В, и т. д.).

Моторная дисграфия характеризуется двигательными трудностями в процессе письма, обусловленными несовершенством двигательного анализатора. В связи с этим у ребенка неточно формируется связь между зрительным, моторным образом буквы и соответствующими движениями при ее написании.

Анализ механизмов дисграфии с позиций психофизиологического подхода позволил М. Е. Хватцеву, Р. Е. Левиной и другим исследователям рассматривать нарушения письма во взаимосвязи с ***недостаточ-***

ностью речеязыкового развития детей. М. Е. Хватцев [11, 17] выделил следующие виды дисграфии:

— *на почве акустической агнозии и дефектов фонематического слуха,* обусловленную недифференцированностью слухового восприятия звукового состава слова, недостаточностью фонематического анализа; приводит к пропускам, перестановкам, заменам букв;

— *на почве расстройств устной речи,* возникающую при неправильном звукопроизношении и имеющую проявления в виде замен и пропусков букв, соответствующих нарушенным звукам, на письме;

на почве нарушений произносительного ритма, связанную с недостаточностью слухоречевого ритма; имеет проявления в виде пропусков букв, соответствующих гласным звукам, слогов и окончаний слов;

— *оптическая дисграфия,* при которой нарушено формирование зрительных образов букв, слов (литеральная и вербальная оптическая дисграфия соответственно). При литеральной оптической дисграфии наблюдаются искажения и замены изолированных букв. При вербальной оптической дисграфии отдельное написание букв сохранно, но слова пишутся с грубыми ошибками в связи с трудностями формирования зрительного образа целого слова.

— *дисграфия при моторной и сенсорной афазии* обусловлена соответствующими нарушениями головного мозга, приводящими к расстройствам устной речи и письменноречевой деятельности.

Дальнейшие тенденции развития логопедии как науки обусловили понимание дисграфии в неразрывной связи с недостаточностью высших психических функций, с неполноценностью языковых операций письма (Р. Е. Левина, Л. Ф. Спирова, Н. А. Никашина, Г. А. Каше, Р. И. Лалаева, В. А. Ковшиков, Г. В. Чиркина).

Классификация дисграфии, разработанная Р. И. Лалаевой и сотрудниками кафедры логопедии РГПУ им. А. И. Герцена, базируется на ***принципе учета несформированности определенных операций письма***. В рамках этой классификации автор выделяет следующие виды: артикуляторно-акустическая, на основе нарушений фонемного распознавания, на почве нарушений языкового анализа и синтеза, аграмматическая и оптическая дисграфия.

Артикуляторно-акустическая дисграфия обусловлена неполноценностью кинестетических ощущений и представлений, сопряженных с трудностями дифференциации звуков. По мнению Р. И. Лалаевой, «ребенок пишет так, как проговаривает», и, опираясь на неправильное проговаривание, отражает свое дефектное произношение на письме. Артикуляторно-акустическая дисграфия характеризуется наличием на письме пропусков, замен букв, которые в ряде случаев могут быть

соотносимы с заменами и пропусками звуков, отмечаемыми в устной речи ребенка. При этом не следует ожидать полного совпадения нарушений устной и письменной речи ребенка. В ряде случаев специфические пропуски и замены букв остаются и после того, как недостатки звукопроизношения уже устранены. Примером таких ошибок могут служить следующие варианты ошибочного написания: «*ак* — рак, *капля* — цапля, *ковова* — корова», «*кассная* — классная», «*тяйник* — чайник» и т. д.

Дисграфия на основе нарушений фонемного распознавания (дифференциации фонем) встречается, как правило, у детей с сохранным произношением звуков, тем не менее испытывающих заметные затруднения в дифференциации на слух (изолированно и в составе речи) как отдельных звуков, так и целых фонетических групп. При этом на письме наблюдаются замены букв, соответствующих фонетически близким звукам: свистящим — шипящим, свистящим — аффрикатам, твердым — мягким согласным и т. д. В этом случае происходят замены таких букв, как *ц* — *с*, *ч* — *щ*, *ц* — *т*, а также ошибки в употреблении мягкого знака, служащего для обозначения на письме мягких согласных: «*ета* — еда, *бапочка* — бабочка, *конки* — коньки, *сима* — зима» и проч.

В связи с дискуссионностью научных взглядов относительно механизма распознавания фонем Р. И. Лалаева выделила подвиды дисграфии: акустическую (с преимущественным нарушением распознавания акустических признаков фонемы), кинестетическую (с преимущественной недостаточностью кинестетических признаков фонемы), фонематическую (связанную с фонематическим недоразвитием).

Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза характеризуется трудностями, возникающими при проведении операций языкового анализа и синтеза: делении предложений на слова, при фонематическом и слоговом анализе и синтезе. Типичными ошибками при этом виде дисграфии являются пропуски букв, соответствующих согласным звукам при их стечении, пропуски слогообразующих гласных, перестановки букв местами, нарушение структуры не только слова, но и предложения. В связи с этим могут встречаться случаи пропусков, перестановки, добавления слогов (*трапет* — портрет, *колса* — колбаса, *сутакан* — стакан и проч.). Трудности языкового анализа и синтеза приводят к нарушению деления предложения на слова, слитному написанию слов в предложении (*бавалядот* — баба Валя идет), слитному написанию предлогов со словом (*вполе* — в поле), раздельному написанию слова (*покра сил* — покрасил), отделению приставки от корня слова (*на ступила* — наступила) и проч.

Аграмматическая дисграфия связана с недостаточностью лексико-грамматического строя языка, в частности с неполнотой формирования морфологических и синтаксических обобщений. Этот вид дисграфии может проявляться на уровне слова, словосочетания, предложения и текста. В связной письменной речи у детей возникают серьезные трудности в установлении логических и языковых связей между словами в предложениях, предложениями в составе текста. Явления аграмматизма можно назвать типичными для данного вида дисграфии. На письме аграмматизмы фиксируются в виде ошибочного написания окончаний слов и других морфемных элементов (суффиксов, приставок — за исключением орфографических случаев), нарушенного согласования слов в предложении, ошибочного употребления на письме предлогов, нарушения конструкции предложения (пропуски, замены, перестановки слов внутри предложения) и т. д. Иллюстрацией подобных явлений могут служить следующие ошибки: *порисовал* — нарисовал, *ложил* — расположил, *пингвинок* — пингвиненок, *около ним* — около него, *два рукавы* — два рукава, *синяя неба* — синее небо, *птица летала под деревом* — птица летала над деревом, *в саде покопали землю* — в саду вскопали землю и т. п.

Оптическая дисграфия обусловлена недоразвитием процессов зрительного гнозиса, анализа и синтеза, что приводит к трудностям распознавания графической информации, неточности пространственных представлений. В связи с этим наиболее часто при этом виде дисграфии встречаются ошибки, связанные с неправильным написанием или заменой рукописных букв, имеющих схожие оптико-пространственные и графические признаки (литеральная дисграфия). К таковым можно отнести ошибки в написании букв, включающих в себя одинаковые элементы в различном их пространственном расположении, либо букв, имеющих дополнительные отличающие их элементы (*И — Ш, И — Ц, О — С, О — А, П — Т, Э — З*), а также так называемое зеркальное письмо (*С — Э*) и нарушения при соединении букв. При литеральной дисграфии нарушается распознавание даже изолированных букв; при вербальной дисграфии изолированные буквы воспроизводятся правильно, однако при написании слова наблюдаются замены и искажения букв оптического характера (*вуйки* — буйки, *ладка* — лодка).

Современные клинические и нейропсихологические взгляды на проблему дисграфии позволяют классифицировать ее во ***взаимосвязи нарушений письма с симптомами клинических расстройств и неравномерностью психического развития детей***. В связи с этим А. Н. Корневым [6] были выделены виды дисграфии: *дисфонологическая (парала-*

лическая и фонематическая), обусловленная нарушениями языкового анализа и синтеза, и *диспраксическая.*

Нейропсихологический анализ механизмов дисграфии позволил Т. В. Ахутиной [10] выделить виды трудностей письма *по типу регуляторной дисграфии,* обусловленной несформированностью произвольной регуляции действий; *по типу трудностей поддержания рабочего состояния активного тонуса коры больших полушарий; по типу зрительно-пространственной дисграфии.*

Дизорфография в настоящее время понимается как стойкое нарушение письма, связанное с недостаточной сформированностью морфологических и традиционных принципов письма, реализуемых на основании принятых в языке систем правил и исключений. Проявлениями дизорфографии считаются множественные и стойкие орфографические ошибки, присутствующие постоянно в разных видах письменных работ: *«галупка* — голубка, расдолье — раздолье, *удеил* — удивил, *рош* — рожь» и т. п. По мнению ученых, дизорфография — это особый вид нарушений письма, обусловленный неполноценным усвоением орфографических правил, неумением соотносить их друг с другом, низкой возможностью переноса усвоенных правил на аналогичный языковой материал, недостаточностью чувства языка (Р. И. Лалаева, И. В. Прищепова, А. Н. Корнев, М. Н. Русецкая и др.).

Следует отдельно уточнить ***критерии,*** определяющие наличие нарушений письма. Большинство ученых придерживаются мнения, что таковыми можно считать:

— *специфичность ошибок,* указывающих на несформированность фонетических и морфологических принципов письма;

— *частотность ошибок,* определяемую их достаточно постоянным и большим количественным соотношением относительно правильных вариантов написания;

— *стойкость ошибок,* демонстрируемых их постоянным проявлением в разных видах письменных работ в течение долгого времени.

Дисграфия и дислексия, особенно в сочетании с дизорфографией, приводят к школьной неуспеваемости учащихся с подобными проявлениями. Нередко нарушения чтения и письма у таких детей сопровождаются специфическими расстройствами в формировании счетных операций, т. е. **дискалькулией**. В тяжелых случаях у пациентов может наблюдаться и **акалькулия** как полная неспособность к проведению счетных операций. В качестве наиболее распространенных симптомов дискалькулии исследователи называют трудности в понимании и употреблении понятий и терминов, связанных с математическими

операциями, недостаточность пространственных ориентировок и их словесных обозначений, непонимание математических правил и неумение их использовать (в том числе, переносить аналогическим способом на новый материал), несформированность средств и способов выполнения арифметических действий и операций и проч.

Классификации дискалькулии отражают различие научных взглядов на этиопатогенез данного нарушения. Так, дискалькулии можно подразделять на *врожденные и приобретенные* (С. С. Мнухин); *первичные и вторичные* (Н. Граньон-Галифрет, Дж. Айюриагерра, Л. С. Цветкова и др.). В то же время существующая классификация Л. Косч (L. Kosc) оказывается наиболее явно перекликающейся с нейропсихологическим пониманием природы дискалькулии, отраженной в трудах отечественных и зарубежных ученых (А. Гермаковска, Р. И. Лалаева, А. Н. Корнев, Ю. Г. Демьянов, Л. С. Цветкова и др.). Согласно этой классификации дискалькулии можно подразделять на:

— *вербальную,* проявляющуюся в трудностях понимания и употребления в речи словесных обозначений математических понятий, действий и явлений;

— *практогностическую,* обусловленную несформированностью (расстройством) системы счисления предметов и их символических обозначений;

— *дислексическую,* связанную с нарушенным прочтением математических знаков и символов;

— *графическую,* определяющуюся по нарушенной записи математических знаков и символов, ошибочному воспроизведению геометрических фигур;

— *операциональную,* проявляющуюся в нарушенном выполнении математических операций.

Принято считать, что механизмы и симптоматика дискалькулии сложны и неоднозначны, в связи с чем определение того или иного отдельного вида данного нарушения в каждом конкретном случае могут быть затруднительны. Полиэтиологический характер расстройств счетных операций чаще всего приводит к наличию проявлений различных видов дискалькулии, возможно, с определенными преимущественно выраженными симптомами.

Обследование детей с нарушениями письма и чтения

Обследование детей с дислексией, дисграфией и дизорфографией можно условно разделить на несколько содержательно-организационных блоков (А. Н. Корнев, Р. И. Лалаева, Р. Е. Левина, А. В. Яст-

ребова, Т. П. Бессонова, О. Б. Иншакова, М. Н. Русецкая, Е. А. Логинова, С. Ю. Горбунова и др.). Такое логопедическое обследование в виде нескольких иерархически выстроенных диагностических блоков позволяет наиболее полно проанализировать структуру дефекта и его проявления.

• Анамнестический блок включает в себя сбор данных о раннем речевом и неречевом развитии ребенка, сведения о состоянии здоровья ребенка от разных специалистов (невролога, педиатра, оториноларинголога, дошкольного логопеда), информацию о статусе семьи, где воспитывается ребенок, о наличии жалоб на речь и т. д.

• Блок обследования неречевых функций объединяет сведения о состоянии пространственных и зрительных ориентировок, внимания, памяти, разных видов восприятия, сформированности эмоционально-волевой сферы, мыслительных операций, возможностей общей, мелкой и артикуляционной моторики.

• Блок обследования фонематических процессов и степени сформированности операций языкового анализа и синтеза (с вариативными заданиями в зависимости от возраста обследуемых детей).

• Блок обследования понимания речи включает информацию о том, насколько ребенок может понять и интерпретировать (пояснить, показать) отдельные слова, предложные конструкции, тексты.

• Блок обследования устной речи представляет информацию о состоянии компонентов языковой системы: фонетики, лексики, грамматики, а также связной речи.

• Блок обследования письменной речи; в зависимости от возраста школьника и требований школьной программы может объединять результаты изучения разных видов письменно-речевой деятельности ребенка: диктантов, изложений, сочинений, а также навыков слитного послогового чтения, качества понимания прочитанного материала, способности обнаружить и исправить собственные ошибки и т. д.

Результаты обследования фиксируются в индивидуальной речевой карте ребенка и сопровождаются (по возможности) конкретными примерами, подтверждающими выявленные нарушения. Завершается речевая карта итоговым заключением, соответствующим принятым в логопедии классификациям речевых нарушений. При выявлении речевого нарушения учитель-логопед отражает в речевой карте соответствующие рекомендации и направления работы по преодолению выявленных недостатков устной и письменной речи.

Профилактика дисграфии, дизорфографии и дислексии

Педагогическая работа по предупреждению дисграфии, дислексии и дизорфографии осуществляется в тесной взаимосвязи с основными направлениями развития ребенка в целом. Поскольку изучаемые нарушения диагностируются в школьном возрасте, можно и нужно начинать соответствующую пропедевтическую работу уже в дошкольном периоде детства либо, при отсутствии таких возможностей, с первых лет обучения в школе, не откладывая столь важные направления педагогического воздействия на более поздний срок. В соответствии с указанными выше причинами нарушения письменной речи, их предупреждение осуществляется по следующим основным направлениям:

- Развитие зрительного и слухового восприятия, пространственных представлений, двигательных реакций и графических умений и навыков.
- Развитие психических функций (разных видов восприятия, внимания, памяти, воображения).
- Развитие интеллектуальных способностей (мыслительных операций сравнения, сопоставления, сериации, классификации, обобщения, анализа и синтеза).
- Развитие эмоционально-волевых предпосылок: мотивации к учебной деятельности, умения планировать свою деятельность, контролировать ход ее выполнения и конечный результат; умения обнаруживать ошибки в процессе деятельности, исправлять их, пользуясь помощью взрослых и сверстников, а затем и самостоятельно.
- Развитие всех сторон устной речи (звукопроизносительной, лексико-грамматической, а также связной речи), совершенствование фонематического слуха и восприятия и на их основе формирование базовых операций звукового анализа и синтеза (вычленение начального гласного и согласного звука в слоге, слове, определение наличия заданного звука в слове, вычленение конечного гласного/согласного звука в слове, умение соединить два звука в ряд, в слог, умение соединить два слога в слово и т. д.).
- Овладение элементами грамоты (овладение буквами как графическим обозначением звуков, слияние этих букв в слоги, слова; их чтение и печатание; преобразование слов за счет замены 1—2 букв и проч.).

В настоящее время работа по профилактике дисграфии, дизорфографии и дислексии наиболее успешно осуществляется в рамках логопедической работы с детьми, имеющими фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи. Многолетнее внедрение в России соответствующих коррекционных программ и технологий работы с эти-

ми детьми (Г. А. Каше, Г. В. Чиркина, Т. Б. Филичева, Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова, Т. В. Туманова и др.) и анализ результативности доказали эффективность системного и комплексного подхода к реализации профилактических направлений в работе логопеда. Сформулированные в коррекционных программах направления и приемы соответствующей работы направлены на оптимизацию состояния не только речевых, но и неречевых процессов, что в целом обеспечивает активный процесс подготовки детей с нарушениями речи к овладению письменной речью.

Профилактические направления работы могут осуществляться не только учителем-логопедом, но и другими специалистами, работающими в образовательном учреждении при условии соответствующей их подготовки. При этом логопед опирается на содержание коррекционной программы комплексной или парциальной (например, программы для детей с фонетико-фонематическим или общим недоразвитием речи), а другие педагоги — на содержание общеобразовательной программы для детей дошкольного возраста. Данные виды программ, учитывающие основные закономерности гармоничного развития ребенка дошкольного возраста, находятся в тесном взаимодействии и дополняют друг друга. Таким образом, логопед реализует вышеуказанные направления работы на своих индивидуальных, подгрупповых и групповых занятиях, а другие педагоги — на занятиях и во внеучебное время (во время режимных моментов, на прогулках, в вечернее время и т. д.).

Профилактика дискалькулии, в свою очередь, перекликается с теми направлениями работы, которые уже были ранее представлены как предупреждение нарушений письма и чтения. В то же время следует обозначить те специальные разделы работы, которые будут способствовать полноценному развитию счетных и сопутствующих им операций и действий, а именно: формирование сенсорных эталонов, развитие оптико-пространственных и двигательных ориентировок, своевременное развитие чувства ритма, обучение навыкам счета с использованием дополнительных материализованных опор, совершенствование речевых средств для обозначения математических понятий, действий и явлений и проч.

Преодоление дислексии, дисграфии и дизорфографии

Преодоление нарушений письма и чтения осуществляется учителем-логопедом у детей преимущественно младшего школьного возраста. Предваряет эту работу широкомасштабное обследование речевых

и неречевых возможностей детей, позволяющее выявить наиболее слабые звенья в развитии соответствующих предпосылок. Как следствие, логопед определяет наличие дисграфии, дизорфографии, дислексии, их причины, проявления и вид. Это, в свою очередь, позволяет наметить грамотную стратегию коррекционной помощи таким детям, отражая ее и в индивидуальном, и в групповом видах календарного планирования.

Традиционные основные направления логопедической помощи детям с дисграфией или дислексией изложены в работах авторов (Ф. А. Рау, М. Е. Хватцев, Р. М. Боскис, Р. Е. Левина, О. А. Токарева, Р. Шуйфер, Л. Ф. Спирова, А. В. Ястребова, Т. П. Бессонова, Р. И. Лалаева, Г. В. Чиркина, А. Н. Корнев, И. Н. Садовникова, Л. Н. Ефименкова, М. Н. Русецкая, О. Б. Иншакова, Н. В. Серебрякова, Е. А. Логинова, И. А. Прищепова и др.). Классические подходы к преодолению нарушений письменной речи отражены в работах Р. Е. Левиной, Р. И. Лалаевой, А. В. Ястребовой. Так, А. В. Ястребова, развивая основные научные положения, обозначенные Р. Е. Левиной, предлагает три этапа коррекционной работы по устранению недостатков письма и чтения.

Первый этап — преодоление недостатков звуковой стороны речи. В рамках этого этапа происходит развитие фонематического слуха и восприятия, исправление неправильного звукопроизношения, формирование операций звукового и звукобуквенного анализа и синтеза.

Второй этап — преодоление несовершенств лексико-грамматического строя речи (уточнение значений слов, совершенствование операций словоизменения и словообразования, развитие понимания и навыков использования простых и сложных предлогов, формирование навыков построения простых и сложных предложений и проч.).

Третий этап — преодоление недостатков в связной речи. На этом этапе происходит работа по формированию навыков диалогической и монологической речи, овладение разными их видами (в том числе творческими); совершенствуются навыки использования различных языковых средств в процессе самостоятельного высказывания.

Р. И. Лалаева, исследовавшая глубинные механизмы нарушений письма и чтения, предлагает в зависимости от вида и проявлений этих нарушений дифференцированный подход к их преодолению.

При **фонематической дислексии, артикуляторно-акустической дисграфии и дисграфии** на основе нарушений фонемного распознавания логопедическая работа включает два основных этапа: предварительный — объединяющий направления работы над смешиваемыми звуками, этап слуховой и произносительной дифференцировки звуков.

При устранении **фонематической дислексии и дисграфии** на почве нарушения языкового анализа и синтеза коррекционная работа состоит из разделов по развитию слогового анализа и синтеза, а также — развитию фонематического анализа и синтеза.

Р. И. Лалаева подчеркивает, что **при аграмматической дислексии и дисграфии** главная задача логопедической работы состоит в том, чтобы преодолеть у ребенка импрессивный и экспрессивный аграмматизм, сформировать морфологические и синтаксические обобщения. Основными направлениями работы при этом называются: уточнение структуры предложения, формирование навыков словообразования и словоизменения, формирование операций морфемного анализа и работа с однокоренными словами.

При устранении **оптической дислексии и дисграфии** коррекционная работа охватывает направления, связанные с развитием зрительного восприятия, гнозиса, памяти, формированием пространственных ориентировок и представлений, развитием зрительного анализа и синтеза.

Вышеназванные подходы в преодолении дисграфии и дислексии у детей младшего школьного возраста реализуются не изолированно, а в контексте общей стратегии коррекционной работы по устранению у них недостатков устной речи. При этом учитель-логопед четко ориентирован на содержание школьной программы и образовательные стандарты нового поколения, что позволяет расширять и оптимизировать содержательный и организационный аспекты логопедической работы, беря за основу уже ставшие достаточно классическими учебно-методические и практические пособия Р. И. Лалаевой, Н. В. Серебряковой, Л. Н. Ефименковой, И. Н. Садовниковой, О. Б. Иншаковой и др. В работах этих и других авторов широко представлены задания, упражнения, направленные на уточнение, совершенствование, детализацию лексико-грамматического строя языка, связной речи, повышение эффективности усвоения фонетического оформления речи, создание, таким образом, необходимых предпосылок для грамотного письма и чтения, и, впоследствии, заданий, направленных на овладение навыками нормативного письма и чтения.

Преодоление дизорфографии также требует реализации вышеобозначенных задач, однако имеет ряд специфических направлений, связанных с формированием навыков морфемного (в том числе словообразовательного) видов анализа, развитием слухоречевой памяти, умения обнаруживать орфограммы и определять их типы (так называемая орфографическая зоркость), навыков переноса усвоенных правил на аналогичный языковой материал и проч.

Вышеназванные подходы в преодолении дисграфии, дислексии и дизорфографии у детей младшего школьного возраста реализуются не изолированно, а в контексте общей стратегии коррекционной работы по устранению у них недостатков устной речи. При этом учитель-логопед должен быть четко ориентирован на содержание школьной программы и образовательные стандарты. Однако можно расширить и оптимизировать содержательный и организационный аспекты логопедической работы, беря за основу уже ставшие достаточно классическими учебно-методические и практические пособия авторов Р. И. Лалаевой, Н. В. Серебряковой, Л. Н. Ефименковой, И. Н. Садовниковой, О. Б. Иншаковой, Г. Г. Мисаренко и др. В работах этих авторов широко представлены задания и упражнения, способствующие развитию связной речи, ее лексико-грамматического строя и фонетического оформления, что создает необходимые предпосылки для овладения навыками нормативного письма и чтения.

Преодоление нарушений письма и чтения происходит наиболее эффективно при условии соблюдения комплексного подхода и сочетанного применения традиционных и инновационных форм работы. В связи с этим можно говорить о целесообразности использования ***логопедических тренажеров*** типа «Дэльфа 142.1». Его программное обеспечение позволяет значительно расширить возможности логопедической работы при дисграфии, дизорфографии и дислексии. На первых этапах коррекционного воздействия тренажер позволяет уточнить восприятие речевых сигналов, сформировать правильность просодической стороны речи, улучшить фонематическое восприятие, а также звукобуквенный анализ и синтез. В дальнейшем логопедический тренажер помогает оптимизировать понимание и построение логико-грамматических конструкций, смысловую и техническую работу с разнообразными видами текстов. Такая работа дает устойчивый положительный эффект в ходе преодоления и предупреждения нарушений письма и чтения, в коррекции потенциально сопутствующих расстройств оптико-пространственных ориентировок, мнестических возможностей, фиксированности и переключаемости внимания. Учитывая комплексный характер проявлений речевых и неречевых симптомов при дисграфии, дизорфографии и дислексии, необходимо включать в логопедическую работу средства, оптимизирующие развитие зрительно-ориентировочных и моторно-координационных возможностей. Могут быть использованы ***столы для механотерапии*** с вариациями закрепленного на них оборудования, позволяющие в индивидуальном и групповом режимах выполнять коррекционные упражнения по вращению предметов, сжиманию-разжиманию шари-

ков и пружин, вкручиванию-выкручиванию болтов и гаек, вращению педалей одной/двумя конечностями. Выполнение этих упражнений, решая задачи моторного развития, в то же время позволяет совершенствовать внимание, память, познавательные возможности детей разного возраста. Важно стимулировать обязательное речевое сопровождение этих упражнений, обеспечивая таким образом преодоление недостаточности в понимании и употреблении приставочных глаголов, предложно-падежных конструкций. Комплексный подход к преодолению нарушений письма и чтения предусматривает возможности привлечения и других технологий, связанных, в том числе, с активной механотерапией, например, ***тренажерных комплексов типа Тера-Витал (Thera-Vital), роботизированных и компьютеризированных систем типа Тиросолюшен (Tyrosolution) в разных модификациях и вариантах (Диего, Амадео, Пабло или Тимо).*** Использование этих и подобных технологических решений позволяет преодолеть такие неречевые расстройства, которые связаны с нарушениями кровообращения, дефицитом двигательной активности, спастическим состоянием мышц, малой эластичностью суставов. При этом, в целом, оптимизируется состояние адекватных ориентировок в окружающем пространстве, схеме собственного тела, в горизонтальной и вертикальной плоскостях, улучшается готовность к графо-моторным действиям. В то же время, повышая речевую активность детей в ходе выполнения заданий на этих и подобных компьютеризированных комплексах (типа Хабилект), решаются важные для логопедического воздействия задачи активизации речи в процессе предметно-практической деятельности, совершенствования коммуникативной функции речи, закрепления ранее сформированных звукопроизносительных и лексико-грамматических навыков в составе самостоятельных высказываний. Такие формы работы, умело включаемые в общий ход коррекционно-развивающего процесса, положительно влияют на возможности речевого планирования детьми своей деятельности, на состояние речевого контроля и самоконтроля.

Методика логопедической работы по устранению нарушений письма и чтения

Механизмы нарушений письма и чтения имеют во многом взаимопроникающий характер, поэтому методика логопедической работы по их устранению включает общие разделы.

Развитие фонематического восприятия (дифференциации фонем) ***при устранении фонематической дислексии, артикуляторно-акустической дисграфии и дисграфии на основе нарушений фонемного распознавания.***

Формирование дифференциации звуков речи проводится с опорой на различные анализаторы: речеслуховой, речедвигательный, зрительный. Работу по дифференциации смешиваемых звуков начинают с использования сохранного зрительного восприятия, тактильных и кинестетических ощущений от органов артикуляции при произношении звуков речи.

Известно, что совершенствование слухопроизносительной дифференциации звуков осуществляется более успешно, если проводится во взаимосвязи с развитием фонематического анализа и синтеза, поэтому при развитии дифференциации фонем используются 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 1-м этапе последовательно уточняется артикуляция и восприятие на слух одного из пары смешиваемых звуков. Работа проводится в следующей последовательности: уточнение артикуляции и звучания данного звука с опорой на зрительное, слуховое, тактильное восприятие, кинестетические ощущения; выделение звука из слога; определение его наличия и места в слове (начало, середина, конец); определение позиции звука по отношению к другим звукам; выделение из предложения и текста.

На 2-м этапе проводится сравнение смешиваемых звуков в произносительном и слуховом плане. Основной целью данного этапа является различение данных звуков, поэтому используется речевой материал, который включает слова со смешиваемыми звуками.

При устранении артикуляторно-акустической дисграфии на начальных этапах выполнения письменных работ рекомендуется исключить проговаривание, так как в этом случае возможны ошибки на письме.

Развитие языкового анализа и синтеза при устранении фонематической дислексии и дисграфии на почве нарушения языкового анализа и синтеза

Логопедическая работа заключается в формировании у ребенка навыков анализа и синтеза языковых единиц:

- анализ и синтез предложения;
- слоговой анализ и синтез;
- фонематический анализ и синтез.

Развитие анализа и синтеза предложения

Логопедическая работа по развитию анализа и синтеза предложения направлена на формирование понятия о предложении как грамматически организованном соединении слов, обладающим смысловой и интонационной законченностью, а также умения определять количество, последовательность и место слов в предложении.

В процессе коррекционной работы используются следующие задания:

1. Определить границы предложения в тексте. Выделить предложение с определенным количеством слов из текста.

2. Придумать предложение по графической схеме, в котором длинные полоски означают целое предложение, а короткие — слова в нем.

3. Составить предложение по сюжетной картинке и определить количество слов. На начальном этапе работы предлагается анализ предложений без предлогов и союзов, а также выкладывание графической схемы предложений (*Мальчик бежит. Девочка читает книгу. Папа рубит дрова топором*).

4. Дифференциация предложения от других языковых единиц (слогов, слов, словосочетаний, ряда отдельных слов).

Задание: подними руку, если услышишь предложение.

Речевой материал: *со; солнце; луна и солнце; солнце светить яркое; Сегодня ярко светит солнце.*

5. Придумать предложение из слов, данных в беспорядке (синтез предложения). Например: *готовит, утром, мама, завтрак.*

6. Придумать предложение с определенным количеством слов (2, 3, 4, 5):

— по графической схеме;

— без опоры на графическую схему.

7. Придумать предложения с различным количеством слов, в котором есть заданное слово (например, слово *кошка*).

8. Распространять предложение, увеличивая количество слов. (*Маша рисует. Маша рисует картину. Маша рисует картину карандашами*).

9. Определять место слова в предложении (какое по счету указанное слово).

10. Поднять цифру, соответствующую количеству слов в предложении (2, 3, 4, 5) на основе слухового восприятия текста.

Развитие слогового анализа и синтеза

В процессе овладения письменной речью большое значение имеет способность анализировать слово на составляющие его слоги. На первом этапе формирование слогового анализа осуществляется с исполь-

зования вспомогательных приемов, в дальнейшем слоговой анализ и синтез проводится с опорой на громкую речь и, наконец, во внутреннем плане на основе слухопроизносительных представлений.

При формировании слогового анализа с опорой на вспомогательные средства предлагается, например, отхлопать или отстучать слово по слогам.

В процессе развития слогового анализа необходимо сформировать умение 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. На этапе анализа слогового состава слова с опорой на гласные проводится предварительная работа по дифференциации гласных и согласных звуков.

Уточняется представление о гласных и согласных звуках, об основных различительных признаках гласных и согласных (по способу артикуляции и звучанию). Для закрепления материала логопед называет последовательно звуки, дети поднимают красный флажок, если услышат гласный звук, и синий, если определят согласный звук.

Затем проводится работа по выделению гласных звуков из слога и слова. Первоначально предлагаются односложные слова *(ус, да, дом, стул, волк)* затем предъявляются для анализа двух- и трехсложные слова.

Для закрепления навыков слогового анализа и синтеза используются следующие задания:

1. Произнести слово по слогам. Определить количество слогов.
2. Определить количество слогов в предложенных словах. Поднять соответствующую цифру.
3. Работа с графическими схемами, где длинная полоска обозначает слово, а короткие — слоги в нем.
4. Выделить из предложения слова, состоящие из заданного количества слогов.
5. Разложить картинки в два ряда в зависимости от количества слогов в их названии.
6. Определить пропущенный слог в названии картинки.
7. Изменить порядок звуков в слоге. Назвать полученный слог.
8. Выделить первый (второй, третий) слог из слова, записать его. Объединить слоги в слово, прочитать полученное слово.
9. Составить слово из слогов, данных в беспорядке.

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. Эта форма анализа появляется спонтанно у детей дошкольного возраста. Следующей по сложности формой является вычленение первого и последнего звука из слова и определение его места (начало, середина, конец слова). Наиболее сложной формой фонематического анализа 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.

При планировании логопедической работы по развитию фонематического анализа и синтеза учитываются последовательность формирования указанных форм звукового анализа в онтогенезе, произносительные характеристики звука, положение звука в слове.

Наиболее успешно выделяются ударные гласные из начала слова *(улей, аист)*. Щелевые звуки, как более длительные, выделяются легче в начале слова *(сом, волк)*, выделение взрывных звуков проще, когда они находятся в конце слова *(кот, сок)*.

При развитии сложных форм фонематического анализа необходимо учитывать, что умственное действие проходит определенные этапы формирования, основными из которых являются: освоение действия с опорой на материализацию, затем — с опорой на громкую речь, далее — перенос его в умственный план (по П. Я. Гальперину) [11].

I этап — формирование фонематического анализа и синтеза с опорой на вспомогательные средства и внешние действия.

Первоначальная работа проводится с опорой на графическую схему слова, состоящую из определенного количества квадратов. По мере выделения звуков ребенок заполняет схему фишками. Таким образом создается наглядная модель слова, отражающая количество и последовательность звуков в данном слове.

II этап — формирование действия звукового анализа в речевом плане. Процесс фонематического анализа переводится в речевой план, без опоры на вспомогательные средства. Слово для анализа произносится вслух, определяются первый, второй, третий и последующие звуки, уточняется их количество.

III этап — формирование действия фонематического анализа в умственном плане. Определяется количество и последовательность звуков в слове, не называя слово (например, по картинке), не проговаривая его вслух, т. е. на основе представлений.

В процессе формирования навыков звукового анализа необходимо учитывать не только последовательность форм фонематического анализа, но и постепенное усложнение звуко-слогового состава слова.

Предлагается следующая последовательность речевого материала:

- слова из двух гласных: *ау, уа*;
- односложные слова, состоящие из обратного слога (*он, ус*), из прямого открытого слога (*му, да*);
- односложные слова, состоящие из закрытого слога (*дом, нос*);
- двусложные слова, состоящие из двух открытых слогов (*каша, розы*);
- двусложные слова, состоящие из открытого и закрытого слогов (*сахар, лужок*);
- односложные слова со стечением согласных в начале слова (*стол, врач*);
- односложные слова со стечением согласных в конце слова (*волк, порт*);
- двусложные слова со стечением согласных в середине слова (*сумка, ослик, карман* и др.);
- двусложные слова со стечением согласных в начале слова (*крыша, слива* и др.);
- двусложные слова со стечением согласных в начале и в середине слова (*клумба, плотник* и др.);
- трехсложные слова (*радуга, бабушка, картина* и др.).

На начальных этапах работы по развитию фонематического анализа используются проговаривание слов, графические схемы. Однако конечной целью логопедической работы является формирование действий фонематического анализа интегрированно, без опоры на внешние вспомогательные символы.

Коррекционная работа по устранению аграмматической дислексии и дисграфии

Основной задачей коррекционной работы при устранении аграмматической дислексии и дисграфии является формирование у ребенка обобщающих представлений о морфологической структуре слова и о структуре предложения, развитие навыка морфологического анализа слов.

В своей работе логопед должен учитывать сложность структуры предложения и последовательность появления его различных типов в онтогенезе. Сначала проводится анализ предложений, состоящих из существительного в именительном падеже и глагола 3-го лица настоящего времени *(Машина едет)*, затем других типов двусоставных предложений *(Это дерево. Дерево большое)* и, наконец, распространенных предложений, включающих 3—4 слова (например: *Мальчик рисует*

машину; Девочка гладит платок утюгом; Дети катаются на санках). В дальнейшем для анализа предлагаются более сложные предложения.

Полезной является работа по распространению предложения с помощью слов, обозначающих признак предмета: *Мама шьет дочке платье. — Мама шьет дочке красивое (новое, синее) платье.*

При построении предложения большое значение имеет опора на внешние схемы и 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.

Первоначально детям объясняется метод составления предложения по наглядным схемам на материале 1—2 предложений. Например, предлагается картинка «*Девочка читает книгу*». С помощью вопросов определяется субъект *(девочка)*, предикат *(читает)*, объект действия *(книгу)*. Каждый из выделенных элементов обозначается символами, которые соотносятся непосредственно с предметами и действиями, изображенными на картинке.

Предлагаются различные графические схемы предложений из трех элементов *(Мальчик моет руки)*, из четырех элементов *(Девочка гладит платье утюгом)*.

Для закрепления представлений о структуре предложения предлагаются следующие задания:

— подбор предложений к данной графической схеме;

— запись предложений под соответствующей схемой (предлагается выбор из двух схем);

— самостоятельное составление предложений по данной графической схеме;

— формирование обобщенного представления о структуре предложений, соответствующих единой графической схеме.

После знакомства с несколькими типами предложений рекомендуется выбрать среди предложений те, которые имеют одинаковое обобщенное грамматико-смысловое значение с предложенным для образца. Например, среди предложений (*Мальчик читает книгу; Девочка ловит бабочку; Дети гуляют на улице*). Найти сходные по структуре и обобщенному смыслу с предложением *Девочка рвет цветы* (кто-то выполняет какое-то действие с предметом).

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. Наиболее трудным разделом является работа над предложно-падежными конструкциями, обозначающими пространственные отношения.

При планировании работы над предложно-падежными конструкциями должна учитываться последовательность появления предлогов в онтогенезе у ребенка с нормальным речевым развитием.

На первом этапе уточняется понимание предлогов в импрессивной речи с использованием действий с предметами, картинок и графических схем. Значение каждого предлога отрабатывается отдельно, затем проводится дифференциация предлогов с противоположным значением. Для закрепления дифференциации предлогов используются различные задания по графическим схемам: подобрать картинки к схеме, воспроизвести движение по заданной схеме; назвать предлог по демонстрации движения; назвать предлог по схеме.

Задания по развитию функции словоизменения и словообразования даются как в устной, так и в письменной форме.

Закрепление навыков 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 послоговом чтении, необходимо проводить работу по развитию звуко-слогового синтеза. Одновременно проводится работа над пониманием прочитанных слов, предложений, текста.

Рекомендуются следующие виды заданий:

1. Прочитать слово и показать соответствующую картинку, выполнить действие, ответить на вопрос.

2. Прочитать предложение и показать соответствующую картинку.

3. Выбрать из текста предложение, соответствующее содержанию картинки.

4. Найти в тексте ответ на заданный вопрос.

5. Прочитать предложение и ответить на вопрос по его содержанию.

При устранении семантической дислексии важное место занимает работа по систематизации лексической системы: активизация и расширение словаря; уточнение значения слов; формирование словообразовательных операций.

Данное направление логопедического воздействия включает уточнение контекстуального значения слов, включение слов в словосочетания и предложения, работа с текстами различной степени сложности.

Коррекционная работа по устранению оптической дислексии и дисграфии

В основе оптической дислексии и дисграфии лежат трудности оптического и оптико-пространственного анализа, нарушения зрительного внимания и памяти, недоразвитие пространственных представлений.

Коррекционная работа проводится в следующих направлениях:

• Развитие зрительного восприятия, узнавания цвета, формы и величины предметов (зрительного гнозиса), расширение объема зрительной памяти (развитие зрительного мнезиса).

• Развитие пространственных представлений:

— дифференциация правых и левых частей тела;

— ориентировка в окружающем пространстве;

— формирование речевых обозначений пространственных отношений.

• Развитие зрительного анализа и синтеза изображений, фигур и букв.

• Определение сходства и различия между графически сходными буквами. Дифференциация смешиваемых букв изолированно, в слогах, словах, предложениях и текстах.

С целью развития зрительного восприятия и зрительной памяти рекомендуются различные задания: назвать контурные изображения предметов, перечеркнутые контурные изображения, выделить контурные изображения, наложенные друг на друга.

Одновременно проводится работа по уточнению представлений детей о форме, цвете, величине. Логопед выставляет различные геометрические фигуры (круг, овал, квадрат и т. п.), 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. Используются задания на соотнесение формы фигур и реальных предметов (круг — обруч, овал — слива, треугольник — крыша дома, полукруг — месяц и др.), а также цвета фигур и реальных предметов.

В процессе работы по развитию пространственных представлений необходимо учитывать особенности и последовательность формирования пространственных представлений в онтогенезе, психологи-

ческую структуру зрительно-пространственного гнозиса и праксиса, уровень сформированности данных функций у детей с дислексией и дисграфией.

Развитие пространственных ориентировок начинается с различения правой и левой руки. После уточнения речевых обозначений правой и левой руки переходят к дифференциации других правых и левых частей тела ребенка: правой и левой ноги, правого и левого уха, глаза и др.

Далее проводится работа по определению пространственного расположения предметов по отношению к ребенку. (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.

Для определения пространственных соотношений между 2—3 предметами или изображениями дети выполняют задания по инструкции логопеда (положить ручку справа от тетради, карандаш слева от книги; сказать, находится ручка по отношению к тетради — справа или слева, где находится карандаш по отношению к книге — справа или слева).

Формирование речевых обозначений пространственных отношений осуществляется параллельно с развитием пространственных представлений.

В русском языке пространственные отношения обозначаются наречиями со значением местонахождения *(справа, слева, вверху)* и направления движения *(вверх, вниз, направо)*; конструкциями с предлогами *(в, на, под, над)*.

При планировании работы над предложными конструкциями сначала отрабатываются предлоги с конкретным значением *(в, на, под, над)*, а затем более сложные по значению.

Коррекционная работа по устранению оптической дислексии и дисграфии включает *развитие зрительного анализа и синтеза букв*. Предлагаются задания на узнавание букв: найти определенную букву среди ряда других букв; соотнести буквы, выполненные печатным и рукописным шрифтом, разным цветом, на разном фоне; назвать или написать буквы, перечеркнутые дополнительными линиями; определить буквы, расположенные неправильно; обвести контуры букв; добавить недостающий элемент; выделить буквы, наложенные друг на друга; составить буквы из элементов и т. п.

Большое внимание при устранении оптической дислексии и дисграфии уделяется уточнению и дифференциации графически сходных букв. Для закрепления оптических образов букв их соотносят со сход-

ными предметами и изображениями: У — уши, О — обруч, Г — гусь, Д — дом, Ж — жук.

На логопедических занятиях проводится сравнение смешиваемых букв на основе использования различных анализаторов (слухового, речедвигательного, зрительного).

Работа над дифференциацией букв проводится в следующей последовательности: различение изолированных букв, затем различение букв в слогах, словах, в предложениях, тексте. Таким образом, устранение оптической дислексии и дисграфии осуществляется посредством системы приемов, направленных на развитие зрительного гнозиса, мнезиса, пространственных представлений и их речевых обозначений, развитие буквенного анализа и синтеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. М.; СПб., 2008.

2. Баряева Л. Б., Кондратьева С. Ю., Лопатина Л. В. Профилактика и коррекция дискалькулии у детей. СПб., 2015.

3. Величенкова О. А., Русецкая М. Н. Логопедическая работа по преодолению нарушений письма и чтения у младших школьников. М., 2015.

4. Ефименкова Л. П. Коррекция устной и письменной речи учащихся начальных классов: Пособие для логопеда. М., 2004.

5. Иншакова О. Б., Ахутина Т. В. Нейропсихологическая диагностика обследования письма и чтения младших школьников. М., 2008.

6. Корнев А. Н. Нарушения чтения и письма у детей. СПб., 2003.

7. Лалаева Р. И., Венедиктова Л. В. Нарушение чтения и письма у младших школьников. Диагностика и коррекция. Ростов-на-Дону; СПб., 2004.

8. Лалаева Р. И., Парамонова Л. Г., Шаховская С. Н. Логопедия в таблицах и схемах. М., 2009.

9. Левина Р. Е. Нарушения чтения и письма у детей: Избранные труды / Ред.-сост. Г. В. Чиркина, П. Б. Шошин. М., 2005.

10. Логинова Е. А. Нарушения письма: особенности их проявления и коррекции у младших школьников с ЗПР. СПб., 2004.

11. Логопедия. Методическое наследие / Под. ред. Л. С. Волковой. Кн. 2. Нарушения письменной речи. М., 2007.

12. Парамонова Л. Г. Дисграфия: диагностика, профилактика, коррекция. СПб., 2006.

13. Преодоление нарушений письменной речи: Учебно-методическое пособие / Под ред. Н. Н. Яковлевой. СПб., 2011.

14. Пришепова И. В. Дизорфография младших школьников: Учебно-методическое пособие. СПб., 2006.

15. Российская Е. Н. Методика формирования самостоятельной письменной речи у детей. М., 2005.

16. Садовникова И. Н. Нарушение письменной речи у младших школьников. М., 1995.

17. Хрестоматия по логопедии: в 2 т. / Под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селиверстова. М., 1997.

18. Ястребова А. В., Бессонова Т. П. Обучаем читать и писать без ошибок. М., 2015.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что обозначают термины «дисграфия» и «аграфия»?
2. Что обозначают термины «дислексия» и «алексия»?
3. Каковы основные проявления дисграфии?
4. Каковы основные проявления дислексии?
5. Дайте определение дизорфографии и ее проявлений.
8. Какие авторы занимались изучением и коррекцией нарушений письменной речи?
9. Каковы основные предпосылочные условия, определяющие готовность детей к овладению письмом и чтением?
10. Каковы критерии определения ошибок, свидетельствующих о нарушениях письма и чтения?
11. Каковы причины возникновения дисграфии, дизорфографии и дислексии?
12. Охарактеризуйте основные классификации и виды дисграфии.
13. Охарактеризуйте основные классификации и виды дислексии.
14. Каковы основные этапы и направления работы по преодолению дисграфии и дизорфогрфии?
15. Каковы основные этапы и направления работы по преодолению дислексии?
16. Охарактеризуйте основные направления и содержание работы по профилактике дисграфии, дислексии и дизорфографии.

РАЗДЕЛ III

Логопедическая работа при нарушениях интеллектуальной деятельности (умственной отсталости), сенсорных и двигательных дефектах, расстройствах эмоционально-волевой сферы

Глава 14

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ (интеллектуальными нарушениями)

Речь и мышление тесно связаны и взаимообусловлены. Особенности речи и их коррекция у детей с интеллектуальными нарушениями определяются состоянием высшей нервной деятельности и психики ребенка, обусловлены недоразвитием высших форм познавательной деятельности, конкретностью и поверхностью мышления, незрелостью эмоционально-волевой сферы, специфичностью поведения, замедленным развитием.

Ребенку с умственной отсталостью свойственна малая активность: он поздно начинает брать в руки предметы, разглядывать их, играть, действовать с ними, поэтому уже на первом году жизни у этих детей отмечаются неадекватные реакции на обращенную речь, которые проявляются в бедности звуковых комплексов, в их сниженной эмоциональной окраске, в отсутствии стремления к подражанию.

Речевое развитие дошкольников с умственной отсталостью существенно отличается от развития речи ребенка в норме. В отечественной и зарубежной специальной литературе отмечается, что такой ребенок овладевает речью значительно позднее своих нормально развивающихся сверстников. Все это свидетельствует о том, что отставание в развитии речи начинается у них с младенчества. У всех детей наблюдается снижение интереса к окружающему, безразличие, общая патологическая инертность, не возникает потребность в эмоциональной коммуникации со взрослыми, то есть отсутствует «комплекс оживления», ограничены совместные действия с окружающими. Не развивается жестовая форма общения, поэтому к раннему возрасту у ребенка

с интеллектуальными нарушениями оказываются несформированными необходимые предпосылки для развития речи: эмоциональное общение со взрослым, развитие артикуляционного аппарата, фонематического слуха, действия с предметами. Для большинства детей с интеллектуальными нарушениями развитие речи в дошкольном возрасте только начинается. Все это приводит к позднему и замедленному развитию речи у детей с интеллектуальными расстройствами.

Резкое отставание в речевом развитии наблюдается на всех стадиях развития речи: гуления, лепета, появления первых слов и фраз. Если в норме спонтанный лепет у детей возникает в период от 4 до 8 месяцев, то у детей с умственной отсталостью — в 1,5—2 года, а первые слова появляются не раньше 2,5—5 лет (в норме — от 10 до 18 месяцев) (И. В. Карлин, М. Стразулла). Значительное отставание отмечается у них и в формировании фразовой речи, при этом временной интервал между первыми словами и фразовой речью более длительный, чем у детей с нормальным речевым развитием.

По мнению С. Я. Рубинштейн [11], основными причинами специфического недоразвития речи детей с нарушениями интеллекта является «слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных связей во всех анализаторах». В связи с особенностью формирования речеслуховых связей ребенок с интеллектуальными нарушениями долго не различает фонемы, не разграничивает слова, произносимые окружающими, недостаточно точно и четко воспринимает интонацию.

Развитие моторики, в том числе и речевой, у них протекает также замедленно. Точность речевых движений обеспечивается двояким контролем: слуховым и кинестетическим, которые также оказываются неточными и несформированными.

В. Г. Петрова [10] выделяет комплекс многообразных факторов, обусловливающих нарушения, считая, что основной причиной аномального развития и речевых расстройств у умственно отсталых детей является недоразвитие познавательной деятельности.

Снижение уровня аналитико-синтетической деятельности в первую очередь проявляется в нарушении фонематического восприятия, затрудняющего дифференциацию звуков речи. Расстройство когнитивной 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 языковых обобщений, замедленно и качественно иначе, чем нормальные дети, они усваивают закономерности языка.

Ограниченность представлений об окружающем мире, слабость речевых контактов, незрелость интересов, снижение потребности в речевом общении приводят к замедленному и аномальному развитию речи у умственно отсталых детей. Наряду с этим имеют место и другие факторы, вызывающие у них патологию: аномалии в строении речевого аппарата, приводящие к ринолалии и механической дислалии, локальное органическое поражение подкорковых отделов головного мозга, вызывающие заикание и дизартрию.

Общая характеристика нарушений речи у детей с умственной отсталостью

Нарушения речи у детей с умственной отсталостью носят системный характер. У них оказываются несформированными все операции речевой деятельности: имеет место слабость мотивации, снижение потребности в речевом общении, грубо нарушено программирование речевой деятельности, создание внутренних программ речевых действий, реализация речевой программы и контроля за речью, сличение полученного результата с предварительным замыслом, его соответствие мотиву и цели речевой деятельности.

У детей с нарушением интеллекта задерживается не только развитие активной экспрессивной речи, но и отмечаются проблемы в импрессивной речи. Они значительно хуже своих нормальных сверстников понимают обращенную к ним речь. Часто высказывания окружающих не организуют их поведение, и дети не выполняют требования взрослых, так как не понимают их смысл. Фразы взрослых понимаются детьми с интеллектуальными нарушениями в одном варианте, постоянно встречающемся в речи. Часто дошкольники усваивают не значения каждого отдельного слова, входящего в инструкцию, а стереотип поведения в соответствующей, постоянно повторяющейся ситуации. Изменение хотя бы одного слова во фразе у большинства приводит к ее непониманию. Такая реакция характерна для нормально развивающихся детей в возрасте 11 месяцев. Все это свидетельствует о том, что ребенку с умственной отсталостью сложно вычленить из сплошного речевого потока педагога необходимую информацию, что приводит к быстрому утомлению и снижению внимания.

Известно, что нормально развивающиеся дети в 3—3,5 года могут по словесной инструкции выполнить практически любое физически

доступное им действие. Что же касается дошкольников с нарушением интеллекта, то в исследованиях, проведенных Н. Д. Соколовой, указывается на значительную затрудненность словесной регуляции их действий.

В. И. Лубовский утверждает, что дошкольники с интеллектуальными нарушениями могут выполнить простейшие задания, основанные на внешней речевой регуляции деятельности. По мере продвижения в общем развитии, расширении их словарного запаса у детей начинают вырабатываться связи и на словесные стимулы. Развивается побудительная функция речи. Простая словесная инструкция в сочетании с образцом, совместными действиями взрослого и ребенка помогает сконцентрировать его внимание, направить на деятельность.

В отдельных случаях у детей наблюдается сопровождающая речь, но совсем не формируется фиксирующая и планирующая функции. Сопровождающая речь часто производит впечатление не соотнесенной с содержанием игровых действий. Дошкольников трудно побудить к самостоятельным высказываниям. Их речевая активность резко снижена. В отличие от нормально развивающихся сверстников, они не ведут диалогов с куклами и не отражают в речи этапы совершаемых действий. В игре ребенка с нарушениями интеллекта наблюдается стереотипность, формальность действий, отсутствует замысел, не используются предметы-заместители. Таким образом, знаковая функция речи в игре этих детей не возникает. Низкий уровень развития игры не обеспечивает реализацию заложенных в ней возможностей, не может занять ведущее место и, следовательно, оказать воздействие на психическое развитие ребенка с отклонениями в умственном развитии.

Как показывают многочисленные наблюдения и практика, с точки зрения развития речи дети дошкольного возраста с умственной отсталостью представляют собой весьма неоднородную категорию. Среди них имеются дети, совсем не владеющие речью; дети, владеющие небольшим объемом слов и простых фраз; дети с формально развитой речью. Но всех их объединяет оторванность речи от деятельности, с одной стороны, и привязанность к ситуации — с другой стороны.

Своеобразие недоразвития речи выражается в резком снижении речевой активности, неумении выражать свои мысли, впечатления, чувства, желания. Существенно страдают все функции речи: регулирующая, планирующая, познавательная, коммуникативная.

При умственной отсталости в различной степени нарушены операции и уровни (смысловой, языковой и сенсомоторный) порождения речевого высказывания. Наиболее несформированными оказываются высокоорганизованные, сложные уровни (смысловой и языковой),

требующие высокой степени сформированности операций анализа, синтеза, обобщения. Сенсомоторный уровень речи у этих детей страдает по-разному. К старшим классам у большинства школьников происходит коррекция нарушений сенсорно-перцептивного и моторного уровня, полное устранение дефектов фонетической стороны речи (звукопроизношения, просодических компонентов). В то же время семантический и языковой уровни развития у этих детей не достигают нормы.

Нарушения речи у детей с умственной отсталостью разнообразны по своим проявлениям, механизмам, уровню и требуют дифференцированного подхода при их анализе. Симптоматика и механизм речевых расстройств у них определяются не только наличием общего недоразвития мозговых систем, что обусловливает системное нарушение речи, но и локальной патологии со стороны систем, имеющих непосредственное отношение к речи, что еще более усложняет картину нарушений речи при умственной отсталости. У этих детей оказываются несформированными все операции речевой деятельности: имеет место слабость мотивации, снижение потребности в речевом общении, грубо нарушено программирование речевой деятельности, создание внутренних программ речевых действий, реализация речевой программы и самоконтроля за речью, сличение полученного результата с предварительным замыслом, его соответствие мотиву и цели речевой деятельности.

Выделяются две группы олигофрении (Г. Е. Сухарева, Р. А. Белова-Давид): 1) олигофрения с недоразвитием речи; 2) атипичная олигофрения, осложненная речевым расстройством.

У детей с умственной отсталостью встречаются все формы расстройства речи, как и у нормальных сверстников (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 детей с умственной отсталостью

Наиболее часто у детей с умственной отсталостью встречаются дефекты звукопроизношения. В их основе лежит не одна, а целый ряд причин: недоразвитие познавательной деятельности, несформированность речеслуховой дифференциации, нарушения речевой моторики.

аномалии в строении артикуляторного аппарата, социальные факторы и другие.

У детей с интеллектуальными нарушениями, так же как и в норме, чаще нарушаются артикуляторно сложные звуки: свистящие, шипящие, звуки [л]-[л'], [р]-[р']. Чаще других отмечается расстройство свистящих звуков (в норме — звук [р], по данным М. А. Александровской).

Это объясняется тем, что свистящие звуки очень близки акустически. Недоразвитие речеслухового анализа и синтеза, нарушение восприятия устной речи у этих детей, по-видимому, и определяют большое количество изменений произношения свистящих звуков. У школьников, наряду с искажениями звуков речи, отмечается большое количество замен. При мономорфном нарушении звукопроизношения искажения звуков значительно, примерно в 2,5 раза, преобладают над заменами. При полиморфном нарушении замены и искажения встречаются преимущественно в одинаковых количественных соотношениях.

Следующей особенностью нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей является большая трудность использования в самостоятельной речи имеющихся правильных артикуляторных установок. По данным Д. И. Орловой, в 1-м классе специальной (коррекционной) школы наиболее распространенным является неумение произносить звук и правильно его использовать в самостоятельной речи. В течение первого года обучения распространенность стойких замен уменьшается в 3 раза (1-й класс — 34,5%, 2-й класс — 8,7%). Это свидетельствует о том, что одного учебного года оказывается достаточно для того, чтобы сформировать правильные артикуляторные установки звуков.

У учащихся 2-го класса неправильное использование звуков в самостоятельной речи и их смешение с другими увеличивается. Правильное употребление звуков в самостоятельной речи представляет для названной категории детей большую сложность и автоматизируется чрезвычайно медленно. Для них характерно резкое расхождение между умением произносить звуки и использовать их в речи.

У школьников младших классов отмечаются различные проявления расстройств звукопроизношения. В 1—2-м классах специальной (коррекционной) школы нарушения нескольких групп звуков встречаются в 2 раза чаще, чем только одной группы звуков. Наиболее многочисленными являются дефекты двух и трех групп звуков (свистящих, шипящих, [р] или [л]). Расстройства четырех и пяти групп звуков встречаются относительно редко. Начиная с 3-го класса, наиболее

распространенными становятся недостатки произношения одной-двух групп звуков, в старших классах — у подавляющего большинства детей остаются дефекты только одной группы звуков.

Большое количество замен обусловлено трудностями тонкой моторной и слуховой дифференциации звуков, несформированностью операций слухового и кинестетического контроля, а также несформированностью операций выбора фонем.

Другой особенностью звукопроизношения у детей с умственной отсталостью является вариативность. Один и тот же звук ребенок в одних случаях употребляет правильно, в других — пропускает или искажает. Это зависит от характера и сложности звуко-слоговой структуры, а также от места звука в слове. В начале слов и в середине простого слова он может произнести звук правильно, а в середине сложного слова со стечением согласных — пропускает или искажает («сын», но «сонка», «канка» вместо соска, каска). Нарушения звукопроизношения, особенно замены звуков, у детей с интеллектуальными нарушениями чаще, чем у детей с нормальным интеллектом, отражаются на письме. Это проявляется, прежде всего, в заменах звуков.

У детей с умственной отсталостью нарушения звукопроизношения являются полиморфными не только по симптоматике, но и по этиологической обусловленности. Например, у ребенка одновременно имеет место недоразвитие речевой моторики и нарушение слуховой дифференциации звуков. В других случаях отмечаются и расстройства слуховой дифференциации, и аномалии в строении артикуляторного аппарата. Часто наблюдаются стертые дизартрии, связанные с нарушениями иннервации.

Дефекты звукопроизношения у детей с умственной отсталостью характеризуются стойкостью симптоматики.

Нарушения звуко-слоговой структуры слова не являются столь многочисленными, но сохраняются у школьников 1—2-го классов специальной школы и характеризуются определенными особенностями. Искажения звуко-слоговой структуры слова заключаются в нарушениях структуры отдельного слога, чаще со стечениями количества и последовательности слогов. Самыми распространенными являются пропуски согласных при их стечении как в начале, так и в середине слова.

Также характерны замены фонетически сходных звуков по признаку артикуляторно-акустического или акустического сходства ([р] — [л], [т] — [с], [ш] — [х], [т] — [с], [к] — [п], [в] — [л], [к] — [т]). И лишь небольшое количество замен можно объяснить артикуляторным сходством звуков. Это свидетельствует о том, что важной причиной непра-

вильного воспроизведения стечений согласных является неточность их слухового различения в слове.

Искажения структуры отдельного слога у умственно отсталых детей проявляются и в перестановках звуков соседних слогов. Последовательность слогообразующих элементов слова, т. е. гласных, воспроизводится правильно, переставляются только согласные, чаще в многосложных словах, в словах со стечением согласных. Многосложные слова, хорошо знакомые детям и часто употребляемые, реже искажаются, чем малознакомые и редко употребляемые.

Речь детей, как правило, 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. Темп речи замедленный, скандированный. Наблюдается брадилалия и неврозоподобное заикание. Распространенными у этих детей являются и голосовые расстройства (дисфония). Голос слабый, тусклый, сиплый, глухой, нарушена координация движений дыхательного, голосового, артикуляторного аппарата.

Нарушения лексического строя речи у детей с умственной отсталостью

Особенности словарного запаса умственно отсталых детей привлекали внимание многих исследователей (Г. И. Данилкина, Г. М. Дульнев, В. Г. Петрова, Н. В. Тарасенко). Исследователи отмечали, что нарушения познавательной деятельности влияют на формирование пассивного и активного словаря.

У учащихся с умственной отсталостью выявляется бедность словарного запаса, неточность употребления слов, трудности актуализации словаря более значительные, чем в норме, преобладание пассивного словаря над активным, несформированность структуры значения слова, нарушения 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 [10], школьники 1-го класса не знают названий многих предметов, которые их окружают (перчатки, будильник, кружка), особенно названий отдельных частей предметов (об-

ложка, страница, рама, подоконник). В словаре этих детей преобладают существительные с конкретным значением, отсутствуют слова обобщающего характера (мебель, посуда, обувь, одежда). В активном словаре детей с нарушениями интеллекта отсутствуют многие глаголы, обозначающие способы передвижения животных (скачет, ползает, летает). Ученики 1—2-го классов говорят «*лягушка идет*», «*змея идет*», «*птичка идет*». Глаголы с приставками заменяют бесприставочными глаголами (*пришел, перешел* — шел).

Они употребляют лишь незначительное количество слов, обозначающих признаки предмета: цвет (красный, синий, зеленый), величину (большой, маленький), вкус (сладкий, горький, вкусный). Антонимы по признакам «длинный — короткий», «толстый — тонкий» и т. д. используются очень редко.

По данным Н. В. Тарасенко, школьники младших классов редко употребляют прилагательные, обозначающие внутренние качества человека. Количество наречий в словаре также ограниченно (здесь, там, туда, потом). Встречается неточное употребление слов, парафазии. Преобладающими являются замены слов по семантическому сходству. Характерными являются замены слова с диффузным, расплывчатым значением (вместо «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. Причинами неточности в употреблении слов у умственно отсталых детей являются трудности дифференциации, различения как самих предметов, так и их обозначений. Эти дети вследствие слабости процесса дифференцировочного торможения легче воспринимают сходство предметов, чем их различие, поэтому они усваивают прежде всего общие и наиболее конкретные признаки сходных предметов. Таким общим и конкретным признаком может быть назначение предметов (ложка, вилка). Различия предметов не усваиваются, а обозначения не разграничиваются.

Пассивный словарь у них значительно больше активного, но для его актуализации часто требуется наводящий вопрос. Трудности обусловлены, с одной стороны, склонностью детей с умственной отсталостью к охранительному торможению в коре головного мозга, с другой — особенностью формирования семантических полей.

Изучение семантических полей, проведенное А. Р. Лурией и О. С. Виноградовой с помощью ассоциативного эксперимента, выявило определенные особенности. Известно, что в норме выбор «слова-реакции» чаще осуществляется на основе смысловых ассоциаций, у детей с нарушением интеллекта — по случайным, иногда звуковым,

ассоциациям, что свидетельствует о недостаточной сформированности у них семантических полей по признаку лексической системности.

Отмечается замедление темпа формирования и качественное своеобразие структуры значения слова, длительное время преобладает конкретное значение предмета. Многие слова так и не становятся понятиями.

Нарушение грамматического строя речи у детей с умственной отсталостью

В исследованиях многих авторов (М. Ф. Гнездилов, Р. И. Лалаева [7, 8], В. Г. Петрова [10], Е. Ф. Соботович [12], А. П. Федченко, М. Ф. Феофанов) отмечается, что 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.

В речи детей часто встречаются искажения в употреблении падежей. Наиболее сформированными оказываются формы именительного, винительного и родительного падежей имени существительного. Характерны ошибки в употреблении творительного и всех предложно-падежных конструкций. Творительный падеж часто заменяется именительным (*Мальчик копает лопата*), родительным (*под стула, под стола*), формой предложного падежа (*Лампа висит на диване*), предложный падеж — винительным (*Маша катается на санки*). Нарушения использования предложно-падежных конструкций проявляются в пропуске, замене предлогов, искажении окончаний. Неточное употребление падежей с предлогами наблюдается у детей с умственной отсталостью гораздо чаще, чем понимание тех же конструкций с предлогами. В импрессивной речи отмечается смешение предлогов *за, перед, около, на и над, под и в*. В экспрессивной речи характерно опускание предлогов — *в, из*; отсутствие предлогов — *над, около, перед, за, между, через, из-за, из-под*.

Часто дети делают ошибки в словосочетании наречия и существительного, при согласовании существительного и числительного, существительного и прилагательного. В некоторых случаях смешиваются окончания родительного падежа множественного числа различных склонений. Допускаются ошибки при выполнении заданий на согласование прилагательного с существительным в роде, числе и падеже, особенно прилагательного с существительным в среднем роде (*синяя платье*). Характерными ошибками являются замены полной формы

прилагательного краткой формой (*желты цветок*). В косвенных падежах отмечаются замены прилагательного именительным падежом (*на столике маленький*).

Средний род существительных и глаголов прошедшего времени в самостоятельной речи употребляется крайне редко.

Функция словообразования у них является менее сформированной, чем словоизменения. Своеобразие словообразования проявляется в трудности образования прилагательных от формы существительного (соль — соленый), уменьшительно-ласкательных форм, глаголов с приставками (внес — вынес — нанес). В основном дети пользуются суффиксальным способом словообразования. Однако количество суффиксов при этом очень незначительно *(-ик, -очек, -чик, -онок, -ен ок, -от, -як, -к).*

Характерными для школьников младших классов с нарушениями интеллекта является использование простых нераспространенных предложений. Они употребляют простые распространенные предложения, включающие чаще всего дополнение (*Девочка поливает цветы*), иногда обстоятельства места (*Дети идут в школу*). В самостоятельной речи школьников преобладают фрагментарные предложения с пропуском подлежащего, сказуемого либо подлежащего и сказуемого.

У детей с умственной отсталостью чрезвычайно бедны и нечетки морфологические обобщения, представления о морфологическом составе слова и о синтаксических связях слов в предложении, недостаточно сформирована система грамматических значений. Недоразвитие лексико-грамматического строя речи особенно резко проявляется в связной речи.

Нарушение связной речи у детей с умственной отсталостью

В работах многих авторов отмечается, что формирование связной речи у детей с умственной отсталостью осуществляется замедленными темпами и характеризуется качественными особенностями. Длительное время возможна только вопросно-ответная и ситуативная речь. Переход к самостоятельному высказыванию у этих детей является очень трудным и во многих случаях затягивается вплоть до старших классов вспомогательной школы. В процессе порождения связных высказываний они нуждаются в постоянной стимуляции со стороны взрослого, в систематической помощи, которая проявляется либо в виде вопросов, либо в подсказке. Особенно трудной для этих детей является контекстная форма речи. Ситуативная речь с опорой

на наглядность, на конкретную ситуацию осуществляется ими гораздо легче.

Немаловажную роль в связной речи играет недостаточная сформированность диалога. Диалогическая речь, как известно, предшествует развитию монологической речи и подготавливает ее развитие. Дети часто не осознают необходимости ясно и четко передавать содержание какого-либо события, т. е. они не ориентируются на собеседника.

Высказывания малоразвернуты, фрагментарны. В рассказе нарушена логическая последовательность, связь между отдельными его частями. Связные тексты часто состоят из отдельных фрагментов, не составляющих единого целого, и характеризуются краткостью и сжатостью изложения.

Одной из причин задержки формирования связной речи у детей с интеллектуальными нарушениями является то, что их речевая активность слаба и довольно быстро иссякает. В процессе монологической речи отсутствует стимуляция извне, конкретизация и развитие рассказа осуществляются самим ребенком. Определенную отрицательную роль в нарушении играет недостаточность волевой сферы. В случаях, когда у детей появляется интерес к теме рассказа, меняется и характер связных высказываний, они становятся более развернутыми и логичными, увеличивается количество слов в предложении. Таким образом, на характер связных высказываний влияет мотивация.

Особенности связных высказываний у умственно отсталых детей во многом определяются и характером заданий, и их формой. Для них более доступен пересказ, по сравнению с самостоятельным рассказом имеющий ряд особенностей. Дети пропускают многие важные части текста, передают содержание упрощенно. Обнаруживается непонимание причинно-следственных, временных, пространственных отношений. На основе случайных ассоциаций они добавляют события, детали, которые отсутствуют в тексте. Нарушения в устной речи затем проявляются и письменной.

Особенности нарушений чтения у школьников с умственной отсталостью

Процесс овладения письмом и чтением у умственно отсталых детей протекает замедленно, характеризуется качественным своеобразием и определенными трудностями (А. К. Аксенова [1], М. Ф. Гнездилов, В. В. Воронкова [4], Г. И. Данилкина, Р. И. Лалаева [7], В. Г. Петрова [10], Н. К. Сорокина и другие). В процессе овладения письменной речью умственно отсталые дети проходят те же этапы, что и в норме. По данным Г. Я. Трошина, они овладевают чтением в 3 раза дольше, чем

нормальные школьники. Ступени обучения чтению у них растягиваются во времени, а промежутки между ними более продолжительны.

Характерным для учеников 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 детей с умственной отсталостью характеризуется определенными трудностями. Большую трудность для умственно отсталых первоклассников представляет усвоение букв. Это связано с недоразвитием фонематического восприятия, с неразличением оппозиционных звуков, с несформированностью пространственных представлений, зрительного анализа и синтеза.

Особенно сложной задачей для них является слияние звуков в слоги. В норме процесс слияния звуков в слоги осуществляется лишь на основе четкого представления о звуковой структуре слога. Функция фонематического анализа формируется у школьников с интеллектуальными нарушениями с большим трудом, сложным является для них и формирование обобщенного представления о слоге.

В процессе чтения слов, вследствие недифференцированности восприятия, для детей с умственной отсталостью почти не существует доминирующих букв. Правильное чтение и понимание прочитанного слова в норме осуществляется на основе синтеза слогов в единое целое слово. У детей с умственной отсталостью способность звуко-слогового синтеза часто снижена, происходит замедленное узнавание и понимание прочитанного слова. Еще большие затруднения вызывает чтение предложений и текста.

Г. Я. Трошин отмечает, что у них гораздо чаще наблюдается чтение слов по догадке, чем у нормальных детей. Однако по мнению М. Ф. Гнездилова, смысловые догадки в процессе чтения проявляются у детей с умственной отсталостью очень редко. Оба автора указывают на большее количество, по сравнению с нормой, ошибок в процессе чтения. Среди школьников 1—2-го классов отмечается большое число детей со специфическими стойкими и повторяющимися ошибками в процессе чтения, дислексиями. По данным Р. И. Лалаевой [7], К. Аверино-Жакке, у 65—70% первоклассников с умственной отсталостью обнаруживаются дислексии. Симптоматика дислексии у них 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.

Р. И. Лалаева отмечает, что у учащихся с умственной отсталостью нарушения проявляются в разной степени: некоторые дети не усваивают только нескольких букв, другие 20—25 знаков. В последнем случае это буквы, обозначающие гласные звуки (а, о, у), и шелевые согласные (ш, с, х и др.). Иногда они их совсем не называют, порой — заменяют другими. Наиболее частыми являются следующие ошибки: д — л, х — к, х — з, г — т, г — к, ж — ш, д — т, р — л. Замены г — к, ж — з, д — т, р — л можно объяснить фонетическим сходством звуков, которые обозначают эти буквы; сходством по графическому признаку можно объяснить г — т, т — г, д — л. Буквы д — л сходны не только графически, они обозначают также звуки, близкие по артикуляции.

51% учеников 1-го класса и 6.6% учеников 2-го класса специальной (коррекционной) школы не усваивают буквы. Отмечаются разнообразные варианты побуквенного чтения. Некоторые дети не могут слить даже отдельные слоги, называя буквы поочередно, другие после изолированного называния букв произносят слог слитно. В ряде случаев они соотносят со значением прочитанные побуквенно слова. Часть школьников осмысливает целые предложения и тексты, прочитанные побуквенно. У других наблюдается нарушение понимания прочитанного вследствие побуквенного чтения. Среди учеников 1-го класса побуквенное чтение отмечается у 49% школьников, имеющих нарушения чтения. Во 2-м классе побуквенное чтение обнаруживается лишь у 26% детей с нарушениями чтения. Фиксируются многочисленные искажения звуко-слоговой структуры слова, разнообразные по характеру. В 1-м классе искажение читаемых слов отмечается у 38% учеников с нарушениями чтения, во 2-м классе — у 10% детей.

В младших классах есть 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, но затрудняются в ответах на вопросы либо дают не соответствующие содержанию ответы.

Трудности понимания слов, предложений, текста отмечаются у 17% детей с интеллектуальными нарушениями, обучающихся в 1-м классе. Во 2-м классе 60% детей с дислексиями затрудняются в понимании прочитанного, то есть число учащихся с нарушениями понимания читаемого текста резко возрастает, поскольку большинство детей на втором году обучения «технически» уже подготовлено к прочтению текста. С увеличением общего числа детей, читающих текст, увеличивается процент с нарушениями понимания читаемого текста.

Аграмматизмы проявляются у школьников с умственной отсталостью на этапе синтетического чтения, особенно начиная со 2-го клас-

са вспомогательной школы. Они проявляются в нарушении морфологической структуры слова, в заменах префиксов, суффиксов, окончаний, в нарушении их понимания и употребления в процессе чтения.

У школьников с нарушениями интеллекта наблюдаются разнообразные виды дислексий: оптическая, фонематическая, мнестическая, семантическая, аграмматическая. Дислексия у школьников чаще всего проявляется, особенно в 1—2-м классах, не в изолированном виде, а в сложном, 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.

Особенности нарушения письма у школьников с умственной отсталостью

По данным М. Е. Хватцева, Д. И. Орловой, В. В. Воронковой [3], 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, К. К. Карлеп, Д. И. Орлова, Е. Ф. Соботович [12]).

Дисграфия у детей с умственной отсталостью 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 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.).

Большая распространенность и особенности симптоматики дисграфии у детей с умственной отсталостью обусловлены недоразвитием познавательной деятельности, нарушением устной речи, несформированностью языковых обобщений, нарушением деятельности речеслухового, речедвигательного и зрительного анализаторов, нарушением структуры операций письма, особенностями организации психической деятельности. Расстройство аналитико-синтетической деятельности проявляется и в анализе морфологической структуры

слова, и в анализе структуры предложения, звуковой структуры слова. Нечеткость представлений о звуко-слоговой структуре слова приводит к большому количеству пропусков, перестановок, замен букв. Неотчетливые представления о морфологической структуре слова обусловливают большое количество аграмматизмов, искажений префиксов, суффиксов, окончаний, особенно в самостоятельном письме. Нарушение анализа структуры предложения проявляется в пропуске слов, их слитном написании, раздельном написании слова. Большое количество ошибок у умственно отсталых детей связано с дефектами произношения звуков речи.

Логопедическая работа по развитию речи у детей с умственной отсталостью

Коррекция нарушений звукопроизношения у детей с умственной отсталостью является более длительным и более сложным процессом, чем в норме. Работа осложняется характерной для них слабостью замыкательной функции коры, трудностью образования новых условно-рефлекторных связей, что обусловливает замедленность и длительность формирования нового звука. Инертность нервных процессов, резкое нарушение подвижности процессов возбуждения и торможения проявляются в стойком, стереотипном воспроизведении наиболее упроченных старых связей, в трудностях переключения на новые. Вследствие этого неправильное произношение того или иного звука удерживается даже в том случае, если их изолированное произношение удается ребенку сравнительно легко.

Большое внимание уделяется развитию общей и речевой моторики, воспитанию слухового восприятия, внимания, памяти, нормализации всех тех факторов, которые лежат в основе нарушений звукопроизношения у этой категории обучающихся и обусловливают особенности их проявления.

Коррекция нарушений звукопроизношения неразрывно связана с развитием речевой функции в целом — фонематической стороны речи, словаря, грамматического строя языка, так как дефекты звукопроизношения у этих детей проявляются на фоне общего системного недоразвития речи. Логопедическая работа начинается с развития четких представлений о звуковом составе слова, выделении звука из слова, определения места звуков в словах, уточнении смыслоразличительной функции звуков речи. Особенностью логопедической работы по устранению дефектов звукопроизношения в специальной (коррекционной) школе для детей с нарушениями интеллекта является индивидуально-дифференцированный подход. При коррекции наруше-

ний звукопроизношения необходим учет особенностей протекания их психических процессов (замедление темпа и сужение поля восприятия, неустойчивость внимания, слабость мотивации и интересов, контроля). Эту специфику логопед должен учитывать на каждом этапе работы по коррекции звукопроизношения.

Подготовительный этап устранения нарушений звукопроизношения является более продолжительным и характеризуется качественно иным содержанием. В этот период проводится развитие общей, ручной, речевой моторики, развитие слухового восприятия, внимания, памяти. Необходима работа над правильным речевым дыханием, формированием длительного плавного выдоха в игровых упражнениях. Развитие артикуляторной моторики проводится в двух направлениях: развитие кинетической основы движения и кинестетической основы артикуляторных движений.

Специфичностью этапа постановки звука является максимальное использование полимодальных афферентаций: зрительного образа артикуляции, слухового образа звука, кинестетических, тактильных и тактильно-вибрационных ощущений. Постановка звука у детей с интеллектуальными нарушениями проводится с использованием смешанных способов.

Более длительным является этап автоматизации звуков речи. На этом этапе осуществляется работа над сложными формами звукового анализа и синтеза, умением выделять звук в слове, определять его место по отношению к другим звукам. Учащиеся с умственной отсталостью с трудом определяют место звука в слове, поэтому не могут своевременно подготовить артикуляторные органы к правильному его произношению, преимущественно тогда, когда звук расположен в середине или в конце слова. В процессе автоматизации звуков рекомендуется проводить и развитие просодической стороны речи: работу над ударением в слогах, словах, над логическим ударением и интонацией в предложении. Особенностью этого этапа является и планирование занятий, распределение тем. В системе занятий предусматривается постепенное усложнение заданий и речевого материала.

Обязательным этапом логопедической работы является дифференциация звуков, в основном фонетически близких — твердых и мягких, звонких и глухих, аффрикат и их компонентов, свистящих и шипящих, что обусловлено спецификой симптоматики нарушений звукопроизношения у детей с интеллектуальными нарушениями. Формирование звукопроизношения у детей осуществляется в тесной связи с коррекцией искажений звуко-слоговой структуры слова, нарушений

просодии, параллельно с развитием лексики и грамматического строя речи.

Коррекцию дефектов звукопроизношения необходимо связывать с развитием познавательной деятельности, формированием операций анализа, синтеза, сравнения. В логопедической работе по коррекции нарушений звукопроизношения у детей с интеллектуальными нарушениями широко используется прием сравнения. Так, на этапе постановки звука сопоставляется правильное и неправильное произношение, при автоматизации этот звук соотносится с фонетически далекими звуками, при дифференциации проводится сравнение отрабатываемого звука с фонетически близкими звуками. В процессе коррекции анализируется звуковой состав различных слов по количеству звуков, месту отрабатываемого звука в словах.

В процессе развития грамматического строя речи у детей с умственной отсталостью необходимо учитывать структуру речевого дефекта, трудности дифференциации близких по семантике и оформлению грамматических форм. Многие грамматические структуры, которые в норме ребенок усваивает еще в дошкольном возрасте, у детей с интеллектуальными нарушениями оказываются несформированными даже в младших классах.

Работу над грамматическими формами, как и в нормальном онтогенезе, следует начинать: от конкретного к абстрактному, от семантически простых форм к семантически более сложным, от продуктивных к непродуктивным, от простых к более сложным.

Логопедическая работа над падежными формами начинается с дифференциации именительного падежа единственного и множественного числа, далее следуют винительный падеж, родительный, дательный, творительный (беспредложные), предложно-падежные конструкции, падежные формы множественного числа. Затем отрабатывается согласование прилагательного и существительного в именительном падеже мужского и женского рода, затем среднего рода, позже включаются косвенные падежи словосочетаний прилагательных с существительными.

Последовательность формирования функции словоизменения предикатов начинается с настоящего времени (единственное и множественное число), затем отрабатывается прошедшее время (изменение по родам, лицам и числам) и, наконец, будущее время, которое является наиболее сложной формой времени глагола.

Процесс развития словообразования у детей с умственной отсталостью оказывается длительным и сложным. Начинать обучение следует со словообразования уменьшительно-ласкательных форм существи-

тельных и других простых их моделей. После этого проводится работа по образованию прилагательных от существительных, приставочных глаголов, родственных слов.

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 фразы. Сначала усложнение предложения происходит за счет простых объективных отношений *(Девочка собирает грибы)*, затем — локативных *(Дети идут в лес)*, в дальнейшем — атрибутивных *(Это бабушкина сумка. Бабушка несет черную сумку)*.

Вначале отрабатываются простые нераспространенные, затем простые распространенные, далее сложные предложения.

Работа над связной речью начинается с диалогической, ситуативной, а позднее формируется контекстная, монологическая речь.

В процессе формирования связной речи большое внимание уделяется развитию внутреннего (смыслового) программирования связных высказываний с постепенным их углублением и расширением. Следует проводить работу над грамматическим оформлением связной речи в следующей последовательности: пересказ короткого текста с иллюстрациями, пересказ длинного текста с опорой на наглядность, короткий рассказ по серии сюжетных картинок, более длинный — по серии сюжетных картинок, рассказ по сюжетной картинке, самостоятельный рассказ на заданную тему.

Связная речь детей с умственной отсталостью теснейшим образом связана с развитием анализа, синтеза, сравнения, обобщения, особенно при операциях внутреннего программирования.

Сначала каждая операция порождения связного высказывания формируется изолированно, постепенно задания усложняются и объединяются в целостный процесс порождения связного текста.

При устранении нарушений письменной речи у детей с умственной отсталостью следует учитывать особенности высшей нервной деятельности, их психопатологические особенности.

Коррекция нарушений чтения и письма у названной категории школьников обусловлена развитием познавательной деятельности, операций анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования.

Важно обучать сравнению фонетически близких звуков (при устранении акустической, артикуляторно-акустической дисграфии, фонематической дислексии), анализу структуры предложения, звуко-слоговой структуры слова (при коррекции фонематической дислексии и

дисграфии на почве нарушения языкового анализа и синтеза), развитию зрительно-пространственного анализа и синтеза (при преодолении оптической дислексии и дисграфии).

При устранении нарушений письменной речи у детей с умственной отсталостью возникает необходимость развивать все речевые и неречевые психические функции. Формирование фонематического анализа и синтеза начинается с выделения гласного звука на фоне других, развитие слогового анализа — с использования вспомогательных средств.

Устранение нарушений чтения и письма осуществляется в тесной связи с коррекцией нарушений устной речи как системы, с коррекции дефектов звукопроизношения, фонематической стороны речи, лексико-грамматического строя.

Нарушения чтения у детей с интеллектуальными нарушениями проявляются уже в 1-м классе, т. е. раньше, чем нарушения процесса письма, которые выявляются у них во 2-м классе. Это объясняется большей сложностью процесса письма, который усваивается этими детьми позднее, чем процесс чтения. В связи с этим логопедическую работу надо начинать с коррекции нарушений чтения, одновременно осуществляя профилактику дисграфии, так как механизмы дислексии и дисграфии во многом сходны.

Большое внимание уделяется развитию ручной и речевой моторики, воспитанию слухового восприятия, внимания, памяти, т. е. нормализации всех тех факторов, которые лежат в основе нарушений звукопроизношения у детей и обусловливают особенности их проявления.

Таким образом, логопедическая работа у школьников с умственной отсталостью может проводиться традиционно, но обязательно должна учитывать специфику, которая обусловлена особенностями высшей нервной деятельности, их психологическими особенностями, а также характером симптоматики, механизмов, структуры дефекта у этих детей, обязательно логопедическая работа по формированию и коррекции речи у детей с нарушениями интеллекта осуществляется комплексно и более длительно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова А. К., Ильина С. Ю. Методика преподавания русского языка для детей с нарушениями интеллекта (VIII вид). М.: Просвещение, 2011.

2. Баряева Л. Б., Логинова Е. Т., Лопатина Л. В. Подготовка к обучению грамоте детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. СПб.: Союз, 2004.

3. Воронкова В. В. Дифференцированный подход в обучении умственно отсталых детей младшего школьного возраста на примере усвоения русского языка. М., 2016.

4. Воронкова В. В. Дифференцированный подход к младшим умственно отсталым школьникам в процессе обучения русскому языку. ГБОУ Педагогическая академия, 2012.

5. Воронкова В. В. Содержание образования в коррекционной школе 8 вида // Олигофренопедагогика. М.: Дрофа, 2009.

6. Гаврилушкина О. П., Соколова Н. Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. М., 1985.

7. Забрамная С. Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей. М., 2005.

8. Лалаева Р. И. Нарушения речи и система их коррекции у умственно отсталых школьников. Л.,1988.

9. Лалаева Р. И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников. СПб.: СОЮЗ, 1998.

10. Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В., Зорина С. В. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития. М.: ВЛАДОС, 2004.

11. Петрова В. Г. Развитие речи учащихся вспомогательной школы. М., 1977.

12. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталых школьников. М., 1979.

13. Соботович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции (Дети с нарушением интеллекта и моторной алалией). М.: Классик стиль, 2003.

14. Специальная дошкольная педагогика: Учеб. пособие / Под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Академия, 2001.

15. Специальная психология / Под ред. В. И. Лубовского. М.: Академия, 2005.

16. Стребелева Е. А., Екжанова Е. А. Развитие речи и формирование коммуникативных способностей. М., 2011.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Назовите причины речевой патологии у детей с у/о.
2. В чем состоят особенности речи детей с у/о?
3. Каковы особенности звукопроизношения у детей с у/о?
4. Составьте сравнительную таблицу особенностей речи у детей с общим недоразвитием речи и с у/о.
5. Охарактеризуйте особенности развития лексико-грамматического строя речи у детей с интеллектуальными нарушениями.
6. Перечислите основные направления логопедической работы с детьми с у/о.
7. Как проводится работа по развитию просодики у детей с у/о?
8. Как осуществляется логопедическая работа по формированию семантической стороны речи?
9. Охарактеризуйте особенности развития коммуникативной речи у детей с у/о.
10. Составьте сравнительную таблицу особенностей речи у дошкольников и школьников с у/о.

Глава 15

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Понятие «задержка психического развития» (ЗПР) употребляется по отношению к детям со слабо выраженной недостаточностью центральной нервной системы — органической или функциональной. У этих детей нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, недостатки целенаправленной деятельности на фоне повышенной истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств. В настоящее время под термином «задержка психического развития» понимаются синдромы отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедление темпа реализации закодированных в генотипе возможностей.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра ЗПР соотносится с рубриками «Общее расстройство психологического развития» (F84), «Специфические расстройства развития учебных навыков» (шифр F81, МКБ-10) и рассматривается чаще как учебная проблема. Нередко клинический диагноз определяется шифром F90 (МКБ-10) — «Гиперкинетические расстройства», F80 «Специфические расстройства речи».

Дети с ЗПР нередко оказываются в зоне так называемой пограничной умственной отсталости (IQ от 70 до 90 условных единиц): с одной стороны, их развитие отличается от условной нормы, с другой — занимает промежуточное положение между умственно отсталыми и нормально развивающимися сверстниками. По показателям психосоциального развития данная категория детей качественно отличается от других дизонтогенетических расстройств. Анализ данных научных исследований, посвященных проблеме изучения, обучения и воспитания детей с ЗПР, позволяет утверждать, что число таких детей постоянно увеличивается. В настоящее время в начальной школе насчитывается до 25—30% детей с трудностями в обучении, обусловленными ЗПР (В. А. Кудрявцев, Ю. С. Галлямова, Е. Г. Дзугоева, Е. В. Соколова, Л. Н. Блинова, М. Б. Калашникова, У. В. Ульенкова, О. В. Лебедева).

Проблема задержек психического развития в отечественной дефектологической науке разрабатывалась с разных точек зрения: с

клинической (Ю. Г. Демьянов, К. С. Лебединская, И. Ф. Марковская, М. С. Певзнер, М. Н. Фишман), с психологической (Е. Е. Дмитриева, Т. В. Егорова, Г. И. Жаренкова, Л. И. Кузнецова, В. В. Лебединский, В. И. Лубовский, И. И. Мамайчук, Л. И. Переслени, Е. С. Слепович, У. В. Ульенкова), с педагогической (Л. Б. Баряева, Н. Ю. Борякова, Г. А. Бутко, Т. А. Власова, Е. А. Екжанова, Г. М. Капустина, Г. Ф. Кумарина, Ю. А. Костенкова Н. А. Никашина, И. М. Новикова, Р. Д. Тригер, Н. А. Цыпина, С. Г. Шевченко).

Первые серьезные опыты экспериментального обучения школьников с ЗПР были проведены в конце 60-х гг. XX в., и только с 1981 г. стали открываться специальные школы. Детские сады и коррекционные группы для этой категории детей получили официальный статус в 1990 году.

Причины, механизмы, симптоматика задержек психического развития

Патогенетической основой задержек психического развития является перенесенное органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) и ее резидуально-органическая недостаточность.

Задержки развития могут быть вызваны разными причинами: негрубым внутриутробным поражением ЦНС, нетяжелыми родовыми травмами, недоношенностью, близнецовостью, инфекционными и хроническими соматическими заболеваниями. ЗПР также может быть обусловлена функциональной незрелостью ЦНС.

Этиология ЗПР связана не только с биологическими, но и с неблагоприятными социальными факторами. В неблагоприятных условиях дети с органической недостаточностью ЦНС все больше отстают в своем развитии. Особое негативное влияние может оказывать ранняя социальная депривация.

Данные нейрофизиологических исследований (А. О. Дробинская, М. Н. Фишман) свидетельствуют, что у большинства 6—8-летних детей, испытывающих трудности в обучении, развитие мозговых структур и связей между ними отстает от возрастной нормы. Недоразвитие познавательной деятельности может быть обусловлено недостаточностью лобных и теменных отделов коры головного мозга. Замедлен процесс функционального объединения различных структур мозга, не сформировано их специализированное участие в реализации процессов восприятия, сличения, опознания, памяти, речи, мышления.

В литературе подчеркивается преобладание мальчиков среди детей с ЗПР. Это можно объяснить как более высокой уязвимостью плода

мужского пола по отношению к патологическим воздействиям в периоды беременности и родов, так и относительно меньшей степенью функциональной межполушарной асимметрии у девочек по сравнению с мальчиками. В свою очередь, это обусловливает больший резерв компенсаторных возможностей у девочек при поражении систем мозга, обеспечивающих высшую психическую деятельность (А. Н. Корнев, 1991; Л. О. Бадалян, Н. Н. Заваденко, Т. Ю. Успенская, 2002).

Воздействие различных вредных факторов на мозг ребенка на разных этапах его развития может вызвать сложное сочетание как симптомов негрубого повреждения, а также функциональной незрелости различных отделов коры головного мозга. В анамнезе отмечается задержка роста и развития скелета, запаздывание в становлении статических функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, смены возрастных форм деятельности.

Для психической сферы детей с ЗПР типичным является сочетание частично недостаточных высших психических функций с сохранными. У одних детей преобладают черты эмоционально-личностной незрелости и страдает произвольная регуляция деятельности, у других снижена работоспособность, у третьих более выражены недостатки внимания, памяти, мышления, речи. Замедление темпов роста мозга, дисбаланс в созревании его отдельных подструктур осложняет координацию мозговой деятельности. Часто наблюдается сдвиг баланса между процессами возбуждения и торможения, что приводит к значительному преобладанию одного из них. Как правило, эти нарушения обратимы и компенсируются при условии рано начатого лечения, коррекционного обучения и по мере функционального созревания ЦНС.

Классификация задержек психического развития

В практике работы с детьми с ЗПР наиболее широко используется классификация К. С. Лебединской, разработанная на основе этиопатогенетического подхода. В соответствии с данной классификацией различают четыре основных варианта ЗПР.

Задержка психического развития конституционального происхождения (гармонический психический и психофизический инфантилизм). При данном варианте на первый план в структуре дефекта выступают черты эмоционально-личностной незрелости. Инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с «детскостью» мимики, моторики, преобладанием эмоциональных реакций в поведении. Такие дети проявляют творчество в игре, эта де-

ятельность для них наиболее привлекательна, в отличие от учебной. Заниматься они не любят и не хотят. Помимо снижения учебной мотивации отмечается недостаточность произвольной регуляции поведения и деятельности.

Задержка психического развития соматогенного генеза возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями — сердца, почек, эндокринной и пищеварительной систем и др. Детей характеризуют явления стойкой физической и психической астении, что приводит к снижению работоспособности. Вследствие того что воспитание нередко строится по типу гиперопеки, возможна вторичная инфантилизация, формирование таких черт личности, как робость, боязливость. Наиболее выраженным симптомом является повышенная утомляемость и истощаемость, низкая работоспособность.

Задержка психического развития психогенного генеза. Вследствие раннего органического поражения ЦНС, особенно при длительном воздействии психотравмирующих факторов, могут возникнуть стойкие сдвиги в нервно-психической сфере ребенка. Это приводит к невротическим и неврозоподобным нарушениям, патологическому развитию личности. У одних детей при этом наблюдаются негативизм и агрессивность, истероидные проявления, у других — робость, боязливость, страхи, мутизм. На первый план выступают нарушения в эмоционально-волевой сфере, снижение работоспособности, несформированность произвольной регуляции. Дети не способны к длительным интеллектуальным усилиям, страдает поведенческая сфера.

Задержка церебрально-органического генеза. Этот вариант ЗПР, характеризующийся первичным нарушением познавательной деятельности, является наиболее тяжелой и стойкой формой, при которой сочетаются черты незрелости и различной степени поврежденности ряда психических функций. Эта категория детей в первую очередь нуждается в комплексной медико-психолого-педагогической помощи в условиях коррекционных классов и дошкольных учреждений компенсирующей направленности. По своей сути эта форма ЗПР нередко выражает пограничное с умственной отсталостью состояние, что требует квалифицированного комплексного подхода к обследованию и к психолого-педагогической коррекции.

В зависимости от соотношения явлений эмоционально-личностной незрелости и выраженной недостаточности познавательной деятельности внутри этого варианта выделяются две группы детей (И. Ф. Марковская, 1993). В обоих случаях страдают функции регуляции психической деятельности: при первом варианте в большей степени страдает звено контроля, при втором — звено контроля и зве-

но программирования, что обусловливает низкий уровень овладения детьми всеми видами деятельности (предметной, игровой, продуктивной, учебной, речевой).

Психологические особенности детей с задержкой психического развития

Обобщая данные многолетних исследований, можно сделать выводы о следующих недостатках психического развития детей с ЗПР.

Недостаточность обобщенности, предметности и целостности восприятия, что негативно отражается на формировании зрительно-пространственных функций и проявляется в таких продуктивных видах деятельности, как рисование и конструирование.

Недостаточная познавательная активность нередко в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью. Эти явления могут серьезно тормозить эффективность развития и обучения ребенка. Дети с ЗПР отличаются пониженной, по сравнению с возрастной нормой, умственной работоспособностью, особенно при усложнении деятельности.

Незрелость мыслительных операций. Дети с ЗПР испытывают большие трудности при выделении общих, существенных признаков в группе предметов; при абстрагировании существенных признаков от несущественных, при переключении с одного признака классификации на другой, при обобщении. Незрелость мыслительных операций сказывается на продуктивности наглядно-образного мышления и трудностях формирования словесно-логического мышления. При нормальном темпе психического развития старшие дошкольники способны строить простейшие умозаключения, могут осуществлять мыслительные операции на уровне словесно-логического мышления (его конкретно-понятийных форм).

Незрелость эмоционально-волевой сферы и коммуникативной деятельности отрицательно влияет на поведение и межличностное взаимодействие дошкольников с ЗПР. Они не держат дистанцию со взрослыми, могут вести себя навязчиво, бесцеремонно или, наоборот, отказываются от контакта и сотрудничества. Трудно подчиняются правилам поведения в группе, редко завязывают дружеские отношения со своими сверстниками. Задерживается переход от одной формы общения к другой, более сложной.

Недостаточная общая осведомленность, бедный запас знаний и представлений об окружающем, недостаточная познавательная активность, слабо развитые познавательные интересы препятствуют успешному освоению образовательной программы.

Недоразвитие речи носит системный характер и проявляется, как правило, в задержке формирования, а в сложных случаях — в отсутствии фразовой речи, в ограниченности словарного запаса, в аграмматизмах, в неправильном произношении, затруднениях в построении связных высказываний. Недостатки семантической стороны проявляются в трудностях понимания значения слова, логико-грамматических конструкций, скрытого смысла текста.

Задержка в развитии и своеобразие игровой деятельности. Недостаточно развиты все структурные компоненты игровой деятельности: снижена игровая мотивация, с трудом формируется игровой замысел, сюжеты игр бедные, ролевое поведение неустойчивое, возможны соскальзывания на стереотипные действия с игровым материалом. Содержательная сторона игры обеднена из-за недостаточности знаний и представлений об окружающем мире. Игра не развита как совместная деятельность, дети не умеют строить коллективную игру, почти не пользуются ролевой речью. Они реже используют предметы-заместители, почти не проявляют творчества, чаще предпочитают подвижные игры, свойственные младшему возрасту, при этом затрудняются в соблюдении правил. Отсутствие полноценной игровой деятельности затрудняет формирование внутреннего плана действий, произвольной регуляции поведения, таким образом своевременно не складываются предпосылки для перехода к более сложной деятельности — учебной.

По мнению У. В. Ульенковой (2005), к моменту поступления в школу дети с ЗПР не достигают необходимого уровня психологической готовности за счет незрелости мыслительных операций и снижения таких характеристик деятельности, как познавательная активность, целенаправленность, контроль и саморегуляция.

Недостатки устной речи и несформированность функционального базиса письменной речи обусловливают особые проблемы при овладении письмом и чтением.

Особенности речи детей с задержкой психического развития

Нарушения познавательной деятельности у детей с ЗПР ведут к замедленному темпу речевого развития в целом, к его качественному своеобразию. Отечественные психологи и дефектологи отмечают, что речевые нарушения входят в структуру дефекта и чаще всего имеют системный характер (Н. Ю. Борякова, Р. И. Лалаева, В. И. Лубовский, Е. С. Слепович и др.). Еще в исследованиях В. А. Ковшикова и Ю. Г. Демьянова (1967) выявлены разнообразные нарушения речи у

95% детей с ЗПР, при этом речевые нарушения чаще отмечены у мальчиков (44,5%), чем у девочек (23,8%).

У большинства детей с ЗПР имеются нарушения как импрессивной, так и экспрессивной речи, устной и письменной речи, неполноценность не только спонтанной, но и отраженной речи (Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова, С. В. Зорина).

Симптоматика и механизмы речевых нарушений у детей с ЗПР являются неоднородными. Структура речевого дефекта является весьма вариативной, характеризуется комбинаторностью различных симптомов. Своеобразие их речи отражает недоразвитие эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности.

Особенности произносительной стороны речи

На речевое развитие ребенка влияют нарушения звукопроизношения, которые у дошкольников с ЗПР встречаются гораздо чаще, чем у их сверстников с нормальным развитием. По данным Е. В. Мальцевой (1991), нарушения произношения наблюдаются у 30% детей с ЗПР. В. А. Новиков и Ю. Г. Демьянов (1999) выявили такие нарушения у 70% детей. Дефекты звукопроизношения носят как мономорфный (у 52,1% детей), так и полиморфный характер. Наиболее характерны: нечеткость произношения ряда звуков, нестойкость употребления нарушенных звуков в речи, замена одних звуков другими, более простыми по артикуляции (Г. Г. Голубева, 1996).

Характерно сочетание произносительных нарушений, например, смешение одних и искаженное произнесение других звуков. Наиболее часто смешиваются звуки, имеющие сложную артикуляцию и требующие тонких акустических дифференцировок, — свистящие и шипящие звуки: [с]–[ш], [з]–[ж], [с]–[ч], [с]–[щ], сонорные [р]–[л].

Нередко наблюдается искаженное произношение звуков: межзубное произнесение свистящих, а также искажение звука Р (велярное, увулярное, боковое). Подобные нарушения характерны для дизартрических расстройств.

В слогах, словах, фразах дети с ЗПР допускают замены. Наиболее подвержены замене звуки [р]–[л], [л]–[л], [л]–[в], [ш]–[с], [ж]–[з]. Может наблюдаться отсутствие отдельных звуков, в основном [р], [л].

Одной из причин нарушения звукопроизношения у детей с ЗПР являются дефекты строения артикуляционного аппарата: аномалии прикуса (прогнатия, прогения, открытый передний прикус), укорочение подъязычной связки, толстый массивный язык и др. Характерны недостатки речевой моторики, что проявляется в трудностях удержания позы языка и переключения органов артикуляции с одного по-

ложения на другое. Отмечается общая вялость артикуляции, что обусловлено проявлениями неврологической симптоматики — нарушениями тонуса артикуляционных мышц.

Наряду с дефектами произношения у детей с ЗПР имеются трудности дифференциации, которые связаны не только со свистящими, шипящими, аффрикатами, сонорными, но и твердыми и мягкими, звонкими и глухими согласными звуками.

Как правило, страдает не только звукопроизношение, но и просодика. Речь маловыразительна, голос слабо регулируется по силе и высоте, могут наблюдаться темпо-ритмические недостатки. Отмечаются трудности в понимании смыслоразличительных характеристик интонаций (Е. А. Стебляк, 2002). Характерной особенностью являются нарушения звуко-слоговой структуры слова (Н. Н. Катаева,2002).

Особенности лексического строя речи

Недостатки лексико-грамматического строя речи детей с ЗПР выявлены в многочисленных исследованиях (Н. Ю. Борякова, 1983; С. В. Зорина, 1998; Р. И. Лалаева, 1992; Т. А. Матросова, 2005; Г. Н. Рахмакова, 1987; Н. В. Серебрякова, 2003; Е. С. Слепович, 1980; Е. Ф. Соботович, 1984; И. А. Сулина, 2001; Р. Д. Тригер,1987; А. А. Хохлова, 1999; С. Г. Шевченко, 2001; О. В. Шичанина, 2008; Л. В. Яссман, 1976). Авторы единодушно утверждают, что нарушение познавательной деятельности детей с ЗПР сказывается на формировании лексики, на овладении активным и пассивным словарем. В их речи в основном используются существительные и глаголы, при этом предметный и глагольный словарный запас недостаточный. Дети не знают многих слов не только абстрактного значения, но и имеющих высокую частотность, заменяют слова описанием ситуации или действия, с которым связано слово, испытывают трудности в подборе антонимов и особенно — синонимов. Из прилагательных чаще всего употребляются качественные, обозначающие непосредственно воспринимаемые признаки. Выявляется неумение детей с ЗПР выделять части предметов, их цвет, величину, форму, пространственные отношения. В речи этих детей редко употребляются слова, обозначающие пространственные отношения. Вместо них дети используют наречия типа *там, здесь, сюда, оттуда*. При этом могут правильно называться основные цвета (красный, желтый, синий), названия же таких цветов, как оранжевый, фиолетовый, коричневый, вызывают затруднения. В импрессивной и экспрессивной речи детей с ЗПР отсутствуют названия оттенков (сиреневый, малиновый, шоколадный, лимонный, салатовый). На пра-

ктическом уровне дети различают цвета, но сенсорный опыт недостаточно закрепляется и обобщается в слове.

Замедленный процесс активизации словаря обусловлен неточностью восприятия, неполноценностью анализа, низкой продуктивностью запоминания, замедленным формированием семантических полей.

Исследователи указывают, что глагольный словарь у рассматриваемой категории детей сужен. Ошибки проявляются в неточном употреблении глаголов *(катаются — едут, собирает — убирает)*. Отсутствуют многие глаголы, обозначающие способы передвижения, эмоциональные состояния человека. Дети с ЗПР плохо дифференцируют глаголы единственного и множественного числа, глаголы прошедшего времени по родам. Отмечается недостаточное количество глаголов с приставками. Не понимая значений глагольных приставок, схватывая лишь смысл корневой части, дошкольники чаще всего заменяют глаголы с приставками бесприставочными (пришел — *шел*, перешел — *шел*). Испытывая трудности в усвоении значений глаголов, дети недостаточно понимают и неточно употребляют близкие по значению слова *(шьет — вяжет; моет — стирает)*. Трудности в овладении лексическими и грамматическими значениями глаголов являются одним из факторов, обусловливающих недостатки морфолого-синтаксического оформления высказываний.

Большую часть словарного запаса дошкольников с ЗПР составляют существительные с конкретным значением. Усвоение же слов абстрактного значения вызывает большие трудности. Отсюда недостаточный запас слов, обозначающих общие понятия, и в то же время мало слов, конкретизирующих эти понятия, раскрывающих их суть.

Снижен уровень овладения обобщающими понятиями, который характеризует процесс формирования семантических полей, лексической системности. Такие трудности тесно связаны с недостаточным развитием способности к анализу и синтезу, умения обобщать на основе выделения существенных признаков предметов.

В младших классах школы для детей с ЗПР около 39% детей с речевыми дефектами, при этом у 22% детей имеется грубое недоразвитие лексики (Е. В. Мальцева, 1991).

Обобщая результаты исследований, к особенностям лексики детей с задержкой психического развития можно отнести: бедность словарного запаса; неточное, недифференцированное употребление слов; трудность активизации словарного запаса; более значительное, чем в норме, преобладание пассивного словаря над активным; ограниченный запас слов, которые обозначают и конкретизируют обобщенные

понятия, раскрывают их во всей полноте и многообразии; зависимость недостаточности словаря от особенностей познавательной деятельности: неточности восприятия, неполноценности анализа и т. д.; недостаточность глагольной лексики.

Особенности грамматического строя речи

Многие исследователи отмечают недостаточную сформированность грамматического строя речи детей с ЗПР. Страдает как морфологическая система языка (словообразование и словоизменение), так и синтаксический строй речи.

Наиболее характерны следующие недостатки грамматического строя речи:

— пропуск или избыточность членов предложения *(Собака есть живет в конуре);*

— ошибки в управлении и согласовании (*И в этом шкафу много игрушки);*

— ошибки в употреблении служебных слов *(Лампа висит на столе).*

— ошибки в определении времени глагола *(Дядя несет письма и раздавал их);*

— трудности в слово- и формообразовании *(Дядя красит домы. Он работает красником);* в употреблении приставок и суффиксов *(Бабушка ушла из двери; Часы чинит часник);*

— структурная неоформленность высказывания *(Возле другой машины, где подъемный, другое дерево... там кран).*

Чаще всего наблюдаются ошибки в употреблении предлогов (замены, иногда пропуски), а также ошибки в предложно-падежном управлении, согласовании существительных с глаголами и прилагательными, отмечаются затруднения детей в образовании новых слов с помощью суффиксов, приставок.

Составляя предложения, дети с ЗПР часто нарушают порядок слов. Даже с конкретными существительными они составляют лишь простые нераспространенные или малораспространенные предложения, отказываются составлять предложения с абстрактными существительными или строят фразу с нарушенным смыслом. Часто прилагательное выступает не только в роли определения, а в роли сказуемого. Сложноподчиненными предложениями дети с ЗПР пользуются редко. Такие предложения очень пространны, иногда состоят из 20 слов, ребенок, начав высказывание, не может его закончить.

Исследования Е. С. Слепович (2008), Л. И. Логиновой (2006), О. В. Ивановой (2003) показали, что старшие дошкольники с ЗПР испытывают трудности не только в построении фразы, но и в понима-

нии грамматических конструкций. Данный процесс невозможен без перешифровки логико-грамматических структур языка на единицы смысла. Дети испытывают большие трудности при перегруппировке материала и оперировании им, не умеют выделить главное слово в предложении, расставить в нужном порядке другие слова.

У детей с ЗПР формирование парадигматических (понятийных) связей идет медленно. Так, в начале старшего дошкольного возраста они не понимают того добавочного значения, которое вносят в предложения даже простые качественные прилагательные. Они часто переосмысливают их в существительные.

Наиболее слабым звеном в речи детей с задержкой психического развития является вероятностное прогнозирование: они затрудняются закончить слово с опорой на начальный слог, а гипотезы по завершении предложений однотипны, нелогичны, приводят к нарушению смысла предложения, к ошибкам грамматического характера *(Дети играют... кукла)*. Есть трудности в понимании связи грамматической формы и смысла последующих элементов предложения.

Ученые отмечают позднее возникновение периода словотворчества, затягивание периода функционирования неологизмов. Значительные трудности в образовании новых слов дошкольники с ЗПР испытывают из-за низкой способности к дифференциации обобщенных словесных классов, неполноценности анализа, сниженной самооценки и др. отклонений в познавательной деятельности.

В формировании чувства языка у детей с ЗПР выявляются нарушения. Образованные слова — неологизмы они могут определять как правильные формы слов. При сравнении грамматически верно и неверно оформленных предложений многие из этой категории детей воспринимают их как одинаковые. Подобные нарушения наблюдаются даже у младших школьников с ЗПР.

Особенности формирования связной речи

Ученые указывает на то, что семантика является первичным, определяющим компонентом в речевом развитии ребенка. У детей с ЗПР при всей вариативности речевых нарушений недостатки семантической стороны речи являются определяющими в структуре речевого дефекта. Именно на смысловом этапе подготавливаются семантическая структура и программирование речевых высказываний, поэтому особые проблемы у детей с ЗПР возникают на уровне связной монологической речи (Н. Ю. Борякова, 1983; Е. В. Крылова, 2008; Т. В. Панченко, 2007; Г. М. Савина, 2010).

В. И. Лубовский (1978), отмечая слабость словесной регуляции действий при ЗПР, указывает, что недостаточная сформированность регулирующей и планирующей функций речи влияет на способность к построению связных высказываний. Для детей с ЗПР характерны неосознанность и непроизвольность построения фразы и высказывания в целом, они не дают развернутого ответа на вопрос взрослого, часто в ответах основная мысль перебивается посторонними мыслями и суждениями. Ребенку легче выполнить действие по инструкции, чем дать словесный отчет о проделанном.

Становление планирующей функции речи, возникновение контекстной речи наряду с ситуативной происходит в игровой деятельности, которая является ведущей в дошкольном возрасте. Но игровая деятельность при задержке психического развития характеризуется незрелостью, неполноценностью, что тормозит развитие новых, более совершенных форм речи.

У детей с ЗПР возникают трудности на всех этапах порождения высказывания (мотив — замысел — внутреннее программирование — грамматическое структурирование — громкая речь). Отмечается непоследовательность в изложении, смысловое несоответствие частей высказывания, их искажения, многочисленные ошибки в морфолого-синтаксическом оформлении текста, рассказы характеризуются бедностью языкового оформления и нарушением логической связности. Дети часто не сохраняют основной сюжетной линии при пересказе, соскальзывают на второстепенные детали, хотя, в отличие от умственно отсталых дошкольников, на вопросы по тексту отвечают. Особые трудности у них вызывает самостоятельное составление рассказа по сюжетной картинке, описание предмета, устное сочинение на заданную тему. Описание сюжетной картинки часто сводится к перечислению изображенных объектов.

Речь дошкольников с ЗПР носит преимущественно ситуативный характер, что проявляется в частом использовании личных и указательных местоимений, усиливающих повторений, а также жестов, мимики. Все перечисленные особенности связной речи детей с ЗПР позволяют говорить о динамических нарушениях речевой деятельности, которые выражаются прежде всего в несформированности внутреннего программирования и грамматического структурирования.

Трудности в овладении письмом и чтением

Готовность ребенка к школьному обучению определяется не только уровнем развития спонтанной речи, он должен осознавать речевой материал и подчинить его определенной цели, т. е. произвольно

оперировать речью. Важнейшим компонентом является готовность к языковому анализу. Недостатки анализа и синтеза, незрелость мыслительных операций затрудняют овладение языковым анализом. У детей с ЗПР отмечается низкий уровень ориентировки в звучащем слове и трудности в овладении звукобуквенным анализом (Е. В. Мальцева, 1991; В. Я. Салахова, 1997; Р. Д. Тригер, 1998; Р. И. Лалаева, 2003), поэтому у них медленно формируются навыки чтения и письма, велик риск дисграфии и дислексии.

Таким образом, особенности речевого развития детей с ЗПР обусловлены своеобразием их познавательной деятельности и проявляются в следующем:

— отставание в овладении речью как средством общения и всеми компонентами языка;

— низкая речевая активность;

— бедность, недифференцированность словаря;

— выраженные недостатки грамматического строя речи;

— слабость словесной регуляции действий, трудности вербализации и словесного отчета;

— неполноценность развернутых речевых высказываний;

— недостаточный уровень ориентировки в языковой действительности, трудности осознании звуко-слогового строения слова;

— нарушения письма и чтения.

Нарушения речи у детей с ЗПР имеют системный характер, отражают недоразвитие познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы. К началу школьного обучения дети не достигают необходимого уровня речевой готовности, поэтому испытывают серьезные трудности в освоении школьной программы. Если ребенок не получает своевременной логопедической помощи в дошкольном детстве, недостатки речевого развития сказываются на успешности его обучения в школе.

Логопедическая помощь в системе коррекционно-развивающего обучения детей с задержкой психического развития

Деятельность дошкольных и школьных образовательных организаций должна быть построена с учетом особенностей нервно-психического здоровья, умственной деятельности, эмоционально-волевой сферы, речи, личностного развития этой группы детей, их особых образовательных потребностей.

Поскольку изменения в психической деятельности детей с ЗПР не носят грубого характера и поддаются коррекционным воздействиям, усилия педагогов, логопедов и психологов должны быть направлены

на своевременную диагностику характера и выраженности нарушений и разработку адекватных и эффективных программ формирования и развития различных сторон психической сферы каждого ребенка.

Многочисленные исследования последних лет (В. И. Лубовский, Е. А. Стребелева, Л. Б. Баряева, У. В. Ульенкова, Е. А. Екжанова, Ю. А. Разенкова и др.) позволяют утверждать, что основным фактором, обусловливающим развитие психики ребенка с ЗПР, его социальную адаптацию, является организованное в сензитивный (дошкольный) период коррекционное воздействие. Коррекционно-развивающая работа с детьми с ЗПР строится по принципу *замещающего онтогенеза*, т. е. учитываются онтогенетические закономерности речевого развития, и с ребенком проходят те «ступеньки развития», которые он не освоил самостоятельно (Н. Ю. Борякова, 2002).

Этапы работы над речью также определяются последовательностью ее развития в онтогенезе (от простого к сложному, от более продуктивных моделей к менее продуктивным, от семантики более противопоставленных значений к менее противопоставленным).

Коррекционно-развивающую и логопедическую работу условно можно разделить на два этапа, которые взаимосвязаны друг с другом.

Задачи подготовительного этапа — восполнение пробелов в формировании функциональных предпосылок развития речи, развитие ее психологического базиса. В этот период проводится работа по развитию сенсорно-перцептивной деятельности; общей, ручной, артикуляционной моторики; развитию слухового, зрительного восприятия; внимания; зрительной и слухоречевой памяти; чувства ритма.

На основном этапе происходит целенаправленное воздействие на развитие когнитивных функций во взаимосвязи с формированием всех компонентов языковой системы.

В системе работы важная роль отводится психолого-педагогической диагностике и мониторингу. Результаты психолого-логопедического обследования являются основой для разработки индивидуальной программы коррекционной работы с ребенком.

Основные направления логопедической работы

1. Стимуляция коммуникативной и речевой активности (с использованием вербальных и невербальных средств).

2. Развитие понимания обращенной речи с опорой на различные виды деятельности и сотрудничество со взрослым.

3. Формирование произносительной стороны речи.

— коррекция нарушений звукопроизношения; при этом этап автоматизации может потребовать длительного времени;

— дифференциация фонем;

— коррекция нарушений звуко-слоговой структуры;

— развитие просодических компонентов, особенно восприятия и воспроизведения интонации.

4. Развитие фонематического слуха и фонематического восприятия.

5. Формирование лексического строя речи:

— расширение объема и активизация словаря параллельно с расширением представлений об окружающей действительности, развитием познавательной деятельности:

— уточнение значений слов, использование различных приемов семантизации;

— формирование лексической системности;

— формирование предикативной стороны речи за счет обогащения словаря глаголами и прилагательными;

— углубленная работа по формированию обобщающих понятий.

6. Формирование словообразования и словоизменения:

— уточнение грамматического значения существительных, прилагательных, глаголов;

— формирование системы словоизменения; развитие ориентировочных умений при овладении морфологическими категориями;

— формирование словообразовательных умений.

7. Формирование умений морфолого-синтаксического оформления предложений:

— развитие синтагматических и парадигматических связей между словами на основе построения словосочетаний и предложений;

— работа над предложно-падежными конструкциями;

— формирование умения анализировать выраженную в предложении ситуацию;

— формирование структуры предложений различных моделей;

— понимание и построение логико-грамматических конструкций;

— развитие вероятностного прогнозирования при построении слов, словосочетаний, синтаксических конструкций.

8. Развитие связной речи, работа над всеми этапами порождения речевого высказывания:

— работа над фразой (с использованием внешних опор в виде предметных и сюжетных картинок, различных фишек и схем);

— обучение действию планирования в рассказывании с использованием наглядных и вербальных опор;

— обучение пересказу, рассказыванию по картинке (описание предметов, серии сюжетных картинок, отдельных сюжетных картинок); обучение творческому рассказыванию.

9. Подготовка к обучению грамоте:

— формирование языкового анализа и синтеза;

— работа над осознанием языковой действительности;

— подготовка руки к письму, формирование графомоторных навыков.

Таким образом, система логопедической работы выстраивается с традиционных позиций и осуществляется с учетом общедидактических принципов и принципов специальной коррекционной педагогики. Специфика касается выбора методов, приемов, средств логопедического воздействия. Нарушения речи у детей с ЗПР вариативны по своим проявлениям, механизмам, степени выраженности и требуют дифференцированного подхода к их коррекции.

Одним из важных является *принцип системного подхода* к диагностике и коррекции речевых нарушений у детей с ЗПР. Учитывая их психологические особенности, недостаточность познавательной базы, необходимо особое внимание уделять формированию когнитивных предпосылок для освоения языковых средств. Усвоение языковой системы детьми с ЗПР должно быть основано на развитии мыслительных операций анализа, синтеза, обобщения, абстрагирования, в том числе и на словесном материале.

Важно учитывать системные отношения различных компонентов языка. Слово существует в языке на основе взаимодействия лексического и грамматического значений, входит в систему парадигматических и синтагматических отношений, имеет определенную звуковую форму. Поэтому формирование, например, грамматического строя речи должно осуществляться в единстве с другими компонентами языковой системы и в первую очередь с развитием лексики и фонематических процессов.

Формирование лексического, морфологического, синтаксического строя речи тесно связано с развитием семантического компонента. Ребенок начинает использовать ту или иную языковую форму после того, как овладеет ее значением. Поэтому в работе с детьми с ЗПР важен *принцип опережающего развития семантики по отношению к развитию формально-языковых средств.*

Это положение является особенно значимым в процессе формирования лексики, морфологической и синтаксической систем языка у детей с ЗПР. Речь способствует их интеллектуальному развитию, формированию вербального интеллекта. В связи с этим в процессе логопедической работы особое внимание нужно уделять *семантизации,* работе над значением слова с опорой на демонстрацию предметов или

действий, наблюдения, на подбор синонимов и антонимов, использование семантически сильного контекста.

Особое значение для эффективности логопедической работы имеет принцип деятельностного подхода. Этот принцип следует рассматривать в нескольких аспектах.

В процессе коррекции нарушений речи у детей с ЗПР необходимо учитывать сложную структуру речевой деятельности (мотивационно-целевой; ориентировочный; операциональный; регуляционный компоненты), а также особенности мыслительной деятельности детей с ЗПР.

Большое внимание нужно уделять развитию регулирующей, планирующей функции речи. На начальных этапах работы ребенка побуждают к сопровождению речью собственных практических действий, на последующих — к словесному отчету о выполненных действиях. На завершающих этапах ребенок должен овладеть элементарным планированием собственных действий. В связи с этим важным является включение речи в различные виды деятельности (игровую, изобразительную, конструктивную и др.). Во многих исследованиях (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, Д. Б. Эльконин, Н. И. Жинкин, Г. И. Жаренкова, Р. Е. Левина, В. И. Лубовский) отмечается, что словесное опосредование практической деятельности положительно влияет на процессы восприятия, внимания и обобщения.

В работах Н. Ю. Боряковой и Т. А. Матросовой (2005, 2010) представлена методика развития лексико-грамматического строя речи с опорой на предметно-практическую деятельность, в которой связи и отношения между предметами дети с ЗПР осваивают путем анализа, сравнения, выявления существенных взаимосвязей, при этом слово становится средством, организующим деятельность ребенка. Первичное накопление и уточнение словаря обеспечивается в предметно-практической деятельности, а активизация и закрепление смысла слова проводится в дидактических играх и речевых упражнениях. Организуя совместную деятельность детей, взрослый моделирует и создает ситуации общения, требующие различных форм социального поведения и типов высказываний.

Важную роль играет изобразительная деятельность, так как развитие воображения и развитие речи тесно взаимосвязаны (Е. Л. Фуреева, 2000). В процессе создания новых образов речь (сначала внутренняя, а затем внешняя) выполняет ведущую роль.

Принцип *коммуникативной направленности* предполагает следующее:

— обеспечение полноценных эмоциональных и «деловых» контактов со взрослыми и сверстниками;

— развитие вербальных и невербальных средств коммуникации, стимуляция коммуникативной активности, развитие диалогической речи;

— формирование механизмов психологической адаптации в коллективе сверстников, формирование полноценных межличностных связей (Е. Е. Дмитриева, 2005).

Учитывая это, многие задания целесообразно предлагать дошкольникам с ЗПР в совместной деятельности в игровой форме, создавать положительный эмоциональный фон деятельности, что повышает эффективность логопедического воздействия.

Немаловажное значение имеет развитие игровой деятельности детей во взаимосвязи с развитием речи. Логопедические занятия следует строить в игровой форме, используя дидактические игры, игры-драматизации и, наконец, сюжетно-ролевые игры, что позволяет активизировать познавательную деятельность детей, создавать мотивацию для речевой активности. Педагог совместно с детьми создает и планирует замысел и сюжет игры, подбирает игровые атрибуты, активизируя словарь, побуждает к ролевой речи в процессе игрового взаимодействия. В живую и интересную для детей деятельность естественно и непринужденно вплетают элементы обучения, закрепляют усвоенный материал. Важно обучать детей планировать предстоящую деятельность во взятой роли.

Актуальным становится поиск современных методических приемов и средств коррекционно-логопедического воздействия в работе с детьми с задержкой психического развития. Все шире используются компьютерные технологии, эффективным методом может стать компьютерная анимация (Д. Б. Жиляев, 2013). В процессе создания мультфильма у детей с ЗПР заметно возрастает речевая активность и познавательный интерес, совершенствуются предметно-практические и изобразительные навыки, они начинают активно сотрудничать с педагогами и другими детьми, обогащается их словарный запас, совершенствуются навыки диалогической и монологической речи. Итоговый просмотр доставляет детям много радости, стимулирует их к дальнейшему творчеству.

На этапе подготовки к школе особое внимание следует уделить профилактике нарушений чтения и письма, формированию функционального базиса письменной речи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К. С. Лебединской. М., 1982.

2. Борякова Н. Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития: Учеб.-методическое пособие. М.: Гном-Пресс, 2002.

3. Борякова Н. Ю., Касицына М. А. Коррекционно-педагогическая работа в детском саду для детей с задержкой психического развития. Организационный аспект. М.: В. Секачев, 2004.

4. Борякова Н. Ю., Матросова Т. А. Изучение и коррекция лексико-грамматического строя речи у детей с недостатками познавательного и речевого развития (на примере глагольной лексики, словоизменения глаголов и построения простых, распространенных предложений). М.: В. Секачев, 2010.

5. Волковская Т. Н. Сравнительное изучение особенностей развития дошкольников с общим недоразвитием речи и с задержкой психического развития: Монография. М.: РИЦ «Альфа» МГОПУ им. М. А. Шолохова, 2003.

6. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. М., 1984.

7. Дмитриева Е. Е. Проблемные дети: развитие через общение: Пособие для педагогов, психологов-практиков, родителей. М.: Аркти, 2005.

8. Дробинская А. О. Школьные трудности «нестандартных детей». М., 2001.

9. Екжанова Е. А., Резникова Е. В. Основы интегрированного обучения: Пособие для вузов. М.: Дрофа, 2008.

10. Защиринская О. В. Психология детей с задержкой психического развития//Хрестоматия для студентов факультета психологии. СПб., 2003.

11. Костенкова Ю. А. Культурологический подход в изучении детей с задержкой психического развития. М.: Прометей, 2011.

12. Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В., Зорина С. В. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития: Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2003.

13. Логинова Е. А. Нарушения письма: особенности их проявления и коррекции у младших школьников с задержкой психического развития. СПб., 2004.

14. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.

15. Лубовский В. И. Развитие словесной регуляции действий у детей в норме и патологии. М., 1978.

16. Мамайчук И. И., Ильина М. Н. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития: Научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2004.

17. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студентов учреждений сред. проф. образования / Под ред. Л. В. Кузнецовой; Рец.: В. И. Лубовский, И. А. Коробейников. 5-е изд., стер. М.: Академия, 2008.

18. Подготовка к школе детей с задержкой психического развития / Под общ. ред. С. Г. Шевченко. М., 2003.

19. Психолого-педагогические и методические аспекты обучения чтению детей с задержкой психического развития: Учеб.-методическое пособие / Авт. сост. Ю. А. Костенкова; Под ред. Т. В. Волосовец, Е. Н. Кутеповой. М.: РУДН. 2007.

20. Ульенкова У. В. Дети с задержкой психического развития. Н. Новгород, 1994.

21. Ульенкова У. В., Лебедева О. В. Организация и содержание психологической помощи детям с проблемами развития. М., 2005.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Раскройте содержание понятия «задержка психического развития».

2. Каковы причины и механизмы задержек психического развития у детей?

3. Охарактеризуйте психологические особенности детей с задержкой психического развития конституционального генеза.

4. Раскройте психологические особенности детей с задержкой психического развития соматогенного генеза.

5. Охарактеризуйте психологические особенности детей с задержкой психического развития психогенного генеза.

6. Каковы психологические особенности детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза?

7. Каковы особенности произносительной стороны речи детей с задержкой психического развития?

8. Раскройте особенности лексического строя речи детей с задержкой психического развития.

9. Какие особенности речевого развития детей с ЗПР обусловлены своеобразием их познавательной деятельности?

10. Охарактеризуйте особенности связной речи детей с задержкой психического развития.

11. Раскройте принципы логопедической работы по преодолению речевых нарушений у детей с задержкой психического развития.

12. Подготовьте презентацию на тему «Направления и этапы логопедической работы при задержке психического развития у детей».

Практические рекомендации к диагностической и логопедической работе с дошкольниками при задержке психического развития

Заключение по результатам психолого-логопедического обследования

Саша П. (6 лет 4 мес.)

Жалобы: ребенок отстает в освоении образовательной программы, гиперактивен, невнимателен, быстро устает.

1. Анамнестические данные. Ребенок от второй беременности (первая беременность закончилась выкидышем). Токсикоз с угрозой во 2-й половине беременности. Недоношенность (36 недель). Роды: стремительные, родился в асфиксии. Оценка по шкале Апгар — 7/8. До года — частые ОРВИ, фебрильные судороги.

Моторное развитие с незначительным отставанием. Самостоятельно пошел в 1,2 года. Речевое развитие: гуление — в 3 мес., лепет — в 10 мес., первые слова — в 1,5 года, первые фразы — в 2,5 года. Речевое развитие не прерывалось.

Отмечалось нарушение сна (беспокойство). С рождения на учете у невролога: ПЭП, задержка психомоторного развития. Заключение детского психиатра: задержка речевого развития, сочетающаяся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков, СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью).

2. Условия жизни и воспитания. Саша единственный ребенок, воспитывается в полной семье. Родители имеют высшее образование, но работают не по специальности; без вредных привычек. Сыну уделяют мало времени, воспитанием преимущественно занимается бабушка, ее образовательный уровень недостаточный. Ребенок второй год посещает коррекционную группу для детей с ЗПР, мама только на этапе подготовки ребенка к школе стала осознавать наличие особенностей в развитии ребенка, прислушиваться к рекомендациям специалистов, но выполняет их не всегда.

3. Внешний вид. Телосложение нормальное, пропорциональное. Кожные покровы бледные Мимика выразительная. Отмечаются непроизвольные подергивания лица, плеч.

4. Эмоциональная реакции и характер общения со взрослым в процессе обследования. Саша легко идет на контакт. Знает фамилию, имя, пол и свой возраст. Ведет себя адекватно ситуации, доброжелателен. На протяжении обследования постоянно что-то теребит в руках, мани-

пулирует предметами. Считает, что поведение у него всегда хорошее результаты своей деятельности оценивает высоко.

5. Состояние эмоционально-волевой сферы. Со слов воспитателя мальчик активный, общительный. Может занять себя на непродолжительное время, импульсивен. Очень любит, когда с ним занимаются педагоги и воспитатели, просится на занятие. Проявляет демонстративность поведения, старается любыми способами обратить на себя внимание. Может проявлять упрямство, негативизм. В игре стремится к лидерству, но с ведущей ролью не справляется.

6. Моторика. Физическое развитие соответствует возрасту. Отмечаются нарушения осанки. Ребенок умеет самостоятельно одеваться и раздеваться, но в силу неловкости и торопливости небрежен, не умеет завязывать шнурки, шарф. Недостаточно развита техника основных движений и психомоторные функции: общая моторная неловкость, трудности в удержании равновесия, плохая координация движений. Ведущая рука — правая. Наблюдаются сложности в переключении с одного движения рук на другое, в одновременном действии обеими руками, страдает реципрокная координация. Артикуляционная моторика — несколько затруднено переключение с одной артикуляционной позы на другую.

7. Общая характеристика деятельности. Ребенок активно вступает в контакт и сотрудничает со взрослым. Однако интерес к заданиям избирателен и неустойчив. Инструкцию понимает, но удерживает ее не в полном объеме, требуется дополнительное повторение. Действует импульсивно, требуется эмоционально-регулирующая помощь. Если допускает ошибки, то исправляет их только с помощью взрослого, более адекватно и продуктивно действует при внешнем контроле. Работоспособность снижена. Требуется дозировать нагрузку. При выполнении заданий быстро утомляется, изменяется характер и стиль деятельности, повышается импульсивность, меняется эмоциональный фон (неадекватный смех, негативизм). Преобладает игровая или соревновательная мотивация.

8. Внимание. Легко отвлекается, снижены устойчивость и концентрация внимания. Страдает произвольная регуляция, выражены проявления гиперактивности: вскакивает, импульсивно хватает раздаточный материал.

9. Познавательное развитие. *Сенсорно-перцептивная деятельность.* Практически ориентируется в цвете и форме, но неуверенно называет некоторые из них (оранжевый, фиолетовый). Не знает параметров величины (длина, высота, толщина, ширина), пользуется недифференцированными понятиями *большой–маленький*. Требуется время и

помощь в узнавании контурных и перечеркнутых изображений. Целостность восприятия не нарушена, узнает предмет по его части.

Пространственные представления развиты недостаточно: слабо ориентируется как в телесном пространстве, так и в пространственных отношениях предметов, путает, где право, где лево, не ориентируется на листе. Знает и определяет время суток, но путает последовательности дней недели, месяцев, времен года. Недостаточно четко дифференцирует их признаки, забывает название некоторых времен года.

Несколько снижен объем *слухоречевой памяти,* есть трудности воспроизведения (с исправлениями и уточнениями). Увеличение числа предъявлений стимулов (слов, картинок, предметов) способствует повышению продуктивности и точности воспроизведения. Стихи запоминает после многократных повторений.

Конструктивный праксис без особенностей. Легко собирает разрезные картинки из 4—5 частей, из 6 частей — в замедленном темпе. При неудаче сердится, может бросить начатое дело. Конструирует из 7 палочек по образцу. Рисуночные пробы: более успешно справляется с рисунком дома, дерева, хуже удается фигура человека, не прорисовывает детали, упускает части лица (брови, нос). В рисунке использует всего 3 цвета. Не комментирует процесс рисования. Со слов воспитателя, Саша любит рисовать только освоенные изображения автомашин.

Воображение не отмечается большой оригинальностью и продуктивностью. Отмечается склонность к упрощенному, схематичному изображению объектов, много стереотипных, шаблонных композиций, затруднено формирование новых образов.

Особенности мышления. Не сразу понимает логическую последовательность событий, слишком импульсивен. Подумав, может найти правильное решение, разложить картинки, связанные единым сюжетом, в нужном порядке, но затрудняется в построении связного рассказа. Строит простейшие умозаключения на основе восприятия наглядной ситуации, изображенной на картинке. Однако скрытый смысл наглядной ситуации и предложенных текстов осознает не сразу, слишком торопится с трактовкой, с помощью взрослого строит верные умозаключения.

Мыслительные операции отличаются незрелостью. Легко выполняет классификацию на материале пройденных тем («Деревья», «Овощи», «Фрукты»), но затрудняется в группировке («деревья», «цветы», «ягоды»). При обобщении чаще пользуется функциональными признаками *(Обувь — это на ноги у детей).* Требуется помощь в выделении существенных признаков и оперировании ими. При сравнении может

выделить признаки различия по представлению, но сам не устанавливает признаков сходства.

Представления о количестве сформированы. Есть понятия «один — много», «больше — меньше». Счет прямой до 10, обратный счет с помощью. Счетные операции в пределах 7 с опорой на наглядный материал. Порядковый счет освоил.

Знания и представления об окружающем мире недостаточно сформированы и не систематизированы.

10. Речевое развитие.

Просодическая сторона речи. Может варьировать темп и интонационную выразительность речи: произносить слова громко и тихо, но темп речи несколько ускорен, иногда возникают запинки. Различает интонации по смыслу.

Фонетическая сторона речи в пределах возрастной нормы. Иногда возникают замены и смешение свистящих и шипящих.

Фонематические процессы. Трудности дифференциации шипящих и свистящих. С помощью педагога справляется с заданиями, направленными на выделение в начале слова гласного ударного звука, согласные не вычленяет.

Грамматический строй речи. Морфологическая система языка сформирована недостаточно. Затрудняется в употреблении существительных в родительном падеже множественного числа. Допускает ошибки в согласовании существительных с прилагательными. Трудности в употреблении глаголов с приставками, совершенного и несовершенного вида. Мальчик понимает значение предлогов, но не всегда правильно их использует в речи, затрудняется в использовании сложных предлогов (из-под, из-за).

Словообразовательные умения развиты слабо. Затрудняется в образовании прилагательных от существительных, притяжательных прилагательных. В речи присутствуют неологизмы. (*Топорит дрова* вместо «рубит дрова»).

Затрудняется в построении синтаксических конструкций, использует преимущественно простые распространенные предложения из 3—4 слов. При построении более сложной фразы изменяет порядок слов, пропускает члены предложения. При составлении связных высказываний в силу неоформленности внутренней программы и трудностей грамматического структурирования возникает «словесная толчея», паузы.

Лексическая сторона речи. Обиходный словарь достаточный. В силу ограниченности знаний и представлений, недостатков когнитивной деятельности словарный запас сужен. Саша затрудняется в назывании

частей предмета, признаков, недостаточно сформирована глагольная лексика (лучше понимает значения глаголов, но затрудняется в назывании действий, эмоциональных состояний и т. д.). Слабо развита лексическая системность, ребенок затрудняется в подборе антонимов, совсем не справляется с подбором синонимов.

Связная речь. Саша понимает смысл прочитанного ему текста, правильно отвечает на вопросы, но не справляется с самостоятельным пересказом, допускает нарушения цельности и связности. Описательный рассказ по сюжетной картинке или рассказ-описание предмета составляет только с помощью педагога и с опорой на схему.

11. Особенности игровой деятельности. Предпочитает подвижные игры, но правила часто не соблюдает, из-за чего возникают конфликты со сверстниками. Включается в сюжетно-ролевые игры. Ролевое поведение неустойчиво. Претендуя на ведущие роли (командир, капитан, водитель), ограничивается выбором атрибутов и быстро теряет интерес к игре. Предметы-заместители подбирает редко.

12. Особенности коммуникативной деятельности. Саша — общительный мальчик, ему нравится разговаривать со взрослыми, старается привлечь к себе внимание. Любит помогать воспитателю, с удовольствием выполняет поручения, при этом чувствителен к похвале. Контактирует со всеми детьми группы, но в силу гиперактивности и возбудимости нередко вступает в конфликты, может толкнуть, замахнуться, особенно, если ущемляются его претензии на лидерство. В драку вступает редко, выраженной агрессивности не проявляет.

Выводы и рекомендации

На первый план выступают нарушения внимания и гиперактивность, которые приводят к дезорганизации деятельности, задерживают формирование произвольной регуляции. Развивающиеся психические процессы (словесно-логическое мышление, творческое воображение, а также моделирующие виды деятельности) отстают от возрастных возможностей и нормативов. Недоразвитие речи носит системный характер, выявлен III уровень речевого развития. Отмечаются черты эмоционально-личностной незрелости, невротические реакции. Прогноз дальнейшего развития ребенка в целом благоприятен. Рекомендуется коррекционно-развивающая работа по индивидуальной программе, ребенок нуждается в помощи учителя-дефектолога, логопеда, педагога-психолога.

В индивидуальную коррекционно-развивающую программу необходимо включить следующие разделы:

— логопедическая работа по развитию всех компонентов языка, особое внимание следует уделить развитию лексико-грамматического строя, связной речи, развитию фонематических процессов и подготовке к обучению грамоте;

— целенаправленное развитие внимания, произвольной регуляции;

— совершенствование психомоторных функций, координации движений, развитие произвольной регуляции движений и действий; формирование ориентировки на листе, подготовка руки к письму;

— совершенствование пространственно-временных представлений;

— формирование мыслительных операций на уровне наглядно-образного и конкретно-понятийного мышления; формирование обобщающих понятий;

— помощь со стороны педагога-психолога по нормализации эмоционально-волевой сферы, формированию мотивации к учебной деятельности; преодолению невротических реакций и демонстративности поведения средствами игровой и арт-терапии;

— консультативно-просветительская работа с семьей, вовлечение родителей в коррекционно-педагогическую помощь ребенку.

Заключение по результатам психолого-логопедического обследования

Антон Р. (6 лет 2 мес.)

Жалобы: ребенок отстает в освоении образовательной программы, интеллектуально пассивен, невнимателен, быстро устает.

1. Анамнестические данные. Ребенок от третьей поздней беременности и вторых родов (первая беременность закончилась выкидышем, есть старшая сестра, разница в возрасте между детьми 14 лет). У матери отрицательный резус-фактор, у отца — положительный. Токсикоз с угрозой в 1-й половине беременности. Резус-конфликт. Роды: на 40-й неделе, затяжные, со стимуляцией, закричал не сразу. Оценка по шкале Апгар — 6/7. До года — частые ОРВИ, бронхит.

Моторное развитие со значительным отставанием. Стал сидеть к 1 году, вставать в 1 год 3 мес., самостоятельно пошел в 1 год 6 месяцев. Речевое развитие: гуление — в 7—8 мес., лепет — в 11—12 мес., первые слова — в 1,5 года, первые фразы — в 2,5 года. Речевое развитие не прерывалось.

Отмечалось нарушение сна (долго засыпает). С рождения на учете у невролога: ММД, задержка психомоторного развития. Заключение детского психиатра: задержка речевого развития, сочетающаяся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков.

2. Условия жизни и воспитания. Антон второй ребенок, воспитывается в неполной семье. Мать имеет незаконченное высшее образование, работает не по специальности; без вредных привычек. Сыну уделяет мало времени, воспитанием преимущественно занимаются старшая сестра и бабушка. Ребенок первый год посещает коррекционную группу для детей с ЗПР; мама понимает, что ребенок отстает в развитии, но рекомендации специалистов выполняет редко, ссылаясь на занятость.

3. Внешний вид. Телосложение астеничное, пропорциональное. Кожные покровы бледные. Лицо невыразительное, амимичное.

4. Эмоциональная реакции и характер общения со взрослым в процессе обследования. Антон трудно вступает в контакт. Называет свою фамилию, имя, пол и свой возраст. Ведет себя адекватно ситуации, но насторожен, на протяжении обследования проявляет признаки привязанности к матери, не стремится взаимодействовать с педагогом, вяло реагирует на происходящее. Результаты своей деятельности оценить затрудняется.

5. Состояние эмоционально-волевой сферы. Со слов воспитателя, мальчик неактивный, необщительный. Может занять себя на непродолжительное время, плаксив. Испытывает трудности в общении со сверстниками. В группе старается быть незаметным. Стеснительный, но может проявлять упрямство.

6. Моторика. Физическое развитие соответствует низкой границе возрастной нормы. Плоскостопие. Ребенок умеет самостоятельно одеваться и раздеваться, но делает это очень медленно, часто просит помощи у взрослых, небрежен. Недостаточно развита техника основных движений и психомоторные функции: отмечается общая моторная неловкость, медлительность, трудности в удержании равновесия стоя и в движении, с открытыми и с закрытыми глазами. Недостаточно развиты зрительно-моторная и слухомоторная координация, что сказывается на технике движений. Слабо развито чувство ритма, плохо двигается под музыку. Рисует правой рукой, но часто перекладывает карандаш, ложку в левую руку. Наблюдаются сложности в переключении с одного движения рук на другое, в одновременном действии обеими руками, страдает реципрокная координация. Артикуляционная моторика вялая, без грубых нарушений.

7. Общая характеристика деятельности. Ребенок трудно вступает в контакт для продуктивного сотрудничества со взрослым. Интерес к заданиям избирателен и неустойчив. Инструкцию понимает, но удерживает ее не в полном объеме, требуется дополнительное повторение, постоянный контроль со стороны взрослого. Действует медленно, ча-

сто требуется организующая и обучающая помощь. Ошибки исправляет с помощью взрослого. Более продуктивно действует при дозировании нагрузки и внешнем контроле. Работоспособность крайне низкая. Познавательная и речевая активность снижены. При выполнении заданий быстро утомляется, замедляется деятельность, меняется эмоциональный фон (плаксивость, отказ от деятельности). В игровой ситуации активность повышается незначительно.

8. Внимание. Снижены устойчивость и концентрация внимания. Выражены проявления гипоактивности: деятельность затормаживается, ребенок быстро истощается, при утомлении пассивно реагирует даже на красочный и интересный другим детям материал.

9. Познавательное развитие. *Сенсорно-перцептивная деятельность.* Практически ориентируется в цвете и форме, неуверенно называет геометрические фигуры (прямоугольник, овал), хотя по инструкции взрослого их находит. Показывает цвета по просьбе взрослого, но самостоятельно некоторые называет не сразу, особенно светлотные оттенки и промежуточные цвета. Путает параметры величины (длина, высота, толщина, ширина), пользуется недифференцированными понятиями *большой — маленький.* Затрудняется в узнавании контурных и перечеркнутых изображений.

Пространственные представления развиты недостаточно: путает правую и левую руки, на листе ориентируется с помощью. Во времени суток ориентируется, последовательность дней недели заучил. Затрудняется в оперировании линейно-пространственными отношениями (Какой день бывает после среды? перед понедельником?), месяцев, времен года. Особые трудности возникают в понимании логико-временных последовательностей, разбирается в них только с помощью педагога (Что бывает сначала — лужи или дождь?)

Значительно снижен объем *слухоречевой памяти,* есть трудности воспроизведения (с привнесениями). Увеличение числа предъявлений слов-стимулов мало способствует повышению продуктивности и точности воспроизведения. Плохо запоминает стихи, допускает перестановки, пропуски, замены слов. Зрительная память развита лучше.

Конструктивный праксис развит недостаточно. Сам собирает разрезные картинки из 5—6 частей, но тратит много времени, использует многочисленные пробы и примеривания, привлекает помощь взрослого. Конструирование из 7 палочек по образцу вызывает затруднения. При выполнении рисуночных проб справился с рисунком дома, дерева. При рисовании фигуры человека не может передать объем рук, ног: рисует их одной линией; не рисует шею, уши, пальцы, стопы,

упускает детали — волосы, брови. Рисует простым карандашом, отказывается от цветных. Не наблюдается речевое комментирование во время рисования. Со слов воспитателя, Антон рисовать не любит, как и заниматься другими продуктивными видами деятельности (лепкой, аппликацией). *Воображение* развито слабо, не привносит творчество и фантазию в рисунки, поделки.

Особенности мышления. Без помощи педагога затрудняется в понимании логической последовательность событий, слишком пассивен. Подумав, приняв помощь, может найти правильное решение, разложить картинки, связанные единым сюжетом, в нужном порядке, правильно отвечает на вопросы, но самостоятельно составить рассказ не может, тяготеет к простому перечислению изображенных объектов. С большим трудом строит простейшие умозаключения на основе восприятия наглядной ситуации, изображенной на картинке («нелепицы»). Скрытый смысл наглядной ситуации и предложенных текстов осознает с большим трудом, только с помощью взрослого.

Мыслительные операции отличаются незрелостью. Выполняет классификацию только на материале пройденных тем («Одежда», «Овощи», «Фрукты»). При обобщении пользуется знакомыми ситуативными или функциональными признаками (вместо слова «мебель» говорит: *Это у нас в комнате стоит*). Требуется помощь в выделении существенных признаков и оперировании ими. При сравнении может выделить простейшие признаки различия с опорой на картинки, по представлению — затрудняется, сам не устанавливает признаков сходства.

Представления о количестве не соответствуют возрасту. Есть понятия «один — много», «больше — меньше». Счет прямой до 10, обратный счет не сформирован. Счетные операции в пределах 5 с опорой на наглядный материал, по пересчету с помощью взрослого устанавливает равенство. Порядковый счет выполняет только с помощью.

Знания и представления об окружающем мире недостаточно сформированы и не систематизированы.

10. Речевое развитие.

Просодическая сторона речи. Голос тихий, речь невыразительная, темп речи замедлен.

Фонетических нарушений нет, но артикуляция вялая, что влияет на разборчивость речи.

Фонематические процессы. Даже с помощью педагога затрудняется в выделении гласного ударного звука в начале слова, согласные не вычленяет.

Грамматический строй речи. Морфологическая система языка сформирована недостаточно. Допускает многочисленные ошибки в управлении и согласовании; в слово- и формообразовании; в употреблении приставок и суффиксов; есть трудности в употреблении приставочных глаголов, глаголов совершенного и несовершенного вида. Мальчик понимает значение простых предлогов, но часто неправильно их использует в речи (*из стола достали мячик* вместо «из-под стола»).

Словообразовательные умения не развиты. Затрудняется в образовании прилагательных от имен существительных, притяжательных прилагательных. В речи присутствуют неологизмы (*Лошидист* вместо «наездник» по аналогии со звучанием слова «машинист»). Затрудняется в построении синтаксических конструкций, использует преимущественно простые распространенные предложения из 3—4 слов, характерна структурная неоформленность высказывания *(Мы там, на улице в песок... в песку... машину... катали красную).* При построении более сложной фразы изменяет порядок слов, пропускает члены предложения.

Лексическая сторона речи. Обиходный словарь недостаточный в силу ограниченности знаний и представлений. Антон затрудняется в назывании частей предмета, признаков, ограниченна глагольная лексика (понимает значения глаголов, но не называет действий, эмоциональных состояний и т. д.). Выражены трудности в усвоении абстрактных понятий, отражающих явления языковой действительности (не понимает, что обозначают слова-действия, слова-предметы, слова-признаки и т. д.). Не развита лексическая системность, ребенок не может без помощи подобрать антонимы, совсем не справляется с подбором синонимов. Недостаточность смысловой стороны речи проявляется в неточном употреблении слов, близких по значению (*Папа рубит дрова* вместо «пилит дрова». *Мама шьет* вместо «вяжет»).

Связная речь. Наибольшие трудности возникают на уровне связной речи. Недостатки речемыслительной деятельности влияют на низкий уровень построения связных высказываний. Антон не сразу понимает смысл прочитанного текста, не всегда правильно отвечает на вопросы по его содержанию. Пересказать текст не может, хотя после беседы правильно отвечает на вопросы. Рассказ по сюжетной картинке или рассказ-описание предмета составляет только с помощью педагога и с опорой на схему.

В силу неоформленности внутренней программы и трудностей грамматического структурирования возникает «словесная толчея», паузы, нарушается цельность и связность изложения.

11. Особенности игровой деятельности. Предпочитает играть один преимущественно в настольные игры, в подвижных играх правила ча-

сто не соблюдает, из-за этого возникают конфликты со сверстниками. Уровень развития сюжетно-ролевой игры снижен. Сюжеты бедные, стереотипные. Ролевое поведение неустойчиво. Претендует на второстепенные роли (покупатель, больной), ограничивается выбором атрибутов и быстро теряет интерес к игре, если к игре не подключается взрослый и не направляет действия детей в определенное сюжетное русло. Затрудняется в подборе предметов-заместителей.

12. Особенности коммуникативной деятельности. Антон застенчивый, необщительный мальчик, не старается привлечь к себе внимание. Трудно контактирует с детьми группы, редко вступает в конфликты. В драку вступает редко, агрессивности не проявляет. Поручения воспитателя выполняет охотно, но нуждается в эмоциональной и практической поддержке, в руководстве, чувствителен к похвале.

Выводы и рекомендации

На первый план выступают: незрелость мыслительных операций, интеллектуальная и речевая пассивность, повышенная утомляемость. Мыслительные операции, творческое воображение, а также моделирующие виды деятельности отстают от возрастных возможностей и нормативов. Недоразвитие речи соответствует III уровню речевого развития, выражены недостатки лексико-грамматического строя и связной речи при относительной сохранности произносительной стороны речи. Трудности звуко-слогового анализа обусловлены незрелостью операций анализа и синтеза в целом.

Требуется интенсивная коррекционно-развивающая и логопедическая помощь. Рекомендуется работа по индивидуальной программе, ребенок нуждается в помощи учителя-дефектолога, логопеда, педагога-психолога.

В индивидуальную коррекционно-развивающую программу необходимо включить следующие разделы:

— целенаправленная работа по формированию мыслительных операций как на уровне наглядно-образного, так и словесно-логического мышления, формирование обобщающих понятий, развитие пространственных и временных представлений;

— логопедическая работа по развитию всех компонентов языковой системы, особое внимание следует уделить коррекции недостатков грамматического строя речи, работе над построением предложений и связной речью, формированию языкового анализа и подготовке к обучению грамоте;

— целенаправленное развитие внимания, произвольной регуляции, игровой и учебной мотивации;

— совершенствование психомоторных функций, координации движений, развитие произвольной регуляции движений и действий, подготовка руки к письму;

— помощь со стороны педагога-психолога по нормализации эмоционально-волевой сферы, преодолению замкнутости поведения средствами игровой и арт-терапии, организации совместной деятельности с другими детьми;

— необходима просветительско-консультативная работа с мамой для разъяснения особенностей воспитания и развития ребенка.

Примерные конспекты логопедических занятий с детьми с задержкой психического развития

Конспект 1 (для детей 4—5 лет)

Тема: развитие фразовой речи на материале текста сказки «ТЕРЕМОК»

Программное содержание

I. Образовательные задачи

1. Закреплять представления детей о различных животных.
2. Закреплять знание художественного текста — сказки.
3. Закреплять навыки счета.

II. Коррекционно-развивающие задачи

1. Развитие речи:

— закрепить в активной речи употребление существительных мужского и женского рода в родительном падеже.

— закрепить в активной речи употребление глаголов, обозначающих способы передвижения животных.

— закрепить умение дополнять структуру предложения, используя глаголы.

— закрепить умение строить:

а) простую двусловную фразу *(Не стало мышки. Лягушка прыгает);*

б) вопросительные предложения с разделительным союзом **а** *(Я лисичка, а ты кто?).*

— развивать фразовую речь при рассказывании знакомой сказки, используя наглядную опору и элементы игры-драматизации.

2. Развитие познавательной деятельности:

— развивать логическое мышление (закреплять умение детей отгадывать загадки, используя имеющиеся представления о характерных

особенностях внешнего облика и повадках животных; развивать способность к пониманию и вербализации логической последовательности событий в сказке);

— развивать зрительную память на линейный ряд;

— развивать слуховое внимание, умение действовать на основе словесной инструкции, формировать элементы произвольной регуляции;

— развивать мелкую моторику рук.

III. Воспитательные задачи

1. Учить детей взаимодействовать друг с другом в рамках игры-драматизации и при выполнении заданий педагога.

2. Учить детей соблюдать правила поведения, предложенные педагогом, внимательно слушать других детей.

VI. Оборудование и дидактический материал: шапочки героев сказки «Теремок»; фигурки героев сказки «Теремок», прикрепленные на демонстрационную доску; предметные картинки с изображением диких животных; незаконченные поделки детей.

Ход занятия

Организационный момент

Учитель-логопед и дети сидят в кругу на ковре.

Учитель-логопед. Сегодня наше занятие начнется необычно. Сегодня вы сами назовете, какая сказка пришла к нам в гости. Помогут в этом загадки о ее героях.

Игра «Отгадай загадку и найди отгадку»

Учитель-логопед. Отгадайте загадки и выберите шапочку-отгадку.

1. На болоте я живу,
Вся зеленая сижу,
С кочки прыг, на кочку скок,
Ква-ква-ква — мой голосок. (*Лягушка*)

2. Хитрая плутовка,
Рыжая головка,
Хвост пушистый — краса,
А зовут ее ... (*Лиса*)

3. Мала, мала,
Да никому не мила,
Пи-пи-пи — мой голосок,
Да длинный тоненький хвосток. (*Мышка*)

4. Что за зверь ночью
Воет на луну:
У-у-у — пожалеть меня кому. (*Волк*)

5. Что за зверь среди травы,
Уши больше головы.
Зимой он беленький,
Ну а летом серенький. (*Заяц*)

Дети отгадывают загадки и выбирают шапочку-отгадку.

Игра «Назови себя и спроси — кто я?»

Учитель-логопед. Давайте еще раз назовем героев нашей сказки. По очереди назовите себя и спросите товарища — кто ты? Первое задание буду выполнять я: Я муха, а ты кто?

Дети. Я мышка, а ты кто?

Я волк, а ты кто? и т. д.

Учитель-логопед. Кто из вас догадался, какая сказка пришла к нам в гости?

Дети. Теремок. (Дети садятся полукругом на ковер).

Игра «Расскажи сказку»

Дети вместе с учителем-логопедом по ролям рассказывают сказку «Теремок».

Физкультминутка. Игра «Кто как двигается, покажи и назови»

Дети встают в кружок.

Учитель-логопед. Покажите, как двигается ваш герой, и назовите, что он делает.

Учитель-логопед показывает, как передвигается муха, и дает образец ответа:

Муха что делает? — Муха летает.

Дети. Мышка — бегает, лягушка — прыгает, заяц — скачет, лиса — ходит, волк — бегает, медведь — ходит.

Дети садятся на свои места.

Игра «Кого не стало»

На доске в линейной последовательности выставляются изображения героев сказки.

Учитель-логопед. Кто из вас самый внимательный? Кто скажет — кого не стало?

Дети. Не стало мышки. (Не стало лисы. Не стало волка.)

Практическая деятельность — изготовление поделки «Мышка»

Учитель-логопед. Ребята! Как вы думаете — кто притаился на ваших листочках?

Дети. Мышки.

Учитель-логопед. Посмотрите внимательно, чего не хватает вашим мышкам? Чего нет у твоей мышки, а у твоей?..

Дети. Нет ушей. Нет хвоста. Нет глаз. Нет носа.

Учитель-логопед. Для носа возьмем круглое коричневое зернышко... И для глаза — круглое коричневое зернышко... Ушки мы сделаем из арбузных семечек. А хвостик — из шнурка.

Учитель-логопед. А сейчас возьмем стек — как карандаш и «нарисуем» шерстку нашим мышкам.

Учитель-логопед. Что ты делаешь, Алена?

Ребенок. Я рисую шерстку.

Учитель-логопед. А ты что делаешь, Егор?

Ребенок. Я рисую шерстку (и т. д.)

Учитель-логопед. Посмотрите, какие красивые мышки у нас получились.

Итог

Учитель-логопед. Вспомните, герои какой сказки к нам приходили в гости, чем мы сегодня занимались?

Дети отвечают.

Учитель-логопед. Все молодцы, всем спасибо!

Конспект 2 (для детей 5—6 лет)

Тема: глаголы, обозначающие эмоциональные состояния

Программное содержание

I. Образовательные задачи

1. Закрепление представлений детей об эмоциональных состояниях человека и обогащение глагольной лексики.
2. Формирование представлений о языковой действительности — о словах-действиях.
3. Закрепление знаний художественного текста рассказа.

II. Коррекционно-развивающие задачи

1. Развитие речи:

— развитие понимания слов-действий, обозначающих настроение людей;

— расширение и активизация глагольного словаря за счет глаголов, обозначающих эмоциональные состояния.

2. Развитие познавательной деятельности:

— развитие логического мышления;

— закрепление умения находить слова-действия, противоположные по смыслу;

— развитие способности к пониманию и вербализации логической последовательности событий рассказа;

— развитие зрительной памяти на линейный ряд;

— развитие слухового внимания и умения действовать на основе словесной инструкции;

— развитие слухового внимания и произвольной регуляции действий;

— развитие мелкой моторики.

III. Воспитательные задачи

1. Формирование социально-нравственных представлений, умений оценивать поступки персонажей литературного произведения в процессе рассматривания проблемной ситуации в адаптированной версии рассказа В. Осеевой «Волшебное слово».

2. Развитие умений сотрудничать при выполнении заданий педагога.

3. Развитие умений соблюдать правила поведения, предложенные педагогом.

VI. Оборудование и дидактический материал: картинки с изображением лиц людей, выражающих разные эмоциональные состояния: грусть, радость, удивление, смех, улыбку, плач; адаптированная версия рассказа В. Осеевой «Волшебное слово».

Ход занятия

Организационный момент

Под музыку дети входят в группу и становятся вокруг стола.

Учитель-логопед. Дети, давайте скажем добрые слова друг другу. Я начну: Максим, я рада, что ты пришел сегодня в детский сад! Не забудьте улыбнуться и приветливо посмотреть друг на друга.

Дети выполняют задание.

Учитель-логопед. Очень хорошо, настроение у нас хорошее — можно начинать.

Игра «Назови, что делает ...?»

Учитель-логопед. К нам в гости пришли слова о разных настроениях. На столе лежат картинки. Пусть каждый из вас возьмет одну картинку. Посмотрите и назовите, кто нарисован на ваших картинках?

Дети. На картинках нарисованы дети.

Учитель-логопед. У детей разные выражения лиц. Назовите, что делают дети?

Дети (по очереди):

— Мой мальчик улыбается; мой мальчик смеется; ... грустит, сердится, плачет, удивляется (при затруднении детей учитель-логопед помогает им вспомнить слова-действия с помощью слов-признаков: мальчик сердитый, значит, он что делает? — сердится, грустный — грустит).

Учитель-логопед. Это и есть наши гости, слова-действия о нашем настроении. Слова-действия: улыбается, смеется, грустит, сердится, плачет, удивляется.

Игра «Сказки наоборот»

Учитель-логопед. Выберите себе пару так, чтобы в паре были слова, противоположные по смыслу. (При необходимости учитель-логопед помогает детям встать парами таким образом, чтобы можно было назвать слова, противоположные по смыслу.)

Учитель-логопед предлагает детям поиграть в игру «Скажи наоборот».

— Ангелина, что делает твой мальчик?

Ангелина: Улыбается.

Учитель-логопед. А твой мальчик что делает, Никита?

Никита. Грустит.

Учитель-логопед. Правильно, ваши слова обозначают разные настроения. Ангелина, Никита, повторите их.

Дети повторяют по очереди: *радуется — грустит.* (Аналогичная работа проводится с другой парой детей, дети называют слова *плачет — смеется.)*

Учитель-логопед. У нас осталось два слова без пары. Назовите эти слова.

Дети. Сердится, удивляется.

Учитель-логопед. Подумайте, к какому из этих слов мы можем подобрать пару?

Дети. Мы можем подобрать пару к слову «сердится».

Учитель-логопед. Правильно! Назовите, какие два слова могут для него подойти?

Дети. Смеется, улыбается.

Учитель-логопед. Можно сказать: сердится — улыбается, сердится — смеется. Давайте назовем все пары слов, которые у нас получились. (Улыбается — грустит, смеется — плачет, сердится — улыбается. сердится — смеется.)

Учитель-логопед. Только одно слово осталось без пары, какое?

Дети. Удивляется.

Мимическая гимнастика

Учитель-логопед. Я буду называть и показывать картинку с лицом, которое выражает какое-то настроение, а вы повторяйте за мной: мы улыбаемся, мы грустим, мы смеемся, мы плачем, мы удивляемся, мы сердимся.

Слушание адаптивной версии рассказа В. Осеевой «Волшебное слово»

Дети садятся в круг на ковре и слушают рассказ.

Учитель-логопед. Внимательно слушайте и запоминайте, как менялось настроение героев этой истории.

(Учитель-логопед рассказывает.)

Учитель-логопед. Вы запомнили, какое волшебное слово помогло Павлику помириться с родными?

Дети. Волшебное слово — пожалуйста.

Учитель-логопед. Вспомните и скажите, что делал Павлик, когда сел на скамейку рядом с дедушкой? Вам помогут картинки на доске.

Дети. Павлик сердился.

Учитель-логопед. Что делала сестра, когда Павлик требовал от нее краску?

Дети. Сестра сердилась.

Учитель-логопед. Что делала бабушка, когда Павлик хотел стащить у нее морковку?

Дети. Бабушка тоже сердилась.

Учитель-логопед. Что делал брат, когда Павлик требовал взять его с собой покататься на доске?

Дети. Брат сердился.

Учитель-логопед. Правильно, все сердились на Павлика. А старичок сказал ему волшебное слово. Что сначала сделал Павлик, когда услышал это слово?

Дети. Павлик удивился.

Учитель-логопед. Молодцы! А теперь скажите, что делал Павлик, когда обращался с просьбами к родным?

Дети. Павлик улыбался!

Учитель-логопед. А родные что делали в ответ?

Дети.

— Сестра сначала удивилась, а потом улыбнулась.

— Бабушка сначала удивилась, а потом улыбнулась.

— Брат удивился, а потом засмеялся.

Учитель-логопед. Правильно, а также они выполнили его просьбы. Что они сделали?

Дети.

— Сестра дала краску.

— Бабушка угостила пирожком.

— Брат взял кататься на доске.

Учитель-логопед. Скажите, что помогло Павлику договориться с родными?

Дети. Павлик улыбнулся и сказал «пожалуйста».

Учитель-логопед. Молодцы! Чему нас учит этот рассказ?

Дети. Рассказ нас учит вежливости.

Учитель-логопед. Вспомните и скажите, какие вежливые слова вы знаете?

Дети. Спасибо, здравствуйте, до свидания, простите, пожалуйста.

Учитель-логопед. Я надеюсь, вы все умеете пользоваться этими вежливыми словами? Что еще нужно делать, чтобы волшебные слова подействовали?

Дети. Нужно улыбаться.

Итог

Учитель-логопед. Вспомните и скажите, какие слова-действия приходили к нам в гости? (Дети называют.) Эти слова обозначают наше настроение. Про какое волшебное слово вы слушали историю? ...Молодцы!

Конспект 3 (для детей 6—7 лет)

Тема: познавательно-развивающая игра с элементами драматизации «Сегодня в нашем театре пьеса «Три поросенка»

Программное содержание

I. Образовательные задачи

1. Закрепление представлений детей о театре.
2. Закрепление знаний художественного текста сказки.

II. Коррекционно-развивающие задачи

1. Развитие речи:

— расширение и активизация словаря на примере «театральной» лексики;

— совершенствование навыка связного и выразительного изложения литературного материала знакомого произведения.

2. Развитие познавательной деятельности:

— расширение и закрепление знаний детей о театральных профессиях;

— формирование стойкого познавательного интереса и поддержание эмоционального настроя детей средствами художественной литературы и фольклора (сказки, стихи, потешки, проза), словесных игр;

— развитие способности к пониманию и вербализации логической последовательности событий литературного произведения;

— обогащение паралингвистических средств (мимики, жестов, интонации, направленных действий) детей в процессе «работы» над сказкой и выступления перед зрителями;

— развитие слухового внимания и умения действовать на основе словесной инструкции;

— формирование произвольной регуляции действий.

III. Воспитательные задачи

1. Развитие умений сотрудничать друг с другом при выполнении заданий педагога.

2. Формирование ролевого взаимодействия (согласования своих действий, адекватных реакций на действия других персонажей).

3. Развитие творческих способностей, самостоятельности.

4. Закрепление умения детей играть вместе, сообща.

5. Воспитание дисциплинированности, самоконтроля, умения соблюдать правила, предложенные педагогом.

VI. Оборудование и дидактический материал: костюмы для поросенка и волка, декорации (домики, дерево); материалы для гримерной (зеркало, грим, расчески); недорисованная афиша, краски и кисти; музыка для сопровождения занятия.

Ход занятия

Организационный момент

Учитель-логопед беседует с детьми о театре: Ребята, кто из вас был в театре? Назови театр, в который ты ходил. Что ты там видел? Какую сказку ты смотрел? Понравился вам поход в театр?

(Ответы детей).

Учитель-логопед. Ребята, давайте устроим свой театр.

Игра «Назови, кто работает в театре»

Учитель-логопед. Сначала вспомним, кто работает в театре... Какие театральные профессии вы знаете?

Дети. Артисты, режиссеры, звукорежиссеры, гримеры, костюмеры, художники, декораторы, осветители.

Игра «Назови, кто что делает»

Учитель-логопед. А кто из вас знает, что делает режиссер, гример, ...?

Дети (по очереди): режиссер — ставит спектакли, учит актеров, как играть; гримеры — гримируют артистов в персонажей спектакля; костюмеры — придумывают и делают костюмы; художники — рисуют декорации, афиши, эскизы костюмов; звукорежиссеры — подбирают музыку; осветители — работают со светом, делают на сцене то день, то ночь; артисты — играют спектакль, изображают то короля, то медведя, а то и Бабу-ягу.

(При затруднении детей учитель-логопед помогает им вспомнить действия людей разных театральных профессий).

Учитель-логопед. Ну что, играем в театр?

Дети. Да!

Игра «Выбери профессию»

Учитель-логопед. Выберите себе театральную профессию, кто из вас будет гримером, режиссером и т. д. (Дети выбирают себе роли.) А теперь все по своим рабочим местам.

(Дети расходятся каждый на свое «рабочее» место). «Декораторы» расставляют декорации. «Костюмеры» помогают артистам переодеться в персонажей сказки. «Гримеры» гримируют артистов и превращают их в героев сказки. «Художники» дорисовывают афишу.

Учитель-логопед. Ребята, к спектаклю у нас все готово? (Учитель-логопед дает три звонка, дети — не артисты — садятся на стулья в зрительный зал, и начинается спектакль...)

Выходит ребенок-ведущий и объявляет: Начинаем наш спектакль. Сергей Михалков «Три поросенка».

Дети играют спектакль.

Учитель-логопед (после спектакля). Представляем наш театр. От автора и режиссера...

(Дети представляют друг друга по очереди. Все дети берутся за руки и кланяются зрителям).

Итог

Учитель-логопед. Вспомните и скажите, кем вы сегодня были и что делали? (Дети называют свою профессию и свои действия.) Саша, кем ты сегодня был в нашем театре?

Саша. Я был декоратором. Я расставлял декорации к спектаклю...

(Учитель-логопед спрашивает каждого ребенка).

Учитель-логопед. Молодцы! Замечательно подготовились и выступили. Понравилось вам играть в театр?

Дети. Да.

Учитель-логопед. Хотите вернуться еще раз в наш театр? (Ответы детей.) Тогда следующей нашей постановкой будет сказка Корнея Чуковского «Муха-цокотуха». До новых встреч в нашем театре.

Глава 16
ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ СНИЖЕНИИ СЛУХА

Нарушения слуха — это отсутствие или ограничение возможностей слухового восприятия речевых и неречевых звуков. В детском возрасте нарушения слуха отрицательно влияют на формирование речи, развитие умственных способностей и эмоциональное становление детей.

Целенаправленное изучение возможностей использования слухового восприятия для осуществления коммуникации людьми с нарушениями слуха осуществлялось с XIX века (Г. А. Гурцов, В. И. Флери, Н. М. Лаговский, Н. А. Рау и др. [16]). Исследования умственного и речевого развития глухих и слабослышащих детей с середины XX века показали, что патология периферического слуха при глухоте и тугоухости приводит к недоразвитию центральных механизмов слуха — фонематических процессов (фонематического восприятия, анализа и синтеза, фонематических представлений). Для осознанного восприятия речи и ее самостоятельного продуцирования необходим высший акустический анализ и синтез речевого материала. Овладение этой способностью происходит в ходе становления речи ребенка, а уровень сформированности механизмов звукового анализа и синтеза служит, в свою очередь, базой для дальнейшего развития его речи, что подтверждается исследованиями процессов восприятия и произношения дошкольников и школьников с нарушенным слухом, их устной (словесной) и письменной речи (Р. М. Боскис, И. Г. Багрова, К. А. Волкова, С. А. Зыков, А. Г. Зикеев, К. Г. Коровин, Л. П. Носкова, Ф. А. Рау,

Н. Ф. Слезина и др. [2, 6, 7, 14]). Нарушения речи при различных потерях слуха в детском возрасте рассматриваются как следствие патологии тонального слуха, но не прямое, а опосредованное недостатками развития познавательной деятельности (Г. Н. Батов, К. В. Комаров и др.). Развитие логического мышления при нарушенном слухе зависит от степени участия речи в мыслительном процессе (Л. А. Головчиц, Е. Г. Речицкая, Л. И. Тигранова и др. [3, 4]).

Современными нейрофизиологическими исследованиями доказано, что на протяжении индивидуального развития ребенка степень чувствительности его слуховой системы к ограничению опыта (депривация) разная. В работах З. С. Алиевой, основанных на анализе слуховых вызванных потенциалов, приведены нормативные данные, характеризующие разные уровни слухового анализатора у нормально слышащих детей: к 2 годам завершается созревание периферического отдела, а в 15—16 лет — коркового отдела слухового анализатора. Поэтому снижение слуха оказывает неодинаковое влияние на формирование речевой функции детей в разном возрасте. Даже незначительное нарушение слуха в раннем возрасте может быть причиной задержки речевого и коммуникативного развития детей, а в процессе формирования речи отрицательно сказаться на ее качестве. Установлено, что нарушенный слуховой анализатор тем лучше используется, чем лучше развита речь (Р. М. Боскис, Э. И. Леонгард, Л. И. Тигранова, М. Н. Фишман, Н. Д. Шматко и др. [2, 3, 4, 15]). Сформированность у ребенка правильного звукопроизношения, разнообразие словарного запаса, владение звуковым и морфологическим анализом способствуют более четкому узнаванию слов на слух, их дифференциации, а также развитию слухового восприятия и слухового контроля речи. Таким образом, в детском возрасте деятельность слухового и речевого анализаторов взаимно влияют на формирование высших психических функций.

Нарушение слуха у ребенка оценивается с точки зрения возможности или невозможности его речевого развития. Выделяются следующие группы лиц с нарушением слуха: глухие, слабослышащие, позднооглохшие и имплантированные.

К группе *глухих* относятся дети, слух которых не может быть самостоятельно использован ребенком даже при наличии звукоусиливающей аппаратуры для речевого общения. Развитие речи и обучение возможно лишь на основе сохранных анализаторов, а остаточный слух может быть использован как вспомогательное средство для улучшения качества произношения и, в некоторой степени, для повышения эффективности зрительного восприятия речи.

К группе *слабослышащих* (страдающих тугоухостью) относятся дети, обладающие такой степенью сохранности слуха, которая дает хотя бы минимальную возможность накопления речевого запаса, позволяет общаться с помощью речи в специально создаваемых условиях (при усилении голоса, использовании звукоусиливающих средств и др.). Такие дети способны различать речь разговорной и, нередко, шепотной громкости. Их развитие речи и обучение ориентированы не только на сохранные анализаторы, но и на использование неполноценного слуха (В. И. Бельтюков, Р. М. Боскис, Л. В. Нейман, Ф. А. Рау [1, 2, 14]).

Позднооглохшие (оглохшие) — это люди, потерявшие слух, но сохранившие речь. Степень сохранности их речи зависит от времени наступления глухоты и условий ее развития. Границей полной потери речи при нарушении слуха является 6-летний возраст.

К *имплантированным* относятся дети и взрослые, перенесшие операцию по кохлеарной имплантации (от лат. *cochlea* — улитка), т. е. операцию по вживлению электродных систем во внутреннее ухо, в улитку, с последующей электрической стимуляцией слухового нерва, посылающего в мозг серии нервных импульсов, вызывающих слуховые ощущения. Дети с кохлеарными имплантами изначально были глухими или с тяжелой (III—IV) степенью тугоухости, практически безречевыми. После операции кохлеарной имплантации создается сенсорная основа для формирования устной речи, так как слуховые возможности значительно улучшаются и соответствуют I степени тугоухости (30—40 дБ). Несмотря на это, без специальных настроек процессора и коррекционных занятий с сурдопедагогом по развитию слухового восприятия и речи, такие дети не могут использовать полученные возможности (И. В. Королева, Э. В. Миронова, Н. В. Тарасова [8, 9, 11]).

Классификация нарушений слуха

Существуют различные классификации нарушений слуха. В сурдопедагогике до настоящего времени используется ***клинико-педагогическая классификация*** тугоухости Л. В. Неймана (1975), так как в ней соотносятся степени снижения слуха и условия разборчивого восприятия речи:

— при I степени тугоухости средняя потеря слуха не превышает 50 дБ, а речь разговорной громкости воспринимается на расстоянии более 1 м, шепот — у ушной раковины и далее;

— при II степени средняя потеря слуха от 50 до 70 дБ, речь разговорной громкости воспринимается на расстоянии 0,5—1 м, шепот не воспринимается;

— при III степени потеря слуха более 70 дБ, речь разговорной ...кости — до 0,5 м, шепот не воспринимается.

Снижение слуха более 80—85 дБ определяется как глухота (Р. М. Бо... Л. В. Нейман [1, 2]).

В аудиологии общепринята ***международная классификация*** тугоухо... Wilson J. Scand, 1988). В ней выделяются четыре степени тугоухо... и глухота: I степень — средняя потеря слуха 26—40 дБ, II степень — ...—55 дБ, III степень — 56—70 дБ, IV степень — 71—90 дБ. Потеря ...а более 91 дБ диагностируется как глухота.

Несовпадения границ тугоухости и глухоты в этих классификациях ...ваны с технологическим прогрессом в области слухопротезирова... и, соответственно, с улучшением возможностей слухоразличения ... различных потерях слуха.

В настоящее время разработана ***динамическая педагогическая классификация детей с кохлеарными имплантами*** (О. И. Кукушкина, Е. Л. Гончарова, 2014 [13]). Она отражает изменения социально-пси...логического статуса ребенка с тяжелым нарушением слуха на разных этапах кохлеарной имплантации (КИ) и соответствующее изменение задач сурдопедагога. До этапа подключения речевого процессора вы...еляются шесть групп детей:

• оглохшие дети:

— сохранившие ранее сформированную в соответствии с возра...том речь и коммуникацию;

— потерявшие слух в возрасте 2,5—4 лет, с распадающейся или распавшейся речью;

• глухие дети и дети с тяжелой тугоухостью:

— с развернутой фразовой речью;

— с несформированной развернутой фразовой речью и осуществ...ляющие коммуникацию другими средствами;

— не владеющие развернутой фразовой речью в силу возраста;

• дети с нарушенным слухом и дополнительными первичными на...рушениями развития.

После подключения процессора, когда состояние слуха детей ме...няется и соответствует I степени тугоухости, начинается запускающий этап реабилитации. Задачей этого этапа является реконструкция речевой и неречевой коммуникации. Для этого важно определить сенсорную основу, на которой формировалось общение. Это ориентиры для изменения дифференциации детей с КИ на четыре группы.

• со сформированной на нормальной сенсорной основе речью и коммуникацией;

• вступающие в коммуникацию и обладающие развернутой речью, сформированной ранее на зрительно-слуховой или слухо-зрительной основе;

• с несформированной до операции речью и осуществляющие коммуникацию другими средствами;

• не имеющие до операции развернутой речи в силу возраста (дети с тяжелыми нарушениями слуха раннего возраста).

По завершении запускающего этапа задачей сурдопедагога становится подбор подходящего образовательного маршрута. Новыми ориентирами для дифференциации детей на группы являются степень сближения развития ребенка с возрастной нормой и перспективы дальнейшей интеграции в разных условиях обучения. В связи с этим выделяется три группы детей:

• приблизившиеся к возрастной норме и готовые к вхождению в общеобразовательную среду при минимальной специальной поддержке;

• не приблизившиеся к возрастной норме, но имеющие возможность и перспективу благополучного дальнейшего развития и приближения к норме в обычной среде при постоянном наблюдении и сурдопедагогической поддержке;

• не приблизившиеся к возрастной норме и не имеющие перспективы сближения с нормой в обычной среде даже при постоянном наблюдении и специальной сурдопедагогической поддержке.

Такая динамическая классификация помогает сурдопедагогу достаточно оперативно и правильно выбирать оптимальные образовательные маршруты детей с кохлеарными имплантами, поскольку служит инструментом понимания динамики изменений, происходящих с ребенком в процессе реабилитации.

Особое место занимают дети *с минимальными нарушениями слуха* (на 15—25 дБ). Состояние их слуховой чувствительности является пограничным между нормальным слухом и легкой тугоухостью — I степени (С. С. Ляпидевский, 1969 [16]). У них отмечается своеобразие в развитии речи и других высших психических процессов, связанных с восприятием и анализом звуков. Минимальное снижение слуха, возникшее до начала процесса развития речи или в самом его начале, приводит к нарушению произношения звуков, бедности словарного запаса и аграмматизму (Р. М. Боскис, В. И. Бельтюков, Л. В. Нейман, Г. В. Чиркина, Е. Л. Черкасова и др. [2, 10, 16]). Согласно данным А. Митринович-Моджаевской (1965), дислалия вследствие незначительного нарушения слуха возникает в 30% случаев от общего количества дислалий. Г. В. Чиркина (1987) выявила, что около 70% детей с

ринолалией имеют снижение слуха, и показала трудности овладения ими правильной речью. Аналогичные данные получены и о детях с дизартрией (Г. В. Чиркина, Е. Л. Черкасова, 2001). Более половины детей с аденоидными разращениями II—III степени и аллергическим ринитом также имеют снижение слуха различной выраженности, чаще минимальное (Я. М. Сапожников, 1999, 2001).

Причины нарушения слуха

Причины нарушения слуха различны. Расстройства слуховой функции могут носить стойкий и временный характер.

Стойким нарушением слуха считается такое поражение слуховой функции, при котором не обнаруживается признаков улучшения слуха в результате лечения. Стойкие нарушения слуха могут быть врожденными и приобретенными.

Временными нарушениями слуха называют такие расстройства слуховой функции, которые нормализуются самостоятельно или в процессе лечения не более чем за 3 месяца. К временным относятся, как правило, приобретенные нарушения слуха.

Врожденное нарушение слуха возникает вследствие инфекционных и вирусных заболеваний матери (грипп, корь, сифилис, краснуха, герпес, цитомегаловирус, токсоплазмоз) и травм плода, особенно в первые три месяца беременности; радиационного облучения; химической интоксикации матери и плода; употребления алкоголя во время беременности; приема ототоксических лекарств (канамицина, гентамицина, стрептомицина, мономицина, неомицина, тобрамицина, амикацина, хинина, фурасемида, бисептола и др.); наследственной предрасположенности.

Новорожденных, у которых отмечаются какие-либо из приведенных факторов риска по снижению слуха, необходимо тщательно обследовать сурдологом и в дальнейшем наблюдать в поликлинике оториноларингологом.

Приобретенные нарушения слуха появляются у детей после рождения и возникают вследствие следующих причин:

1) поражения внутреннего уха и ствола слухового нерва (звуковоспринимающего отдела слухового анализатора). Повреждение этих структур может быть травматического и воспалительного характера, и возникающие изменения в большинстве случаев являются стойкими и не поддаются лечению. Степень снижения слуха при этом различна: от глухоты до минимальных проявлений слуховой недостаточности. Характер нарушения слуха — сенсоневральная (нейросенсорная) ту-

глухость или глухота, страдает механизм звуковосприятия. При этом плохо различаются высокочастотные звуки (неречевые: писк, шуршание, звон; речевые: [и], [э], [с], [з], [ш], [ж], [ч], [щ], [ф]);

2) заболевания среднего уха (звукопроводящего отдела слухового анализатора). Воспалительный процесс в среднем ухе приводит к нарушению нормальной подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек, воспалению слуховой (евстахиевой) трубы, соединяющей среднее ухо с задней частью носоглотки. Заболевания носа и носоглотки (аденоидные разращения II—III степени, аллергический и хронический ринит (насморк)) также часто приводят к воспалительным процессам в среднем ухе. Стойкость и степень снижения слуха при заболеваниях среднего уха могут быть различными. Наиболее характерными являются временные понижения слуха легкой и средней степени, но могут встречаться и стойкие тяжелые расстройства слуха при переходе воспалительного процесса во внутреннее ухо. Характер нарушения слуха — кондуктивная тугоухость (глухота — редко), страдает механизм звукопроведения. При этом недостаточно различаются низко- и среднечастотные звуки ([у], [о], [ы], [м], [н], [л], [р], [j], [д], [б], [г], [в], [к], [х], [т], [ц]);

3) нарушения функции наружного уха (звукопроводящего отдела слухового анализатора). Возникает вследствие резкого сужения или перекрытия (обтурации) наружного слухового прохода, рубцевания стенок слухового прохода и его заращения после травм уха (удара, ушиба) или ожога, попадания в ухо инородных тел (шариков, бусинок, обломков карандаша, насекомых) и образования серных пробок. Эти причины обусловливают снижение слуха кондуктивного характера, нарушение механизма звукопроведения. После своевременного лечения слуховая функция в большинстве случаев нормализуется.

Лечение воспалений уха и носоглотки проводится оториноларингологом с использованием медикаментозных средств, физиотерапевтических и закаливающих процедур, а иногда — хирургических методов. При расстройстве слуха в течение более чем 3 месяца нарушается речевое развитие. И в этом случае нормализация слуха после лечения не приводит к автоматическому улучшению речи, необходимы специальные коррекционные занятия с логопедом.

Нарушение речи при снижении слуха

Нарушения речи зависят от времени возникновения и степени снижения слуха, характера его нарушения, своевременности и эффективности слухопротезирования, наличия дополнительных первичных нарушений развития.

При глухоте и тугоухости *речь развивается своеобразно*. У младенца влияние глухоты проявляется не сразу. Родившийся глухим ребенок кричит так же, как и слышащий. Он гулит и начинает лепетать. Однако в дальнейшем невозможность слухового восприятия звучащей речи окружающих и собственного звукопроизношения приводит к тому, что лепет у ребенка постепенно угасает. Он затормаживается подобно тому, как затормаживаются у ребенка любые не находящие «делового подкрепления» действия. Если от рождения глухой или оглохший в раннем детстве ребенок не получает специального воспитания, у него на всю жизнь остаются лишь нечленораздельные звуки, крики и восклицания, связанные с эмоциями и привлечением внимания окружающих. Если глухота или тяжелая тугоухость возникают, когда ребенок уже умеет читать и писать, появляются грубые нарушения произношения, устная речь постепенно угасает (Ф. А. Рау [14]). Однако специально организованные обучение и воспитание позволяют сформировать или сохранить у этих детей вполне внятную разборчивую устную речь благодаря пластичности высшей нервной деятельности и за счет деятельности сохранных анализаторов (зрительного, кожного, двигательного).

В отличие от глухих, речь слабослышащих (тугоухих) детей развивается в условиях частично сохранившейся функции слухового анализатора, поэтому слабослышащий ребенок накапливает слова в искаженном виде. Уровень развития речи слабослышащих детей в дошкольном возрасте имеет широкий диапазон: от неотнесенного лепета, когда ребенок воспроизводит отдельные слоги, не соотнося их с конкретными объектами, до короткой фразы и даже до владения развернутой фразовой речью с аграмматизмом и без него. Однако и в том случае, когда ребенок с нарушенным слухом имеет достаточный для коммуникации уровень речевого развития, его речь имеет характерные особенности (Р. М. Боскис, И. М. Гилевич, Л. Г. Парамонова, Т. В. Пелымская, Л. И. Тигранова, Н. Д. Шматко и др. [2, 3, 11]). У слабослышащих детей отмечаются глухой, «сдавленный» голос, смазанность артикуляции звуков, искажение интонации. Объем пассивного и активного словаря у них различается незначительно, а при нормальном слухе пассивный запас слов намного превышает активный. Ребенок с нарушением слуха хорошо понимает лишь те слова, которые использует в собственной речи. В словаре таких детей нередко отсутствуют слова с абстрактным значением, а также с конкретным значением, обозначающие части целого, сходные объекты. Например, они называют «домом» и избу, и палатку, и собачью конуру.

Также характерны многочисленные замены слов по смысловому и звуковому сходству (*сад* — клумба, *палочки* — пальчики т. д.). Смысловые замены спровоцированы отсутствием в лексиконе нужного слова, а звуковые — недостаточным различением на слух акустически близких звуковых комплексов.

Сужение речевого опыта, ограниченность словарного запаса, неполное восприятие начальных и конечных частей слова (безударных) в значительной мере влияют на овладение грамматическим строем языка. К числу наиболее типичных ошибок грамматического оформления речи относятся: нарушения синтаксических связей согласования и управления (*ответил мальчика*, *бабочка с точке на крылышке* и т. п.); замена, пропуск и включение лишних предлогов (*снял от себя*, *лезет дерево*, *из школы в домой* и т. д.); неточное употребление родовых и падежных окончаний (*глаза желтый*); неверное изменение типа склонения (*запряженные лошадем*); неправильное употребление частей речи или их форм (*Мы разучили стихи, песни, танцевать*); пропуск членов предложения.

У слабослышащих детей отмечается неточное представление о звуковом составе слова, что отражается на звукопроизношении и письме. Ребенок искаженно слышит слово, неточно запоминает его и поэтому так же неверно произносит и пишет. Характерными ошибками являются: смешения всех групп звуков, пропуск звуков при стечении согласных, перестановка и включение в слово лишних звуков, пропуски безударных частей слова. Чем младше ребенок и меньше у него стаж специальных занятий, тем выше вероятность подобных ошибок. Р. М. Боскис [2] характеризовала речь слабослышащих детей как процесс поступательного развития, протекающего обходными путями и достигающего наибольшей эффективности в условиях целенаправленного корригирующего воздействия сурдопедагога.

Речь детей с минимальным нарушением слуха страдает менее выраженно, чем у глухих и слабослышащих детей, однако имеет свои характеристики. Речевое нарушение проявляется отчетливее, если незначительное расстройство слуха возникло в долингвальном или дошкольном периоде развития ребенка. В этом случае общее звучание речи характеризуется монотонностью и невыразительностью, бедностью голосовых оттенков. Голос большинства таких детей тихий, с назальным оттенком. Темп речи часто ускоренный. В устной речи отмечаются специфические ошибки, не встречающиеся у детей с нормальным слухом и аналогичным речевым нарушением, но сближающие этих детей со слабослышашими:

— неверное выделение ударного слога в простых и знакомых словах (*ру́ка, но́га, голо́ва, воло́сы, шка́фы*);

— смешения гласных звуков (щечка — *щучка*, дом — *дым*, стол — *стул*, ручей — *рычей* и т. д.);

— смешения носовых и ротовых согласных [м]-[б], [н]-[д], [м]-[н] (машина — *басина*, ночь — *дось*, письмо — *песня* и др.);

— замена свистящих и шипящих звуков на [х], [ф], [т] (зима — *хима*, собака — *фабака*, обижает — *обифает*, шапка — *тапка* и т. д.);

— замена звуков [г], [к], [х] на [т], [д] (носик — *носит*, кот — *тот* и т. д.);

— замена свистящих и шипящих на аффрикаты (рельсы — *лельцы*, темно — *чемно*);

— раздельное произнесение аффрикат (цыпленок — *тсыпленок*, цапля — *тьсапля*);

— смешение звуков по мягкости — твердости (люди — *луди*, клубок — *клюбок*, грыз — *гриз*, достать — *достат*, доставал — *доставаль* и др.);

— оглушение звонких и озвончение глухих звуков в сильной позиции в слове (бегут — *бекут*, гости — *гозди, кости*, белка — *пелка*, том — *дом* и т. д.);

— уподобление и смешение значений акустически похожих слов (часто — *счастье*, роща — *рожка*, сварила — *говорила* и т. д.);

— упрощение слов за счет безударных частей (сундучок — *сучок*, дом — *до* и т. д.);

— использование в родительном и дательном падежах существительных множественного числа окончания [*-ах*] (*белках, пальцах* и т. п.).

В целом речь дошкольников, имеющих минимальное снижение слуха, характеризуется несформированностью всех компонентов языковой системы. Им также свойственно недоразвитие слухового внимания, слуховой памяти, слухового контроля, словесного мышления. Дети часто не реагируют на тихие звуки, не сразу находят источник звучания, плохо понимают шепотную или негромкую речь, особенно вне ситуации. У них в различной степени нарушается контакт с окружающими, обедняется социальный опыт, что оказывает влияние на формирование психики в целом: дети становятся эмоционально неустойчивыми, раздражительными либо наоборот, замкнутыми, пассивными в общении.

Минимальное расстройство слуха, не компенсированное в дошкольном возрасте, негативно влияет на речевую функцию в школьном возрасте и проявляется в специфических ошибках в письме и чте-

нии. Ошибки устной речи, как правило, переносятся в письменные работы, что подтверждает положение о нарушении письменной речи как проявления недоразвития устной (Лалаева Р. И., Левина Р. Е., Спирова Л. Ф., Хватцев М. Е., Чиркина Г. В. и др.). В процесс чтения страдает смысловая сторона. Дети затрудняются ответить на вопросы о прочитанном, пересказать услышанный отрывок текста. Это связано с неточностью восприятия акустических сигналов, недостаточным слуховым контролем чужой и собственной речи, малым объемом слухового внимания и слухо-речевой памяти. В то же время сформированность артикуляционных движений, их точность, переключаемость, богатство словарного запаса, владение звуковым и морфологическим анализом способствуют более четкому узнаванию слов на слух, их дифференциации, что развивает слуховое восприятие, осознание прочитанного и слуховой контроль речи.

Ребенок, имеющий недостатки речи и снижение слуха даже минимальной степени выраженности, испытывает серьезные затруднения при усвоении учебного материала не только по циклу лингвистических дисциплин, но и по другим предметам.

Методы обследования слуха

Важно выявить нарушение слуха как можно раньше. Методы обследования слуха подразделяются на субъективные и объективные.

Объективные методы исследования слуха — это методы, результаты которых не зависят от психоэмоционального состояния человека в момент обследования. Они применяются, начиная с грудного возраста, и включают акустическую импедансометрию, вызванную отоакустическую эмиссию (ВОАЭ), компьютерную аудиометрию по слуховым вызванным потенциалам (СВП). Акустическая импедансометрия позволяет обнаружить локализацию и причину патологического процесса в среднем ухе. Отоакустическая эмиссия регистрируется у всех детей с нормальным слухом, начиная с первых дней жизни. Ее отсутствие свидетельствует о снижении слуха более 30 дБ, т. е. позволяет определить снижение слуха, начиная с I степени тугоухости. Метод СВП является дифференциальным в диагностике тугоухости (глухоты) и сенсорной алалии, так как показывает уровень поражения слуховой системы — периферический или центральный.

Субъективные методы обследования слуха выбираются в зависимости от возраста детей и показывают результаты, зависимые от состояния ребенка: его настроя на обследование, понимания инструкции,

внимательности, психической истощаемости. К данной группе методов относятся тональная пороговая аудиометрия, игровая тональная аудиометрия, речевая аудиометрия, регистрация безусловного ориентировочного рефлекса, аудиометрия в свободном звуковом поле, камертональные исследования, обследование речью шепотной и разговорной громкости.

Часть этих методов может быть использована педагогами для ориентировочной диагностики. Слух детей любого возраста можно проверить «гороховым» методом (И. В. Королева [8]). Для обследования необходимы три пластмассовые коробочки из-под «киндер-сюрприза», заполненные на 1/3: горохом (источник звука 70—80 дБ для обследования детей в возрасте от 1 месяца), гречей (источник звука 50—60 дБ), манкой (источник звука 30—40 дБ для обследования детей 6 месяцев и старше). Первый способ проверки слуха заключается в воспроизведении звучания емкости с крупой сзади и чуть сбоку от ребенка при исключении его зрительного восприятия. Второй способ состоит в том, что справа и слева от ребенка одновременно встряхиваются две емкости: одна — с крупой, другая — пустая. Ребенок должен повернуть голову в сторону звучащего предмета. В случаях отсутствия реакции у 3-месячного ребенка на звук баночки с горохом, а у 6-месячного — на звук баночки с манной крупой, рекомендуется обследование слуха в сурдологическом центре с использованием объективных методов.

Начиная с 2—3 лет, обследование слуха можно проводить при помощи шепотной и разговорной речи, так как в этом возрасте ребенок способен реагировать на речевые сигналы, произнесенные шепотом, так же как и взрослый человек, — с расстояния 6 метров (Л. В. Нейман [10, 16]). В зависимости от владения речью ребенок либо повторяет названные педагогом слова, либо показывает их иллюстративные изображения.

Коррекционная работа при нарушениях слуха

Преодоление нарушений речи у детей со снижением слуха обеспечивается комплексной медико-психологопедагогической системой коррекционного воздействия.

Организация обучения детей с нарушениями слуха зависит от степени, характера, времени наступления снижения слуха, особенностей слухопротезирования и его эффективности, наличия дополнительных первичных дефектов. Особое значение придается ранней (с первых месяцев жизни) педагогической коррекции нарушенной слуховой

функции, раннего слухопротезирования (подбора индивидуальных слуховых аппаратов, кохлеарной имплантации) детей со значительной потерей слуха, так как при этом расширяются возможности слухового восприятия, что, в свою очередь, стимулирует активное развитие речевой и интеллектуальной деятельности, позволяет смягчить отклонения в развитии детей (Л. М. Кобрина, И. В. Королева, Э. И. Леонгард, Т. В. Николаева, Т. В. Пелымская, Н. Д. Шматко и др. [5, 9, 11, 12]).

В настоящее время самым эффективным средством помощи при глухоте, особенно в случаях раннего вмешательства — до 1 года, является кохлеарная имплантация. Более полувека прошло с начала первых теоретических разработок до практического применения этого метода в разных странах. В нашей стране этой проблемой занимаются оториноларингологи и сурдопедагоги более трех десятилетий (Я. А. Альтман, М. Р. Богомильский, Э. В. Миронова, И. В. Королева, Г. А. Таварткиладзе, Е. Л. Гончарова, О. И. Кукушкина, Т. А. Соловьева, Н. В. Тарасова). Кохлеарная имплантация дает возможность неслышащим детям полноценно воспринимать звуковую информацию, общаться речью, совместно обучаться со слышащими сверстниками. Врожденно глухие дети, не имеющие дополнительных нарушений и не владеющие речью, уже через 9—12 месяцев после начала работы способны к освоению естественного слухового поведения, формированию естественной коммуникации и взаимодействию с ближайшим слышащим окружением. Глухим детям, имплантированным в 5—7 лет, требуется значительно больше времени и усилий для перехода на естественный путь развития коммуникации и речи. Кохлеарная имплантация включает этапы предоперационного отбора и подготовки пациента, хирургическую операцию по установке кохлеарного имплантата (устройства, способного преобразовывать электрические импульсы с внешнего микрофона в сигналы, понятные нервной системе) и послеоперационную реабилитацию, т. е. адаптацию и обучение детей слышать. Эти этапы отражают новый подход к реконструкции коммуникации и взаимодействия ребенка со слышащим окружением на основе меняющихся слуховых возможностей. Результат поэтапной работы достигается в процессе длительного взаимодействия семьи ребенка, врачей, сурдопедагогов, воспитателей, учителей.

Дети с выраженными нарушениями слуха могут обучаться по адаптированной основной общеобразовательной программе в специальных образовательных организациях и совместно с нормально развивающимися детьми (интегрированно, инклюзивно) при сопровождении учебного процесса сурдопедагогом и создании особых ус-

ловий (использование специальных методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий и др.).

Дети с минимальным снижением слуха, с кохлеарными имплантами на этапе реабилитации обучаются в дошкольных логопедических группах, в общеобразовательных организациях (школах). Им необходимо психолого-педагогическое сопровождение логопеда. После кохлеарной имплантации детям также нужны динамическое наблюдение и консультации сурдопедагога.

Планирование и проведение работы с глухими или слабослышащими детьми должно осуществляться сурдопедагогом, который в своей деятельности ориентируется на закономерности нормального речевого онтогенеза, но учитывает своеобразие речевого и общего развития ребенка. Основная цель коррекционной работы с этими детьми заключается в формировании и совершенствовании слухозрительного, тактильного восприятия речи для получения информации, навыков речевой коммуникации и межличностного взаимодействия, развития мышления, контроля и самоконтроля речи. Детей учат зрительно воспринимать речь, т. е. чтению с губ. Установление связи между произношением слова и его зрительным образом вырабатывается путем многократного правильного повторения слов, сравнения их длины, состава и порядка звуков. Облегчает зрительное восприятие речи наличие опорны, хорошо видимых артикуляций: а, о, у, э, и, п, б, м, в, ф. При переходе к новым словам следует привлекать внимание ребенка с нарушением слуха к видимым признакам слова, сопоставлять их с отработанными ранее признаками (В. И. Бельтюков, О. В. Правдина). Кинетической формой словесной речи является дактильная речь при помоши жестовых обозначений букв. Необходимо формировать импрессивную речь и все стороны экспрессивной речи. Занятия проводятся при использовании звукоусиливающих средств индивидуального (слуховой аппарат) и коллективного пользования. При этом постоянно фиксируется внимание на том, как слышит ребенок предлагаемый материал, чтобы избежать ошибок, связанных с недопониманием задания. Основными направлениями коррекционной работы являются: формирование произносительной стороны речи, дифференциации неречевых и речевых звуков, развитие словесной речи, ее лексико-грамматического строя, письма, чтения. Большое значение для

речевого развития имеет раннее обучение грамоте — чтению и письму (Р. М. Боскис, А. Г. Зикеев, Т. С. Зыкова, К. Г. Коровин, Н. Д. Шматко и др. [2, 4, 6, 7]).

Существует альтернативная точка зрения на обучение глухих детей. Г. Л. Зайцева (1966, 1986) предложила иначе взглянуть на процесс формирования речи глухого ребенка, для которого жестовый язык является родным, естественной формой коммуникации, используемой в семье (при наличии глухих родителей). Она разработала билингвистическую систему обучения, основанную на использовании не только русской речи слышащих, но и жестового языка как одного из языков обучения глухих.

Одним из альтернативных подходов к обучению глухих является верботональный метод, разработанный Петар Губерина (Хорватия, 1950). Глухой ребенок учится «слушать» через все органы чувств, через вестибулярный аппарат и пр. Для этого используется вибротактильная доска, сидя на которой можно воспринимать звуки всем телом. Значительную часть времени дети занимаются в наушниках, работая с электроакустическими аппаратами («Верботон-Г»-10, 20, 30). Эти аппараты преобразуют звук, передавая его по низким частотам, т. е. дают возможность кодировать и трансформировать речевые сигналы в зону слухового анализатора правого полушария. Таким образом ребенок получает возможность почувствовать ритм, темп и интонацию, возникает контакт глухого со слышащими. Этот метод включает аудиовизуальный курс для развития самостоятельной связной речи. Детям предлагаются картинки, передающие диалог или полилог на определенную тему. После знакомства с ситуацией на основе рисунков сурдопедагог предъявляет детям текст, который они воспринимают сначала слухозрительно, а затем только на слух и воспроизводят его эмоционально, выразительно, реализуя индивидуальные произносительные возможности. Многократные повторения часто употребляемых фраз, драматизация, перенос усвоенного материала в повседневную жизнь способствуют обогащению словаря, запоминанию грамматических конструкций, развитию голоса и просодики, т. е. совершенствованию речи глухого ребенка.

Эффективными для учебного процесса являются инновационные технологии формирования устной и письменной речи у детей с нарушениями слуха с использованием компьютерной интерактивной системы (Е. Л. Гончарова, Т. К. Королевская, О. И. Кукушкина). Компьютерные программы («Мир за твоим окном», комплект программ «Картина мира» («Лента времени», «В городском дворе», «За городом»), «Состав слова», «Состав числа», «Текстовый редактор», «Види-

мая речь» и др.), тренажеры серии «Дэльфа» (ООО «Дэльфа М») помогают педагогу более точно выявить имеющиеся у ребенка проблемы и индивидуализировать процесс его обучения, развивать речевые (особенно — произносительные) и мыслительные способности таких детей. Сурдологопедический тренажер «Дэльфа-130» (Е. Л. Гончарова, Т. К. Королевская. О. И. Кукушкина) предназначен для коррекции некоторых аспектов произношения: речевого дыхания, громкости и высоты голоса, ритмико-интонационной стороны речи, отдельных согласных звуков. Логопедический тренажер «Дэльфа-142» (О. Е. Грибова, А. Б. Меньков) представляет собой комплексную программу по коррекции разных сторон речи, состоящую из двух частей. Первая часть — аналог «Дэльфы-130». Вторая часть предназначена для коррекции отдельных аспектов письменной речи детей (звукобуквенного состава слов, структуры предложений, построения коротких текстов). Предлагаемые в виде игр задания позволяют ребенку найти правильное решение поставленной задачи, аргументировать свой выбор, не заучивая готовые шаблоны ответов. Такая работа повышает мотивацию детей к обучению.

Особая система коррекционных (реабилитационных) занятий реализуется с *детьми с кохлеарными имплантами* (Э. В. Миронова, И. В. Королева, Н. В. Тарасова, Н. Д. Шматко [5, 9, 11, 13]). В послеоперационный период осуществляется индивидуальное программирование речевого процессора. На этой основе в ходе коррекционных занятий происходит восстановление и формирование неречевого и речевого слуха, коррекция произносительной стороны речи. В это время необходимы самонаблюдение ребенка (с помощью родителей) при восприятии различных звуков, периодическое его тестирование материалами разного лингвистического уровня, анализ и обсуждение результатов. Занятия с педагогом и с родителями дома должны быть согласованы.

У имплантированных ранее слышавших взрослых и подростков в результате специальных тренировочных упражнений восстанавливается речевой и неречевой слух. Детям, помимо слуховых тренировок, необходимы специальные занятия по формированию и развитию устной (особенно произносительного компонента) и письменной речи, а также математических представлений и других навыков в условиях постоянного использования импланта. С имплантированными детьми важно работать при одновременной опоре на их слух и зрение, а со взрослыми работа строится преимущественно на слух, с использованием экрана.

Самым главным направлением работы является развитие речи в зависимости от возраста и от состояния речи имплантированного ребенка. Уровень развития речи и знание того, как она формировалась (на слуховой или иной основе), является важнейшим фактором успешности при ее восприятии на слух и во многом определяет темпы динамики положительных результатов. Также работа ведется по следующим основным разделам:

1) запоминание, дифференциация и идентификация окружающих бытовых звуков;

2) восприятие:

— просодики речевых сигналов (сила, высота, тембр, ритм, словесное ударение, логическое ударение, интонация);

— звуков русской речи;

— слов (их длина, идентификация при закрытом и открытом выборе разного объема, в речевых рядах, по теме и т. д.);

— словосочетаний и предложений (по темам, со словами на отрабатываемые звуки, речевые игры, загадки и др.);

— текстов (знакомые стихотворения, рассказы, сказки; тексты задач, диктанты, рассказы по картинке; отрывки из прочитанных книг, газетных заметок);

3) слушание звукозаписей (музыка, текст);

4) развитие диалогической речи (понимание вопросов и ответов на них по картинке, знакомому тексту, беседы на различные темы); с использованием телефона.

Занятия длительностью не менее одного часа желательно проводить ежедневно.

Занятия с имплантированным ребенком будут эффективными при соблюдении педагогами и родителями определенных условий. Все упражнения вначале проводятся на слухозрительной основе, а после того, как ребенок усвоил содержание упражнения и правильно его выполняет, переходят к работе на слух. К занятиям подбирается понятный ребенку речевой материал, который записывается так, чтобы можно было отмечать реакции ребенка. Во время занятия фиксируются результаты: правильные реакции, ошибки, замены, незапланированные фрагменты, делаются заметки для последующей работы. Результаты анализируются после каждого занятия, и в соответствии с ними планируется следующее занятие.

Основное содержание занятий с внезапно оглохшими детьми или взрослыми составляет работа по восстановлению речевого слуха, включающая адаптацию к новому звучанию, различные упражнения по дифференциации речевых единиц и узнаванию их в разнообразном контексте.

С имплантированными детьми при врожденной глухоте главной задачей является развитие речи. Появившийся тональный слух находится в «конфликте» с уже сформированной дефектной речью. Необходима длительная работа по перестройке речевых стереотипов.

Легче происходит формирование речи и параллельно — речевого слуха у маленьких неговорящих глухих детей, перенесших кохлеарную имплантацию в 2—3 года: сензитивный период для формирования речевых навыков еще не прошел, тональный слух обеспечивается имплантом, нужны лишь повседневные целенаправленные занятия с родителями и сурдопедагогом.

Результаты постоперационной реабилитации имплантированных детей с врожденной или рано приобретенной глухотой зависят от возраста, в котором сделана операция, от развития речи и состояния устно-речевых навыков. Большое значение имеет стремление ребенка хорошо слышать и правильно говорить.

Особую роль в процессе развития детей с кохлеарным имплантом играет активное включение родителей в совместную со специалистами деятельность. Это реализуется в процессе ознакомления родителей с имплантационной системой и проведения настроечных сессий. Совместно с сурдопедагогом составляется индивидуальная программа обучения и воспитания ребенка. Родителям оказывается помощь в проведении занятий в домашних условиях, объясняются и демонстрируются приемы работы, различные виды упражнений. Обязательными являются совместные обсуждения результатов педагогических тестирований, оценивающих навыки развития слухового восприятия, речевого слуха, устной речи, а также возникающих вопросов и проблем. Необходимым условием организации систематического наблюдения за ходом развития имплантированного ребенка является ведение родителями дневника наблюдений. Эти записи пополняются и анализируются специалистом-педагогом, что позволяет планировать дальнейшую работу по всем разделам программы реабилитации. Важными направлениями работы с семьей являются создание объединений родителей, проведение обучающих семинаров, тренингов, круглых столов по программам реабилитации. Родителям оказывается постоянная психологическая поддержка в виде бесед, консультаций, дополнительных осмотров ребенка (О. С. Орлова, Н. В. Тарасова).

Коррекционную работу с детьми, имеющими минимальное снижение слуха, проводит логопед. Она осуществляется поэтапно. На каждом этапе проводится комплекс медико-психолого-лингвистических мероприятий.

Медицинские мероприятия на всех этапах заключаются в лечении по мере необходимости отоларингологом патологических (воспалительных) процессов в ушах и носоглотке детей, а затем — в профилактике этих заболеваний. При минимальных нарушениях слуха не требуется слухопротезирование, но необходимо создать специальные постепенно усложняющиеся условия слухового восприятия и речевой работы.

На первом этапе (подготовительном) логопед выявляет с помощью разговорной речи и шепота индивидуальные возможности этих детей разборчиво воспринимать звучащую речь. На основании результатов составляются индивидуальные рекомендации по организации окружающей среды, т. е. первоначально определяются и создаются условия, максимально благоприятные для слухового восприятия. К этим условиям относятся:

— отсутствие шума и одновременного говорения нескольких человек во время занятий, так как восприятие различных звуков и речи в шумном помещении затруднено и у ребенка быстро наступает слуховая усталость;

— уменьшение эффекта эха (реверберации), препятствующего разборчивому восприятию речи, что обеспечивается мягким покрытием пола, звукопоглощающими экранами из пористого пробкового материала, ракушечника на стенах и т. п.;

— индивидуальный подход к размещению детей в группе: ребенка следует посадить на расстоянии не более 2 м от педагога, при двустороннем снижении слуха — в центре, при одностороннем — лучше слышащим ухом к центру;

— обеспечение бисенсорного (слухозрительного) восприятия устной речи, что оказывает определенную помощь при восприятии устной речи;

— постояннная громкость речи педагога слегка замедленного темпа.

Одновременно проводится работа по развитию импрессивной речи, слухового внимания и памяти. В игровых ситуациях, вслушиваясь в речь логопеда, дети выполняют действия с различными игрушками и предметами, что способствует не только обогащению их словарного запаса, но и активизирует интерес к речи как средству познания окружающего мира, формирует мотивацию общения (В. К. Воробьева, А. Н. Леонтьев, М. И. Лисина, А. К. Маркова, Т А. Матис, А. Б. Орлов и др.).

На втором этапе (дофонемном) у детей формируется неречевой слух. Логопедические занятия организуются в таких же условиях, как

на предыдущем этапе — максимально облегчающих слуховое восприятие. При разработке содержания занятий вначале отбираются более громкие звучания (барабан), а затем — тихие (шарманка); звуковой материал соотносится с конкретным предметом, действием или их изображением; контрастность звучаний постепенно уменьшается, используются разнообразные технические средства.

Неречевое слуховое восприятие развивается у детей в процессе узнавания и дифференциации неречевых звуков по характеру звучания (шумы, голоса животных, музыка), по их акустическим свойствам (громкости, длительности, высоте), при определении количества звучаний и звучащих предметов. Проводятся упражнения, направленные на дифференциацию тембра неречевых звуков. В процессе прослушивания аудиозаписей звуков окружающей природы, фрагментов музыкальных произведений дети учатся правильно эмоционально реагировать на звучания, называть низкие звуки как грубые, хриплые, скрипучие, глухие, толстые, а высокие звуки — как тонкие, звонкие, писк, свист, визг. Формируются умения различать направление и источник звучания, расположенный спереди или сзади, справа или слева от ребенка. Полезно включать в занятия комплексы физических упражнений, выполняемых под различную музыку (плавную, ритмичную).

Воспитание чувства ритма и темпа через использование движений способствуют улучшению концентрации и распределения слухового внимания, увеличению объема слуховой памяти, развитию слуходвигательных координаций, позитивно влияет на восприятие и воспроизведение слогоритмического контура слов, определение ударных слогов.

На третьем этапе (фонемном) формируются все подсистемы языка (фонетика, фонематика, лексика, грамматика). Речь совершенствуется в постепенно усложняющихся условиях слухового восприятия. Ознакомление с новым материалом происходит в условиях, максимально облегчающих слуховое восприятие. Для усиления звучания речи используются слуховые приспособления, тренажеры (слуховая труба, «звукопровод»).

Закрепление материала в тренировочных упражнениях осуществляется в более сложных условиях, таких как: исключение зрительной опоры; увеличение расстояния от ребенка до говорящего; восприятие речи нормального темпа и громкости, воспроизведенной различными дикторами через магнитофон, диктофон; применение резонаторной маски Master Sound.

При автоматизации поставленных звуков в слогах, словах, фразах используются различные способы усиления звука, что дает ребенку возможность лучше слышать голос логопеда и собственный, контролировать себя.

Развитие фонетического слуха проводится одновременно с формированием звукопроизношения и включает различение слогов, звукокомплексов по акустическим характеристикам (громкости, высоте, длительности). Восприятие и определение речевых сигналов различной громкости способствует улучшению слуховой чувствительности и повышению разборчивости аудирования речи в изменяющихся акустических условиях, возникает эффект прислушивания. Это важно при формировании ударности, ритма, эмоциональной окрашенности речевых структур.

Развитие интонационного слуха заключается в различении и воспроизведении:

— речевого темпа — выполнение быстрых и медленных движений в соответствии с меняющимся темпом произнесения слогов логопедом; воспроизведение детьми слогов и коротких слов в различном темпе, скоординированным с темпом собственных движений или демонстрацией движений с помощью игрушек и т. д;

— слогового ритма путем отстукивания простых слогоритмов без акцента на ударном слоге и с акцентированием, отхлопывания слогового ритма с одновременным проговариванием, отстукивания ритмического контура слова с последующим воспроизведением его слоговой структуры (например, «машина» — *та-Та-та* или *па-Па-па* т. п.);

— тембра речевых звучаний — определение мужского, женского и детского голосов, узнавание эмоциональной окрашенности коротких слов (ой, ну, ах, да ну и др.) и демонстрация с помощью жестов; самостоятельное эмоциональное озвучивание различных состояний и настроений человека по иллюстрациям, словесной инструкции и т. д.

В процессе развития фонематического восприятия внимание детей первоначально привлекается к различению «не слова» и слова путем показа отдельных предметов, действий и их серий; ответов на вопросы с помощью соответствующей картинки. Затем внимание детей фиксируется на акустических различиях фонем и на изменение значения слова. Дифференциация лексических значений осуществляется в словах, близких по длине и ритмической структуре. Слова предъявляются в следующей последовательности:

— начинающиеся с контрастных фонем (Маша — каша, ложка — кошка, рога — нога, забор — набор, ворона — корона; варит — жарит, пьет — льет — шьет т. д.);

— начинающиеся с оппозиционных фонем (зуб — суп, дом — том, мышка — мишка, мак — бак, бить — пить);

— различающиеся гласными звуками (мак — мок, лак — лук, дом — дым, мошка — мушка);

— отличающиеся последней согласной фонемой (нож — нос, сом — сок — сон);

— отличающиеся согласной фонемой в середине слова (коса — коза, касса — каша, забыть — завыть);

— омонимы (ручка, лист, шляпка, лисички).

Понимание изменений грамматических значений, зависимых от фонематического состава слова, осуществляется путем противопоставления по значению основных и производных форм.

Тренировочные упражнения проводятся в игровой форме, например: указание предмета, место которого менялось; нахождение предмета (выбор из множества предметов называемого); выполнение заданий с предметом; отыскивание предмета; завершение предложений путем показа соответствующей картинки. Затем наглядная опора исключается и задания выполняются только по словесной инструкции. Дифференциация фонем проводится в слогах, словах, фразах с использованием элементов фонетической ритмики (Власова Т. М., Пфафенродт А. Н.).

Овладение операциями анализа и синтеза осуществляется в играх на материале слов и фраз («Телеграф», «Живые буквы/звуки», «Превращения слов», «Ребусы», «Разбери/составь схему», «Слова-анаграммы», «Деформированные тексты» и др.). На базе формирующегося фонематического анализа и синтеза начинают складываться фонематические представления. Фонемы обобщаются в процессе раскладывания картинок с оппозиционными звуками, придумывания слов на заданный звук, подбора антонимов на заданный звук, выбора подходящего слова с опорой на контекст и т. д. Эта работа готовит детей к усвоению более сложных коммуникативных навыков на следующем этапе.

На четвертом этапе (интегративном) формируется связная речь на основе интеграции фонетико-фонематических и лексико-грамматических средств языка вырабатывается самоконтроль речи. Слуховое восприятие речи происходит в сложных условиях: при наличии шумовых помех и смежных помещений, музыкального сопровождения, многоканальной коммуникации (восприятия двух одновременных сообщений; одновременного слушания и говорения). Используются специфические приемы работы:

— воспроизведение фраз, сказанных в условиях шумовых помех и в смежных помещениях. Например, двое детей размещаются в смежных комнатах, при этом один из них составляет предложения по сюжетным картинкам и произносит их голосом нормальной громкости и в среднем темпе, а другой воспроизводит услышанное;

— запоминание и воспроизведение (моментальное и отсроченное) слов и фраз, воспринятых через наушники магнитофона, колонки компьютера, телефон;

— пересказ текста, озвученного разными дикторами (мужским, женским, детским голосами) и воспринятого через технические устройства;

— декламация стихотворений и небольших текстов под музыкальное сопровождение;

— составление рассказов по слуховым образам. Проводится после проведения предварительной лексико-грамматической работы по определенной теме (например, «Весна»); составления рассказа по опорным картинкам данной тематики; прослушивания отдельных невербальных звуков, соотносимых с изучаемой темой природы (капели, весеннего ливня, журчания ручья, пения некоторых перелетных птиц т. д.), воспроизведенных через магнитофон; тематического рисования (например, «Звуки весны»). После этого дети слушают и запоминают (как план рассказа) последовательный ряд невербальных (природных) звучаний, составляя рассказ на заданную тему.

При одностороннем нарушении слуховой функции речь страдает менее выраженно, чем при двустороннем. В этом случае на занятиях дети размещаются на расстоянии не более 2 м от педагога и лучше слышащим ухом к нему. Звуковой материал вначале должен восприниматься этими детьми лучше слышащим ухом, а затем — хуже слышащим (с использованием слуховых приспособлений, тренажеров и без них). Постепенно проводится «тренировка» только хуже слышащего уха. Учебный материал изучается в более динамичном темпе, чем при двусторонних слуховых расстройствах, и в быстро усложняющихся условиях слухового восприятия. В содержание занятий включается большое количество упражнений и приемов, направленных на формирование пространственного слуха (определение направления источника звука, расстояния до него).

Использование на логопедических занятиях разнообразных игровых приемов, полимодального восприятия учебного материала способствуют развитию у детей устойчивой познавательной и личностной мотивации, активизации широкого спектра речевых средств для передачи сообщений, формированию языкового контроля и самоконтроля.

В коррекционной работе с детьми с нарушениями слуха большое значение имеет взаимодействие педагога с семьей ребенка, так как совместные согласованные усилия позволяют достичь наилучшего результата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомильский М. Р., Орлова О. С. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. М.: Авторская академия, КМК, 2008.

2. Боскис Р. М. Глухие и слабослышащие дети. М.: Советский спорт, 2004.

3. Гимнастика для ума: Книга для учащихся начальных классов / И. Л. Никольская, Л. И. Тигранова. М.: Экзамен: Учебн. лит., 2007.

4. Головчиц Л. А., Шматко Н. Д. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями слуха // Специальная дошкольная педагогика / Под ред. Е. А. Стребелевой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Академия, 2013.

5. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни / Сост. Г. А. Тавархиладзе, Н. Д. Шматко. М.: Полиграф-сервис, 2001.

6. Зикеев А. Г. Развитие речи учащихся специальных (коррекционных) образовательных учреждений: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. М.: Academia, 2000.

7. Книга для учителя школы слабослышащих: обучение рус. яз., чтению, произношению / Под ред. К. Г. Коровина. М.: Просвещение, 1995.

8. Королева И. В. Современный подход к диагностике периферических и центральных нарушений слуха у детей. СПб.: НИИ уха, горла, носа и речи, 2000.

9. Королева И. В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых. СПб.: Каро, 2008.

10. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под общ. ред. проф. Г. В. Чиркиной. 4-е изд., доп. М.: Аркти, 2005.

11. Миронова Э. В., Пелымская Т. В., Шматко Н. Д. Педагогические методики выявления детей с подозрением на снижение слуха (младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст). М.: УРАО, 2000.

12. Николаева Т. В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушенным слухом. М.: Экзамен, 2006.

13. Психолого-педагогическая помощь после кохлеарной имплантации. Реализация новых возможностей ребенка: Монография / Под науч. ред. Е. Л. Гончаровой, О. И. Кукушкиной, О. С. Никольской. М.: Полиграф-сервис, 2014.

14. Рау Ф. Ф., Слезина Н. Ф. Устное слово. М.: Советский спорт, 2004.

15. Фишман М. Н. Функциональное состояние головного мозга детей с нарушением слуха и трудностями речевого общения. М.: Экзамен, 2004.

16. Черкасова Е. Л. Нарушения речи при минимальных расстройствах слуховой функции (диагностика и коррекция). М., 2003.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Раскройте понятие «нарушения слуха» и охарактеризуйте категории лиц с нарушениями слуха.
2. Какое влияние оказывают нарушения слуха на развитие речи детей в разном возрасте?
3. Как классифицируются нарушения слуха?
4. В чем проявляются особенности речи глухих и слабослышащих детей?
5. Дайте характеристику речи детей, имеющих минимальное снижение слуха.
6. Проанализируйте причины нарушения слуха у детей.
7. Как организовано обучение детей с нарушениями слуха?
8. Охарактеризуйте основные направления коррекционной работы со слабослышащими детьми.
9. В чем специфика работы с детьми с кохлеарными имплантами?
10. Раскройте особенности логопедической работы с детьми, имеющими минимальное снижение слуха.
11. Объясните роль профилактических мероприятий при нарушениях слуха.

Глава 17
ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ

Количество детей с врожденными нарушениями в работе зрительного аппарата или потерявшими зрение в раннем возрасте (инвалиды по зрению) достаточно велико. По данным офтальмологов, процент младших школьников, имеющих неглубокие нарушения зрения, колеблется от 10 до 37% от общего числа учащихся. Это связано с возрастанием перинатальной патологии, неблагоприятными экономическими, социальными условиями и рядом других причин.

В клинической и психолого-педагогической практике проанализирован этиопатогенез зрительных нарушений, которые могут возникнуть из-за внутриутробных вирусных инфекций, интоксикаций, токсоплазмоза, недоношенности, родовых травм, гипоксии в родах, эндокринных заболеваний, отягченной наследственности, обозначены и уточнены отдельные нозологические формы зрительной патологии, описаны их проявления (Л. С. Волкова, Р. Е. Левина, Л. И. Солнцева, А. Г. Литвак, В. А. Феоктистова, Л. И. Плаксина, В. П. Ермаков, Л. П. Григорьева [2, 7, 9, 3, 4, 9]).

В специальных исследованиях подчеркнута полиморфность группы детей с патологией зрения по состоянию психофизического здоровья, имеющих различные по степени, глубине и характеру зрительные нарушения.

Виды нарушений зрения

В медицинской и педагогической литературе представлено подробное описание видов нарушений.

Миопия (близорукость) — аномалия рефракции глаза, при которой главный фокус оптической системы находится между сетчаткой и глазом. Близорукость резко меняет поведение и даже характер детей. Они становятся рассеянными, горбятся при рассмотрении рисунка, жалуются на головные боли и боли в глазах, усталость, расплывчатость предметов. Для исправления близорукости применяются очки с двояковогнутыми линзами.

Гиперметропия (дальнозоркость) — при этом главный фокус оптической системы глаза находится позади сетчатки. Для исправления требуется усилить преломление при помощи очков с двояковыпуклыми линзами.

Астигматизм — аномалия преломляющей способности глаза. Лучи, попадающие в глаз от светящейся точки, по-разному преломляются в разных меридианах роговицы, в результате чего на сетчатке появляются неотчетливые изображения. Корригируется цилиндрическими очками.

Амблиопия — снижение остроты центрального нерва, может возникнуть в результате врожденного недоразвития зрительной системы, различных внутриутробных патологических процессов. При систематическом направляющем воздействии развитие функции зрения нормализуется.

Косоглазие — отклонение одного из глаз от общей точки фиксации. Это не только косметический, но и функциональный недостаток. При косоглазии в одном глазу вся нагрузка переносится на здоровый глаз, нарушается в целом бинокулярное зрение. Самым простым способом восстановления зрения косящего глаза является выключение на длительный период времени из акта зрения второго, лучше видящего глаза.

Развитие ребенка с нарушением зрения

Известно, что на первом году жизни основой для развития ребенка является развитие сенсомоторных процессов, выступающих основой становления высших психических функций. В этот период важно постоянно стимулировать органы чувств ребенка. Применительно к детям с нарушением зрения приоритетной задачей является компенсация зрительного восприятия. Л. И. Солнцева [10] выделяет три стадии компенсации нарушений зрения в раннем возрасте.

Первая стадия компенсации приходится на первый год жизни и основывается на комплексном полисенсорном (полимодальном) характере восприятия. Стимулируются тактильные ощущения — основа осязательного восприятия. Ребенок с глубоким нарушением зрения отличается малой подвижностью, поэтому необходимо формировать правильные двигательные стереотипы, развивать внимание, слуховое восприятие, активность речевой деятельности ребенка.

В течение второй стадии компенсации (возраст ребенка — 2—3 года) закладываются основы психической и речевой деятельности, происходит дальнейшее развитие предметности восприятия.

Третья стадия связана с появлением образов, представлений у детей со зрительной патологией. В этот период важно формировать у них наглядно-практические способы познания окружающего мира, обеспечивающие осуществление предметно-практической деятельности и ориентировки. Перцептивная деятельность детей с нарушением зрения постепенно развивается, но характеризуется фрагментарностью, неточностью, схематичностью.

Речь таких детей, ее специфические нарушения проанализированы К. Г. Багдуевой, Е. Н. Подколзиной, Г. В. Никулиной, Л. А. Дружниной, Н. А. Крыловой, Е. В. Шлай, Л. С. Волковой и другими исследователями [2, 11].

Условия аномального развития зрительного процесса приводят к качественному своеобразию неречевого и речевого общения. У детей наблюдается стереотипичность в понимании и выражении эмоциональных состояний, вербализм знаний о правилах общения, правильных жестах, которые неадекватны ситуации и не соответствуют эмоциональному состоянию ребенка.

При оценке речи в случаях недостаточности зрительной перцепции необходимо педагогу вместе с врачом понимать сущность и степень нарушения, его первопричинность, состояние познавательных, двигательных, эмоционально-личностных и интеллектуальных возможностей детей. Важное значение имеет время возникновения патологии, условия жизни ребенка. Нарушение деятельности зрительного анализатора сказывается на речевом и личностном развитии детей.

Нарушения зрения могут быть глубокими, а могут быть нерезко выраженными, при этом установлено, что состояние речи ребенка с остротой его зрения прямо не связано. Если зрение пропало, когда речь уже была сформирована, то в большинстве случаев необходимости в логопедической работе нет. В случаях же рано возникшей зрительной патологии, особенно при каких-либо нарушениях центральной нервной системы, у ребенка не устанавливается и не закрепляется

связь слова с движениями, действиями в пространстве, не формируются умственные действия, появляются отклонения в познавательной деятельности, формировании навыков, развитии эмоциональной сферы и социального поведения.

Установлено, что при нарушениях зрения происходит снижение внимания, памяти и других психических процессов (Сековец Л. С., Новичкова И. В., Кулагин Ю. А. [4, 11]). Это не может не сказываться на состоянии речевой деятельности и должно учитываться в коррекционных мероприятиях.

Слабое ощущение ребенком собственных общих и артикуляционных движений затрудняет действия с предметами. Недостаточный стереогноз, недоразвитие многих психических функций снижают способность к символизации, к зрительно-моторной координации. Реакция на движущийся объект преждевременная или запаздывающая, своевременное и правильное реагирование нарушено, что свидетельствует о преобладании возбудительного или тормозного процесса в нервной системе.

Психофизиологические исследования выявляют особенности пропускной способности зрительного и связанных с ним других анализаторов, концентрации и переключения внимания, снижение скорости переработки сенсорной информации, особенности психомоторного темпа, состояния работоспособности. Выявлена определенная зависимость между уровнем речевого развития и пропускной способностью зрительного анализатора.

Рано возникшие нарушения зрения приводят к специфической перестройке психики и поведения. Слепота и слабовидение осложняются изменением процесса познания. Ребенок с глубоким нарушением зрения отличается малой подвижностью, у него скованы движения, не формируются правильные двигательные стереотипы. Ограничение поля зрения, его сужение, секторальные выпадения зрительного поля приводят к тому, что у ребенка резко занижены или, наоборот, завышены представления о своих возможностях, а социальный опыт обеднен. В ряде случаев у ребенка с раннего детства формируется комплекс иждивенчества, что связано с охранительным воспитанием в семье, повышенной опекой, жалостью со стороны близких. Как следствие, формируются эгоистические черты характера с преобладанием потребительской ориентации. Другие дети, несмотря на значительное снижение зрения, могут быть правильно ориентированы в повседневной социальной жизни, обладают достаточным уровнем развития речи и общения, что взаимосвязано. Это, как правило, дети с миопией, даже высокой степени, астигматизмом и другими видами нарушения зрительной функции.

Недостаточная ориентировка в пространстве, ограниченность адекватных представлений об окружающем мире, предметах, движениях, явлениях, замедленное развитие всех форм деятельности тормозят понимание речи, поэтому собственная речь детей отстает в развитии. Задержка формирования сенсорных эталонов, моторных способностей, репродуктивной деятельности сказывается на развитии речи и общения незрячего или частично видящего ребенка, овладении неречевыми средствами коммуникации.

У таких детей узок круг представлений об окружающем из-за полного или частичного выпадения или редуцирования зрительных образов, фрагментарности и схематизма зрительных представлений, что задерживает развитие словаря, усвоение семантической стороны слова, формирование грамматических обобщений и противопоставлений, навыков словообразования и словоизменения. Правильное узнавание и называние слова, предметов и явлений, им выраженным, зависит от их использования в предметно-практической деятельности, которая при любой патологии зрения характеризуется своеобразием: дети не выделяют и не обобщают предметы, не улавливают сходства и различия между ними, затрудняются при конструировании элементов в целое. У незрячих и частично видящих ограничено количество представлений, стоящих за словом, оно не усваивается во всем возможном многообразии его связей. Дети не улавливают языковые закономерности и не реализуют их в собственной речи, у них не формируется языковая способность в ее семантическом и грамматическом аспектах.

Недостаточное развитие зрительной основы речи, затруднения в овладении предметным миром, разрыв между чувственной информацией об окружающем и ее словесной интерпретацией задерживают формирование образно-логического мышления. Ограничения сенсорного опыта, обедненность предметно-практических представлений, фрагментарность и ошибочность восприятия приводят к неадекватному использованию слов при описании предметов, признаков, качеств, свойств, движений и действий. Затруднения в вычленении формы, размера, направления, пространственных представлений резко ограничивают запас знаний и речевых возможностей детей, приводят к сужению коммуникативных способностей, накладывают отпечаток на динамику развития речи, накопления речевых средств и языковых понятий.

Недоразвитие речевого восприятия, произносительных навыков, индивидуальной особенности мышления и психики в большинстве случаев являются производными, вторичными, вызванными зритель-

ной депривацией, что наиболее ярко проявляется в процессе восприятия и формирования пространственных представлений, хотя эти отклонения в прямой зависимости от степени снижения зрения могут и не находиться. Состояние речи зависит от времени возникновения нарушения зрения, интеллектуальных возможностей ребенка и характера медико-психологопедагогического воздействия в большей мере, чем от степени сохранности и развития остаточного зрения.

Речевые нарушения при зрительной депривации бывают разного характера и разной степени тяжести. При зрительной патологии может отмечаться системное недоразвитие речи, всех ее компонентов, выраженное в разной степени от полного безречья до остаточных явлений нерезко выраженного недоразвития. Это и нарушение фонетики, фонематического восприятия (согласно концепции Л. С. Выготского, наличие дефекта одного анализатора вызывает не только изолированное нарушение одной определенной функции, а приводит к ряду взаимосвязанных нарушений), недостаточность лексики, грамматического строя, связной речи и, как следствие, нарушение письменной речи. Все эти проявления системного недоразвития речи подробно охарактеризованы в работах Л. С. Волковой, М. И. Земцовой, Ю. А. Кулагина, И. А. Новичковой и И. В. Югановой [2, 4, 11], которые отметили задержку в овладении звуковым и семантическим составом слова, трудности формирования грамматического строя и словесной речи в целом.

Системное недоразвитие речи при нарушениях зрения только примерно может быть соотнесено с разными уровнями развития речи у детей с нормальным слухом, зрением и интеллектом, выделенными и глубоко проанализированными Р. Е. Левиной (три уровня) и Т. Б. Филичевой (четвертый уровень).

Недоразвитие чувственной стороны речи, разрыв между словом и образом, сниженный объем представлений, маленький и неточный запас сведений, своеобразие мимики, бедность и невыразительность жестов тормозят развитие языковой системы ребенка. Мимико-артикуляционные движения при патологии зрения развиты хуже, чем у зрячих детей. Ребенок делает лишние движения губами, языком, не может подражать артикуляционным движениям и контролировать их выполнение зрением. Звуковая сторона так же, как лексическая и грамматическая, в структуре системного нарушения речи формируется поздно и атипично. Замедленное формирование речи в младенческом, раннем и дошкольном возрасте приводят к тому, что у детей своевременно не формируется готовность к овладению письменной речью, ее функциональный базис.

При одновременности нарушений зрения и речи у школьников бывают все виды дисграфических нарушений: акустическая, артикуляторно-акустическая, аграмматическая, оптическая, мнестическая и дисграфия, связанная с нарушением операций анализа и синтеза языкового материала разного вида: фонетического, лексического, грамматического.

Изучая возможности детей с нарушением зрения в овладении грамотой, Г. В. Никулина, И. В. Юганова и другие исследователи [3, 12] отмечают, что нарушения чтения и письма у них встречаются во много раз чаще, чем у нормально видящих детей. Многие нарушения письменной речи у таких детей связаны с недостатками зрительно-пространственного восприятия и сформированными на этой основе неполноценными оптико-пространственными представлениями графических образов букв, особенно графически сходных. Другими причинами ошибок письма могут быть неточные движения пальцев рук, что является следствием недоразвития мелкой моторики, также формирующейся под контролем зрения. Среди причин ошибок письма называются недостатки звукопроизношения, недоразвитость фонематического восприятия, несформированность лексико-грамматического строя и связной речи, то есть общее недоразвитие речи. В случаях же неразличения букв только из-за плохого зрения ошибки письма и чтения не считаются дисграфическими и дислексическими. Они с успехом компенсируются при использовании очков и линз, если, конечно, при этом нет несформированности или нарушения оптико-пространственной функции.

Кроме системного недоразвития речи при патологии зрения могут быть речевые нарушения, не связанные с основным дефектом, являющиеся не производными, вторичными, а сопутствующими зрительной депривации. Это механическая дислалия, ринолалия, алалия, дизартрия. В таких случаях логопедическая работа обычно ведется так же, как и при нормальном зрении, но с учетом личностных особенностей детей с нарушением зрения.

Коррекционная работа при нарушениях зрения

Логопедическая работа при нарушениях зрения у детей проводится в контексте основных концепций тифлопсихологии и тифлопедагогики. Накоплен значительный методолого-методический, теоретический и практический материал о речи и личностных особенностях незрячих и слабовидящих, разработаны технологии их обучения и воспитания. С 70-х гг. в нашей стране создано направление по вос-

питанию и обучению детей с нарушением зрения: слепых, слабовидящих, с косоглазием и амблиопией, получили распространение специальные дошкольные учреждения и школы. В этом большая заслуга НИИ дефектологии АПН (ныне Институт коррекционной педагогики РАО) и лично М. И. Земцовой, Э. А. Стерниной, Л. И. Плаксиной, Л. И. Солнцевой [9, 10]. Планомерные исследования особенностей психофизического развития детей со зрительной патологией позволили разработать научно обоснованные направления и методическое содержание воспитания и обучения. Определены и апробированы в многолетней работе специальных дошкольных учреждений и школ принципы коррекционной работы. Основные из них: принцип комплексности, системности, патогенетический принцип, учет симптоматики и степени выраженности нарушения, опора на сохранные анализаторы, на их взаимодействие, принцип обходного пути, поэтапного формирования умственных действий, постепенного усложнения заданий и речевого материала с учетом не только актуального, но и потенциального уровня развития, онтогенетический принцип.

При коррекции речи в случаях зрительной патологии всегда учитывается значимое положение специальной психологии об общих и специфических закономерностях развития детей с разными отклонениями. Для определения содержания и организации работы над речью и речемыслительной деятельностью имеет значение концепция Л. С. Выготского о зоне ближайшего развития ребенка (работа ведется с учетом не только актуального, но и потенциального уровня развития, принимается во внимание не только то, что ребенок знает и умеет, но и то, чему его можно обучить, чем он может овладеть при оказании ему помощи), а также исследования А. Н. Леонтьева о деятельностном подходе в обучении, П. Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий, Р. Е. Левиной о единстве принципов изучения и коррекционного обучения [5, 12].

В содержание дошкольного образования детей с нарушением зрения, как и детей с нормальным развитием, входят: формирование у детей представления о себе, навыков самообслуживания и жизнеобеспечения, доступных представлений о мире, развитие речи, коммуникативных навыков, формирование предметно-практической и элементарной трудовой деятельности, что обеспечивает социализацию.

Современная перестройка системы отечественного образования определяет преимущественный характер интегрированного (инклюзивного) образования, когда в одной группе (одном классе) оказываются дети с нормальным развитием и с разнообразными нарушениями, в разной степени выраженными, в том числе и дети с патологией

зрения разной степени. При этом не является обязательным усвоение полного объема материала в установленное время. Каждый усваивает столько, сколько сможет, чем способен овладеть при комплексной помощи воспитателей, психологов, логопедов, родителей. В работе акцентируются сильные стороны каждого, вера в способности каждого ребенка при проектировании и использовании особых технологий.

В логопедической работе при нарушениях зрения применяются практические, в доступной мере наглядные и словесные методы. Логопедическое воздействие базируется на слухе, использовании осязания и кинестетического чувства. Развивая восприятие всех видов, ребенка побуждают к речевому общению на уровне его произносительных возможностей.

Речь детей развивается как целостная система, на каждом этапе ее развития формируются все стороны речевой деятельности с упреждающим формированием базы, основы языковой системы, то есть семантической стороны речи и познавательной сферы. Формируя психологические механизмы речевой деятельности, коммуникативно-познавательные интересы и потребности, развивают предметно-практические и игровые навыки как основу мыслительных и речемыслительных процессов. Логопедическая работа предусматривает развитие фонетических и фонематических процессов, представлений об артикулировании и звучании, развиваются навыки управления мышцами оральной области, синхронизация дыхания с голосоподачей, совершенствование просодических компонентов.

Работая над звукопроизношением при разных нарушениях зрения, логопед развивает артикуляционные движения через осязание: дети ощупывают движения и положения губ, языка, челюстей, мимику, прикладывая руку к лицу педагога и пытаясь репродуктивно воспроизвести нужное положение. Артикуляционные позиции и движения сочетаются с объяснением. Логопед своей рукой и затем ребенка воспроизводит позиции языка: чашечка, лопатка, жало и т. д. При этом широко используются логопедические зонды, шпатели, дети знакомятся с рельефными изображениями артикуляционных профилей, схем, уточняют понимание с использованием азбуки Брайля. Развитие осязания и пространственных представлений закрепляется в доступных логопедических и дидактических играх, с учетом физического и умственного развития детей.

Аналогичным образом, заменяя зрение детей словом и осязанием, логопед развивает речевое дыхание, объясняет, что речь строится на выдохе, а перед фразой делается вдох. Вырабатывается направленность, длительность, концентрированность, сила воздушной струи.

Прикладывая руку к гортани (сначала своей, затем ребенка), взрослый учит ребенка владеть речевым дыханием, громкостью, темпом, ударением, интонацией, что в совокупности с отрабатываемым звукопроизношением повышает внятность речи незрячих и слабовидящих. Последовательность работы над звуками и лексико-грамматическими возможностями детей с нарушениями зрения примерно та же, что и при нормальном зрении.

При максимальной нагрузке на слуховую и кинестетическую сферы на основе полисенсорного подхода проводится анализ предметного мира, углубляются представления о нем, развивается понимание слов при ощупывании с комментированием действий логопеда и ребенка, проводятся неречевые и речевые игры с подражанием действиям и речи, акцентируется развитие ориентировочных действий по познанию свойств и качеств предметов, сопоставляются слова и словосочетания синонимического и антонимического характера (горячий суп, горячая каша, холодный компот, холодное молоко и т. д). От конкретики постепенно переходят к развитию абстрактных представлений и переносного смысла (горячее сердце, холодный взгляд, соленая шутка и др.). В игровой деятельности на основе практических упражнений развивается мышление в плане образных представлений и логических умозаключений. Обыгрываются варианты перцептивно-когнитивных ситуаций, в которых закрепляется разнообразный лексико-грамматический и фонетико-фонематический материал.

Формируются навыки анализа, синтеза, обобщения, классификации, противопоставления сначала в неречевом, а затем вербальном плане.

Системой специальных упражнений развивается сенсорная сфера детей, активность их деятельности и мыслительных процессов. Запоминание и осмысление, положительные эмоции делают речь разнообразнее, правильнее, а действия более сложными и активными. Компенсаторное значение речи при наличии дефектов зрения восполняет пробелы в психическом и языковом развитии детей.

Процесс коррекции речи идет одновременно с обучением движениям и развитием эмоционально-волевого, интеллектуального и личностного развития ребенка в целом. Широко используются тифлографические изображения предметов, действий, артикуляционных движений, рельефные изображения, чертежи, т. е. как компенсаторное средство вместо информации визуального характера используется специальная наглядность, знаково-символическая деятельность.

Для детей с нарушением зрения характерен замедленный темп обучения, что учитывается при всех видах деятельности — объясне-

нии материала, его закреплении, выполнении практических заданий. Отдельные этапы действий прорабатываются детально и длительно, с четкой и доступной пониманию детей словесной инструкцией-объяснением. Особое значение имеет этап запоминания, который предполагает продуманную и согласованную систему повторений. Понятия, правила, теоретический материал усваиваются ребенком с помощью педагога в разнообразных упражнениях с последующим применением в соответствующих ситуациях.

На логопедических занятиях важно устанавливать эмоциональный контакт с ребенком или детьми при подгрупповых, групповых занятиях, стимулировать личностную активность и инициативность, развивать сенсоперцептивную и речевую деятельность, мыслительные операции над деятельностью и над языковыми явлениями. Вариативность использования логопедических приемов осуществляется с учетом типологических особенностей каждого ребенка с опорой на развитие ощущений, тактильного и слухового восприятия. В ряде случаев отмечается утомляемость ребенка на логопедическом занятии, он закрывает глаза, опускает голову на руки, зевает. В связи с этим важно помнить о здоровьесберегающих технологиях, чередовать виды деятельности, учитывать закономерности развития ребенка на разных возрастных ступенях. Направления и содержание коррекционного воздействия требуют создания специальных педагогических условий, способствующих развитию речи и личности ребенка. Учитывая личностные особенности детей, логопедическая работа ведется замедленными темпами, материал включается малыми дозами, предупреждается возможное утомление детей, на занятиях обеспечивается оптический и речевой психологический режим, комфортный фон, систематически отслеживается развитие каждого на основе динамической диагностики его достижений.

В случаях неглубоких нарушений зрения логопедическая работа ничем не отличается от работы с нормально развивающимися детьми.

Точность психолого-педагогической диагностики, раннее начало комплексного воздействия, медико-психолого-педагогическое сопровождение, проектирование предстоящей работы, комбинирование методических технологий, развитие четкой кинестезии пальцев и артикуляционного аппарата, опора на онтогенез, зрительный и речевой режим, личностно ориентированный и деятельностный подход с использованием остаточного зрения обеспечивают положительную динамику коррекционно-логопедического воздействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агранович З. Е. Дидактический материал по развитию зрительного восприятия и узнавания (зрительного гнозиса) у старших дошкольников и младших школьников. СПб.: Детство-Пресс, 2003.

2. Волкова Л. С. Выявления и коррекция нарушений устной речи у слепых и слабовидящих детей. Л., 1991.

3. Григорьева Л. П., Вернадская М. Э., Блинникова И. В., Солнцева О. Г. Развитие восприятия у ребенка: Пособие для коррекционных занятий с детьми с ослабленным зрением в семье, детском саду, начальной школе. М.: Школа-пресс, 2001.

4. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. М.: Просвещение, 1990.

5. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Основы тифлопедагогики: развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. М.: Владос, 2000.

6. Кантор В. З. Педагогическая реабилитация и стиль жизни слепых и слабовидящих. СПб., 2004.

7. Литвак А. Г. Тифлопсихология слепых и слабовидящих. СПб., 2006.

8. Нарышкина Е. С. Особенности познавательной деятельности слепых и слабовидящих школьников. Л., 1976.

9. Программа детского сада. Коррекционная работа в детском саду/Под ред. Л. И. Плаксиной. М., 2003.

10. Солнцева Л. И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. М., 1980.

11. Солнцева Л. И. Тифлопсихология детства. М., 2002.

12. Формирование социально-адаптивного поведения у учащихся с нарушениями зрения в начальных классах//Под ред. Плаксиной Л. И. — Калуга, 1998.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какие причины вызывают нарушения зрения?

2. В чем специфика логопедической работы при нарушениях зрения у детей?

3. Охарактеризуйте особенности речевого развития детей с нарушениями зрения.

4. Раскройте особенности звукопроизношения, словаря и грамматического строя речи детей с нарушением зрения.

5. Назовите основных исследователей по тифлопсихологии и тифлопедагогике.

6. Проанализируйте особенности и методики логопедической работы при нарушениях зрения.

7. Дайте психолого-педагогическую характеристику слепых и слабовидящих.

8. При посещении специального учреждения для детей с нарушением зрения познакомьтесь:

— с офтальмологическим и речевым режимом учреждения;

— с реализацией комплексного подхода к слепым и слабовидящим;

— с организацией личностно ориентированного воздействия к детям с нарушением зрения.

Глава 18

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с церебральным параличом

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата (ОДА) могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей этой категории отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности нарушений различных «линий развития». При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений ОДА у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, нарушение или утрата двигательных функций).

В психолого-педагогическом отношении детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА) условно можно разделить на две категории, которые нуждаются в различных вариантах коррекционно-педагогической работы.

К первой категории (с ортопедическим характером двигательных расстройств) относятся дети с преимущественным поражением ОДА не неврологического характера. Обычно эти дети не имеют нарушений интеллектуального развития. У некоторых детей несколько замедлен общий темп психического развития и могут быть парциально нарушены отдельные корковые функции, особенно зрительно-пространственные представления. Дети данной категории нуждаются в психологической поддержке на фоне систематического ортопедического лечения и соблюдения щадящего индивидуального двигательного режима.

Ко второй категории (с неврологическим характером двигательных расстройств) относятся дети, у которых НОДА обусловлены органическим поражением двигательных отделов центральной нервной системы. Большинство этой группы — дети с церебральным параличом (ДЦП), которые составляют 89% от общего количества детей с НОДА. Двигательные расстройства при ДЦП сочетаются с отклонениями в развитии познавательной, речевой, эмоционально-волевой и личностной сферы. Наряду с психолого-педагогической и логопедической коррекцией большинство таких детей нуждается также в медицинской реабилитации и социальной помощи.

Детский церебральный паралич — полиэтиологическое неврологическое заболевание, возникающее вследствие раннего органического поражения центральной нервной системы, которое нередко приводит к инвалидизации ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявлений достигает в среднем 7 на 1000 новорожденных. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом, в процессе комплексной реабилитации, состояние ребенка, как правило, улучшается.

ДЦП возникает под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (в интранатальном периоде) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде). Чаще всего ДЦП возникает при сочетании поражения мозга во внутриутробном периоде с родовой травмой.

В результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе наиболее тяжело нарушаются «молодые» отделы мозга — большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными приступами.

Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубые двигательные нарушения, на другом — минимальные. Психические и речевые расстройства так же, как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические расстройства могут отсутствовать или быть минимальными, и, наоборот, при легких двигательных нарушениях нередко наблюдаются грубые психические и речевые расстройства.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития могут широко варьировать. У детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

В структуре двигательного дефекта у детей с церебральным параличом особое место занимают нарушения функций рук. Именно они затрудняют бытовую, школьную и трудовую адаптацию, делают невозможным использование ряда ортопедических приспособлений, необходимых для развития ходьбы. Активные движения рук не в полном объеме, замедленны, фрагментарны, недостаточно дифференцированы и координированы. Многие дети с трудом овладевают навыками самообслуживания и санитарно-гигиеническими навыками.

В нашей стране принята классификация детского церебрального паралича К. А. Семеновой, которая очень удобна в практической работе врачей, логопедов, дефектологов, психологов. Согласно этой классификации выделяются пять форм ДЦП:

— спастическая диплегия;
— двойная гемиплегия;
— гемипаретическая форма;
— гиперкинетическая форма;
— атонически-астатическая форма.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей. К ним относятся: неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций; выраженность астенических проявлений (повышенная утомляемость, истощаемость всех нервно-психических процессов); сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практическом опыте. Это обусловлено вынужденной изоляцией, ограничениями контактов со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или сложностями передвижения; затруднениями познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанными с проявлениями двигательных и сенсорных расстройств.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказываются на восприятии в целом, ограничивают объем информации, затрудняют интеллектуальную деятельность детей с церебральными параличами. Около 25% детей имеют аномалии зрения. У них отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением

остроты зрения. Все это приводит к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

У 20—25% детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме ДЦП. В таких случаях особенно характерно снижение слуха на высокочастотные тона с сохранностью на низкочастотные. При этом наблюдаются характерные нарушения звукопроизношения. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты ([к], [с], [ф], [ш], [в], [т], [п]), затрудняется в их произношении (в речи пропускает их или заменяет другими звуками). У многих детей отмечается недоразвитие фонематического восприятия с нарушением дифференцирования звуков, сходных по звучанию (*ба-па*, *ва-фа*). В таких случаях возникают трудности в обучении чтению, письму. При письме под диктовку они делают много ошибок. В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может иметь место недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия. У многих детей выражен астереогноз — невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание в процессе манипулирования с предметами, то есть действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Чаще всего страдают отдельные корковые функции, т. е. характерна парциальность их нарушений. Прежде всего, отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия («спереди», «сзади», «между», «вверху», «внизу») усваиваются с трудом. Дети испытывают трудности в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения («под», «над», «около»). Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать. Нередко выражена недостаточность фонематического восприятия, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений).

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у части детей имеет место умственная отсталость различной степени. Основным нарушением познавательной

деятельности является задержка психического развития. Задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии.

Ряд нарушений познавательной деятельности характерен для определенных клинических форм ДЦП. При спастической диплегии наблюдается удовлетворительное развитие словесно-логического мышления при выраженной недостаточности пространственного гнозиса и праксиса. Выполнение заданий, требующих участия логического мышления, речевого ответа, не представляет для детей с данной формой ДЦП особых трудностей. В то же время они испытывают существенные затруднения при выполнении заданий на пространственную ориентировку, не могут правильно скопировать форму предмета, часто зеркально изображают асимметричные буквы и фигуры; с трудом осваивают схему тела. У детей с правосторонним гемипарезом часто наблюдается оптико-пространственная дисграфия. Оптико-пространственные нарушения проявляются при чтении и письме: чтение затруднено и замедленно, так как дети путают сходные по начертаниям буквы, на письме отмечаются элементы зеркальности. У них позже, чем у сверстников, формируется представление о схеме тела, они долго не различают правую и левую руку. При гиперкинетической форме ДЦП у большинства детей в связи с преимущественным поражением подкорковых отделов мозга интеллект потенциально сохранный. Ведущее место в структуре нарушений занимают недостаточность слухового восприятия и речевые нарушения в виде гиперкинетической дизартрии. Дети испытывают затруднения при выполнении заданий, требующих речевого оформления, и легче выполняют визуальные инструкции. Для гиперкинетической формы ДЦП характерно удовлетворительное развитие праксиса и пространственного гнозиса, а трудности обучения чаще связаны с нарушениями речи и слуха.

Особенности речевого развития детей с церебральным параличом

В сложной структуре нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают речевые расстройства, частота которых составляет более 80%. Изучению речевых нарушений при ДЦП посвящено много специальных исследований (М. Б. Эйдинова, Е. Н. Правдина-Винарская, Е. М. Мастюкова, И. И. Панченко,

М. В. Ипполитова, Л. А. Данилова, Л. Б. Халилова, Е. Ф. Архипова, Н. Н. Малофеев, Е. В. Романенко, И. А. Смирнова, Г. В. Бабина, И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько.

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности, а именно онтогенетически молодые отделы мозга, которые наиболее интенсивно развиваются уже после рождения (премоторно-лобная, теменно-височная области коры головного мозга). Отставание в развитии речи при ДЦП связано также с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов. Дети с церебральным параличом имеют сравнительно небольшой жизненный опыт, общаются с весьма небольшим кругом людей — сверстников и взрослых. Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом у ребенка не формируется потребность в речевом общении. В таких случаях ребенок лишен важного для него речевого общения, которое является важной предпосылкой развития речи. Отрицательно сказываются на развитии речи, особенно в первые годы жизни, длительное пребывание в различных лечебных учреждениях, а также отрицательный эмоциональный фон, реактивные состояния, нередко возникающие у больных детей при отрыве от матери и изменении привычного образа жизни в случае помещения в больницу.

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология, ограничивающая возможности передвижения и познания окружающего мира. Отмечается клиническая и патогенетическая общность между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом. Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают формирование голосовой активности и нарушают

звукопроизносительную сторону речи. В связи с недостаточностью кинестетического восприятия ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей. Наблюдается определенная зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функции рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности. Все перечисленные факторы определяют специфику нарушений доречевого и речевого развития детей с церебральным параличом. Различные нарушения двигательной сферы обусловливают разнообразие речевых расстройств. При ДЦП речевые расстройства затрудняют общение детей с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

Доречевое и раннее речевое развитие детей с церебральным параличом идет в замедленном темпе. При этом не только замедляется, но и патологически искажается процесс формирования речи. Задержка речевого развития отмечается уже с доречевого периода. Обычно доречевой период при ДЦП затягивается на 2—3 года. К году у детей с церебральным параличом наблюдается снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность. Дети часто предпочитают общаться жестами, мимикой, криком. В лучшем случае ребенок может произносить всего одно-два слова. Нарушение формирования голосовых реакций сочетается со слабостью слуховых дифференцировок на голос, интонацию, с трудностями локализации звука в пространстве и недостаточностью слухового внимания, что задерживает развитие начального понимания обращенной речи. То есть при ДЦП задержан доречевой период, а также нарушены предпосылки к развитию речи.

Индивидуальные сроки появления речи у детей с церебральным параличом значительно колеблются, что зависит от локализации и тяжести поражения мозга, состояния интеллекта, времени начала и адекватности коррекционно-логопедической работы. При ДЦП наиболее медленный темп речевого развития наблюдается в раннем возрасте (первые три года жизни). На втором году жизни, даже при самых тяжелых формах заболевания, развитие общей моторики обычно опережает развитие речи. Чаще всего дети начинают произносить первые слова примерно в 2—3 года. Значительный скачок в развитии речи при проведении коррекционно-логопедических занятий наблюдается к концу третьего года жизни. На этом возрастном этапе темп речевого развития начинает опережать темп развития общей моторики ребенка.

Как правило, фразовая речь формируется к 4—5 годам; в старшем дошкольном возрасте (5—7 лет) идет ее интенсивное развитие.

При нормальном развитии все стороны речи внутренне взаимосвязаны и взаимозависимы. При ДЦП отмечается задержка и нарушение формирования лексической, грамматической и фонетико-фонематической сторон речи. Почти у всех детей с церебральным параличом в раннем возрасте крайне медленно увеличивается активный словарь, длина предложений, улучшается разборчивость речи. Пассивный словарь обычно значительно больше активного. Задерживается развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма. Речевая активность детей низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже — простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом и предметом. Особенно сложно усваиваются слова, обозначающие действие. Часто они заменяются словами, обозначающими предметы. Нередко отмечается недифференцированное употребление слов.

У всех детей с церебральным параличом в результате нарушения функций артикуляционного аппарата недостаточно развита прежде всего фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков. На начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют, в дальнейшем часть из них произносится искаженно либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к общей невнятности речи. Для многих детей с церебральными параличами характерно атипичное усвоение фонем, не совпадающее с последовательностью их усвоения при нормальном онтогенезе. Уже на ранних этапах овладения фонетическим строем речи могут появляться дефектные артикуляционные уклады, которые закрепляются в дальнейшем по мере формирования патологического речевого стереотипа. При ДЦП у многих детей отмечаются нарушения фонематического восприятия, что вызывает у детей трудности звукового анализа. В тяжелых случаях дети не различают звуки на слух, не выделяют звуки в словах, не могут повторить слоговые ряды. В более легких случаях отмечаются трудности звукового анализа слов лишь с дефектно произносимыми звуками.

В дошкольном возрасте многие дети общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений, состоящих из двух-трех слов. Даже имея достаточный уровень речевого развития, дети не реализуют своих возможностей в общении (на заданные вопросы часто дают стереотипные однословные ответы). У большинства детей с церебральным параличом отмечаются нарушения лексического строя речи, которые обусловлены спецификой заболевания. Количественное ограничение словаря и медленное его формирование при спонтанном

развитии в значительной степени связаны с ограничением объема, несистематизированностью, неточностью, а иногда и ошибочностью знаний и представлений об окружающем. Дети обладают ограниченными лексическими возможностями, не располагают необходимыми языковыми средствами для характеристики различных предметов и явлений окружающего мира. Нарушено усвоение многих языковых категорий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих действия, признаки и качества предметов. Дети испытывают трудности в понимании и употреблении предлогов, словосочетаний с предложными конструкциями, а также слов, обозначающих пространственно-временные отношения, абстрактные понятия. С трудом усваиваются лексические значения слов (иногда вычленяют в слове только конкретное значение, не понимая его истинного смысла; заменяют одно значение слова значением другого, совпадающего с ним по звучанию). Дети затрудняются в установлении функциональной общности между значениями многозначного слова. Часто у детей с церебральным параличом отмечаются нарушения формирования грамматического строя речи, которые зачастую вызваны лексическими расстройствами. Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом, что во многом обусловлено ограничением речевого общения, нарушением слухового восприятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании слов в предложении, употреблении правильных падежных окончаний. Нередко отмечаются нарушения порядка слов, пропуски слов, незаконченность предложений, многочисленные повторы одного и того же слова (тут, вот и др.). Даже к началу обучения в школе большинство детей с церебральным параличом практически не умеют пользоваться средствами грамматического оформления предложений, у них недостаточно сформирована связная речь.

Возрастная динамика речевого развития детей с церебральным параличом во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше интеллект ребенка, тем успешнее динамика развития речи, лучше результаты логопедической работы.

Характеристика речевых нарушений при ДЦП

У детей с церебральным параличом наблюдаются различные формы речевых нарушений. Они редко встречаются в изолированном виде. Наиболее частая форма речевой патологии при ДЦП — ***дизартрия*** (нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточ-

ностью иннервации речевой мускулатуры). Ведущими дефектами при этом являются нарушение звукопроизносительной стороны речи и просодики (мелодико-интонационной и темпо-ритмической характеристик речи), а также нарушения речевого дыхания, голоса и артикуляционной моторики. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая.

Основные нарушения при дизартрии: нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры (мышц лица, языка, губ, мягкого нёба) — по типу спастичности, гипотонии или дистонии; нарушение подвижности артикуляционных мышц; недостаточность кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате; нарушения дыхания, голоса, просодики; наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора) в артикуляционной мускулатуре; нарушение координации движений (атаксия); наличие синкинезий; нарушение акта приема пищи; вегетативные расстройства; специфические нарушения звукопроизношения.

Степень выраженности дизартрических нарушений речи зависит от тяжести и характера поражения нервной системы. В легких случаях отмечается нерезко выраженная дизартрия — *стертая дизартрия*. Она проявляется в нарушении звукопроизношения, незначительных нарушениях речевого дыхания, голосообразования, просодики; ограничении объема наиболее тонких и дифференцированных артикуляционных движений. Чаще всего при ДЦП имеют место умеренно выраженные проявления дизартрии. При тяжелом поражении центральной нервной системы моторная реализация речи становится невозможной. В этом случае у детей отмечается *анартрия* — полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц.

Существуют различные подходы к классификации дизартрии. В их основу положены принцип локализации мозгового поражения, степень понятности речи для окружающих, синдромологический подход.

• На основе принципа локализации мозгового поражения различают псевдобульбарную, бульбарную, экстрапирамидную (подкорковую), мозжечковую, корковую формы дизартрии (Правдина О. В.) (подробнее см. в разделе «Дизартрия»).

• Для логопедической работы, включающей дифференцированный массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику, более удобна *классификация дизартрии на основе синдромологического подхода*, при которой выделяют спастико-паретическую, спастико-ригидную, гиперкинетическую, атактическую и смешанные формы дизартрии (Панченко И. И., 1978).

Когда в структуру речевого дефекта включаются различные синдромы, дизартрию характеризуют как смешанную.

1. Спастико-паретическая дизартрия (ведущий синдром — спастический парез).

2. Спастико-ригидная дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности).

3. Гиперкинетическая дизартрия (ведущий синдром — гиперкинезы).

4. Атактическая дизартрия (ведущий синдром — атаксия).

5. Спастико-атактическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез и атаксия).

6. Спастико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез и гиперкинезы).

7. Спастико-атактико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез, атаксия, гиперкинезы).

8. Атактико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — атаксия и гиперкинезы).

Спастико-паретическая дизартрия

При спастико-паретической дизартрии ведущим синдромом является спастический парез речевой мускулатуры (имеет место при спастической диплегии и гемипарезе). Это наиболее часто встречающаяся форма дизартрии. Нарушение артикуляционной моторики может проявляться в виде изменения тонуса артикуляционных мышц по типу спастичности (повышение тонуса мышц языка, губ, лица). У некоторых детей отмечается смешанный характер нарушения мышечного тонуса: в одних группах мышц может наблюдаться спастичность (например, в языке), а в других — гипотония (в лицевой и губной мускулатуре). При ДЦП у детей младенческого и раннего возраста нередко наблюдается преобладание паретического компонента (гипотонии) над спастичностью. Почти у всех детей в лицевой мускулатуре выражена гипомимия.

При спастико-паретической дизартрии объем артикуляционных движений мышц языка и губ ограничен. Степень выраженности этих нарушений может варьировать от почти полной невозможности артикуляционных движений до незначительного снижения объема и амплитуды артикуляционных движений. При нарушении произвольных артикуляционных движений может отмечаться сохранность рефлекторных автоматических движений. В артикуляционной моторике проявление спастического пареза может быть различным:

• Невозможность или затруднение выполнения нужной артикуляционной позы.

• Трудности удержания нужной артикуляционной позы.

• Невозможность быстрого переключения от одной позиции к другой.

• Увеличение латентного периода при включении в движение.

Почти у всех детей выражена гиперсаливация. Отмечается усиление глоточного и нёбного рефлексов. Часто имеют место синкинезии, наиболее характерной синкинезией является движение нижней челюсти и нижней губы вверх при попытке приподнять кончик языка вверх. У детей раннего возраста наблюдаются оральные синкинезии. В ряде случаев сохраняются рефлексы орального автоматизма. Акт приема пищи замедлен, но координирован. Нарушены процессы жевания, откусывания, глотания.

Голос недостаточной силы и звонкости, истощаемы все параметры голосовых возможностей (слабый, истощающийся, глуховатый, нередко назализованный). Речевой выдох истощаем, вдох неглубокий. Снижена амплитуда голосовых модуляций: нет темпо-ритмических перебоев, необходимых для живой интонации. Отсутствие интонационного оформления несколько снижает разборчивость речи. Часто ребенок с помощью средств интонации не умеет выделять смысловые отрезки в целом высказывании. Темп речи замедлен.

В фонетическом отношении нарушено прежде всего произношение звуков, требующих наиболее точных дифференцированных движений языка. Звуки речи лишены четкого фонетического оформления; часто наблюдается легкая смазанность по всем группам звуков (больше в группе свистящих, шипящих и сонорных). Произношение губно-губных звуков нарушается при поражении круговой мышцы рта. Отмечается редуцированность (усредненность) гласных. Часто стерта разница между глухими и звонкими, твердыми и мягкими звуками. Иногда изолированно все звуки произносятся правильно (сохранны все фонемные признаки звуков), но при увеличении речевой нагрузки наблюдается общая смазанность речи. В тяжелых случаях нарушается произношение всех звуков.

При стертой спастико-паретической дизартрии отмечаются незначительные нарушения речевого дыхания, голоса, темпа речи, межзубный или боковой характер щелевых звуков (свистящих и шипящих). В ряде случаев спастико-паретическая дизартрия осложняется нарушением кинестетического восприятия речевых мышц, т. е. артикуляционной апраксией.

Спастико-ригидная дизартрия

Спастико-ригидная дизартрия наблюдается при двойной гемиплегии. Ведущим синдромом является спастический парез речевой мускулатуры и нарушения тонического управления речевой деятельностью по типу экстрапирамидного расстройства (ригидности). Процесс речепроизводства нарушен из-за максимального нарушения тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре. Не бывает длительного фона покоя в речевой мускулатуре, повышен порог чувствительности к разного рода раздражителям. Резко повышен тонус мышц верхнего плечевого пояса, мышц шеи, что сказывается на фонаторных усилиях.

У детей отмечаются выраженные расстройства акта приема пищи (жевания, глотания). Нарушена координация между жеванием, глотанием и дыханием. Жевание заменяется сосанием или присасыванием. Глотание происходит с паузами, перед глотанием дыхание останавливается. Параллельно наблюдаются синкинезии (опускается голова, пронируются плечи). Часто затруднено откусывание от куска, питье из чашки.

Нарушения артикуляционной моторики при спастико-ригидной дизартрии имеют следующие особенности:

- Включение в артикуляционное движение происходит с удлиненным латентным периодом (до нескольких минут).
- При включении в артикуляционное движение происходит резкое повышение тонуса во всей скелетной и речевой мускулатуре.
- Язык напряжен, отодвинут назад, чуть приподнят к нёбу, не всегда его удается пассивно вывести из полости рта. Объем артикуляционных движений языка и губ строго ограничен.
- Недифференцированность губных и язычных движений (смешанная губно-язычная артикуляция).
- Мимика крайне бедная (лицо застывшее, маскообразное).

Голос глухой, тихий, сдавленный, напряженный, почти немодулированный. Тембр бедный. Темп речи чуть убыстренный, речь отрывистая. Разборчивость речи значительно снижена, часто речь трудно понять при незнании контекста. Звуки речи лишены четкого фонетического оформления. Нарушено произношение всех гласных и согласных звуков (слабость дифференциации губных, призубных, твердых и мягких звуков).

Гиперкинетическая дизартрия

Гиперкинетическая дизартрия наблюдается при гиперкинетической форме ДЦП. Ведущим синдромом являются гиперкинезы мышц языка и лица, которые наблюдаются на фоне дистонии, реже гипо-

тонии. Объем артикуляционных движений при данной форме может быть достаточным. Особые трудности ребенок испытывает в удержании и ощущении артикуляционных поз. Вследствие этого характерно отсутствие стабильных и однотипных нарушений звукопроизношения (искажения, замены и смешения звуков непостоянны). Множественные искажения звуков отмечаются в группе шелевых и соноров. Характерна большая сложность в автоматизации звуков. Часто отмечаются различные фонематические нарушения. Разборчивость речи снижена (речь невнятная, порой малопонятная для окружающих). Акт приема пищи нарушен: процессы жевания, глотания затруднены, дискоординированы. Слюнотечения при «чистом» гиперкинетическом синдроме обычно не наблюдается.

Выражены тяжелые нарушения дыхания, голосообразования и просодики. Голос напряженный, прерывистый, вибрирующий, изменяющийся по высоте и силе. Модуляции возможны только в ограниченных пределах. Гиперкинезы могут наблюдаться как в покое, так и при произвольных произносительных попытках.

Нарушения движений артикуляционной и фонаторно-дыхательной мускулатуры вызваны характером гиперкинеза — его степенью и формой. Клинически у детей отмечаются гиперкинезы хореического, атетоидного и смешанного характера. Гиперкинетический синдром в речевой мускулатуре не всегда проявляется с такой же интенсивностью, как в скелетной мускулатуре. Однако гиперкинез в скелетной и речевой мускулатуре всегда один и тот же. Для речеобразования наиболее отрицательное влияние оказывают атетоидные гиперкинезы. При хореическом гиперкинезе произносительные возможности детей больше.

• Хореический гиперкинез — непроизвольные, быстрые, размашистые, неритмичные движения (преимущественно выражены в мышцах шеи, головы, артикуляционной мускулатуре и в верхних отделах плечевого пояса; больше всего в мускулатуре лица). Голос прерывистый, непостоянной звонкости и продолжительности. Интонация целого высказывания сохраняется. Искажена амплитуда движений губ и языка, переключение движений неполное.

• Атетоидный гиперкинез — медленные, вычурные, червеобразные движения с переразгибанием пальцев (чаще — в пальцах рук и в языке). Отмечается резкая напряженность речи. Увеличен латентный период перед включением в артикуляционное движение. Переключение движений замедленно. Интонация чаще всего отсутствует. Иногда наблюдается полная неразборчивость слоговых комплексов.

Атактическая дизартрия

Атактическая дизартрия наблюдается при атонически-астатической форме ДЦП. В чистом виде встречается редко. Чаще всего — это сопутствующий синдром на фоне спастического пареза или гиперкинеза. Ведущим синдромом при атактической дизартрии является атаксия, которая проявляется в гиперметрических, асинергических нарушениях артикуляционных движений и в скандированности ритма речи. Гиперметрия — это несоразмерность, неточность произвольных артикуляционных усилий, когда нужное движение реализуется более размашистым движением, чем это необходимо. Сокращение мышц не соответствует требуемому. Ребенок не может точно выполнить артикуляционное действие; он теряет траекторию, амплитуду (амплитуда увеличивается), скорость размаха, точность попадания в место смыкания. Так, раскрытие рта у детей во время речи, губные и язычные движения при произнесении смычных звуков утрированы, сама смычка замедленна. Выражена асинергия — асинхронность дыхательной, артикуляционной и фонаторной мускулатуры. Ритм речи всегда скандированный. Темп замедленный. Модуляций голоса почти нет. Интонация практически отсутствует.

Расстройства произносительных способностей у детей с анартриями при ДЦП обусловлены различными речедвигательными нарушениями: спастическим парезом в очень тяжелой степени, тоническими расстройствами управления артикуляционными движениями в очень тяжелой степени, гиперкинезами, атаксией, апраксией (кинестетической и кинетической). Апраксия охватывает все отделы речевого аппарата — дыхательно-фонаторно-губно-нёбно-язычный.

Апраксические расстройства проявляются неумением произвольно оформить гласные и согласные звуки, слитно произнести слоги из имеющихся звуков или слова из имеющихся слогов. По тяжести проявлений анартрия может быть различной: 1) полное отсутствие речи и голоса; 2) наличие только голосовых реакций; 3) наличие звуко-слоговой активности (И. И. Панченко, 1979).

Помимо дизартрии у детей с церебральным параличом встречается ***алалия*** (отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка). При ДЦП алалия чаще всего сочетается с дизартрией.

Дети с церебральным параличом с трудом овладевают навыками чтения и письма. Нарушения письменной речи — ***дислексия*** и ***дисграфия*** — обычно сочетаются с недоразвитием устной речи. При ДЦП трудности овладения навыками чтения и письма связаны также с

нарушениями зрительного восприятия формы, недостаточным развитием оптико-пространственных представлений, фонематического восприятия, нарушениями мелкой моторики. При дислексии у детей с церебральным параличом наблюдаются своеобразные затруднения в усвоении навыка чтения: пропуски и перестановки букв, смешение сходных по начертанию букв («З» -«В»). Дети забывают, как читается та или иная буква, пропускают строчки. Длительное время они читают медленно, по слогам, часто пытаются угадать слово. Даже в среднем школьном возрасте при чтении «про себя» дети часто не могут понять смысл прочитанного, так как иногда не узнают буквы и целые слова.

Одновременно с нарушениями чтения у детей с церебральным параличом отмечаются трудности в овладении письмом. При дисграфии дети долго не запоминают начертание букв, нередко забывают их. Они заменяют буквы или их элементы другими по признаку графического сходства, искажают графический образ букв (неправильно сочетают элементы в изображении отдельных букв). Характерной особенностью нарушений письма при ДЦП является его зеркальность, особенно на начальных этапах обучения. Зеркальность письма наиболее часто наблюдается у детей с правосторонним гемипарезом при письме левой рукой. Дети рисуют и пишут справа налево и асимметричные буквы изображают зеркально. В тех случаях, когда нарушения письма обусловлены недоразвитием фонематического слуха и дефектами произношения, в письменных работах встречаются такие ошибки, как замена фонем, близких по звучанию, пропуск букв в слове, перестановка букв и слогов, недописывание окончаний в словах.

Нарушения чтения и письма носят стойкий характер и с возрастом меняются не качественно, а количественно. Снижается число дислексических и дисграфических ошибок, но их характер сохраняется.

У некоторых детей с церебральным параличом может отмечаться ***заикание***. В возникновении заикания при ДЦП играют роль психические травмы (испуг, различные волнения и переживания, изменение привычного жизненного стереотипа, разлука с близкими и др.), ошибки воспитания, органические нарушения речедвигательной функции. Заикание может возникнуть у детей, имеющих такие особенности личностного развития, как повышенная ранимость, глубокое переживание дефекта, страх общения с окружающими. Особенностью заикания при церебральном параличе является преобладание клоникотонических судорог в дыхательной и артикуляционной мускулатуре. Заикание обычно носит стойкий характер, сопровождается выраженными сомато-вегетативными расстройствами, усиливается в подростковом возрасте. У детей с ДЦП возможно также органическое заика-

ние, которое чаще возникает на фоне гиперкинетической дизартрии. При этом у детей выражены насильственные движения в артикуляционных и скелетных мышцах. Для этих движений характерна стойкость проявлений, они трудно поддаются коррекционному воздействию.

Особенности логопедической работы по преодолению дизартрических нарушений речи при ДЦП

Знание особенностей речевых нарушений у детей с церебральным параличом позволяет сформулировать основные положения, определяющие последовательность и систему коррекционно-логопедической работы при ДЦП.

• Постоянный учет взаимовлияния речевых, двигательных и психических нарушений в динамике развития ребенка. Логопедическая работа направлена на коррекцию нарушений речи в сочетании со стимуляцией развития всех ее сторон (лексики, грамматики, фонетики), сенсорных и психических функций. Осуществляется формирование речи как целостной психической деятельности.

• Тесное единство речевой терапии с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций. Сочетание логопедической работы с медицинскими мероприятиями (медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК и др.) является важным условием комплексного воздействия специалистов медико-педагогического блока. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невролога, врача ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекции важно учитывать взаимосвязь речевых и двигательных расстройств при ДЦП, общность поражения артикуляционной и общей моторики. Необходимо подавлять патологическую рефлекторную активность как в речевой, так и в скелетной мускулатуре.

• Онтогенетически последовательное поэтапное логопедическое воздействие, опирающееся на сохранные функции. Ориентиром в логопедической коррекции служит не календарный возраст ребенка, а уровень актуального речевого развития.

• Одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук. Это связано с положением об анатомической близости корковых зон иннервации речевого аппарата с зонами иннервации мышц рук, особенно кисти и большого пальца. При ДЦП тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук.

• Стимуляция двигательно-кинестетического анализатора, что позволит сформировать управление артикуляционным праксисом (умением выполнять целенаправленные артикуляционные действия), развить навыки самоконтроля и адекватной самооценки действий, которые совершает ребенок (кинестетическое ощущение артикуляционной позы). При этом необходима опора на другие анализаторы (зрительный — выполнение артикуляционных упражнений перед зеркалом; слуховой — сопровождение движений четкой речевой инструкцией).

• Гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-логопедической работы (индивидуальных, подгрупповых, фронтальных).

Задачи логопедической работы

Основная задача логопедической работы с детьми с ДЦП — развитие речевого общения, улучшение разборчивости речевого высказывания для того, чтобы обеспечить ребенку большее понимание его речи окружающими. Для реализации этой цели необходимо:

— уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата — спастического пареза, гиперкинезов, атаксии (в более легких случаях — нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата);

— развитие речевого дыхания и голоса; формирование силы, продолжительности, звонкости, управляемости голоса в речевом потоке; выработка синхронности голоса, дыхания и артикуляции;

— нормализация просодической системы речи;

— формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи;

— развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук;

— развитие фонематического восприятия и звукового анализа;

— нормализация лексико-грамматических навыков экспрессивной речи (при смешанном, сложном речевом расстройстве, проявляющемся как дизартрической, так и алалической патологией речи или при задержке речевого развития).

На основании первичного логопедического обследования логопед совместно с неврологом разрабатывают тактику коррекционно-логопедической работы, определяют основные направления и формы работы, прогнозируют конечный результат логопедического воздействия, определяют противопоказания и дозировку занятий. Для каждого ребенка желательно составить индивидуальную комплексную программу, включающую конкретные коррекционные задачи на ближайшее время и перспективный план работы.

При проведении коррекционно-логопедической работы с детьми, страдающими церебральным параличом, целесообразно использовать следующие методы логопедического воздействия:

— дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий), зондовый и точечный массаж;

— пассивная и активная артикуляционная гимнастика;

— дыхательные и голосовые упражнения;

— искусственная локальная контрастотермия.

Искусственная локальная контрастотермия

Метод искусственной локальной контрастотермии применяется для уменьшения спастичности мышц артикуляционного аппарата, гиперкинезов язычной и мимической мускулатуры, а также при артикуляционной апраксии. Метод заключается в контрастотермальном воздействии низкотемпературных (криомассаж) и высокотемпературных агентов (термомассаж). В качестве низкотемпературных агентов выступают ледяная крошка или очень холодная вода, а высокотемпературных — горячая вода или настой трав.

Гипотермию (криомассаж) и гипертермию (тепломассаж) можно применять поочередно или избирательно. Существуют различные варианты их применения: только гипотермия (криомассаж); только гипертермия (тепломассаж); гипотермия, затем гипертермия; попеременное использование крио- и теплоаппликаций. Курс составляет 15—20 сеансов, проводимых ежедневно.

Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук, коррекция нарушений тонкой моторики

Перед проведением работы по формированию функциональных возможностей кистей и пальцев рук необходимо добиваться нормализации мышечного тонуса верхних конечностей. Расслаблению мышц способствует потряхивание руки по методике Фелпса (захватив предплечье ребенка в средней трети, производятся легкие качающе-потряхивающие движения). Далее проводятся массаж и пассивные упражнения кистей и пальцев рук:

Для стимуляции изолированных движений указательного пальца используют следующие упражнения: надавливание указательным пальцем на кнопки, издающие звук предметы, выключатели, клавиши фортепиано, пластилин; рисование фигур на песке; вращение диска телефона; нанесение отпечатков пальца на бумагу. Для тренировки противопоставления и отведения—приведения большого пальца ис-

пользуют следующие упражнения: сдавливание мягких звучащих игрушек указательным и большим пальцами; раздвигание ножниц или надетой на два пальца мягкой резинки; рукопожатие; игры с маленькими куклами, надевающимися на пальцы. Для тренировки захвата предметов двумя пальцами полезно: собирание предметов различной величины (сначала крупных, затем мелких), рисование карандашом, куском мела, удерживание чашки за ручку. Движения приведения и отведения кисти тренируются при закрашивании рисунков, стирании горизонтальных линий ластиком. Отдельные движения кисти закрепляют и совершенствуют, включая их в разнообразную предметную деятельность, в навыки самообслуживания и письма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). М.: Просвещение, 1989.

2. Бадалян Л. О., Журба Л. Г., Тимонина О. В. Детский церебральный паралич. Киев: Здоровье, 1998.

3. Данилова Л. А., Стока К., Казицина Г. Н. Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе: методические рекомендации для учителей и родителей. СПб., 2000.

4. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учебное пособие. М.: Академия, 2001.

5. Логопедия. Методическое наследие / Под ред. Л. С. Волковой. М., 2004.

6. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. М.: Просвещение, 1985.

7. Панченко И. И. Речевые расстройства у детей с церебральными параличами в поздней резидуальной стадии и особенности логопедической работы с ними // Семенова К. А., Махмудова Н. М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. Ташкент: Медицина, 1979.

8. Приходько О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. СПб.: Каро, 2008.

9. Приходько О. Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: Методическое пособие. СПб.: Каро, 2006.

10. Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я. Клиника и реабилитационная терапия детей с церебральным параличом. М.: Медицина, 1972.

11. Смирнова И. Я. Логопедическая диагностика. М.: Просвещение, 2007.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Дайте клинико-психолого-педагогическую характеристику детей с церебральным параличом.

2. Охарактеризуйте особенности речевого развития детей с церебральным параличом.

3. Раскройте основные факторы, лежащие в основе нарушений речи при ДЦП.

4. Назовите виды речевой патологии у детей с церебральным параличом.

5. Охарактеризуйте структуру дефекта при дизартрии у детей с церебральным параличом.

6. Раскройте основные подходы к классификации дизартрических нарушений речи при ДЦП.

7. Дайте сравнительную характеристику нарушений при различных формах дизартрии на основе классификации по синдромологическому подходу.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Обследование ребенка с ДЦП

Леня Н., 2 г. 11 мес.

Неврологический диагноз: ДЦП. Спастическая диплегия. Задержка психического и речевого развития. Дизартрия.

Анамнез. Матери 41 год. Ребенок от второй беременности, первый ребенок здоров. Беременность протекала с токсикозом, во второй половине часто повышалось артериальное давление. Роды на 8-м месяце беременности, с асфиксией. Ребенок закричал не сразу, крик тихий, маломодулированный. По шкале Апгар — 6/7 баллов. В первые дни и недели жизни отмечались слабость, вялость сосания, неритмичность сосательных движений, при глотании часто поперхивался, срыгивал «фонтаном».

Голову держит с 10 месяцев, самостоятельно сидит — с 1 года 8 месяцев. Доречевое и раннее речевое развитие протекало с задержкой. Гуление появилось в 4 месяца, лепет — после 9 месяцев; голосовые реакции отличались однообразием, бедностью звукового состава, малой активностью. Первые слова и звукоподражания начал произносить в 2 года, простые фразы — в 2 года 6 месяцев.

В настоящее время ребенок удерживает вертикальное положение стоя (у опоры), самостоятельно не ходит, только с поддержкой. Двигательные функции кистей и пальцев рук ограниченны.

В контакт вступает не сразу, не проявляет в нем заинтересованности. Ребенок пассивный, инертный. Познавательная активность снижена. Внимание неустойчивое, быстро истощается. Ребенок проявля-

ет поверхностный, недостаточно стойкий интерес к игрушкам, предметам, осуществляет процессуальные действия с ними. Зрительное восприятие цвета, формы, величины не сформировано (отсутствует даже сличение предметов). Запас общих представлений низкий.

Понимание обращенной речи ограниченно (на бытовом уровне). Выделяет по слову близких, понимает названия предметов (реальных и на картинках), простой сюжет. Выполняет простые речевые инструкции.

Экспрессивная речь на уровне простой, аграмматичной, упрощенной, структурно нарушенной фразы (из 2—3 слов). Активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные; предлоги употребляются редко. Слоговая структура слов нарушена. Уровень речевого общения ребенка ниже его речевых возможностей.

Разборчивость речи снижена, речь нечеткая, смазанная. Дыхание поверхностное, неровное; ротовой выдох укорочен. Голос тихий, назализованный, маломодулированный.

В артикуляционной мускулатуре и моторике отмечаются проявления спастического пареза: лицо гипомимичное, рот в покое полуоткрыт, в лицевой и губной мускулатуре — гипотония. Язык спастичный, отмечается его девиация влево. Объем артикуляционных движений языка и губ строго ограничен. Глоточный рефлекс повышен, выражена гиперсаливация. Жевание твердой пищи затруднено, при глотании поперхивается.

Звукопроизношение смазанное, нарушено по всем фонетическим группам (искажения свистящих, шипящих, сонорных звуков; редуцированность гласных, палатализация твердых согласных).

Психолого-педагогическое заключение: задержка психического и речевого развития. Спастико-паретическая дизартрия.

Глава 19
ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Определение понятия «расстройства аутистического спектра» (РАС)

Впервые аутизм в качестве самостоятельного нарушения выделил и описал Лео Каннер в 1943 г. Длительное время для обозначения нарушений этого спектра использовались различные термины — «аутизм», «детский аутизм», «ранний детский аутизм» (РДА), «синдром раннего

детского аутизма», «аутистические нарушения». Понятие «расстройства аутистического спектра» среди специалистов в России стало активно использоваться относительно недавно — примерно в 2005—2010 гг. С 2012 г. термин официально введен в Федеральный закон «Об образовании в РФ» и другие нормативные документы.

Существует несколько определений понятия «расстройства аутистического спектра». Так, например, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет РАС как спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) для определения широкого спектра расстройств, относящихся к аутизму, используется термин «общие расстройства психологического развития». Общие (первазивные) расстройства психологического развития — это группа расстройств, характеризующихся качественными отклонениями в социальных взаимодействиях и показателях коммуникабельности, а также ограниченным, стереотипным. повторяющимся комплексом интересов и действий. Эти качественные отклонения являются общей характерной чертой деятельности индивида во всех ситуациях. В данном определении понятие «общие/первазивные» (от лат. *pervasio* — всепроникающий, всеохватывающий) указывает на то, что нарушения затрагивают все области развития ребенка. К данной группе расстройств относятся:

— детский аутизм;

— атипичный аутизм;

— синдром Ретта;

— другое дезинтегративное расстройство детского возраста;

— гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями;

— синдром Аспергера;

— другие общие расстройства развития;

— общее расстройство развития неуточненное.

Понятия «расстройства аутистического спектра» и «общие/первазивные расстройства развития» часто используются как синонимичные (Волкмар, Вайзнер [2]).

На основании вышесказанного предлагается следующее определение: *расстройства аутистического спектра — это группа первазивных расстройств, для которых характерны специфические коммуникатив-*

ные и социальные нарушения, стереотипное поведение, выраженная асинхрония в развитии, возникающие вследствие сочетания аффективных и когнитивных недостатков.

Особенности детей с расстройствами аутистического спектра (РАС)

Расстройства аутистического спектра относятся к первазивным (всепроникающим) нарушениям. Для детей с РАС характерны особенности, недостатки, трудности и нарушения практически во всех областях развития, при формировании различных психических функций и навыков.

В соответствии с классификацией психического дизонтогенеза В. В. Лебединского, РАС относится к искаженному варианту развития. Это означает, что одной из основных особенностей детей с аутизмом является ***асинхрония*** — неравномерность в развитии. Асинхрония может проявляться по-разному.

1. Асинхрония возникает между различными функциями или областями развития. Ряд функций развивается медленнее, ряд функций — быстрее. При этом для каждой функции или области развития характерен свой собственный уровень. Например, многие дети с РАС не понимают обращенную речь, но при этом могут очень быстро читать. Ребенок с аутизмом может быть мутичным (неговорящим), но при этом классифицирует картинки с изображениями по существенному признаку.

2. Асинхрония возникает внутри одной области развития. В данном случае у ребенка формируются навыки не последовательно, с постепенным усложнением, как это принято в онтогенезе, а мозаично. Более простые навыки могут быть не сформированы, а более сложные — сформированы. Например, у ребенка может быть развернутая монологическая речь, но он не способен выразить просьбу.

При классическом варианте детского аутизма (синдроме Каннера) у детей отмечается асинхронное, неравномерное снижение уровня развития всех функций и навыков относительно показателей среднестатистической возрастной нормы.

У детей с высокофункциональным аутизмом (синдромом Аспергера) часто отмечается ситуация, когда одни функции опережают нормативные показатели, а другие существенно отстают от них. Например, у ребенка могут быть не сформированы базовые коммуникативные навыки, но он может обладать энциклопедическими знаниями в какой-либо области (поезда, динозавры и т. д.).

Характерной особенностью детей с РАС является ***«Триада нарушений»***, выделенная Л. Винг и ее коллегами. Она включает нарушения в области коммуникации, социального взаимодействия и ригидность мышления.

Под ***ригидностью мышления*** понимается отсутствие гибкости мышления, отсутствие или серьезное ***недоразвитие функции воображения***. Ригидность мышления и отсутствие воображения не позволяют детям с РАС решать возникающие перед ними задачи творчески, различными способами.

Нарушения воображения/гибкости мышления у детей с РАС проявляются в следующем:

— неспособность вступить в символическую игру (например, представить, что палочка — это ложка);

— невозможность разнообразить привычный сценарий игры;

— неспособность перенести сформированный навык из одной ситуации в другую;

— невозможность придумать, каким образом добраться до дома, если перекрыта улица, ведущая к дому, и т. д.

По мнению большинства исследователей, основным проявлением нарушения гибкости мышления у детей с РАС является ***стереотипное поведение***: однообразные действия и интересы, совершение повседневных действий в жестко определенной последовательности и т. д.

Нарушения социального взаимодействия проявляются главным образом в том, что у детей с РАС не формируются даже элементарные социальные реакции и навыки. Нарушения социального взаимодействия:

— отсутствие адекватной эмоциональной реакции на близких людей (не улыбаются, когда к ним подходит с улыбкой близкий человек);

— неспособность имитировать/подражать действиям близких людей;

— неспособность к «разделенному/совместному вниманию» (например, дети с РАС не переводят взгляд в ту сторону, куда смотрит другой человек);

— неспособность делиться интересами и радостью с близкими людьми;

— неумение играть в игры с переходом ходов;

— неумение делиться игрушками;

— непонимание правил социального поведения (как нужно вести себя в различных социальных ситуациях) и, соответственно, несформированность социальных навыков.

Нарушения коммуникации у детей с РАС проявляются в виде *несформированности коммуникативных навыков*. Дети с РАС не умеют:

— выражать просьбы;

— привлекать внимание другого человека;

— адекватно выражать отказ;

— комментировать окружающие события;

— отвечать на вопросы другого человека;

— задавать вопросы с целью получения интересующей их информации;

— инициировать и поддерживать диалог.

Недостатки коммуникации проявляются у детей с РАС в виде *специфических коммуникативных нарушений*:

— мутизма (отсутствие речи);

— эхолалической речи (повторения высказываний другого человека, часто без понимания их смысла);

— фонографической речи (ребенок бессмысленно и без видимой связи с ситуацией повторяет фразы из стихотворений, песен, мультфильмов);

— невозможности использовать речь функционально, в соответствии с определенным намерением и ситуацией (может свободно цитировать куски текстов, но не может сообщить о боли при помощи речи).

К коммуникативным нарушениям относят *несформированность вербальных и невербальных средств коммуникации*: речи, мимики, жестов, интонационного компонента, визуального контакта. Например, дети с РАС избегают визуального контакта с другими людьми. Другие дети, наоборот, смотрят слишком пристально, как будто пытаясь понять, что выражает взгляд другого человека.

У мутичных детей с РАС отсутствие речи, как правило, не компенсируется спонтанно другими средствами коммуникации, они не способны без специального обучения использовать жесты, мимику, картинки и другие средства вместо речи.

В процессе формирования экспрессивной речи отмечаются нарушения лексико-грамматического строя речи, звукопроизношения, связной речи.

Наличие у детей с РАС специфических недостатков коммуникации связано с сочетанием когнитивных и аффективных нарушений. *Аффективные (эмоциональные) нарушения* выражаются в отсутствии коммуникативной мотивации. *Когнитивные нарушения* в данном случае у детей с РАС проявляются в следующем:

— непонимание того, что при помощи речи, жестов, мимики, визуального контакта можно повлиять на другого человека (нарушена сигнальная функция);

— непонимание значения речи, жестов, мимики, взгляда (нарушена символическая функция).

Специфической особенностью детей с РАС являются **трудности с оценкой эмоций, пониманием смысла/значения эмоций**. Например, дети с аутизмом:

— не осознают собственных эмоций;

— не способны при помощи мимики и жестов выразить собственные эмоциональные состояния;

— не понимают, что выражает мимика и экспрессивные/эмоциональные жесты других людей;

— не понимают причин эмоций;

— испытывают трудности при разговоре об эмоциях, чувствах.

Данные трудности также вызваны сочетанием когнитивных и аффективных нарушений у детей с РАС.

Для детей с аутизмом характерны ***нарушения самосознания***. Это проявляется в несформированности представлений о себе, ближайшем социальном окружении, личных воспоминаний о прошедших событиях и т. д. Специфической особенностью детей с РАС являются трудности употребления личных местоимений — они, в большинстве случаев, не говорят о себе в первом лице. Например, вместо «хочу играть» — «*хочешь играть*».

Механизмы нарушений при расстройствах аутистического спектра (РАС)

В настоящее время не существует единственного общепринятого мнения о механизмах нарушений при аутизме. Среди наиболее популярных психологических теорий — группа сенсорно-перцептивных теорий (Богдашина, 2014), «Теория центрального связывания» (Фрит), Теория «Слепота сознания» (Барон-Коэн, Лезли, Фрит, 1985). В России — концепция В. В. Лебединского, К. С. Лебединской, О. С. Никольской и др.

Сенсорно-перцептивные теории основаны на представлении о том, что в основе расстройств аутистического спектра лежат трудности восприятия, переработки и интерпретации сенсорной информации (Богдашина [1]). Теории данной группы тесно связаны с нейрофизиологическими и нейропсихологическими исследованиями. Их суть состоит в том, что у детей с аутизмом потоки сенсорной информации,

поступающей от всех органов чувств, не фильтруются по принципу значимая/незначимая информация». Поэтому мозг аутичного человека одновременно обрабатывает всю входящую информацию, что вызывает «информационную перегрузку». В таких обстоятельствах выстраиваются механизмы и стратегии защиты, подстройки и компенсации, которые становятся «перцептивными стилями»:

— монообработка информации (в таких случаях ребенок реагирует на стимулы, проходящие только через один канал восприятия — например зрительный, а остальные игнорирует);

— периферийное восприятие (ребенок использует периферийное боковое) зрение, избегая прямого взгляда на другого человека).

Стереотипное поведение детей с РАС и их потребность поддерживать неизменный порядок рассматривается в рамках социально-перцептивных теорий как защитный механизм, препятствующий сенсорной перегрузке.

Таким образом, сенсорно-перцептивные теории в качестве первичного нарушения рассматривают трудности переработки сенсорной информации, которые приводят к недостаткам коммуникации, социализации и стереотипному поведению у детей с РАС.

«Теория центрального связывания» условно относится к группе сенсорно-перцептивных концепций. По мнению Ю. Фрит, у детей с РАС потоки сенсорной информации, поступающие от различных органов чувств, не интегрируются в единый целостный образ. Не происходит интеграции информации, поступающей по одному и тому же каналу. Примером этого может служить ситуация, когда аутичный ребенок не может распознать изображение на картинке, нарисованное пятнами, в то время как нормально развивающийся ребенок легко узнает на такой картинке собаку. Таким образом, дети с РАС, не получая целостного представления об окружающем, не могут понять смысл происходящего вокруг, что приводит ко вторичным аутистическим нарушениям.

Теория «Слепота сознания», разработанная Ю. Фрит и С. Барон-Коэном [10], объясняет проблемы в сфере социального взаимодействия и коммуникации у детей с РАС, неспособностью понимать, интерпретировать эмоции, намерения и мысли других людей. По мнению Ю. Фрит, у детей с РАС отсутствует или слабо развита «теория сознания»: они не способны понять, что выражает взгляд, мимика, позы других людей. Для детей с РАС характерен гиперреализм. Они не понимают, что за определенными действиями скрываются эмоции и намерения людей. У них возникают трудности в понимании поведе-

ния, поступков и действий окружающих. По этой причине их называют «социально слепыми».

По мнению J. Beyer, L. Gammeltoft (2000) [11] социальные трудности детей с РАС объясняются несформированностью у них внутренней тенденции к восприятию социального аспекта. Согласно их концепции, восприятие окружающего мира и организация поведения у нормально развивающихся детей осуществляется в рамках двух аспектов: социального и материального. Они считают, что при нормальном онтогенетическом развитии воспринимаемая ребенком информация проходит по двум каналам: один из них отвечает за восприятие информации о материальном мире, а другой — за переработку информации о социальном мире. В результате этих процессов у детей формируется целостная картина восприятия окружающих явлений, событий. У детей с аутизмом информация проходит только по одному каналу — материальному.

Аутичные дети способны устанавливать причинно-следственные связи через исследовательское поведение, сенсомоторную активность. У них может сохраняться способность к когнитивно-перцептивной обработке конкретной информации, поступающей по материальному каналу. В результате у них формируется понимание и осознание функций предметов материального мира. Но наряду с этим, у аутичных детей оказывается несформированной внутренняя тенденция для восприятия социального аспекта. Им трудно понять значение и смысл социального мира. Их характеризует неспособность к эмоционально-эмпатической обработке абстрактной информации.

Таким образом, приведенные выше теории рассматривают в качестве основной причины, вызывающей аутистические расстройства, — сенсорно-перцептивную и когнитивную дисфункции.

Концепция В. В. Лебединского, К. С. Лебединской, О. С. Никольской и Е. Р. Баенской [3] связывает расстройства аутистического спектра в первую очередь с аффективными нарушениями. Авторы описывают особые патологические условия, в которых происходит психическое развитие ребенка с РАС: стойкое сочетание двух факторов — нарушения активности и снижение порога аффективного дискомфорта. Это проявляется в нарушениях тонуса, слабости побуждений и исследовательской активности, быстрой утомляемости, истощаемости и пресыщаемости в произвольной деятельности, преобладании негативных ощущений. Психическая система, формирующаяся в патологических условиях, решает на возможном для себя уровне необходимые для выживания задачи адаптации и саморегуляции. Специфика ее функционирования при РАС заключается в том, что первоочередной задачей

становится не развитие активных форм контакта с миром, а средств защиты от него. Такие защиты проявляются в виде патологических аутостимуляций и вовлекают все психические функции.

Рассмотренные подходы можно назвать полярными. Авторы описывают различные механизмы нарушений при РАС, освещая разные аспекты одного и того же нарушения. По всей видимости, в основе РАС лежат и аффективные, и когнитивные недостатки, сочетание которых варьируется по степени тяжести.

Классификации расстройств аутистического спектра (РАС)

В настоящее время в России наиболее известны две психолого-педагогические классификации РАС.

В классификации L. Wing и J. Gould [21] выделены три группы детей с РАС: социально отчужденные, пассивно взаимодействующие и взаимодействующие «активно, но странно». В качестве критерия выделения групп выступают уровень социального взаимодействия.

Социальная отчужденность характеризуется следующими признаками: отчужденностью и равнодушием по отношению к окружающему миру (исключение составляют ситуации, когда удовлетворяются особые нужды ребенка); взаимодействие со взрослым осуществляется в первую очередь тактильно (щекотание, прикосновение); социальные контакты не вызывают у ребенка заметного интереса; отмечаются слабые признаки вербального и невербального взаимодействия; недостаток способности к совместной деятельности и взаимного внимания; избегание зрительного контакта; стереотипное поведение; в ряде случаев — отсутствие реакции на изменение окружающей обстановки; когнитивные нарушения умеренной и тяжелой степени.

Пассивное взаимодействие характеризуется следующими проявлениями: ограниченной способностью к спонтанным социальным контактам; ребенок принимает внимание других людей (детей и взрослых); не испытывает явного удовлетворения от социальных контактов, в то же время случаи активного отказа от взаимодействия отмечаются редко; возможно использование вербальных и невербальных форм коммуникации; характерна прямая эхолалия, реже — отсроченная; когнитивные нарушения различной степени выраженности.

При «активном, но странном» взаимодействии отмечаются следующие особенности: спонтанные попытки к социальным контактам (чаще — по отношению к взрослым, реже — к детям); при взаимодействии в ряде случаев наблюдаются характерные повторяющиеся действия: многократное повторение вопросов, вербальные стереотипы; в

зависимости от ситуации речь имеет коммуникативную и некоммуникативную направленность, отмечается прямая и отсроченная эхолалия; недоразвитие или отсутствие навыков сюжетно-ролевой игры; внешняя сторона взаимодействия вызывает больший интерес, чем содержание; ребенок может понимать и осознавать эмоциональные реакции других людей; социальное поведение детей этой группы воспринимается окружающими хуже, чем поведение людей из пассивной группы.

В классификации, разработанной К. С. Лебединской и О. С. Никольской, основными критериями деления детей с РАС на группы являются характер и степень нарушения взаимодействия с окружающей средой и тип самого аутизма. Авторами выделены 4 группы детей с РАС. Группы отличаются уровнем дезадаптации, степенью искажения развития, характером аутизма и возможностью социализации. Каждую из этих групп характеризует определенный уровень способности к взаимодействию с окружающим миром и соответствующие этому уровню формы аутостимуляции и защиты. Дети первой группы характеризуются отрешенностью от окружающей среды, второй — ее отвержением, третьей — ее замещением, четвертой — сверхтормозимостью в социальных контактах.

Методы обследования детей с расстройствами аутистического спектра (РАС)

Методики обследования детей с РАС можно условно разделить на несколько основных групп, в том числе:

— скрининговые оценочные методики;

— методики диагностики РАС;

— методики оценки уровня развития детей с РАС.

Скрининговые оценочные методики направлены на выявление степени риска возникновения РАС и применяются в работе с детьми раннего возраста (до 3 лет). Если по результатам проведения обследования выявлен риск возникновения у ребенка расстройства аутистического спектра, то рекомендуется организовать для него более углубленную диагностику для разработки программы раннего вмешательства и организации дальнейшей ранней помощи. Примером скрининговой методики являются методики CHAT, M—CHAT (Robins, Fein, Barton, 1999 [18]). Они являются валидными для выявления риска возникновения аутизма у детей в возрасте от 18 до 30 месяцев. Данные методики представляют собой список контрольных вопросов. Специалист задает вопросы родителю ребенка, позволяющие выявить у него аутистические проявления. Примеры вопросов:

— проявляет ли ребенок интерес к другим детям?

— ребенок приносит предметы и поднимает их, чтобы показать вам?

— имитирует ли ребенок то, что вы делаете? и т. д.

На основании ответов на весь перечень вопросов подсчитывается итоговый результат, свидетельствующий о наличии или отсутствии у ребенка риска возникновения РАС.

Методики диагностики РАС позволяют выявить наличие и степень аутистических нарушений у детей. Данные инструменты не являются основанием для постановки диагноза. Диагностика РАС осуществляется на основании МКБ-10. Эти методики, как правило, выполняют вспомогательную функцию при диагностике и позволяют собрать необходимые данные об аутистических особенностях ребенка и степени их выраженности. К этой группе относятся методики CARS (Schopler, Reichler, Renner, 1988 [19]), ADOS (Lord et al., 2000 [14]).

Оценочная шкала детского аутизма CARS позволяет оценить степень выраженности аутистического поведения. Включает 15 субшкал, каждая из которых соответствует определенной области развития. Последняя субшкала — общая оценка. По каждой шкале проводится качественная и количественная оценка. В зависимости от степени выраженности нарушений проставляется оценка от 1 до 4 балла. Оценка «1» ставится при отсутствии нарушений в конкретной области, оценка «4» — при резких патологических нарушениях. В заключение обследования суммируются все баллы. Набранные 15—29,5 балла свидетельствует о том, что у ребенка нет аутизма, 30—36,5 балла указывают на слабо-умеренные аутистические нарушения, 37—60 баллов — на выраженные аутистические нарушения.

Методики оценки уровня развития детей с РАС — это тестовые психолого-педагогические инструменты, которые позволяют выявить уровень развития детей по каждой сфере, выявить сформированные и несформированные навыки. На основании полученных результатов выстраивается индивидуальная программа коррекционной работы, обучения ребенка. К таким методикам относятся: PEP-R (PEP-R, Schopler, Reichler, Bashford, Lansing, Marcus, 1990 [20]), ABLLS-R (Partington, 2006 [16, 17]), протокол психолого-педагогического обследования (Хаустов, 2014 [8]) и др.

Тест PEP-R включает обследование по шести функциональным зонам и пяти патологическим областям. Обследование функциональных зон позволяет выявить уровень развития ребенка. Оценка патологических областей направлена на выявление неадекватных, дезадаптивных проявлений у ребенка. Функциональные зоны: имитация; восприя-

тие; мелкая и крупная моторика; интеграция глаз и рук; когнитивные представления; вербальная зона. Патологические области: аффект; взаимодействие, взаимоотношение и интерес к людям; игра; интерес к тестовому материалу; сенсорные модели; речь.

Протокол педагогического обследования предназначен для обследования детей с РАС дошкольного возраста. Он также может использоваться при работе с детьми, имеющими тяжелые аутистические расстройства в более старшем возрасте. Протокол включает оценку следующих областей развития ребенка с РАС: социальное поведение, коммуникация, восприятие, познавательная деятельность, речь, игра, крупная и мелкая моторика, самообслуживание. Отдельная шкала «Дезадаптивное поведение» посвящена выявлению у ребенка неадекватных форм поведения с целью их дальнейшей коррекции.

Использование предложенного протокола в практической работе позволяет:

- провести качественную и количественную оценку уровня актуального развития детей с РАС по следующим областям развития: поведение, коммуникация, восприятие, познавательная сфера, речь, игра, крупная моторика, мелкая моторика, самообслуживание;
- соотнести уровень развития ребенка с РАС с показателями среднестатистической возрастной нормы, что особенно важно при первичной диагностике;
- представить полученные данные в графическом виде;
- выявить уровень дезадаптивного поведения у детей с РАС;
- определить «зону ближайшего развития», цели психолого-педагогической коррекции;
- разработать план коррекционно-педагогической работы;
- отследить динамику путем повторного проведения обследования по окончании коррекционного курса.

Подходы к коррекции и обучению детей с РАС

В настоящее время в различных странах разработано множество обучающих и коррекционных программ, основу которых составляют различные подходы.

Большую популярность получил подход и программа TEACCH, разработанные Э. Шоплером [9] и его коллегами. Главной целью данного подхода является подготовка детей к продуктивной жизни в обществе. Он направлен на то, чтобы создать упорядоченную визуальную структуру для формирования понимания у ребенка с РАС окружающих событий, явлений. Данный подход основан на положе-

нии о необходимости создания предсказуемости последовательности действий, событий и явлений повседневной жизни для ребенка с РАС путем визуализации. Подход TEACCH направлен на повышение уровня адаптации ребенка в трех основных сферах его жизни: дома, в школе и обществе. Обучение ребенка начинается с детальной диагностической оценки уровня его развития. На основании полученных данных строится индивидуальная программа работы с ребенком. Основу этого подхода составляет структурное обучение. Для ребенка создается специально организованная, структурированная окружающая среда с четкими визуальными ориентирами. Цель структурного обучения — побудить детей с РАС к использованию своих возможностей при помощи визуальных навыков. Четкая структура окружающей среды и минимальное количество отвлекающих стимулов позволяет ребенку понять, что от него ожидается и требуется. Это приводит к снижению беспокойства и фрустрации, которые могут возникать в менее структурированной обстановке и приводить к поведенческим проблемам. Особое внимание уделяется планированию деятельности с использованием визуальных средств (предметов, фотографий, картинок, слов, чисел). Планирование при помощи «расписания» позволяет ребенку понять порядок действий и последовательность событий. Большое значение уделяется созданию четких ориентиров, наглядно демонстрирующих ребенку, что он должен делать, сколько он должен сделать, когда он должен закончить и что будет дальше. Визуальная поддержка является важным условием, которое позволяет сконцентрировать внимание ребенка на наиболее важной, значимой информации, наглядно продемонстрировать в ходе работы ожидаемый от него результат. Программа TEACCH предполагает освоение новых навыков с педагогом и отработку их в разных ситуациях.

Программа TEACCH, не корригируя непосредственно сам аутизм, обеспечивает детей адаптированным для их нужд «протезным» окружением. Благодаря этому преодолевается большое количество трудностей. Дети с РАС получают возможность жить и учиться без чрезмерного стресса и беспокойства. Впоследствии это помогает детям с РАС быть более самостоятельными и независимыми в своей деятельности, спонтанно использовать сформированные цепочки навыков.

Наиболее популярным в США и проверенным экспериментально на современном этапе является подход ABA (прикладной поведенческий анализ). Впервые применение данного подхода для коррекции РАС было предложено И. Ловаасом (Lovaas, 1981 [15]). Целью данного подхода является формирование у детей с РАС адаптивных форм поведения, необходимых для повседневной жизни, и уменьшение неадап-

тивного поведения, препятствующего нормальному функционированию. Подход ABA основан на положении о том, что любым формам поведения детей с РАС можно научить. Воздействие осуществляется через внешнее окружение. Поведение регулируется при помощи поддерживающих условий: стимулов (предшествующих событий) и последствий. На первом этапе работы определяются сформированные у ребенка базовые навыки, затем разрабатывается программа обучения. Для формирования поведенческих паттернов используется пошаговое обучение. Программа представляет систему дискретных испытаний, в которой правильная реакция подкрепляется при помощи вознаграждения. Используются разнообразные методы и техники формирования адаптивного поведения: моделирование, подсказка, побуждение, фединг, подкрепление, шейпинг, спепка, самоконтроль. С целью уменьшения дезадаптивного поведения применяются техники угашения, тайм-аут, штраф, насыщение, сверхисправление, аверзивные последствия. Большое внимание уделяется функциональности сформированных навыков, возможности их генерализации, переноса и использования в условиях повседневной жизни.

Подход DLT («Ежедневная жизненная терапия») был разработан доктором К. Китахара в 1970-х гг. Его основу составляет положение, что формирование определенного режима и структуры повседневной жизни необходимо осуществлять путем создания ритма в группе. Этот подход основан на восточной философии и концентрируется на групповом взаимодействии, а не на интенсивном индивидуальном обучении. Главная цель этого подхода — сформировать у детей необходимые навыки для повседневной жизни, в том числе коммуникативные. Обучение адаптивному поведению и коррекция дезадаптивного поведения осуществляется при помощи физических нагрузок, эмоциональной регуляции и обучения академическим навыкам в группе. Физические нагрузки обеспечиваются в ходе совместных физкультурно-оздоровительных мероприятий, выполнения физических упражнений. Эмоциональная регуляция и стабилизация осуществляется через искусство, групповые музыкальные занятия. Занятия проводятся в четкой, структурированной форме, обучение ведется на основе подражания и синхронизированной деятельности. В школе проводятся массовые детские праздники, мероприятия.

Подход, разработанный специалистами Института коррекционной педагогики РАО, базируется на положении о том, что в основе РАС лежат аффективные нарушения (Никольская, Баенская, Либлинг, 2007 [5]). В соответствии с данным подходом коррекционные мероприя-

тия, проводящиеся с ребенком, направлены в первую очередь на коррекцию эмоциональных нарушений. Аффективное развитие влечет за собой формирование адаптивного поведения, коммуникативных, социальных навыков, адекватных представлений о себе и окружающем мире. В ходе коррекционной работы, направленной на повышение уровня адаптации ребенка, используется дифференцированный подход. В зависимости от уровня аффективного развития ребенка с РАС определяются цели, задачи коррекционной работы.

Программа Son-Rise и лежащий в ее основе подход был разработан семьей Кауфман. Суть подхода заключается в создании комфортной для ребенка окружающей среды, включающей как позитивное психологического отношение к нему со стороны близких людей и готовность вступать с ним в контакт в соответствии с его потребностями, интересами, так и организацию пространства, способствующего постепенному, последовательному развитию исследовательской и познавательной активности ребенка. Большую роль в рамках данного подхода имеет работа с родителями. Ее цель — изменение отношения родителей к своему ребенку с негативного на позитивное, которое способно изменить его самого. Основу подхода составляет положение о необходимости «принять» собственного ребенка таким, какой он есть, чтобы общение с ним приносило радость и удовлетворение. Такое отношение вовлекает ребенка во взаимодействие с родными людьми и является базой для его дальнейшего развития. Важное значение имеет организация пространства. Основные условия его организации на начальном этапе — минимализм и концентрация на интересах ребенка. Окружающая его среда — это игровая комната с минимальным количеством стимулов, предметов, интересных для него. Таким образом обеспечивается комфортная, безопасная обстановка. Суть методики заключается в том, что близкие взрослые по очереди находятся с ребенком в игровой комнате, занимая выжидательную позицию, проявляя интерес к его действиям, следуя за его инициативой и вовлекаясь в его деятельность (включая любые стереотипы, аутостимуляции). При этом исключаются любые способы навязывания собственных интересов. Такое отношение стимулирует ребенка к взаимодействию со взрослым. По мере того как у ребенка формируются контакты и привязанности к близким людям, инициатива переходит к взрослым людям. Работа строится поэтапно: от самостоятельной стереотипной деятельности, основанной на собственных интересах ребенка, к простейшим формам опосредованного взаимодействия с матерью и другими близкими, а затем — к более сложным формам общения с более

широким кругом людей; от ограниченного пространства и минимального количества внешних сенсорных стимулов — к постепенному расширению среды и насыщению ее стимулами.

Специалисты сходятся во мнении, что не существует единого универсального подхода для оказания эффективной коррекционной помощи всем детям с РАС. Целесообразно комбинировать подходы и методы работы с детьми в зависимости от их индивидуальных особенностей.

Выделяются общие для всех подходов принципы и условия оказания помощи детям с РАС, соблюдение которых позволит осуществить результативную коррекционную работу с ними.

Основополагающим условием считается применение ***мультидисциплинарного комплексного подхода***. Коррекционная помощь детям с РАС и другими нарушениями развития наиболее эффективна в случае комплексного проведения психолого-медико-педагогических мероприятий, включающих психологическую коррекцию, обучение, медикаментозную поддержку (Cumine, Leach, Stevenson, 2000 [12]). Данный подход предполагает, что сопровождение ребенка с РАС должно осуществляться в ходе тесного взаимодействия и сотрудничества специалистов различного профиля: врача-психиатра, педиатра, педагога-психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда и педагогов дополнительного образования разных направлений. Ключевое значение имеет взаимодействие специалистов и родителей. Изучение особенностей ребенка, составление программы мероприятий, направленных на социализацию и повышение уровня адаптации детей с РАС, и их реализация осуществляется совместно.

Важным условием считается применение ***индивидуального подхода***, учитывающего специфические особенности, индивидуальный психолого-педагогический профиль развития и интересы каждого ребенка с РАС (Питерс, 2002 [6]). Индивидуальный подход предполагает разработку и реализацию индивидуальной коррекционной программы для каждого отдельного ребенка. Методологическую и содержательную основу индивидуальной программы обычно составляет либо один подход, либо сочетание и комбинирование элементов различных подходов. Учитывая индивидуальные особенности и асинхронию в развитии, для каждого ребенка с РАС подбирается подход, в рамках которого будет осуществляться коррекционная помощь.

Большое значение имеют сроки начала работы. Чем раньше ребенку начали оказывать комплексную психолого-медико-педагогическую помощь, тем она результативнее. Таким образом, существует необхо-

димость оказания ***ранней помощи***. Оказание коррекционной помощи нужно начинать уже в раннем возрасте, когда у детей активно проявляются первые признаки аутистических расстройств, задолго до момента официальной постановки диагноза. Своевременно начатая работа с ребенком, имеющим РАС, и его семьей позволяет в значительной степени создать благоприятные условия для его социализации, повышения уровня его социальной адаптации. Она способствует профилактике вторичных нарушений при РАС и интенсивному развитию ребенка.

Для повышения успешности психолого-медико-педагогического воздействия необходимо обеспечить ***интенсивность*** и ***систематичность*** коррекционных занятий. Для обеспечения максимальной результативности продолжительность занятий с детьми должна составлять в среднем 25 часов в неделю.

Специфика логопедической работы с детьми с РАС

Одно из главных нарушений, препятствующих адаптации и социализации детей с РАС, является нарушение в области коммуникации. При организации логопедической работы с аутичными детьми важнейшей задачей становится формирование у них коммуникативных навыков. Для развития коммуникации у мутичных (неговорящих) детей с РАС используются альтернативные коммуникативные системы:

— пиктографическая — с использованием картинок, пиктограмм;

— жестовая — с использованием жестов;

— письменная — с использованием письменной речи (карточки со словами, печать на планшете, компьютере, составление слов с помощью букв магнитной азбуки) и другие системы.

Также активно используются коммуникаторы: ребенок нажимает на определенную кнопку, и коммуникатор воспроизводит речевое высказывание, например «Дай пить».

Для формирования коммуникативных навыков у говорящих детей с РАС используется устная речь.

Направления и задачи коррекционной работы по формированию навыков речевой коммуникации у детей с РАС

Коррекционная работа по формированию навыков речевой коммуникации у детей с РАС включает 7 основных направлений (Хаустов, 2010 [7]):

1) умения выражать просьбы/требования;

2) социальная ответная реакция;

3) навыки комментирования и сообщения информации;

4) умения привлекать внимание и задавать вопросы;

5) умения выражать эмоции, чувства, сообщать о них;

6) социальное поведение;

7) формирование диалоговых навыков.

В ходе обучения детей ставится ряд неспецифических задач, актуальных для каждого направления коррекционной работы:

— формирование коммуникативной мотивации;

— формирование интенциональной направленности речи (высказывание ребенка должно соответствовать цели коммуникации);

— формирование вербальных средств коммуникации (речи);

— формирование невербальных средств коммуникации (мимики, жестов и др.);

— закрепление коммуникативных навыков в повседневных ситуациях.

Принципы коррекционной работы по формированию коммуникативных навыков у детей с РАС

Коррекционная работа по формированию коммуникативных навыков осуществляется на основе следующих принципов, разработанных в общей, коррекционной педагогике и специальной психологии:

— комплексного воздействия;

— систематичности;

— обучения от простого к сложному;

— наглядности;

— принципа дифференцированного подхода к обучению;

— связи речи с другими сторонами психического развития;

— индивидуального подхода.

Принцип комплексного воздействия предполагает участие, взаимодействие и сотрудничество в процессе психолого-педагогической коррекции всех специалистов, работающих с данным ребенком, и его родителей. Соблюдение данного условия позволяет значительно повысить эффективность коррекционной работы.

Известно, что у детей с расстройствами аутистического спектра отмечаются значительные трудности переноса формирующихся умений и навыков из одной социальной ситуации в другую. Например, ребенок может использовать определенный коммуникативный навык на занятиях, при взаимодействии со специалистом, но не способен самостоятельно осуществить его перенос при общении с другими людьми. Включение в процесс психолого-педагогической коррекции

максимального числа участников позволяет в значительной мере преодолеть эти трудности, облегчить перенос коммуникативного навыка в условия повседневной жизни и закрепить его. При этом воздействие на ребенка должно быть согласованным и синхронизированным, что достигается исключительно путем тесного взаимодействия и сотрудничества родителей ребенка, других членов семьи, дефектолога, психолога, логопеда и т. д.

Принцип систематичности указывает на необходимость систематического обучения и постоянной практики при развитии коммуникации. Одна из основных проблем детей с РАС состоит в том, что они не способны самостоятельно усвоить коммуникативные навыки. Целенаправленное, систематическое обучение способствует преодолению данной проблемы.

Процесс коррекционной работы должен быть упорядочен и последователен. Сначала осуществляется формирование наиболее простых навыков, затем более сложных. На первых этапах детей обучают умению выражать просьбы, привлекать внимание другого человека, на последующих этапах — более сложному умению задавать вопросы с целью получения интересующей информации; сначала — умению отвечать на отдельные вопросы взрослого, затем — сложному умению поддержать диалог.

Принцип обучения от простого к сложному связан с принципом систематичности и предполагает необходимость формирования навыков коммуникации в определенной последовательности, с постепенным усложнением коррекционных задач.

Сначала необходимо научить ребенка выражать просьбу с помощью одного слова, затем — с помощью словосочетания (два слова), короткой фразы и, наконец, используя развернутую фразу, например:

— однословное глагольное высказывание: «Открой»;

— высказывание в виде словосочетания/простой фразы: «Открой дверь»;

— высказывание в виде простой фразы с обращением: «Мама, открой дверь»;

— развернутое фразовое высказывание, включающее выражение вежливости: «Мама, открой, пожалуйста, дверь».

Формирование умения комментировать изображения на картинках осуществляется по следующему алгоритму:

1) перечисление объектов, изображенных на картинке (Девочка, кран, мыло);

2) перечисление объектов, изображенных на картинке, с последующим называнием глагольного действия (Девочка, кран, мыло. Девочка моет руки.);

3) называние глагольного действия с дополнением (Девочка моет руки с мылом.).

Принцип наглядности раскрывает необходимость использования дополнительной визуальной поддержки, оказывающей существенную помощь при обучении детей с РАС коммуникативным навыкам. Известно, что у детей с аутизмом отмечаются трудности усвоения символических, знаковых систем. Проявляются недостатки в понимании речи, значения сказанного. В связи с этим затруднено использование речи с целью выражения определенных коммуникативных функций. Данную проблему можно преодолеть, используя дополнительные наглядные средства: различные предметы, пиктограммы, картинки с изображением предметов, явлений и событий. Например: ребенок хочет яблоко, но затрудняется попросить об этом. В этом случае он может выразить просьбу, указывая на пиктограмму с изображением яблока. Таким образом, окружающие смогут понять ребенка, подсказать необходимые слова (например, «Дай яблоко») и осуществить желаемое.

Следует также использовать визуальную поддержку при работе с детьми с более высоким уровнем развития. Формируя умение описывать прошедшие события, можно разложить перед ребенком фотографии с изображением событий прошедшего дня и спросить: «Что ты сегодня делал?» В этом случае ему будет значительно легче ответить на вопрос.

Формируя у ребенка умение выражать эмоции, можно использовать пиктограммы, символизирующие различные эмоциональные состояния.

Обучая ребенка умению задавать вопросы на определенную тему, в качестве наглядной подсказки можно использовать карточки с вопросительными словами: ЧТО? КТО? ЧТО ДЕЛАЕТ? ГДЕ? КОГДА?

Принцип дифференцированного подхода указывает на необходимость подбора методов, приемов и форм организации педагогической коррекции в зависимости от уровня сформированности коммуникативных навыков ребенка с РАС. Для соблюдения данного принципа в начале работы нужно определить уровень сформированности коммуникативных навыков ребенка с помощью диагностических оценочных методик. Содержание коррекционной работы будет отличаться для детей различного уровня. Детей с низким уровнем сформированности коммуникативных навыков обучают умениям откликаться

на свое имя, отвечать на приветствия и т. д.; у детей среднего уровня формируют умение отвечать на простые вопросы («Кто это?», «Что делает?»); детей высокого уровня обучают отвечать на сложные вопросы («Что ты будешь делать?», «Что ты делал?»).

Принцип связи речи с другими сторонами психического развития указывает на необходимость выявления и воздействия на те факторы, которые прямо или косвенно способствуют развитию речевой коммуникации. Так, например, развитие эмоционально-волевой сферы, познавательной деятельности способствует формированию навыков вербальной коммуникации. Необходимо синхронное проведение коррекционной работы по различным направлениям.

Данный принцип указывает не только на взаимосвязь речи с другими психическими функциями, но и с другими навыками и формами поведения. Если у ребенка не сформированы базовые коммуникативные навыки, то у него усиливается дезадаптивное поведение. Например, ребенок с РАС не умеет адекватно привлечь внимание матери, попросить любимый предмет или выразить отказ. В таком случае для достижения своих целей он, вероятнее всего, будет кричать. И наоборот, чем больше у ребенка коммуникативных навыков, тем адекватнее его поведение.

Принцип индивидуального подхода предполагает необходимость учета индивидуальных особенностей, потребностей и интересов детей с аутизмом в процессе психолого-педагогической коррекции, направленной на развитие их коммуникации. Для детей, не владеющих навыками чтения, используются устные подсказки или подсказки в виде картинок, а для тех, у кого навыки чтения сформированы, в процессе обучения применяются подсказки в виде письменной речи.

Условия и методы формирования коммуникативных навыков у детей с РАС

В процессе проведения коррекционной работы необходимо соблюдать ряд условий, оказывающих существенное влияние на решение данной проблемы.

Одним из наиболее важных условий является ***учет личных интересов и потребностей ребенка***. Несформированность коммуникативных навыков у детей с аутизмом во многом связана с отсутствием или недостатком у них внутренней коммуникативной мотивации. В связи с этим возникает необходимость внешнего стимулирования коммуникативной активности. Это достигается путем включения в процесс коррекционной работы различных предметов, разнообразных видов

деятельности, а также тем разговора, интересных для ребенка. Обучая ребенка умению выражать просьбы, необходимо использовать его любимые продукты питания, игрушки; формировать умение отвечать на вопросы и комментировать изображения на картинках следует при помощи любимой книги ребенка. В этом случае он будет отвечать с бóльшим желанием, а эффективность формирования коммуникативных навыков значительно возрастет. При обучении умению поддержать диалог также лучше использовать интересные для ребенка темы разговора. В случае, если тема навязана ребенку, скорее всего произойдет уход от взаимодействия.

Большое значение в процессе коррекционной работы имеет ***использование подсказок***. Большинство детей с РАС могут пользоваться подсказками очень эффективно, поскольку для них характерна эхолалическая речь — автоматическое повторение чужих слов, значение которых ребенок чаще всего не понимает. Взрослый здоровается с ребенком: «Здравствуй, Саша!», и ребенок отвечает: «Здравствуй. Саша!», вместо того чтобы назвать взрослого по имени. Или взрослый просит: «Саша, принеси мяч!», а ребенок автоматически повторяет: «Саша, принеси мяч!», но не делает то, о чем его попросили.

Эхолалии необходимо использовать как основное средство формирования навыков речевой коммуникации у ребенка с РАС, способного к овладению экспрессивной речью. Для этого нужно демонстрировать ребенку образцы речевых высказываний и стимулировать его к их эхолаличному воспроизведению.

При общении с аутичным ребенком нередки ситуации, когда он настроен на взаимодействие, но не знает, как привлечь внимание собеседника, попросить его о помощи, поиграть в любимую игру и т. д. В этом случае ребенку нужно подсказать слова, подходящие к данной ситуации: «Помоги!», «Давай играть!» и т. д. Некоторые дети, наоборот, не настроены на взаимодействие и не способны адекватно выразить отказ, они начинают кричать или демонстрируют другие формы дезадаптивного поведения, вместо того чтобы сказать «не хочу», «нет». В таких ситуациях им также требуется помощь в виде вербальных подсказок.

На начальных этапах коррекционной работы дети обычно повторяют слова взрослого механически, заученно. Многократное повторение одних и тех же эхолаличных высказываний в связи с определенной ситуацией дает ребенку возможность понять смысл сказанного и использовать эти слова для самостоятельного общения, без подсказок.

Еще одним важным условием является ***подкрепление коммуникативных высказываний***. Подкрепление любых, даже очень слабых коммуникативных попыток приводит к усилению мотивации. Это способствует увеличению количества, а следовательно, и качества коммуникативных высказываний. Подкрепление может быть двух видов: искусственное и естественное.

В качестве ***искусственного подкрепления*** может служить использование конфет M&M's, леденцов, изюма, чипсов и т. д. с целью поощрения правильного ответа. Например: педагог показывает ребенку картинку с изображением какого-либо предмета и спрашивает: «Что это?»; ребенок отвечает: «Это — шкаф». Педагог говорит: «Правильно», дает ребенку конфету. Данный пример ярко иллюстрирует, что искусственное подкрепление (в данном случае конфета) не связано непосредственно с ситуацией общения, не включено в практическую деятельность. Такое подкрепление чаще всего используется при выполнении структурированных упражнений и учебных заданий, направленных на формирование и закрепление коммуникативных навыков детей с РАС.

Естественное подкрепление, напротив, напрямую связано с контекстом взаимодействия и включено в совместную деятельность ребенка и взрослого. Примером может служить игра с использованием карточек лото: педагог показывает карточку и спрашивает: «Что это?» Если ребенок отвечает правильно, тогда в качестве вознаграждения взрослый отдает ему карточку, которую ребенок кладет на соответствующую клетку. В данном случае в качестве подкрепления выступает сама карточка, включенная в практическую деятельность. Использование естественного подкрепления наилучшим образом способствует упрочению коммуникативных навыков.

На использовании естественного подкрепления строится ***метод коммуникативных соблазнов***. Суть данного метода заключается в выявлении мотиваторов (любимых предметов, видов деятельности ребенка) и использовании их для провоцирования его коммуникативных высказываний. Педагог дает ребенку прозрачный пластиковый контейнер с плотно закрытой крышкой, внутри контейнера лежит любимая конфета ребенка. Педагог ждет, пока ребенок попытается безуспешно открыть контейнер. Когда ребенок понимает, что он не сможет самостоятельно открыть емкость, у него появляется потребность выразить просьбу о помощи. Если он затрудняется, взрослый дает подсказку. Как только ребенок сказал: «Помоги», педагог сразу же открывает контейнер.

Важнейшим условием является ***использование повседневных, естественно возникающих ситуаций*** в системе коррекционной работы. Формирование коммуникативных навыков у детей с РАС недостаточно эффективно, если процесс обучения основан на выполнении жестко структурированных упражнений и заданий и протекает исключительно в рамках коррекционных занятий. В этом случае формирующиеся навыки оказываются нефункциональными, изолированными от ежедневно возникающих социальных ситуаций и не используются детьми в условиях повседневной жизни. Для решения этих проблем в процессе коррекционной работы применяется ***метод сопровождающего обучения***, который основан на использовании естественно возникающих ситуаций и эпизодов с целью формирования коммуникативных навыков. В процессе коррекционной работы комбинируется выполнение учебных заданий и упражнений с использованием повседневных ситуаций. Это позволяет ребенку осуществить перенос формирующихся коммуникативных навыков в различные социальные контексты.

Для реализации данного условия взрослый, находящийся с ребенком, должен рассматривать каждую ситуацию как потенциальную возможность для построения коммуникативного взаимодействия. Это требует предельной внимательности по отношению к поведению, эмоциональным реакциям ребенка. Если взрослый заметил, что ребенок заинтересован чем-либо или готов к взаимодействию, он должен найти возможность для налаживания коммуникативного процесса. Приведем несколько практических примеров.

1. Вы видите, что ребенок хочет достать мячик, который лежит на шкафу, но не может дотянуться.

Проявите заинтересованность по отношению к данной ситуации: наблюдая за ребенком и искренне улыбаясь, чтобы у него возникло желание обратиться к вам. Когда ребенок обратил на вас внимание, протяните руки в сторону мячика, демонстрируя готовность достать его, и продолжайте смотреть на ребенка. Если он затрудняется выразить просьбу, дайте подсказку: «Дай мячик», «Достань мячик» и т. п. Когда ребенок повторит за вами, сразу же выполните его просьбу.

2. Вы видите, что ребенок с интересом наблюдает за метелью на улице.

Проявите заинтересованность в этой ситуации: встаньте или присядьте на корточки рядом с ребенком, также понаблюдайте за снегопадом и прокомментируйте ситуацию: «Снег». Вероятно, что ребенок повторит за вами. Тогда посмотрите на него с одобрением и слегка кивните, подкрепляя его ответную реакцию. В случае если этого не произошло, продолжайте использовать подобную стратегию повеле-

ния. Ваше внимание и уважение к интересам ребенка приведут к тому, что у него возникнет желание повторить ваше высказывание. Со временем ребенок сможет самостоятельно комментировать окружающие ситуации, делясь с вами своими интересами.

3. Вы видите, что ребенок пытается найти свои ботинки, чтобы пойти гулять.

Понаблюдайте за ребенком, проявляя внимание к его проблеме. Когда он посмотрит на вас, подскажите ему необходимые слова, например: «Где ботинки?» Когда ребенок повторил, сразу же достаньте их или покажите ребенку, где они, подкрепляя его коммуникативное высказывание.

Аналогичные ситуации можно моделировать искусственно.

Приведенные примеры дают представление о том, что использование повседневных, естественно возникающих ситуаций осуществляется с учетом потребностей и интересов ребенка. Важно то, что в подобных ситуациях происходит естественное подкрепление его коммуникативных высказываний; в качестве вознаграждения выступает результат речевой активности ребенка — выполнение его желания, намерения, непосредственно связанного с данной ситуацией. Это позволяет ребенку понять, что произнесенная фраза приводит к определенному результату, что с помощью речевого высказывания можно повлиять на поведение других людей и достичь желаемого.

Алгоритм обучения детей с РАС навыкам коммуникации

Обучение коммуникативным навыкам детей с РАС основывается на следующем алгоритме.

1. Выбор цели обучения: определение коммуникативного навыка, который необходимо сформировать.

2. Моделирование ситуации, провоцирующей коммуникативное высказывание ребенка.

3. Предоставление ребенку времени для формулировки самостоятельного высказывания.

4. Предоставление подсказки в случае затруднения.

5. Подкрепление коммуникативной попытки ребенка.

6. Закрепление и генерализация навыка в повседневной жизни при участии нескольких человек (специалистов, родителей ребенка, его знакомых и т. д.).

Для формирования каждого коммуникативного навыка необходимо разработать серию однотипных упражнений, игр и смоделированных ситуаций. Приведем примеры.

Просьба о повторении действия:

1. Цель: формирование умения попросить повторения действия.

2. Моделирование ситуации.

Поиграйте с ребенком в его любимую игрушку — юлу. Каждый раз, перед тем как завести юлу, произносите: «Еще» либо «Заведи еще». Когда ребенок привыкнет к ходу игры, положите ладонь на ручку юлы, но не заводите ее.

3. Смотрите на ребенка и ждите, когда он попросит повторить действие, предоставляя ему время для формулировки самостоятельного высказывания.

4. Если ребенок затрудняется самостоятельно выразить просьбу о повторении игрового действия, дайте ему подсказку: «Еще».

5. Когда ребенок произнес: «Еще», сразу же выполните его просьбу, поощряя высказывание.

6. Повторите данную игру несколько раз, уменьшая количество подсказок. Для закрепления данного навыка используйте большое количество аналогичных ситуаций.

Умение называть различных персонажей из мультфильмов

1. Цель: формирование умения называть различных персонажей из мультфильмов.

2. Моделирование ситуации.

Включите ребенку на планшете его любимый мультфильм про Винни-Пуха. Каждый раз, когда на экране появляется очередной персонаж, нажимайте на кнопку «пауза» и называйте его (например, «кролик», «ослик Иа-Иа»).

3. Когда ребенок поймет принцип действий, в очередной раз нажмите на «паузу» и смотрите на ребенка, ожидая ответа либо задавая вопрос: «Кто это?»

4. Если он самостоятельно не отвечает на вопрос, дайте ему подсказку.

5. Как только ребенок ответил, продолжите просмотр мультфильма в качестве вознаграждения.

6. Закрепление данного навыка осуществляйте с участием других специалистов, членов семьи и знакомых, чтобы ребенок использовал навык в различных ситуациях.

Организационные формы работы по формированию коммуникативных навыков у детей с РАС

При формировании коммуникативных навыков используются индивидуальная и подгрупповая формы работы. Переход от одной формы к другой осуществляется поэтапно.

1. Индивидуальная форма работы осуществляется формированием каждого коммуникативного навыка на индивидуальных занятиях.

2. Индивидуальная форма работы. Закрепление навыка происходит в паре с другими специалистами, родителями и знакомыми из ближайшего окружения на индивидуальных занятиях и в повседневной жизни.

3. Подгрупповая форма работы (2 ребенка и специалист). Осуществляется закрепление навыка в малой группе. На данном этапе ребенок с РАС еще не обращается к другому ребенку, а контактирует только со специалистом. Взаимодействие осуществляется по принципу параллельной игры, когда оба ребенка играют в одну и ту же игру, но отдельно друг от друга. Например, каждый ребенок просит у взрослого запустить мыльные пузыри или каждый ребенок здоровается со специалистом.

4. Подгрупповая форма работы. Закрепление коммуникативного навыка осуществляется при взаимодействии ребенка с РАС с другим ребенком. Специалист в данном случае находится в роли организатора и координатора процесса коммуникации. Например, один ребенок просит у другого запустить мыльные пузыри, а взрослый подсказывает ему, как это сделать, или дети здороваются непосредственно друг с другом.

Таким образом, специфика логопедической работы с детьми с расстройствами аутистического спектра заключается в формировании у них коммуникативных навыков. Коррекционная работа, осуществляемая логопедом, несомненно, должна охватывать все стороны развития речи. Однако предпочтение отдается функциональным коммуникативным навыкам, так как они не формируются у детей с РАС спонтанно, но являются жизненно необходимыми.

Обучение навыкам коммуникации и развитие речи у детей с РАС должно реализовываться одновременно с другими направлениями коррекционной работы:

— формированием социальных навыков;

— коррекцией дезадаптивного поведения;

— развитием различных видов деятельности (игровой, изобразительной, конструктивной и т. д.);

— развитием других высших психических функций.

Важно, чтобы в процесс коррекционной работы были вовлечены специалисты различного профиля: логопеды, дефектологи, психологи, воспитатели, педагоги дополнительного образования, медицинские работники и родители детей с РАС.

Таким образом, в связи с тяжестью и первазивным характером расстройств аутистического спектра, коррекционная работа с этими детьми должна начинаться в раннем возрасте и носить комплексный, системный и индивидуализированный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богдашина О. Сенсорно-перцептивные проблемы при аутизме: учебное пособие. Красноярск, 2014.

2. Волкмар Ф. Р., Вайзнер Л. А. Аутизм: Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей. В 3 т. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014.

3. Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Л. М. Шипицына. СПб., 1997.

4. Морозов С. А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра: Учеб.-методическое пособие для слушателей системы повышения квалификации и профессиональной подготовки работников образования. М., 2014.

5. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: Пути помощи. Изд. 4-е, стер. М.: Теревинф, 2007.

6. Питерс Т. От теоретического понимания к педагогическому воздействию: Книга для педагогов-дефектологов / Пер. с англ. М. М. Щербаковой; Под науч. ред. Л. М. Шипицыной, Д. Н. Исаева. М.: Владос, 2002.

7. Хаустов А. В. Формирование навыков речевой коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра: Учеб.-методическое пособие. М.: ЦПМССДиП, 2010.

8. Хаустов А. В., Красносельская Е. Л., Хаустова И. М. Дети с расстройствами аутистического спектра. Протокол педагогического обследования // Практика управления ДОУ. 2014. № 1.

9. Шоплер Э., Ланзинд М., Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей (0—6 лет): Сборник упражнений по программе TEACCH. — Минск: Издательство БелАПДИ «Открытые двери», 1997.

10. Baron-Cohen S., Leslie A., Frith U. Does the autistic child have a theory of mind? // Cognition. 1985. Vol. 21.

11. Beyer J., Gammeltoft L. Autism and play. London: Jessica Kingsley, 2000.

12. Cumine V., Leach J., Stevenson G. Autism in the early years. A practical guide. London: David Fulton Publishers, 2000. 108 p.

13. Frith U. Autism: explaining the enigma. Oxford, UK: Blackwell, 1989.

14. Lord C., Risi S., Lambrecht L., Cook E.H., Jr., Leventhal B.L., DiLavore P. C., et al. The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism // Journal of Autism & Developmental Disorders. 2000, 30 (3).

15. Lovaas O. I. Teaching developmentally disabled children: The Me Book. Austin: PRO-ED, 1981.

16. Partington J. W. The Assessment of Basic Language and Learning Skills-Revised (The ABLLS-R). The ABLLS-R Protocol. — Behavior Analysts, Inc., 2006.

17. Partington J. W. The Assessment of Basic Language and Learning Skills-Revised (The ABLLS-R). Scoring Instructions and IEP Development Guide (The ABLLS-R Guide). — Behavior Analysts, Inc., 2006.

18. Robins D., Fein D., Barton M. The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M—CHAT), 1999.

19. Schopler E., Reichler R., Renner B. The Childhood Autism Rating Scale (CARS). Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.

20. Schopler E., Reichler R., Bashford A., Lansing M., Marcus L. Psychoeducational Profile—Revised (PEP-R). Austin, TX: PRO-ED, 1990.

21. Wing L., Gould. J. Severe impairments of social interactions and associated abnormalities in children: epidemiology and classification // Journal of autism and developmental disorders. 1979. Vol. 9.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что такое «расстройства аутистического спектра»?

2. Перечислите основные особенности детей с РАС.

3. Какие теории раскрывают механизмы расстройств аутистического спектра?

4. Раскройте содержание основных теорий, касающихся механизмов нарушений при расстройствах аутистического спектра.

5. Какие классификации расстройств аутистического спектра вы знаете?

6. Какие группы диагностических методик вы знаете? Каково их назначение?

7. Перечислите основные подходы к коррекции и обучению детей с РАС.

8. Охарактеризуйте основные условия эффективной коррекционной работы с детьми с РАС.

9. В чем заключается специфика логопедической работы с детьми с РАС?

10. Перечислите основные направления коррекционной работы по формированию коммуникативных навыков у детей с РАС.

11. Перечислите и охарактеризуйте основные принципы коррекционной работы по формированию коммуникативных навыков у детей с РАС.

12. Какие условия и методы формирования коммуникативных навыков у детей с РАС вы знаете? В чем их суть?

13. Каков алгоритм обучения детей с РАС коммуникативным навыкам? Приведите примеры.

14. Какие организационные формы коррекционной работы по формированию коммуникативных навыков у детей с РАС вы знаете?

Глава 20

ПРОФИЛАКТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Профила́ктика (от греч. *prophylaktikos* — предохранительный, предупредительный) — это комплекс социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-гигиенических, пропивоэпидемических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными и общественными организациями с целью обеспечения высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранения причин заболевания.

Широко известны высказывания Н. И. Пирогова о том, что «болезнь легче предупредить, чем лечить», и Жана Доссе: «*Чтобы предупредить болезнь, ее надо предвидеть*». Проблема раннего выявления нарушений речи у детей и взрослых, предупреждение, а также их последующая коррекция представляется актуальной не только для логопедии, но и смежных наук: неврологии, отоларингологии, фониатрии, ортодонтии, психологии, возрастной и специальной психологии и педагогики и других.

В настоящее время профилактике речевых нарушений уделяется много внимания и достигнуты значительные успехи в решении вопросов ранней их диагностики, методики и организации коррекционного воспитания и обучения детей. Благодаря специальным своевременным комплексным мероприятиям во многих случаях удается предотвратить или затормозить появление различных отклонений от нормы, в частности речевой патологии.

Организация и проведение профилактики речевых расстройств базируются на взаимодействии и сотрудничестве специалистов разного профиля — медиков, дефектологов и психологов.

Одна из важнейших задач профилактической работы — выявление факторов риска, т. е. условий, оказывающих неблагоприятное воздействие на общее и психическое развитие ребенка. Различают факторы высокого, умеренного и низкого риска в зависимости от степени их негативного влияния и значимости. Они могут быть биологическими, психологическими (эмоциональными, когнитивными) и социальными (глобальными, общественными, семейными) и вызывать нарушения в развитии речи.

Профилактика речевой патологии в первую очередь связана с предупреждением нервно-психических и соматических отклонений в состоянии здоровья.

В последние десятилетия в состоянии здоровья детей наблюдаются устойчивые негативные тенденции.

По результатам Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. отмечается снижение доли здоровых детей (с 45,5% до 33,9%) с одновременным увеличением вдвое процента детей, имеющих хроническую патологию и инвалидность (Т. В. Волосовец, 2011).

По данным официальной статистики, в России рождается только 12% здоровых детей (для сравнения — в Швеции рождается 6% больных). В дошкольных учреждениях до 35% детей имеют хронические заболевания. В 5—6-х классах школ разных регионов России у 60% детей диагностируются различные хронические заболевания.

Большое значение в разработке проблемы профилактики речевых расстройств имеет изучение факторов, обеспечивающих нормальное развитие речи у детей. Это помогает предупредить речевую патологию и стимулировать формирование и коррекцию речевых функций.

Чрезвычайно важным представляется изучение возрастных этапов речевого онтогенеза и выявление условий (включая внешнюю среду и социальные факторы), положительно и отрицательно влияющих на речевое развитие.

Комплексная профилактика речевых нарушений должна учитывать онтогенез и критические периоды начиная с антенатального, а также факторы, влияющие на развитие ребенка; состояние компенсаторных и адаптационных механизмов, что позволяет осуществлять индивидуально-дифференцированный подход.

В организации профилактики речевых нарушений можно выделить несколько направлений:

1. Выявление группы риска — ранняя диагностика отклонений развития.

2. Устранение и коррекция начальных проявлений нарушений развития.

3. Ликвидация и коррекция неблагоприятных последствий.

4. Обучение участников процесса обеспечения комплексной междисциплинарной профилактики. Одним из важных направлений развития логопедической помощи населению является предупреждение речевых нарушений и последствий речевой патологии.

Перед этим специальным направлением логопедии стоят следующие задачи:

— предупреждение речевых нарушений (первичная профилактика);

— предупреждение перехода речевых расстройств в хронические формы, а также предупреждение последствий речевой патологии (вторичная профилактика);

— социально-трудовая адаптация лиц, страдающих речевой патологией (третичная профилактика).

Первичная профилактика

Первичная профилактика — это система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды. Первичная профилактика нацелена на раннее выявление заболевания, предупреждение рецидивов, прогрессирования болезненного процесса и возможных его осложнений.

Первичная профилактика любой речевой патологии сводится к устранению, по возможности, тех причин, которые могут привести к ее возникновению.

Первичная профилактика связана с заботой о здоровье матери в период беременности и родов, о развитии ребенка в первый год жизни и осуществляется в основном системой здравоохранения. Медицинское сопровождение матери и ребенка позволяет устранить или снизить действие биологических факторов риска развития речевых нарушений, к которым относятся патогенные факторы, действующие в пре-, пери- и ранний постнатальный периоды развития ребенка. На разных этапах (антенатальном, интранатальном, неонатальном, младенческом, дошкольном, школьном периодах) включаются различные специалисты, и их участие может носить обязательный или рекомендательный характер. В этой связи на ранних этапах обязательными должны быть консультации гинеколога, терапевта, генетика, эндокринолога, иммунолога, невролога, при необходимости — психолога и логопеда, особенно если в семье были случая отклоняющегося развития у родственников.

Реализация профилактического воздействия 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.

Большое значение в системе психопрофилактических мер имеет своевременное генетическое консультирование будущих родителей. В случаях, когда обнаруживается семейная отягощенность какой-либо патологией, родители должны быть обязательно хорошо информированы о возможных проявлениях заболевания у ребенка, а также профилактических мерах, которые позволят предупредить или ослабить симптоматику наследственного заболевания.

Наследственная отягощенность патологией речи относится к биологическим факторам риска. Если у ребенка диагностируются отклонения в деятельности центральной нервной системы, рекомендуется начинать коррекционную работу по профилактике речевых нарушений как можно раньше.

Ранняя профилактика речевой патологии должна начинаться еще до наступления беременности в период ее планирования. Важно, чтобы родители были информированы о том, что может отрицательно влиять на здоровье ребенка.

Известно, что поражение центральной нервной системы уже на ранних этапах внутриутробного развития может привести к интеллектуальным нарушениям и другим отклонениям от нормы. Отрицательными факторами могут быть ранний токсикоз, артериальная гипер- или гипотонии, анемии, гипотериоз, инфекционные заболевания матери, медикаментозная интоксикация и другие.

Особое значение уделяется и здоровью матери, и ее образу жизни. Не допускается употребление наркотиков, алкоголя, никотина, применение химических веществ, неблагопритно влияющих на организм будущего ребенка. Эти факторы, воздействуя на плод, уже в первые 12 недель, могут привести к тяжелым речевым нарушениям, так как именно в первом триместре беременности у эмбриона закладывается лицевая область головы, органы слуха и зрения, полости носа и рта.

Беременная женщина обязательно должна контролировать работу сердечно-сосудистой и эндокринной систем, а также предохраняться от вирусных и инфекционных болезней, так как вирусы и бактерии вызывают различные отклонения в развитии мозга плода.

Женщина во время беременности должна правильно питаться, так как недостаток или, наоборот, избыток тех или иных питательных веществ и микроэлементов может оказать неблагоприятное воздействие на эмбрион.

Будущая мать должна очень бережно относиться к своему организму на протяжении всего срока вынашивания ребенка, вести здоровый образ жизни, соблюдать правила питания и общей гигиены, выполне-

ние которых способствует нормальному развитию плода и подготовке женщины к родам.

Во время беременности будущая мама должна избегать физического переутомления, поднятия и переноса тяжестей, работу в ночных сменах. В то же время не забывать, что умеренный труд благотворно влияет на физическое и психическое состояние; рекомендуется длительное пребывание на свежем воздухе, при этом не допускать термовоздействий — переохлаждений, сильной жары, духоты.

Сон должен продолжаться не менее 8—9 часов в сутки, днем — желательно не более 2 часов. Полезно и необходимо делать специальную легкую физическую гимнастику, необходимо носить удобную одежду и обувь.

Сам *процесс родов* также во многом зависит от самой женщины. Разумное и правильное поведение будущей матери во время беременности во многом предопределяет нормальное протекание родов.

С рождением ребенка ответственность за его нервно-психическое, физическое и речевое развитие ложится на семью, что делает особенно актуальным психолого-педагогическое просвещение молодых родителей.

Медицинские работники наряду с постоянным динамическим наблюдением проводят профилактические осмотры детей от 0 до 18 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.

Особое внимание должно уделяться раннему речевому развитию, так как уже на этом этапе проявляются характерные признаки, указывающие на отклонения от нормы. К ним относятся особенности:

— довербальные речевые вокализации, в частности, лепет (время его появления и качественные показатели);

— импрессивная речь.

Восприятие устной речи значимо для дифференциальной диагностики нарушений речевого развития от интеллектуальных и сенсорных расстройств. У детей с легкой степенью дизартрии понимание речи, как правило, сохранно. У детей с моторной алалией выявляется значительный разрыв между относительно сохранной импрессивной речью и отсутствием или грубым недоразвитием экспрессивной.

Признаком речевого дизонтогенеза также является задержка в развитии фонематического восприятия и фонематического слуха у ребенка старше 2 лет.

Состояние экспрессивной речи:

— время появления и характер первых слов.

О нарушении развития экспрессивной речи свидетельствуют:

— позднее появление первых слов (после 2 лет и старше);

— длительное использование 1—3 стереотипных слов, шаблонов, «лепетных» слов, звукоподражаний, слов в начальной форме;

— время появления и особенности первых фраз. Позднее появление первых фраз после 2 лет;

— диспропорция в развитии отдельных компонентов речи, например, в развитии импрессивной и экспрессивной речи, лексики и грамматического строя речи, морфологической и синтаксической системы языка, в развитии семантики речи и языкового оформления. симптомы девиантного развития фонологической системы ребенка (нарушения звукопроизношения).

Для определения структуры дефекта, выявления этиологии и механизма речевого нарушения необходимо также исследовать сенсорную сферу ребенка, моторику, когнитивную деятельность, эмоционально-волевую сферу, т. е. исследование обязательно должно быть комплексным.

Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в основном касается социально-психологических факторов риска.

В литературе последних лет стали выделять семейный фактор риска, который в значительной степени влияет на развитие ребенка и речи в частности. Особое место отводится эмоциональным отношениям родителей и детей, родительская любовь рассматривается как мощный источник общего физического и психического развития, духовного и нравственного воспитания. Семейные отношения стимулируют или препятствуют индивидуально-личностному развитию ребенка, который особенно в первый год жизни полностью зависит от окружающих его взрослых.

Ранняя профилактика должна начинаться в женских консультациях, отделениях и кабинетах патологии беременности, центрах планировании семьи, генетических консультациях, осуществляться через издание буклетов, проспектов, брошюр и информацией через средства массовой информации.

Их основной задачей должно быть просвещение родителей по вопросам норм общего и речевого онтогенеза, познавательного и эмоционального развития ребенка, создания благоприятной психо-

логической обстановки в семье. В первую очередь это касается регулирования психо-социологической системы «мать и дитя». Психосоматическое здоровье матери в значительной мере влияет на здоровье ребенка, ее эмоциональные и поведенческие особенности в период беременности можно рассматривать как фундамент для дальнейшего полноценного развития. Большое значение имеют и отцовские отношения, формированию которых следует уделять особое внимание. Нередко дисгармоничное нервно-психическое развитие ребенка обусловлено конфликтными отношениями в семье между близкими родственниками, завышенными требованиями родителей к своему ребенку без учета возраста и индивидуальных особенностей (левшество, интровертность — экстравертность, возбудимость и другие), неадекватными реакциями родителей на успехи или неудачи своего чада, незнанием и неумением правильно организовать коррекционно-развивающее общение и среду. Значительное место занимают «семейные традиции», которые эффективно воспитывают ребенка в процессе совместной деятельности, играют значительную роль в гармоничном развитии ребенка.

Формирование характера и личностных особенностей ребенка начинается с самого раннего возраста. Уже ранний период постнатального развития имеет большое значение для последующих этапов формирования его психики. Следует помнить, что сон, крик, непроизвольные движения и другие физиологические реакции организма новорожденного — показатели сохранности и уровня зрелости центральной нервной системы. Родители совместно с врачами обязательно должны внимательно следить за ходом их становления и развития, принимать необходимые профилактические меры в случае отклонений от нормы.

Забота о физическом и нервно-психическом здоровье ребенка и о сохранности его речевых органов должна выражаться в предупреждении ушибов в области головы; предупреждении различных заболеваний и детских инфекций, протекающих с высокой температурой, которые обеспечиваются соблюдением сроков профилактических прививок, исключением непосредственных контактов с больными и другими мерами.

Особое значение в профилактике уделяется предупреждению заболеваний и охране органа слуха от простудных заболеваний, от попадания инородных тел, от излишнего шума, а также своевременной диагностике, лечению и обязательному долечиванию ушных заболеваний.

Охрана артикуляторных органов и предупреждение миофункциональных нарушений заключается в следующем:

— предупреждение и своевременное лечение рахита и возможного развития аномалий костных частей речевого аппарата;

— исключение вредных привычек: сосание соски, пальца или постоянного подкладывания руки под щеку во время сна, что может привести к нарушениям прикуса;

— раннее протезирование зубов в случае их преждевременной потери, предупреждающее деформацию зубного ряда и развитие прогнатии;

— своевременное хирургическое вмешательство, направленное на устранение расщелин верхней губы и нёба;

— своевременное подрезание короткой уздечки языка (не позднее 4—5 лет).

Профилактика нервно-психических нарушений связана с охраной нервной системы ребенка. Недопустимы и должны быть исключены громкие окрики, рассказы страшных историй и разного рода запугивания, следует обеспечить щадящий подход к ребенку во время любой болезни и в течение некоторого времени после ее окончания. Большая ответственность в организации мер профилактики нервно-психических нарушений, приводящих к речевым расстройствам у детей, возлагается на образовательные дошкольные и школьные учреждения. В процессе воспитательно-образовательной работы в них последовательно осуществляются задачи, определенные программой в области физического, умственного, нравственного и эстетического развития ребенка. Разработаны и научно обоснованные психолого-педагогические рекомендации по организации режима детей.

Однако в ряде случаев имеются индивидуальные реакции детей, свидетельствующие о нарушении адаптации ребенка к новым условиям жизни. Так, первоначальный период пребывания ребенка в яслях иногда сопровождается задержкой и даже регрессом достигнутого ранее развития. Нередко у некоторых детей резко снижается речевая активность, что задерживает формирование речи. Этот период может продолжаться у младших детей до 4 месяцев, у более старших протекает до 2 месяцев. Труднее всего происходит адаптация к детскому учреждению, если ребенок поступает в него в возрасте от 9 месяцев до полутора лет. Наименее болезненно она осуществляется в 6—7 месяцев и после полутора лет. Таким образом, важным фактором профилактики нервно-психических нарушений является возраст ребенка, в котором он может легче адаптироваться к новым условиям жизни в образовательном учреждении.

Другим путем адаптации ребенка является постепенное приближение домашнего режима к условиям детского учреждения, краткосроч-

ное пребывание в детском саду с постепенным переходом к полному дню. Необходимо приучать его к пребыванию вне дома без близких лиц. Нахождение вне семьи, адаптация его к этим условиям развивает познавательные механизмы, стимулирует его интерес к новым предметам и людям, что делает ребенка не только спокойным, но и активным. И дома, и в детском саду режим должен быть построен с соблюдением гигиенических правил, из которых одним из важных является развитие у детей двигательной активности.

Большинство исследователей указывают на важность учета в профилактической работе сензитивных периодов развития ребенка и возрастных нормативов. По мнению Л. С. Выготского, каждый возрастной период имеет свои особенности. Преждевременное или запаздывающее, по отношению к периоду сензитивности, коррекционное обучение является менее эффективным, тогда как опора на закономерности психофизиологических особенностей развития психики и речи позволяет добиваться значительных успехов.

Переход к обучению в школе детей с 6-летнего возраста предъявляет новые требования к их организму. Психофизиологические исследования доказывают, что именно этот возраст представляет собой особый переломный период. На этом этапе формируется умение выполнять определенные правила поведения, устанавливать личностные контакты и взаимодействия со сверстниками и взрослыми, согласовывать свои действия с действиями других людей, уметь слушать и выполнять указания взрослых (В. С. Мухина, 1975).

При наличии у ребенка речевых нарушений возрастает необходимость своевременной диагностики функциональной и психологической готовности к школьному обучению. Только специалисты разного профиля могут решить вопрос о целесообразности поступления ребенка в школу или предоставления ему отсрочки, определить маршрут его образования и характер обучения.

Школе принадлежит большая роль в охране нервно-психического здоровья детей. Особое значение в этом плане имеют первые недели пребывания ребенка в школе. Стресс связан в первую очередь с массой новых впечатлений и незнакомых ранее требований, таких как строгое соблюдение правил поведения, длительное пребывание в относительно неподвижной позе, интенсивная умственная деятельность и другие. Непререкаемый авторитет учителя, включение в новый многоликий коллектив сверстников, изменение привычного образа жизни, адаптация к новым условиям социального существования требуют значительного напряжения всех функциональных систем организма. У детей с речевыми нарушениями период адаптации нередко

проходит более напряженно и болезненно: усиливаются неустойчивость внимания, 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 нормализация этих показателей, а также установление нормальных взаимоотношений с педагогом и товарищами. Правильное поведение учителя и воспитателя в этот трудный для ребенка период, его терпение и доброжелательность, постепенность включения детей в учебную нагрузку, индивидуальный подход облегчают привыкание к школе.

Важнейшей задачей психогигиены остается профилактика переутомления и психического травмирования детей, создание в школе условий, охраняющих нервную систему учащихся от чрезмерного перенапряжения. В связи с этим большая ответственность за состояние речевого развития детей и подростков ложится не только на логопеда, но и на учителя, воспитателя и классного руководителя.

Знание и учет особенностей психоречевого развития ребенка в профилактической работе позволит специалистам адресно руководить воспитанием и обучением.

Вторичная профилактика

Вторичная профилактика речевых нарушений заключается в преодолении не только самих речевых расстройств, но и вторичных нарушений в психическом развитии ребенка, личностных и поведенческих отклонений, а также оказании психологической помощи семье, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Известно, что нарушения речи связаны, взаимозависимы и отражаются на психическом развитии ребенка, влияют на формирование его личности и поведения. Это происходит как в силу функционального единства речи и мышления, так и вследствие нарушения коммуникативных процессов, нормальной связи с окружающими, приводящих к эмоциональным расстройствам и другим психическим и невротическим проявлениям личности.

Нарушения речи нередко усиливают невротические расстройства, влияют на возможность ребенка учиться и активно участвовать в общественной жизни коллектива. Успеваемость в школе тормозится трудностями инициации речи, проблемами вовремя и отчетливо спросить, ответить, рассказать или прочитать. Из-за детей, имеющих речевые расстройства, задерживается динамика урока, нарушается дисциплина: провоцируется смех, передразнивание, жалобы, конфликты.

Недоразвитие звуковой стороны речи, недостаточная сформированность фонематических процессов и звукопроизношения препятствуют полноценному и своевременному формированию предпосылок к спонтанному овладению практическими навыками анализа и синтеза звукового состава слова. В результате у детей возникают проблемы с овладением грамотой, что сказывается на дальнейшем обучении чтению и письму. Отставая в учении, школьники теряют интерес к обучению, подчас переходят в категорию нарушителей дисциплины.

Вторичная профилактика нарушений речи проводится в случаях, когда первичная профилактика не позволила предупредить нарушение речи у ребенка. Ее задача состоит в том, чтобы не допустить дальнейшего развития речевой патологии и появления новых расстройств.

Если рассматривать нарушения звукопроизношения, то вторичная профилактика заключается в предупреждении появления дисграфии и дислексии. В этой связи преодоление нарушений устной речи можно рассматривать как первичную профилактику, а расстройств письменной речи как вторичную.

Впервые на связь нарушений письменной речи и устной указала Р. Е. Левина в работе «Недостатки чтения и письма у детей» (1941), определяя главной причиной их патологии расстройства и недостаточность восприятия звуков окружающей речи, т. е. фонематическое недоразвитие. В дальнейшем проблема профилактики нарушений письменной речи у детей с нарушениями устной речи была освещена в работах Г. А. Каше, Л. Ф. Спировой.

Л. Ф. Спирова считает, что в основе затруднений в овладении письмом у детей с дефектами произношения лежат нарушения слухового восприятия, недостаточное усвоение звукового состава слова, проблемы звукового анализа и формирования фонемы. Автор указывает на необходимость профилактической работы с этой категорией детей до поступления в школу.

Г. А. Каше была создана система обучения старших дошкольников с фонематическим недоразвитием, обеспечивающая, с одной стороны, овладение фонетической системой языка; с другой — подготовку к овладению грамотой общепринятым аналитико-синтетическим методом и предупреждения нарушений письменной речи.

Эта система включает следующие разделы:

— постановка звуков или уточнение артикуляции имеющихся звуков;

— развитие фонематического слуха, т. е. различение поставленных или уточненных в произношении звуков на слух, а также развитие слуховой памяти;

— развитие анализа и синтеза звукового состава речи;

— овладение детьми элементами грамоты;

— расширение и уточнение словаря, воспитание связной, грамматически правильной речи;

— развитие произвольного внимания у детей.

Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова придают большое значение комплексному и интегративному подходу в проблеме ранней диагностики риска возникновения нарушений письменной речи, привлечении различных специалистов, использовании знаний из других областей наук.

Е. А. Логинова также считает, что необходима своевременная диагностика предрасположенности к нарушениям письменной речи и предлагает проводить профилактику дисграфий уже с детьми младшего дошкольного возраста. Профилактическая работа должна осуществляться параллельно и без предварительной диагностики по следующим направлениям:

1. Развитие сенсорных функций и психомоторики (зрительного и слухового восприятия, зрительных и слуховых дифференцировок; пространственных представлений; кинетической и кинестетической организации движений, конструктивного праксиса, условно-двигательных реакций и графоизобразительных способностей).

2. Развитие межанализаторного взаимодействия, сукцессивных функций (слуходвигательных, зрительно-двигательных, слухозрительных связей; способности запоминать и воспроизводить пространственную и временную последовательность стимулов, действий или символов).

3. Развитие психических функций (зрительного и слухового внимания, памяти).

4. Развитие интеллектуальной деятельности (мыслительных операций; формирование навыков планирования деятельности, самоконтроля и самокоррекции в деятельности; воспитание мотивов к учебной деятельности).

5. Развитие речи и формирование навыков произвольного анализа и синтеза речевых единиц (развитие связной монологической речи, способности к суждениям и умозаключениям; совершенствование лексико-грамматического и фонетического оформления речи).

Л. Г. Парамонова считает, что ранняя профилактика дисграфии должна начинаться с младенческого возраста. Ее проведение полезно для всех детей, но является обязательным для детей группы риска, к которым относятся дети с неблагоприятными условиями внутриутробного развития и осложненным протеканием родов.

По ее мнению, предпосылкой возникновения акустической дисграфии является несформированность слуховой дифференциации близких по звучанию фонем. Состояние слуховой дифференциации звуков необходимо проверить не позднее чем в трехлетнем возрасте.

Л. Г. Парамонова дает рекомендации родителям для развития психических функций, необходимых для нормального овладения процессом письма:

1. Развитие дифференцированного слухового восприятия.
2. Забота о своевременном исчезновении «возрастного косноязычия».
3. Развитие пространственных представлений и зрительного анализа и синтеза.
4. Обогащение словарного запаса и забота о правильном формировании грамматического строя речи.

Важно, чтобы в профилактической работе участвовали не только логопеды, но и воспитатели, и родители. Для повышения эффективности этого воздействия следует организовать специальное обучение всех участников этого процесса.

Логопедическая помощь должна охватывать всех детей, не попавшие в логопедические группы посещают логопеда поликлиники или занимаются на школьном логопедическом пункте. Неорганизованные «домашние» дети должны быть обследованы логопедом поликлиники, и для тех, которые не начали своевременно говорить, организуется «Материнская школа», а в 5 лет дети обследуются в отношении их готовности к обучению в школе. Родители могут получить консультацию по вопросам обучения и подготовки их к школе.

Таким образом, ранняя профилактика риска возникновения речевой патологии у детей дошкольного возраста, своевременное проведение профилактических мероприятий способствуют снижению речевых нарушений и обеспечивают более эффективную их коррекцию.

Третичная профилактика

Третичная профилактика — это система мероприятий, направленная на устранение осложнений заболеваний: нарушения устной речи могут приводить к расстройствам письменной речи и препятствовать полноценной коммуникации и социализации.

Задачи третичной профилактики заключаются в социально-трудовой адаптации лиц, страдающих речевой патологией. Известно, что некоторые дефекты речи ограничивают возможности выбора профессий, непосредственно связанных с большой голосоречевой нагрузкой

и влияющих на коммуникативную функцию. В этой связи третичная профилактика в первую очередь должна быть направлена на обучение, профессиональную ориентацию и подготовку к труду лиц с патологией речи.

Основным принципом на этом этапе является персонифицированный подход, учет личностных возможностей и интересов каждого ученика, страдающего тяжелым нарушением речи. Усилия междисциплинарного воздействия специалистов направлены на социализацию их в обществе. Особое место уделяется нарушениям голоса, так как именно эти расстройства во многом могут ограничивать профессиональный выбор, например, актеры, юристы, учителя, врачи относятся к категории голосовых профессий.

Профилактика нарушений голоса должна начинаться с раннего возраста. Одним из самых важных факторов предупреждения нарушений голоса у детей является обучение технике голосоведения и речи, знание правил гигиены голоса и их соблюдение.

С целью предупреждения нарушений голоса в детском возрасте следует проводить профилактические мероприятия. Их проведение является задачей родителей, воспитателей детского сада, учителей, которые должны целенаправленно разъяснять правила гигиены голоса, обучать детей разговаривать спокойно и тихо в соответствии с ситуацией. Родители, учителя должны создавать образцы для подражания. Следует запрещать всякого рода шум, громкий разговор, крик, визг как проявления низкого культурного уровня.

В первую очередь следует избегать длительного крика ребенка в первый год жизни.

Особое значение имеет нагрузка на голосовой аппарат у детей, посещающих творческие коллективы и занимающихся пением и декламацией.

Важно помнить, что вокальный репертуар следует подбирать с учетом возрастного диапазона голоса: в возрасте 7 лет от «cl» до «c2», а в возрасте 9–13 лет от «a» до «c2» — у мальчиков и «hi» — «e2» у девочек.

Особое внимание должно уделяться гигиене голоса в период мутации. Большинство исследователей настаивают на голосовом режиме и считают, что пение в этот период противопоказано. Однако опытные педагоги могут правильно определить физиологически оптимальную тональность и проводить индивидуальное обучение. Следует избегать пения в хоре в период мутации, хотя индивидуальное сольное пение под руководством опытного педагога может быть полезным.

Отрицательно влияют на голос вредные привычки, особенно курение, злоупотребление спиртными напитками. Все эти факторы вы-

зывают и поддерживают катаральное состояние слизистой оболочки глотки и гортани.

Помещения, в которых длительное время находятся дети, должны отвечать санитарно-гигиеническим требованиям: хорошо проветриваться, подвергаться влажной уборке, обладать определенными акустическими возможностями.

Произнесение звуков речи представляет собой сложный физиологический акт, для осуществления которого требуются нормальное строение и координированная функция центрального речевого аппарата и периферических органов голосообразования и артикуляции. Всякие дефекты развития, заболевания и повреждения любой части речевого аппарата могут быть причиной нарушения голосо- и речеобразования. Недостатки голоса и произносительной стороны речи могут возникать, например, при хронических заболеваниях гортани, при узелках, фибромах и папилломах голосовых складок, при расщелинах верхней губы и нёба, при неправильности строения челюстей и зубов, при дефектах языка, при нарушениях носового дыхания, при нервно-мышечных нарушениях в полости рта, в глотке и гортани и при других дефектах периферического речевого аппарата, а также и при мозговых поражениях, которые могут возникать, например, вследствие кровоизлияния в мозг (у детей обычно в результате родовой травмы или ушибов при падении), инфекционных заболеваний, опухолей.

Для предупреждения хронических болезней голосового аппарата очень важно предохранять детей от частого насморка, ангины, острого ларингита и других простудных заболеваний. Здесь большую роль играет закаливание детского организма. Не следует приучать детей к излишнему теплу, не надо их закутывать, так как при этом организм теряет способность приспосабливаться к изменениям температуры внешней среды, становится чувствительным даже к небольшим ее колебаниям, и ребенок легко простуживается при малейшем охлаждении или сквозняке. Разумеется, при закаливании необходимо проявлять осторожность: приучать тело к охлаждению следует постепенно, процедуры по закаливанию надо начинать летом, приучая детей ходить босиком, купаться в прохладной воде. При любом заболевании закаливание надо прекращать и начинать его снова лишь после полного выздоровления.

Огромную роль в укреплении здоровья и закаливании организма играют физкультура и доступные детям виды спорта.

В происхождении хронического воспаления слизистой оболочки гортани (хронического ларингита) большое значение имеет воздейст-

вие вредных примесей к вдыхаемому воздуху, в частности табачного дыма. Борьбу с курением среди детей следует проводить особенно настойчиво и энергично; вести ее не только посредством запретительных мероприятий, но и путем разъяснительной работы, используя для этого всякий подходящий случай во время классных занятий и внеклассных мероприятий.

При носовом дыхании воздух очищается от механических примесей, согревается и увлажняется. Если дыхание происходит через рот, то устранение вредных свойств вдыхаемого воздуха осуществляется в меньшей степени. Поэтому удаление препятствий, мешающих нормальному носовому дыханию, имеет значение не только для устранения закрытой ринофонии, но и для восстановления защитной функции слизистой оболочки носа.

Однако и при наличии свободной проходимости носовой полости дыхание в ряде случаев осуществляется через рот, например, во время речи, пения, а также при быстрой ходьбе и беге. Поэтому нельзя выходить разгоряченным (после бани, после подвижных игр) на холодный воздух и при этом разговаривать. По той же причине в холодную и сырую погоду не следует петь на улице, быстро ходить и бегать, так как во всех этих случаях дыхание происходит через рот.

Для устранения дефектов голоса и речи, вызванных анатомическими нарушениями в органах голосообразования и артикуляции, требуются обычно медицинские мероприятия в виде активного вмешательства врачей (оториноларинголога, стоматолога, невролога), а также специальная логопедическая работа.

Значительно чаще у детей встречаются функциональные нарушения речи, возникающие при отсутствии каких-либо заметных анатомических изменений в речевом аппарате. У большинства таких детей нарушения речи обусловлены неправильным воспитанием. В связи с этим становится очевидной огромная роль правильного воспитания речи в семье и в дошкольных учреждениях в том именно периоде, когда развитие речи происходит наиболее интенсивно и когда возникшие по каким-либо причинам ее дефекты еще не успели закрепиться. Важно, чтобы ребенок ясельного и младшего дошкольного возраста развивался в обстановке нормального «речевого окружения». Речь родителей и воспитателей должна быть ясной, четкой и грамматически правильной. Следует считать недопустимым практикующееся многими родителями и некоторыми воспитателями подлаживание под детскую речь («сюсюканье»), потому что это может вредно отразиться на развитии речи ребенка.

Большое значение с точки зрения предупреждения и устранения нарушений развития речи у детей имеет раннее выявление недостатков слуха. Наряду с правильным и своевременным лечением органов слуха (в тех случаях, когда это возможно) таким детям необходима и своевременная систематическая помощь в развитии у них речи. Эту помощь должны оказывать им все окружающие, и в первую очередь родители.

Для нормального и самостоятельного развития речи у ребенка должна быть высокая степень сохранности слуха. Даже небольшое понижение слуха, оставаясь незамеченным, может привести к дефектам произношения и к нарушению грамматического строя речи. Своевременное выявление нарушений слуха имеет большое значение для профилактики речевых расстройств, так как, зная о том, что слух у ребенка понижен, родители будут стараться говорить особенно ясно, четко и правильно, обеспечивая тем самым нормальное речевое развитие ребенка. В предупреждении и устранении дефектов речи у детей очень большую роль играют воспитатели детских садов и учителя младших классов школы. Помня о том, что их речь является образцом, по которому дети учатся говорить, которому они подражают, воспитатели и учителя должны прежде всего заботиться о совершенствовании своей речи. Следует активно вмешиваться в процесс развития речи у ребенка, учить его четко произносить звуки речи, слова и фразы, грамматически правильно, четко и эмоционально выражать свои мысли.

Велика роль учителя и в развитии у учащихся навыков умелого пользования своим речевым аппаратом. Учитель должен приучать детей правильно дышать во время речи, говорить не спеша, отчетливо, достаточно громко, но без крикливости. Излишняя интенсивность ведет к перенапряжению голосовых складок, в результате чего могут возникнуть хрипота, слабость голоса и даже афония. Учитель не должен требовать от учащихся слишком громкой речи, особенно рекомендуется на первых годах обучения. При насморке и при малейших признаках охриплости дети должны говорить как можно меньше и тише; в этих случаях детей нужно освобождать от уроков пения и от участия в школьной самодеятельности.

При наличии у учащихся дефектного произношения учитель должен попытаться устранить этот дефект путем объяснения и показа правильной артикуляции. Там, где это не удается, а также при наличии анатомических дефектов в речевом аппарате к исправлению дефекта должны быть привлечены логопед и врач-специалист.

Профилактика нарушений голоса у лиц речевых профессий

Особое значение уделяется гигиене голоса у лиц речевых профессий. Представителям голосоречевых профессий в первую очередь необходимы знания об анатомо-физиологических особенностях речи и фонации, а также гигиене, которые важно обеспечить уже при обучении в учебном заведении. Воспитание профессионального голоса связано со знанием правил гигиены голоса и их соблюдением.

Одним из самых главных факторов предупреждения нарушений голоса у будущих педагогов является обучение технике голосоведения и речи. Им также необходимы знания о влиянии вредных привычек на качество звучания, особенно курения, злоупотребления спиртными напитками, чрезмерного увлечения острой и раздражающей пищей. Гигиенические нормы голосовой нагрузки не менее существенны для педагогов. Следует знать, что голосовая профессиональная нагрузка не должна превышать 3 часов в день, после чего обязателен голосовой покой не менее часа, необходимый для восстановления работоспособности голосового аппарата.

Включение в профессиональную деятельность требует «разогрева» мышечного аппарата специальными дыхательными и голосовыми упражнениями, предупреждающими перенапряжение голоса.

Не рекомендуется начало фонации при резких сменах температурных условий, как при выходе из теплого помещения на холодный воздух, так и обратно.

Тональность звучания голоса педагогов должна быть в начале занятий максимально низкой и умеренной интенсивности. Далее следует в процессе занятий изменять высоту и силу голоса, так как при этом голосовой аппарат меньше подвергается утомлению, поскольку меняется нагрузка на разные группы мышц голосовых складок.

Помещения, в которых работают педагоги, должны отвечать санитарно-гигиеническим требованиям: хорошо проветриваться, подвергаться влажной уборке, обладать определенными акустическими возможностями, в противном случае аудитории должны быть радиофицированы.

Таким образом, знания по гигиене голоса, бережное отношение к своему голосовому аппарату, систематические занятия по воспитанию правильной техники голосообразования и голосоведения, расширению диапазона звучания и повышению выносливости голоса позволяют не только исправить нарушения голоса при функциональных и органических заболеваниях голосового аппарата, но и развить его.

Особое значение уделяется постановке голоса — развитию природных качеств и совершенствованию тембра голоса, формированию выносливости к профессиональным нагрузкам.

Не менее важно воспитывать стрессоустойчивость и умение управлять своими эмоциями. Благодаря своевременной комплексной работе не происходит «профессионального выгорания» и осуществляется пропедевтическое воздействие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова Е. Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка. М.: МОЗАЙКА-СИНТЕЗ, 2012.

2. Архипова Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста. М.: Астрель, 2005.

3. Бенилова С. Ю., Давидович Л. Р., Микляева Н. В. Дошкольная дефектология: ранняя комплексная профилактика нарушения развития у детей (современные подходы) М.: Парадигма, 2012.

4. Каше Г. А. Предупреждение нарушений чтения и письма у детей с недостатками произношения // Хрестоматия по логопедии: учеб. пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений / Под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селиверстова. М., 1997.

5. Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В. К вопросу о диагностике в раннем возрасте риска возникновения нарушений чтения и письма // Актуальные проблемы профилактики и коррекции нарушений письменной речи: сб. ст. междунар. науч.-практ. конф., 11 декабря 2007 г. / Под общ. ред. В. Н. Скворцова. СПб.: ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2007.

6. Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения. М., 1986.

7. Логинова Е. А. Нарушения письма. Особенности их проявления и коррекции у младших школьников с задержкой психического развития: Учеб. пособие / Под ред. Л. С. Волковой. СПб., 2004.

8. Орлова О. С. Нарушения голоса. М.: Астрель, 2008.

9. Парамонова Л. Г. Дисграфия: диагностика, профилактика, коррекция. СПб., 2006.

10. Филичева Т. Б., Орлова О. С., Туманова Т. В. Основы дошкольной логопедии. М.: Эксмо, 2015.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение первичной, вторичной и третичной профилактики и определите их задачи у детей и взрослых с нарушениями речи.

2. Раскройте содержание определения «фактор риска» нарушений речи у детей дошкольного возраста.

3. Какие факторы являются значимыми в различные периоды развития ребенка?

4. Как соотносят между собой социальные и семейные факторы риска?

5. Какие специалисты осуществляют комплексную профилактику речевых нарушений?

6. Какова роль родителей в предупреждении нарушений речи у детей?

7. Составьте сравнительную таблицу и охарактеризуйте содержание работы с детьми в разные возрастные периоды.

8. Определите основные направления профилактической работы у детей с нарушениями звукопроизношения.

9. Какие факторы необходимо учитывать при определении готовности ребенка к школе?

10. Каковы особенности адаптации ребенка в образовательном учреждении?

11. Как предупредить нарушения письменной речи?

12. Раскройте содержание профилактической работы по предупреждению профессиональных нарушений голоса.

РАЗДЕЛ IV

Организация логопедической помощи в России

Глава 21

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Становление логопедической помощи в России

Традиционно в дореволюционной России помощь детям, имеющим отклонения в развитии, оказывалась благотворительными организациями и частными лицами.

Отечественные ученые в 1920 г. на I Всероссийском съезде по борьбе с детской дефективностью изложили принципы построения системы воспитания и обучения аномальных детей. С 1922 г., после Всероссийского съезда заведующих губоно, начали создаваться специальные учреждения для детей с отклонениями в развитии, а 1924 г. стал важной вехой развития дефектологии в России. Л. С. Выготский предложил провести реформу школ для аномальных детей, целью которой являлась коррекция личности ребенка и его адаптация к социальным условиям. В 1924 г. на педагогическом факультете Второго Московского государственного университета открылось логопедическое отделение, деканом которого стал Д. И. Азбукин, а заведующим кафедры сурдопедагогики и логопедии — Ф. А. Рау.

Годом рождения логопедии в России можно считать 1933 г., когда Л. С. Выготский совместно с директором Экспериментального дефектологического института Наркомпроса И. И. Данюшевским создали при институте клинику речи и приступили к исследованиям детей с нарушениями речи.

В 1930 г. при Московской Донской психоневрологической больнице при содействии В. А. Гиляровского создается первая психоортопедическая площадка для детей дошкольного возраста, где началась работа с заикающимися детьми, в основу которой была положена

комплексная система, разработанная Ф. А. Рау, Н. А. Рау и А. И. Колобовой.

В 1944 г. прошло всесоюзное совещание, на котором обсуждались вопросы восстановления речи при травматической афазии и заикании у инвалидов Великой Отечественной войны. Работы А. Р. Лурии тех лет до сих пор не потеряли своей актуальности.

Однако развитие сети школ для детей с тяжелыми нарушениями речи начинается с 1961 г., то есть почти через 30 лет. Н. Н. Малофеев [5], исследуя социокультурные основы становления, оформления и развития системы специального образования в России, делает вывод, что развитие системы специального образования, в том числе специальных школ, было приостановлено сначала по идеологическим соображениям, а затем в силу объективных причин — Великой Отечественной войны и последующего восстановления экономики. До середины 60-х гг. логопедическую помощь дошкольники с нарушениями речи чаще всего получали в детских поликлиниках. Число детей, посещающих логопедические занятия, было ограниченно, а потребность в логопедической помощи возрастала. Рекомендации, предназначенные воспитателям детских садов, акцентировали внимание на нарушениях звукопроизношения (М. Е. Хватцев [12], В. И. Городилова, Е. И. Радина, М. Ф. Фомичева и др). По данным Н. А. Никашиной [7], в первые классы в те годы поступало 18—20% детей с нарушениями речи. Нормативно-правовая база для создания сети дошкольных учреждений появилась в начале 70-х гг. (Приказ Минпроса СССР от 26.05.1970 № 36 «Об утверждении Типового положения о дошкольных учреждениях и группах для детей с нарушениями речи»). Огромный вклад в развитие дошкольных образовательных учреждений и групп внесла Р. Е. Левина — разработанная ею психолого-педагогическая систематизация нарушений речи позволила создать базу для фронтального коррекционного обучения детей с разнообразными нарушениями речи и обеспечить научно обоснованное комплектование групп по степени несформированности языковых средств (ФФНР, ОНР). Таким образом, в детских садах были открыты группы для детей, страдающих тяжелыми нарушениями речи, недоразвитием фонетической стороны речи и заиканием.

Дальнейшее развитие логопедической помощи детям связано с утвержденной в 1972 г. «Номенклатурой дошкольных учреждений для аномальных детей системы Министерства просвещения СССР». (Приказ Минпроса СССР от 21.11.1972 № 125 «О введении в действие номенклатуры дошкольных учреждений для аномальных детей системы

Министерства просвещения СССР»). В 1975 г. выходит постановление Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению обучения, трудового устройства и обслуживания лиц с дефектами умственного и физического развития» (Постановление Совмина СССР от 17 января 1975 г. № 50), которое позволило открывать логопедические группы при детских садах общего типа. Возникла необходимость создания новых программ и методического обеспечения образовательного процесса в данных группах. По мнению Р. А. Беловой-Давид, программы массового детского сада не подходили для детей с нарушениями речи «не только по темпам преподавания, но и по способу подачи материала». Поэтому развитие системы дошкольного образования в 70—80-е гг. сопровождалось появлением новых программ, методик, методов и приемов логопедической работы. В 1978 г. вышла программа «Обучение и воспитание заикающихся дошкольников» С. А. Мироновой [6] на основе методики, разработанной Н. А. Чевелевой. Тогда же выходит и программа, составленная Г. А. Каше и Т. Б. Филичевой, по обучению и воспитанию детей с недоразвитием фонетического строя речи, включающая подготовку к обучению грамоте [3]. В 1989 г. была издана программа «Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада» (авторы Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина). В 2010 г. Ученым советом ИКП РАО утверждены программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи.

Деятельность ПМПК: комплексное обследование и рекомендации по определению формы получения образования, образовательной программы

В целях обеспечения целостной, комплексной и всесторонней диагностики ребенка с ограниченными возможностями здоровья специалистами разных профилей созданы психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК). В приказе Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» определяется порядок работы и структура ПМПК, порядок направления и приема детей, а также руководства, финансирования и отчетности.

Предусматривается создание центральных и территориальных комиссий:

— «...центральная комиссия создается органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющим государ-

ственное управление в сфере образования, и осуществляет свою деятельность в пределах территории субъекта Российской Федерации;

— территориальная комиссия создается органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющим государственное управление в сфере образования, или органом местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере образования, и осуществляет свою деятельность в пределах территории одного или нескольких муниципальных образований субъекта Российской Федерации».

В сложных случаях территориальная комиссия может направить ребенка для проведения обследования в центральную комиссию.

В Положении также определены основные направления деятельности комиссии:

а) специалистами ПМПК проводится комплексное психолого-медико-педагогическое обследование детей в возрасте от 0 до 18 лет;

б) по результатам обследования специалисты ПМПК:

— разрабатывают рекомендации по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания;

— консультируют родителей (законных представителей) детей, работников образовательных организаций, учреждений социального обслуживания, здравоохранения по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья;

— оказывают федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы содействие в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида.

Обследование детей проводится каждым специалистом комиссии индивидуально или несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов комиссии, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей.

В состав комиссии входят: педагог-психолог, учителя-дефектологи (по соответствующему профилю: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), учитель-логопед, педиатр, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед, психиатр детский, социальный педагог. При необходимости в состав комиссии включаются и другие специалисты.

В настоящее время в нашей стране создана и постоянно совершенствуется система помощи детям и взрослым с речевой патологией. Логопедическая помощь детскому и взрослому населению осуществляется в системе образования, здравоохранения и социальной защиты.

Логопедическая помощь в системе здравоохранения и социальной защиты

В системе здравоохранения помощь детям с речевой патологией оказывается в логопедических кабинетах детских поликлиник, в специализированных домах ребенка, в детских психоневрологических больницах и санаториях, полустационарах. В условиях медицинских учреждений детям оказывается комплексная медико-психолого-педагогическая помощь, что предполагает коррекционно-воспитательную работу логопеда, воспитателя и психолога, медицинское воздействие (медикаментозное лечение, физиотерапию, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, психотерапию, массаж, лечебно-охранительный режим, рациональное питание и т. п.).

Логопедические кабинеты детских поликлиник обслуживают детей по месту жительства. Основные направления работы логопеда поликлиники: диспансеризация детей, находящихся в дошкольных образовательных организациях, первичный прием детей, не посещающих дошкольные образовательные организации, коррекционная работа по исправлению нарушений речи, консультирование.

В специализированных домах ребенка находятся дети с органическим поражением центральной нервной системы с 3 месяцев до одного года. Коррекционно-воспитательная работа с детьми предусматривает обследование психомоторного развития и проведение коррекционных мероприятий по формированию речи и психики.

В детские психоневрологические больницы направляются дети с последствиями раннего органического поражения ЦНС (основной контингент — дети с детским церебральным параличом) для получения комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

В детских психоневрологических санаториях находятся дети дошкольного возраста от 4 до 7 лет и школьного от 7 до 13 лет. Контингент детей, направляемых в санаторий, включает детей с последствиями раннего органического поражения ЦНС, с ОНР, с ЗПР, с заиканием. Коррекционно-воспитательная работа направлена на исправление речевых нарушений и отклонений в психическом развитии.

Оптимальной организационной моделью оказания логотерапевтической помощи в системе здравоохранения является Московский

центр патологии речи и нейрореабилитации (организован в 1992 г., научный руководитель В. М. Шкловский). В его структуре функционируют: консультативно-диагностическое отделение для всех возрастных групп больных; поликлиническое отделение (включая дневной стационар); стационарное отделение. На основе опыта работы центра патологии речи и нейрореабилитации в России модернизирована система лечения и нейрореабилитации больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы: введены в клиническую практику нейрососудистые центры, первичные нейрососудистые отделения, разработана программа маршрутизации больных (Приказ Минздрава Российской Федерации от 2013 г. № 1705 н «О порядке организации медицинской реабилитации»).

Согласно приказу Министерства здравоохранения от 28 декабря 1998 г. № 383 («О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций»), логопед, работающий в системе здравоохранения:

- проводит диагностическое обследование больных с нарушениями речи и других высших психических функций;
- совместно с врачом составляет индивидуальные программы медицинской и педагогической реабилитации больных с нарушениями речи и других высших психических функций (афазии, дизартрии, агнозии, апраксии, дислексии, дисграфии, заикания, задержки речевого развития и др.);
- в соответствии с намеченными программами проводит индивидуальные и групповые занятия с больными;
- по мере необходимости организует консультации с врачами и другими специалистами;
- проводит консультативную работу с родственниками больных, в том числе в части рекомендаций относительно занятий с больными в домашних условиях.

В *системе социальной защиты* находятся детские дома для глубоко умственно отсталых детей и подростков и детские дома для слепоглухих. В учреждения принимаются дети-инвалиды, с ними проводится комплексная коррекционно-воспитательная работа, составной частью которой является логопедическое воздействие.

Логопедическая помощь в системе дошкольного образования

В последние годы в организации дошкольного образования наметилась тенденция к вариативности форм, закрепленная Федеральным государственным образовательным стандартом дошкольного образования (Приказ Министерства образования и науки РФ от 17.10.2013

№ 1155 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования») и Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам — образовательным программам дошкольного образования (Приказ Министерства образования и науки РФ от 30 августа 2013 г. № 1014). Данные документы ставят перед дошкольными образовательными организациями задачу осуществления коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии детей, в том числе коррекции нарушений речи. Для решения данной задачи образовательная деятельность по программам дошкольного образования осуществляется в группах компенсирующей и комбинированной направленности.

Дети с нарушениями речи принимаются в группы компенсирующей и комбинированной направленности дошкольной образовательной организации только с согласия родителей (законных представителей) на основании заключения ПМПК.

Раздел «Содержание коррекционной работы и/или инклюзивного образования» включается в основную образовательную программу.

Согласно ФГОС ДО, данный раздел «...должен содержать специальные условия для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья, в том числе механизмы адаптации Программы для указанных категорий детей, использование специальных образовательных программ и методов, специальных методических пособий и дидактических материалов, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего детям необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий и осуществления квалифицированной коррекции нарушений их развития».

Коррекционная работа, в том числе логопедическая, и/или инклюзивное образование детей с речевыми нарушениями должны быть направлены на:

1) обеспечение коррекции нарушений речи детей с тяжелыми нарушениями речи, оказание им квалифицированной помощи в освоении основной образовательной программы;

2) освоение детьми с тяжелыми нарушениями речи основной образовательной программы, их разностороннее развитие с учетом возрастных и индивидуальных особенностей и особых образовательных потребностей, социальной адаптации.

Коррекционная работа и/или инклюзивное образование детей с тяжелыми нарушениями речи в группах комбинированной и компенсирующей направленности должны учитывать особенности речевого и психического развития и специфические образовательные потребности детей данной категории.

Группы компенсирующей направленности. В группах компенсирующей направленности осуществляется реализация адаптированной основной образовательной программы дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей, обеспечивающей коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детей с нарушениями речи.

В соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049—13» рекомендуемое количество детей в группах компенсирующей направленности для детей до 3 лет и старше 3 лет, соответственно, не должно превышать:

Для детей с	В возрасте до 3 лет	В возрасте старше 3 лет
тяжелыми нарушениями речи	6 детей	10 детей
фонетико-фонематическими нарушениями речи	—	12 детей
для глухих детей	6 детей	6 детей
для слабослышащих детей	6 детей	8 детей
для слепых детей	6 детей	6 детей
для слабовидящих детей, для детей с амблиопией, косоглазием	6 детей	10 детей
для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата	6 детей	8 детей
для детей с задержкой психического развития	6 детей	10 детей
для детей с умственной отсталостью легкой степени	6 детей	10 детей
для детей с умственной отсталостью умеренной, тяжелой степени	—	8 детей
для детей с аутизмом	—	5 детей
для детей со сложным дефектом (имеющих сочетание 2 или более недостатков в физическом и (или) психическом развитии)	5 детей	5 детей
для детей с иными ограниченными возможностями здоровья	10 детей	15 детей

Допускается организовывать разновозрастные (смешанные) группы детей в дошкольных образовательных организациях компенсирующей направленности с учетом возможности организации в них режима дня, соответствующего анатомо-физиологическим особенностям каждой возрастной группы.

Группы комбинированной направленности. В группах комбинированной направленности осуществляется совместное образование здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья, в частности с нарушениями речи, в соответствии с основной образовательной программой образовательной организации, разрабатываемой ею самостоятельно на основе Федерального государственного стандарта дошкольного образования с учетом Примерной основной образовательной программы дошкольного образования. Важно отметить, что для каждого ребенка с нарушениями речи в группе комбинированной направленности должна быть разработана адаптированная образовательная программа с учетом его особенностей психофизического развития и возможностей. В группы могут включаться как дети одного возраста, так и дети разных возрастов.

В группах комбинированной направленности в соответствии с «Санитарно-эпидемиологическими требованиями к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» (Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049—13») предельная наполняемость устанавливается в зависимости от возраста детей (до 3 лет и старше 3 лет) и категории детей с ограниченными возможностями здоровья и составляет:

Возраст детей — до 3 лет	
всего детей в группе	не более 10 детей
из них детей с ОВЗ	не более 3 детей
Возраст детей — старше 3 лет	
всего детей в группе	не более 10 детей
из них детей с ОВЗ	в том числе не более 3 глухих детей, или слепых детей, или детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, или детей с умственной отсталостью умеренной, тяжелой степени, или детей со сложным дефектом
всего детей в группе	не более 15 детей

из них детей с ОВЗ	в том числе не более 3 глухих детей, или слепых детей, или детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, или детей с умственной отсталостью умеренной, тяжелой степени, или детей со сложным дефектом
всего детей в группе	не более 17 детей
из них детей с ОВЗ	в том числе не более 4 слабовидящих и (или) детей с амблиопией и (или) косоглазием, или слабослышащих детей, или детей, имеющих тяжелые нарушения речи, или детей с умственной отсталостью легкой степени

В штатные расписания дошкольных образовательных организаций, обеспечивающих образование детей с нарушениями речи и коррекцию недостатков их физического и (или) психического развития, могут быть введены дополнительные должности учителей-дефектологов, учителей-логопедов, логопедов, педагогов-психологов, социальных педагогов, воспитателей и других работников (в зависимости от категории нарушения детей).

Логопедическая помощь в системе общего (начального, основного, среднего общего) образования

На основе Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (Утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. № 1598) образовательные организации разрабатывают адаптированные основные образовательные программы начального общего образования (далее АООП НОО).

Стандарт предусматривает возможность гибкой смены образовательного маршрута, программ и условий получения НОО обучающимися с ОВЗ, в том числе с тяжелыми нарушениями речи, на основе комплексной оценки личностных, метапредметных и предметных результатов освоения АООП НОО, заключения психолого-медико-педагогической комиссии и мнения родителей (законных представителей).

Стандарт определяет два варианта содержания и организации образовательной деятельности обучающихся с тяжелыми нарушениями речи.

Первый вариант «...предполагает, что обучающийся с тяжелыми нарушениями речи получает образование, полностью соответствующее по итоговым достижениям к моменту завершения обучения образованию сверстников с нормальным речевым развитием, находясь в их среде и в те же сроки обучения. Срок освоения АООП НОО составляет

4 года». Коррекционно-развивающая область является обязательной частью внеурочной деятельности, содержание коррекционно-развивающей работы для каждого обучающегося с тяжелыми нарушениями речи определяется с учетом его особых образовательных потребностей на основе рекомендаций ПМПК, отражена в индивидуальной программе реабилитации (ИПР) и отражается в адаптированной образовательной программе.

Второй вариант «...предполагает, что обучающийся с тяжелыми нарушениями речи получает образование, соответствующее по конечным достижениям с образованием сверстников, не имеющих нарушений речевого развития, но в более пролонгированные календарные сроки, находясь в среде сверстников с речевыми нарушениями и сходными образовательными потребностями или в условиях общего образовательного потока (в отдельных классах)».

Второй вариант предназначается обучающимся с тяжелыми нарушениями речи, для преодоления речевых расстройств которых требуются особые образовательные условия. Это дети, находящиеся на II и III уровнях речевого развития (по Р. Е. Левиной), при алалии, афазии, дизартрии, ринолалии, заикании, имеющие нарушения чтения и письма, и дети, не имеющие общего недоразвития речи при тяжелой степени выраженности заикания.

В зависимости от уровня речевого развития в образовательной организации существуют два отделения:

— I отделение — для обучающихся с алалией, афазией, ринолалией, дизартрией и заиканием, имеющих общее недоразвитие речи и нарушения чтения и письма, препятствующие обучению в общеобразовательных организациях;

— II отделение — для обучающихся с тяжелой степенью выраженности заикания при нормальном развитии речи.

Срок освоения АООП НОО для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) составляет в I отделении 5 лет (1 дополнительный — 4-й класс), во II отделении 4 года (1—4-й классы). Для обучающихся с ТНР, не имевших дошкольной подготовки и (или) по уровню своего развития не готовых к освоению программы 1-го класса, предусматривается один дополнительный класс. Выбор продолжительности обучения (за счет введения одного дополнительного класса) на I отделении (4 года или 5 лет) остается за образовательной организацией, исходя из возможностей региона к подготовке детей с ТНР к обучению в школе.

АООП НОО для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи может быть реализована в отдельных классах для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи в организациях.

Программа коррекционной работы включает в себя следующие направления:

— своевременное выявление у детей с тяжелыми нарушениями речи особых образовательных потребностей, проведение комплексного обследования и подготовку рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи в условиях образовательной организации;

— коррекционно-развивающая работа — коррекция нарушений в физическом и (или) психическом, речевом развитии детей с тяжелыми нарушениями речи;

— консультирование специалистов, работающих с обучающимися, их семей;

— информационно-просветительская работа, направленная на разъяснительную деятельность по вопросам, связанным с особенностями образовательного процесса для детей с тяжелыми нарушениями речи, со всеми его участниками — сверстниками, родителями (законными представителями).

Логопедические пункты при общеобразовательных школах предназначены для коррекции нарушений речи у детей школьного возраста. Согласно письму Минобразования РФ от 14.12.2000 № 2 «Об организации работы логопедического пункта общеобразовательного учреждения» логопедические пункты создаются в общеобразовательных организациях в целях оказания помощи обучающимся, имеющим нарушения в развитии устной и письменной речи (первичного характера), в освоении ими общеобразовательных программ (особенно по родному языку).

Основными задачами логопедического пункта являются:

- коррекция нарушений в развитии устной и письменной речи обучающихся;
- своевременное предупреждение и преодоление трудностей в освоении обучающимися общеобразовательных программ;
- консультативная помощь педагогам, родителям (законным представителям) обучающихся.

Обязанности учителя-логопеда логопедического пункта:

- обследование учеников базовой и прикрепленных образовательных организаций;
- диагностика речевых нарушений, комплектование групп для занятий;
- коррекция и профилактика нарушений устной и письменной речи с учетом образовательных программ, используемых в образовательной организации.

Нормативно-правовое обеспечение деятельности учителя-логопеда

В Информационном бюллетене № 3 Профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации «Ежегодные оплачиваемые отпуска работников образовательных организаций и организаций, осуществляющих обучение» указано:

«Наименование должности «логопед» в образовательных организациях не применяется, а используется только в организациях сферы здравоохранения (в медицинских организациях), осуществляющих образовательную деятельность в качестве дополнительного вида деятельности.

В образовательных организациях применяется наименование должности «учитель-логопед». Такое регулирование по применению наименований должностей предусмотрено квалификационной характеристикой, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 26 августа 2010 г. № 761 н по должностям «Учитель-дефектолог, учитель-логопед (логопед)».

Квалификационная характеристика должностей учителя-дефектолога, учителя-логопеда

Согласно квалификационным характеристикам должностей работников образования (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14.08.2009 № 593), охарактеризованы должностные обязанности учителя-дефектолога, учителя-логопеда.

Должностные обязанности. Учитель-логопед и учитель-дефектолог осуществляют:

— работу, направленную на максимальную коррекцию нарушений развития у обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья (глухих, слабослышащих и позднооглохших, слепых, слабовидящих и позднослепших детей, детей с тяжелыми нарушениями речи, с нарушением опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, умственно отсталых и других детей с ограниченными возможностями здоровья);

— обследование обучающихся, воспитанников; определение структуры и степени выраженности имеющихся у них нарушений развития; комплектование группы для занятий с учетом психофизического состояния обучающихся, воспитанников; проведение групповых и индивидуальных занятий; работа в тесном контакте с учителями, воспитателями и другими педагогическими работниками; консультирование педагогических работников и родителей (лиц, их заменяющих) по применению специальных методов и приемов оказания помощи

детям с ограниченными возможностями здоровья; реализация образовательных программ.

Требования к квалификации. Высшее профессиональное образование в области дефектологии без предъявления требований к стажу работы.

Продолжительность рабочего времени учителя-дефектолога, учителя-логопеда

В соответствии с Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. № 2075. Зарегистрирован в Минюсте РФ 4 февраля 2011 г. № 19709 «О продолжительности рабочего времени (норме часов педагогической работы за ставку заработной платы) педагогических работников» педагогическим работникам в зависимости от должности и (или) специальности с учетом особенностей их труда устанавливается особая продолжительность рабочего времени (норма часов педагогической работы за ставку заработной платы).

Норма часов преподавательской работы за ставку заработной платы (нормируемая часть педагогической работы):

18 часов в неделю:

— учителям 1—11 (12) классов образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы (в том числе специальные (коррекционные) образовательные программы для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья);

— логопедам учреждений здравоохранения и социального обслуживания;

20 часов в неделю:

— учителям-дефектологам, учителям-логопедам, логопедам;

25 часов в неделю:

— воспитателям, работающим непосредственно в группах с обучающимися (воспитанниками, детьми), имеющими ограниченные возможности здоровья;

36 часов в неделю:

— педагогам-психологам, социальным педагогам;

— методистам, старшим методистам образовательных учреждений;

— тьюторам образовательных учреждений (за исключением тьюторов, занятых в сфере высшего и дополнительного профессионального образования).

Норма часов педагогической и (или) преподавательской работы за ставку заработной платы педагогических работников установлена в астрономических часах.

В соответствии с Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 марта 2006 г. № 69 «Об особенностях режима рабочего времени и времени отдыха, педагогических и других работников образовательных учреждений» регулирование рабочего времени отражено в следующих пунктах:

2.4. Дни недели (периоды времени, в течение которых образовательное учреждение осуществляет свою деятельность), свободные для педагогических работников... от проведения учебных занятий по расписанию, от выполнения иных обязанностей, регулируемых графиками и планами работы, педагогический работник может использовать для повышения квалификации, самообразования, подготовки к занятиям и т. п.

4.1. Периоды осенних, зимних, весенних и летних каникул, установленных для обучающихся, воспитанников образовательных учреждений и не совпадающие с ежегодными оплачиваемыми основными и дополнительными отпусками работников (далее — каникулярный период), являются для них рабочим временем.

4.2. В каникулярный период педагогические работники осуществляют педагогическую, методическую, а также организационную работу... в пределах... установленного объема учебной нагрузки (педагогической работы), определенной им до начала каникул.

Пенсия и отпуск учителя-логопеда

Постановление Правительства РФ от 29.10.2002 № 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия» устанавливает, что работа в должности учителя-логопеда засчитывается в стаж для досрочного назначения трудовой пенсии по выслуге лет.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 14 мая 2015 г. № 466 «О ежегодных основных удлиненных оплачиваемых отпусках» педагогические работники и руководители, работающие с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья и (или) лицами, нуждающимися в длительном лечении, имеют оплачиваемый отпуск 56 дней.

В Информационном бюллетене № 3 Профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации «Ежегодные оплачиваемые отпуска работников образовательных организаций и организаций, осуществляющих обучение» указано:

Ежегодные основные удлиненные оплачиваемые отпуска продолжительностью 56 календарных дней предоставляются педагогическим работникам дошкольных образовательных организаций, если они ра-

ботают с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья и (или) лицами, нуждающимися в длительном лечении. В данном случае имеется в виду, что все педагогические работники, принимающие неосредственное участие в работе с такими детьми, имеют право на отпуск указанной продолжительности.

Следует также учесть, что предоставление педагогическим работникам ежегодного основного удлиненного оплачиваемого отпуска продолжительностью, составляющей 56 календарных дней, теперь не обусловлено необходимостью выполнения работы в течение полного рабочего дня в дошкольных группах для воспитанников с ограниченными возможностями здоровья или в дошкольных санаторных группах для воспитанников, нуждающихся в длительном лечении, как это предусматривалось при ранее действовавшем регулировании.

Приказ Минобразования РФ от 07.12.2000 № 3570 «Об утверждении положения о порядке и условиях предоставления педагогическим работникам образовательных учреждений длительного отпуска сроком до одного года». Независимо от объема преподавательской работы учителю-логопеду один раз в десять лет предоставляется право на длительный отпуск продолжительностью один год.

Аттестация и квалификационная категория

Основными задачами аттестации являются:

— стимулирование целенаправленного, непрерывного повышения уровня квалификации педагогических работников, их методологической культуры, личностного профессионального роста, использования ими современных педагогических технологий;

— повышение эффективности и качества педагогического труда;

— выявление перспектив использования потенциальных возможностей педагогических работников;

— учет требований федеральных государственных образовательных стандартов к кадровым условиям реализации образовательных программ при формировании кадрового состава образовательных учреждений;

— определение необходимости повышения квалификации педагогических работников;

— обеспечение дифференциации уровня оплаты труда педагогических работников.

15 июня 2014 г. вступил в силу приказ Минобрнауки РФ от 7 апреля 2014 г. № 276, утвердивший новый порядок аттестации педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность (далее — Порядок аттестации). Согласно новому Поряд-

ку аттестации квалификационные категории, ранее установленные педработникам государственных и муниципальных образовательных учреждений, сохраняются в течение срока, на который они были установлены.

Педработник может аттестоваться на первую и высшую квалификационные категории. Аттестация на квалификационную категорию осуществляется по личному желанию педработника.

Первая квалификационная категория педагогическим работникам устанавливается на основе:

- стабильных положительных результатов освоения обучающимися образовательных программ по итогам мониторингов, проводимых организацией;
- стабильных положительных результатов освоения обучающимися образовательных программ по итогам мониторинга системы образования, проводимого в порядке, установленном постановлением Правительства РФ от 5 августа 2013 г. № 662;
- выявления развития у обучающихся способностей к научной (интеллектуальной), творческой, физкультурно-спортивной деятельности;
- личного вклада в повышение качества образования, совершенствования методов обучения и воспитания, транслирования в педагогических коллективах опыта практических результатов своей профессиональной деятельности, активного участия в работе методических объединений педагогических работников организации.

Высшая квалификационная категория педагогическим работникам устанавливается на основе:

- достижения обучающимися положительной динамики результатов освоения образовательных программ по итогам мониторингов, проводимых организацией;
- достижения обучающимися положительных результатов освоения образовательных программ по итогам мониторинга системы образования, проводимого в порядке, установленном постановлением Правительства РФ от 5 августа 2013 г. N 662;
- выявления и развития способностей обучающихся к научной (интеллектуальной), творческой, физкультурно-спортивной деятельности, а также их участия в олимпиадах, конкурсах, фестивалях, соревнованиях;
- личного вклада в повышение качества образования, совершенствования методов обучения и воспитания, и продуктивного использования новых образовательных технологий, транслирования в педагогических коллективах опыта практических результатов своей

профессиональной деятельности, в том числе экспериментальной и инновационной;

• активного участия в работе методических объединений педагогических работников организаций, в разработке программно-методического сопровождения образовательного процесса, профессиональных конкурсах.

Квалификационная категория устанавливается сроком на 5 лет. Срок действия квалификационной категории продлению не подлежит.

Квалификационные категории сохраняются до окончания срока их действия при переходе в другую организацию, в том числе расположенную в другом субъекте Российской Федерации.

Истечение срока действия высшей квалификационной категории не ограничивает право педагогического работника впоследствии обращаться в аттестационную комиссию с заявлением о проведении его аттестации в целях установления высшей квалификационной категории по той же должности.

Аттестация педработников организаций, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, осуществляется аттестационными комиссиями, формируемыми федеральными органами исполнительной власти, в ведении которых эти организации находятся.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каше Г. А., Филичева Т. Б. Программа обучения детей с недоразвитием фонетического строя речи. М., 1978.

2. Малофеев Н. Н. Специальное образование в меняющемся мире. М., 2013.

3. Миронова С. А. Логопедическая работа в дошкольных учреждениях и группах для детей с нарушениями речи. М., 1993.

4. Никашина Н. А. Опыт преодоления недостатков произношения, чтения и письма у учащихся первых классов // Вопросы логопедии (недостатки речи, чтения и письма у учащихся младших классов) / Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1959.

5. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1967.

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2013 г. № 1705 н «О порядке организации медицинской реабилитации». № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций».

7. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 30 августа 2013 г. № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам — образовательным программам дошкольного образования»

8. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 26 г. Москва «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049–13 «Санитарно эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».

9. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 7 апреля 2014 г. № 276 г. Москва «Об утверждении Порядка проведения аттестации педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность».

10. Письмо Минобразования РФ от 14 декабря 2000 г. № 2 «Об организации работы логопедического пункта общеобразовательного учреждения».

11. Постановление Правительства РФ от 1 октября 2002 г. № 724 «О продолжительности ежегодного основного удлиненного оплачиваемого отпуска, предоставляемого педагогическим работникам».

12. Постановление Правительства РФ от 29 октября 2002 г. № 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).

13. Приказ Министерства образования и науки РФ от 27 марта 2006 г. № 69 «Об особенностях режима рабочего времени и времени отдыха педагогических и других работников образовательных учреждений».

14. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.08.2010 № 761 н (ред. от 31.05.2011) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики».

15. Приказ Министерства образования и науки РФ от 24 декабря 2010 г. № 2075 «О продолжительности рабочего времени (норме часов педагогической работы за ставку заработной платы) педагогических работников» (с изменениями и дополнениями).

16. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.10.2013 № 1155 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».

17. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

18. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 28 февраля 2014 г. № 08—249 «Комментарии к ФГОС дошкольного образования».

19. Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада. М., 1994.

20. Филичева Т. Б., Чиркина Г. В., Туманова Т. В. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи. М., 2014.
21. Шевцова Е. Е. Настольная книга логопеда. М., 2005.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какие проблемы в области дефектологии были актуальны в 20 — 40-е годы двадцатого века?
2. С чем связано развитие сети школ для детей с тяжелыми нарушениями речи?
3. Назовите основные положения научных работ М. Е. Хватцева, В. И. Городиловой, Р. Е. Левиной, С. А. Мироновой? Каких авторов 60-х — 90-х гг. двадцатого века Вы еще знаете?
4. Охарактеризуйте деятельность ПМПК?
5. В чем специфика логопедической помощи в системе здравоохранения и социальной защиты?
6. Каковы основные направления коррекционной работы в дошкольных образовательных организациях?
7. Каковы основные положения ФГОС НОО обучающихся с ограниченными возможностями здоровья?

ПРИЛОЖЕНИЕ

Рекомендации к оформлению предметно-развивающей среды для лиц с нарушениями речи и коммуникации

Эффективность коррекционного обучения во многом определяется тем, насколько профессионально грамотно создана предметно-развивающаяся среда, включающая в себя:

1. Оборудование логопедического кабинета.
2. Игровую среду.
3. Сенсорную комнату (комната психологической разгрузки).
4. Оборудование для игр и занятий.
5. Спортивное оборудование.

Оборудование логопедического кабинета предусматривает:

— набор мебели, необходимой для занятий и размещения пособий;
— стол для логопеда и столы для занятий с детьми:
— шкафы и стеллажи для оборудования:
— зеркала: настенное большое зеркало с ширмой, маленькие и средние зеркала по количеству детей:
— зонды логопедические: массажные и для постановки звуков; вспомогательные средства для исправления звукопроизношения

(шпатели, резиновые соски-пустышки), средства для санитарной обработки инструментов, ватные диски, палочки, салфетки, марля, марганцовка.

— лингводидактические обучающие комплекты (ЛДСО).

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И МЕТОДИЧЕСКАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Борякова Н. Ю. Ступени развития. М., 2009.

2. Волкова Л. С. Методическое наследие. М., 2007. (книги 1:5).

3. Волкова Г. А. Методика психолого-педагогического обследования детей с нарушениями речи. СПб., 2006.

4. Величенкова О. А., Русецкая М. Н. Логопедическая работа по преодолению нарушений письма и чтения у младших школьников. М., 2015.

5. Волковская Т. Н. Сравнительное изучение развития дошкольников с ОНР и ЗПР. М., 2003.

6. Воробьева В. К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи. М., 2006.

7. Глухов В. П. Методика формирования навыков связных высказываний дошкольников с ОНР. М., 2012.

8. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Логопедия. Основы теории и практики. Система логопедического воздействия. М., 2011.

9. Зуева Л. Н., Шевцова Е. Е. Настольная книга логопеда. М., 2005.

10. Коррекция нарушений речи. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи / Авт.: Филичева Т. Б., Чиркина Г. В., Туманова Т. В., Лагутина А. В. М., 2014.

11. Логопедия (О. В. Правдина, М. Е. Хватцев. Под ред. Л. С. Волковой.). М., 2007.

12. Программа воспитания в детском саду / Под ред. М. А. Васильевой. Гер Бовой. Т. С. Комаровой. М., 2004.

13. Программы школ для детей с тяжелыми нарушениями речи.

14. Спирова Л. Ф. Особенности речевого развития у учащихся с тяжелым недоразвитием речи. М., 2004.

15. Тихеева Е. И. Развитие речи детей. М., 2005.

16. Федеральный государственный образовательный стандарт. М., 2014.

17. Филичева Т. Б., Орлова О. С., Туманова Т. В. Основы дошкольной логопедии. М., 2015.

18. Филичева Т. Б., Туманова Т. В. Развиваем речь дошкольника. М., 2014.

(календарно-тематическое планирование, конспекты занятий).

19. Фомичева М. Ф. Воспитание у дошкольников правильного произношения. М., 2014.

ПОСОБИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ СЛУХА:

Звучащие игрушки, музыкальные инструменты (бубен металлофон, пианино, барабан, гитара, балалайка, гармошка, колокольчики), предметные картинки, обозначающие низко- и высокочастотные слова (школа, чайник, щетка, шапка, пирамида, лампа, ракета, лодка), сюжетные картинки, погремушки.

ПОСОБИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА:

Пирамидки разной величины, кубики, вкладыши, набор матрешек разного размера, «почтовый ящик», счетные палочки, разрезные картинки (на 2, 3, 4 части), наборы картинок по тематическим циклам (для выделения 4-й лишней), наборы парных картинок для сравнения (аппликация и цветок в вазе, кукла и девочка, лев в клетке, мягкая игрушка льва, настольная лампа и солнце, самолет и птица, Снегурочка и елочная игрушка), серии сюжетных картинок (2, 3, 4, 5), альбом с заданиями на определение уровня логического мышления (Миша ходит в детский сад, а Оля учится в школе. Кто из них старше? Саша догоняет Свету. Кто бежит первым? Слава толкнул Митю. Кто из них драчун?).

ПРИКЛАДНОЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ РЕЧИ:

1. Бабина Г. В., Сафонкина Н. Ю. Слоговая структура слова: обследование и формирование у детей с недоразвитием речи. М., 2005.

2. Бессонова Т. П., Грибова О. Е. Дидактический материал по обследованию речи детей.

3. Бессонова Т. П., Ястребова А. В. Обучаем писать и читать без ошибок. М., 2007.

4. Громова О. Е. Альбом для обследования детей раннего возраста.

5. Забрамная С. Д., Боровик О. В. Методико-психолого-педагогическое обследование детей. М., 2002.

6. Иншакова О. Б. Альбом для логопеда. М., 2008.

7. Коноваленко С. В. Экспресс-обследование фонематического слуха и готовности к звуковому анализу у детей дошкольного возраста. М., 2001.

8. Логопедические игры / Под ред. В. И. Селиверстова. М., 2000.

9. Речевые игры и упражнения для дошкольников / Под ред. О. С. Ушаковой. М., 2001.

10. Ткаченко Т. А. Картины с проблемным сюжетом для развития мышления и речи у дошкольников. М., 2003.

11. Филичева Т. Б., Туманова Т. В. Дидактический материал для обследования дошкольников с ОНР. М., 2001.

12. Филичева Т. Б., Соболева А. В. Развитие речи дошкольника. Иллюстративный картинный материал. Екатеринбург, 2000.

13. Филичева Т. Б., Соболева А. В., Туманова Т. В. «Подарки от Бабушки-Загадушки»: Картинный материал для развития речи, логического мышления и подготовки к школе. М., 2015.

14. Фотекова Т. А. Тестовая методика диагностики у младших школьников. М., 2000.

15. ЛОТО для расширения словаря, формирования навыков словообразования и словоизменения:

«Наши мамы, наши папы», профессии и их атрибуты.

«Кто где живет?», жилища животных и птиц.

«Кто чем питается?», пища животных, птиц, насекомых.

«Кто чем защищается?».

«Чей хвост? Чья голова?», животные, птицы, насекомые.

«Малыши и их родители», животные и их детеныши.

ДИДАКТИЧЕСКИЕ ИГРЫ:

«Дружные слова» (образование сложных слов, подбор синонимов).

«В гостях у Гулливера и лилипутов» (существительные с уменьшительными и увеличительными суффиксами.

«Во саду ли в огороде» — предметный, глагольный словарь признаков по теме «Овощи и фрукты», «Занимательные экскурсии», «Зоопарк», «Мебельная фабрика», «Ателье», «Парк развлечений», «Фабрика сладостей», «Игрушечное королевство», «Веселое путешествие», «Забавные прятки».

НАБОРЫ мягких и заводных игрушек для составления рассказов по представлению картин и серии сюжетных картин для составления рассказов, текстов для пересказа.

Для обследования внимания, памяти, мелкой моторики набор мозаик разной сложности, разные виды шнуровок, предметы крупного и мелкого объема.

ДИДАКТИЧЕСКИЕ ИГРЫ:

«Смотри и запоминай»

«Что забыл нарисовать художник?»

«Что изменилось?»

«Найди, чем похожи игрушки и чем отличаются?»

ПОСОБИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ФОНЕМАТИЧЕСКОГО СЛУХА, И ОБУЧЕНИЯ ГРАМОТЕ:

Азбука, разрезная азбука, букварь.

Наборы букв разной величины (заглавные и прописные), печатные, наборы элементов букв, которые можно раскрасить, вырезать по контуру, заштриховать, слепить из теста, пластелина, сделать из проволоки, картона, бархатной бумаги или наждачной.

Карточки с перевернутыми буквами, схемами слов разной сложности.

Наборы карточек с неправильно написанными словами (баман, панам, ваван, баван, банан).

ДИДАКТИЧЕСКИЕ ИГРЫ:

«Волшебный карандаш». На панно расположены разные картинки. Надо цветными карандашами соединить те, которые похожи по звучанию (дуб-зуб-суп-кот) или количеству слогов (ваза-сок-машина-шуба).

Игра «Буквы в слове ты найди и в слова соедини». В словах-отгадках определяются первые (последние)звуки и из них составляются слова.

Набор потешек для игры «Исправь ошибки у Незнайки». «Пес Пушок совсем не глуп, он не любит рыбный дуб».

«Тащит мышонок в норку огромную хлебную горку».

«В уголке стоит коза, траву ест в лесу коса».

«В цирке выступает миска, а на полке стоит миска».

«Норку роет хитрый кот, мышей ловит черный крот».

«Наташа ест манную каску, пожарные надевают новую маску».

«У Светланы болит суп, а Марина варит зуб».

«На окошке сидит крот, роет норку себе кот».

КОМНАТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАЗГРУЗКИ:

— мягкие напольные и настенные покрытия;

— пуфики-подушечки с гранулами, кресла-трансформеры, детские зеркальные уголки на мягкой платформе, пузырьковая колонна, сенсорная тропа, тактильная дорожка для ног, сухой бассейн, сухой душ.

— интерактивное оборудование:, различные виды настенных или напольных панелей со световыми и звуковыми индикаторами и подсветкой, интерактивные доски и столы;

— панно и приборы, настенные модули для сравнения цветов, геометрических форм, величин, развития подвижности рук, развития стереогностического чувства и т. д.;

— светильники, прожекторы и приборы со световыми и звуковыми эффектами;

— экосреда: комнатные растения, фонтаны, приборы для гидроароматерапии.

СПОРТИВНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ:

— тренажеры детские и подростковые;

— велодорожки, виды беговых дорожек.

• Тренажеры детские и подростковые, такие как: велотренажеры, различные виды беговых дорожек и т. п.

• Спортивные комплексы (в различной комплектации и модификации).

• Дополнительное оборудование: маты настенные и напольные, надувные и стационарные батуты, полифункциональные многопрофильные модульные комплексы (в различной комплектации и модификации), подвесные цилиндры, гимнастические палки и гантели, гимнастические скамейки и лесенки с разным количеством ступеней, игровые обручи, мячи надувные и резиновые разного размера, веревочные лестницы, различные коврики и дорожки и т. п.

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ИГР И ЗАНЯТИЙ

Речевая аппаратура Унитон;

Столы для механотерапии;

• Логопедический тренажер Дэльфа.

• Компьютерно-аппаратный комплекс (Пабло Систем, Амадео, Тимо).

• Компьютерно-роботизированный комплекс (Тера Витал).

• Наборы для песко-, акватерапии: столики-ванны для игр с песком и водой, наборы резиновых, пластиковых игрушек, совочки, лопатки, ведерки, грабли и т. п.

• Конструкторы разной величины и наборы фигур для плоскостного и объемного конструирования, конструкторские наборы типа «Лего» (в зависимости от возраста детей) и т. п.

• Оборудование для творческих занятий: театральные ширмы, наборы кукольных, теневых и пальчиковых театров, фланелеграфы, мольберты, доски и панели для работы с пластилином и глиной, формочки для работы с гипсом, клеенчатые фартуки и т. п.

• Развивающие и обучающие игры, различные виды домино, головоломок; игры, направленные на развитие интеллектуальных, сенсорных, моторных возможностей детей, а также — на развитие представлений об окружающем мире, на формирование практических и социальных навыков и умений.

ИГРОВАЯ СРЕДА

• Игровые наборы для девочек, типа наборов по уходу за детьми, для уборки, глажки, набор «Парикмахерская», «Магазин», «Набор Принцессы» и т. п.

• Игровые наборы для мальчиков, типа мастерской, набора доктора, набора инструментов, набора пожарного и полицейского и т. д.

• Качалки, горки, такие как: качалка-улитка, качалка-рыба, горки пластмассовые большие и малые, а также раскладные столики, сборные детские пластмассовые домики, палатки и т. п.

• Игрушки: мягкие и твердые, различного размера, плюшевые и выполненные из различных материалов: пластмассовые, резиновые, деревянные (машинки, куклы, мячи, кубики, пирамидки).

ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ ЛОГОПЕДИИ

Абилитация (от лат. *habilis* — удобный, приспособительный) — система специальных социальных, медицинских, психологических, педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение и преодоление таких патологических состояний у детей раннего возраста, которые в перспективе приводят к социальной дезадаптации, стойкой утрате возможности трудиться, учиться и быть полезным членом общества.

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 последствие 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 поражениях мозга.

Анализатор слуховой — совокупность нервных структур, воспринимающих, дифференцирующих звуковые раздражения и осуществляющих звуковую ориентировку в пространстве.

Анамнез — совокупность сведений о болезни и развитии человека.

Амбидекстрия — равноценное владение правой и левой рукой (двурукость).

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 — болезненное состояние, проявляющееся в повышенной утомляемости, слабости и истощаемости. Характеризуется крайней неустойчивостью настроения, нетерпеливостью, неусидчивостью, нарушением сна, утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света, резких запахов.

Асфиксия — удушье (напр. 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 поражениями головного мозга.

Афония — полное отсутствие голоса (***дисфония*** — частичное нарушение голоса).

Афферентный анализ и синтез — анализ и синтез импульсов, идущих от рецепторов от периферии к коре головного мозга, контролирующих выполнение отдельного движения.

Баттаризм — патологически обусловленное убыстрение речи, при котором слова произносятся нечетко, не договариваются.

Брадилалия — патологически замедленный темп речи.

Брока центр (зона) — моторный центр речи, расположенный в задней части нижней лобной извилины левого полушария.

Вербализм — недостаток, при котором словесные выражения у детей не соответствуют конкретным представлениям и понятиям.

Верботональный метод обучения глухих и слабослышащих — метод, основанный на телесной проводимости низких частот, к которым чувствителен каждый организм, а также учитывающий индивидуальные остатки слуховой чувствительности лиц с поражением слуха. Метод дает возможность усваивать правильную речь и правильное произношение. Техническую основу реабилитационной работы по верботональному методу представля-

ют электроакустические аппараты «Суваг». Основателем метода является академик Петер Губерин.

Вернике центр (зона) — центр восприятия речи, расположенный в заднем отделе верхней височной извилины левого полушария.

Внутренняя речь — скрытая, «свернутная» речь, единицами которой являются образы. Имеет место в процессе мышления.

Воспитание — целенаправленное управление формированием личности.

Высшие психические функции — сложные, прижизненно формирующиеся системные психические процессы, социальные по своему происхождению.

Гемиплегия — поражение на одной половине тела функции произвольной подвижности, т. е. паралич (парез) мышц одной половины тела.

Гиперакузия — повышенная чувствительность к тихим звукам, безразличным для окружающих, наблюдается при сенсорных нарушениях.

Гиперкинез — чрезмерные непроизвольные сокращения мышц, возникающие при нарушениях нервной системы.

Гипоксия — кислородное голодание организма.

Глухие люди — люди, слух которых не может быть ими самостоятельно использован даже при наличии звукоусиливающей аппаратуры для речевого общения.

Грамматика — строй языка, объединяющий морфологические, синтаксические категории, способы словопроизводства.

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 специалиста (логопеда) при выполнении своих профессиональных обязанностей. ***Педагогическая д.*** является учением о педагогической этике, нравственности.

Депривация — недостаточное удовлетворение, угнетение основных потребностей.

Децибел (дБ) — десятая доля единицы силы звука — бела (в честь изобретателя телефона Белла).

Диалог — форма речи, состоит из реплик, высказываний двух участников речевого общения.

Дизартрия — нарушение произносительной и просодической стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Дизонтогенез (*dysontogenesis;* диз- + онтогенез) — нарушение индивидуального развития организма в процессе внутриутробного развития организма, период раннего детства, на протяжении всей жизни человека.

Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Задержка речевого развития — замедление темпа, при котором уровень речевого развития не соответствует возрасту ребенка.

Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Замыкательная акупатия — несформированность связи между звуковым образом (словом) и обозначаемым им предметом (действием, признаком).

Инклюзия (англ. *inclusion*) — включение, добавление; в педагогике подразумевает вовлечение в образовательно-воспитательный процесс каждого ребенка (подростка) с особыми образовательными и иными потребностями с помощью специальных условий и средств.

Инновационные технологии в специальном образовании — системные новаторские или существенно усовершенствованные, модифицированные технологии, используемые в работе с лицами, имеющими ограничения по здоровью.

Интеграция (от лат. *Integratio* — восстановление, восполнение) — в педагогике подразумевается как процесс и результат взаимосвязи, сближения и объединения в социальную общность лиц с сохранным и нарушенным развитием.

Итерация — повторение; несудорожные запинки, повторы в речи. Итерации физиологические — повторения детьми некоторых звуков и (или) слогов, обусловленные возрастными несовершенствами деятельности слухового и речедвигательного анализаторов в период формирования речи в дошкольном детстве.

Кинесические средства общения — это невербальные средства общения. Как правило, рассматриваются зрительно воспринимаемые движения другого человека, выполняющие выразительно-регулятивную функцию в общении. К кинесике относятся движения, проявляющиеся в мимике, позах, жестах и взглядах и проч.

Кинестетические ощущения — ощущения положения и движения органов.

Клоническая судорога — быстро следующее одно за другим кратковременное сокращение и расслабление мышц.

Коммуникативная функция речи — использование речи для сообщения (получения) другим человеком какой-либо информации или побуждения его к действиям, функция общения.

Коммуникация (речевая и неречевая) — общение, обмен мыслями, сведениями, идеями — специфическая форма взаимодействия людей в ходе их деятельности.

Компенсация — сложный, многоаспектный процесс перестройки психических или иных функций при нарушении или утрате каких-либо функций организма.

Кондуктивная тугоухость/глухота — нарушения слуха вследствие поражения среднего и/или наружного уха (звукопроводящий отдел слухового анализатора).

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».

Кохлеарная имплантация — система мероприятий, направленная на восстановление отсутствующего слуха с помощью кохлеарного импланта или речевого процессора.

Ламбдацизм — неправильное произношение звуков ***л, л'.***

Лексика — совокупность слов языка, его словарный состав.

Логопедическое воздействие — педагогический процесс по коррекции, компенсации нарушений речи и личности человека с речевыми расстройствами.

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 различных (в т. ч. сенсорных) нарушениях.

Логофобия — навязчивый страх: боязнь речи.

Локализация функций — связь физиологических и психических функций с работой определенных участков коры головного мозга.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ (10)) — документ, используемый как ведущая статистическая и классификационная основа в здравоохранении. Периодически пересматривается под руководством ВОЗ.

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.).

Минимальные нарушения слуха — стойкое или временное снижение слуха на 15—25 дБ, отрицательно влияющее на развитие высших психических функций детей.

Миогимнастика — это уникальный метод ЛФК, используемый для лечения и профилактики патологий зубочелюстной системы, в том числе ведущих к нарушениям речи.

Модуляция голоса — изменение высоты голоса, связанное с интонацией.

Монолог — связная речь одного лица.

Моторная алалия — системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний. При этом нарушены все уровни порождения высказываний: мотивационно-побудительный, программирования, смыслообразующий, реализации, трансляции и контроля.

Мутация голоса — изменение голоса, наступающее в результате изменений в голосовом аппарате в пубертатный период.

Мутизм — прекращение речевого общения с окружающими вследствие психической травмы.

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.

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 комплексных или парциальных (частичных) нарушениях (звукопроизношения, голоса, темпа и ритма и т. д.). Обусловлены расстройствами нормального функционирования психофизических механизмов речевой деятельности. С точки зрения коммуникативной теории *Н. Р.* есть нарушения вербальной коммуникации.

Невропатия — конституциональная нервность (повышенная возбудимость нервной системы).

Негативизм — немотивированное сопротивление ребенка воздействию на него взрослого. Речевой *Н.* — упорный отказ от общения.

Нейролингвистика — отрасль психологической науки, пограничной с психологией, неврологией и лингвистикой.

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.

Нейроонтогенез — созревание нервной системы.

Обтуратор — приспособление для закрытия дефекта твердого нёба 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.

Онтогенез — индивидуальное развитие организма в последовательной совокупности его анатомо-биологических и психических изменений от начала и до конца жизни.

Ортодонтия — раздел медицины, занимающийся изучением, предупреждением и лечением деформаций зубных рядов и челюстно-лицевого скелета.

Отраженная речь — повторенная за кем-либо.

Парафазия вербальная — замена слов по семантическому или акустико-артикуляционному признаку.

Парафазия литеральная — замена звука в слове.

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.

Позднооглохшие (оглохшие) — люди, потерявшие слух, но сохранившие речь в связи с возникновением глухоты после ее формирования.

Позотонические рефлексы — врожденные рефлексы, проявляющиеся в изменении позы и мышечного тонуса в зависимости от положения головы.

Полтерн — патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера.

Пренатальный — относящийся к периоду перед рождением.

Психическая (в том числе и речевая) система — сложные связи, возникающие между отдельными функциями в процессе развития.

Психотерапия — лечение психическим воздействием.

Психотерапия косвенная — психотерапия, подразумевающая воздействия, которые психически опосредуют конкретные раздражители первой сигнальной системы.

Психотерапия прямая — психотерапия, подразумеваюшая непосредственные воздействия на больного применительно к его болезни.

Психотерапия рациональная — психотерапия, основанная на разъяснении больному причины болезни, сущности отдельных симптомов с использованием логических доводов для доказательств относительной безопасности заболевания и возможностей восстановления трудоспособности с целью мобилизации потенциальных возможностей личности в борьбе с болезнью.

Психотерапия суггестивная — психотерапия с использованием внушения.

Распад речи — утрата имевшихся речевых навыков и коммуникативных умений вследствие поражений мозга.

Реабилитация (от фр. *rehabilitation* или от лат. *re* — вновь, *habilis* — удобный, приспособленный) — понимается как комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных, юридических и иных мер по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесенных заболеваний или травм.

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'**.

Сенсоневральная (нейросенсорная) тугоухость, глухота — нарушения слуха вследствие поражения внутреннего уха и ствола слухового нервы (звуковоспринимающий отдел слухового анализатора).

Сенсорный — чувствующий (противоположный — моторный, двигательный).

Симптом нарушения речи — признак (проявление) нарушения речевой деятельности.

Симультанный — анализ и синтез, имеющий определенный целостный (одновременный) характер.

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.

Слабослышащие — люди, обладающие такой степенью сохранности слуха, которая дает минимальную возможность накопления речевого запаса, общения с помощью речи в специально созданных условиях.

Слог — минимальная речепроизносительная единица.

Сложный (комбинированный) дефект — дефект, при котором прослеживаются определенные связи, например, речевая и зрительная недостаточность и другие сочетания.

Слуховая депривация — неудовлетворение имеющейся потребности в звуковых стимулах как результат нарушения слуха или бедности звуковой среды, в которой ребенок воспитывается с момента рождения.

Слуховое утомление — снижение слуховой чувствительности под воздействием звуков высокой интенсивности в течение определенного времени.

Соматический — телесный.

Сопряженная речь — одновременное совместное произнесение двумя или более лицами слов и фраз.

Спонтанная речь — непроизвольная речь.

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 среды или внутренней сферы организма, способствующие развитию патологических состояний.

Фонема — единица звукового строя языка

Фонематический анализ и синтез — умственные действия по анализу или синтезу звуковой структуры слова.

Фонематический слух — тонкий систематизированный слух, обладающий способностью осуществлять операции различения и узнавания фонем, составляющих звуковую оболочку слова.

Фонематическое восприятие — специальные умственные действия по дифференциации фонем и установлению звуковой структуры слова.

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

Фонопедия — комплекс педагогического воздействия, направленного на активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани, коррекцию дыхания и личности людей с нарушениями голоса.

Церебральный — мозговой.

Экспрессивная афазия — расстройство, при котором нарушается структурно-функциональная сторона языка (фонетические, лексические и грамматические операции).

Экстирпация (гортани) — ее удаление.

Эмболофразия — включение в речь лишних (по смыслу) звуков, слов. Синоним: «речевой эмбол».

Этиология — учение о причинах (нарушения).

Эхолалия — автоматическое повторение слов вслед за их воспроизведением.

Язык — система знаков, служащая средством человеческого общения, мыслительной деятельности, способом передачи информации от поколения к поколению и ее хранения.

Языковая компетенция — сложная психологическая система, включающая в себя, помимо усвоенных в ходе специального обучения **сведений о языке**, накопленный в посвседневном использовании языка **речевой опыт**, и сформированное на его основе **чувство языка**.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 5

Раздел I
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

Глава 1. ПРЕДМЕТ, ОБЪЕКТ, СТРУКТУРА, ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ И ЗАДАЧИ ЛОГОПЕДИИ. ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДРУГИМИ НАУКАМИ 7

Глава 2. КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ 17

Глава 3. МЕХАНИЗМЫ РЕЧИ. ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ РЕБЕНКА В ПРОЦЕССЕ ОНТОГЕНЕЗА 25

Раздел II
ВИДЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ И МЕТОДИКА ИХ КОРРЕКЦИИ

Глава 4. ДИСЛАЛИЯ 38

Глава 5. РИНОФОНИЯ И РИНОЛАЛИЯ 63

Глава 6. ДИЗАРТРИЯ 96

Глава 7. НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА 134

Глава 8. АЛАЛИЯ 174

Глава 9. АФАЗИЯ 223

Глава 10. НАРУШЕНИЯ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ. ЗАИКАНИЕ 252

Глава 11. ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 292

Глава 12. ОБЩЕЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ 317

Глава 13. НАРУШЕНИЯ ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ 373

Раздел III
ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ), СЕНСОРНЫХ И ДВИГАТЕЛЬНЫХ ДЕФЕКТАХ, РАССТРОЙСТВАХ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Глава 14. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ (интеллектуальными нарушениями) 402

Глава 15. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 423

Глава 16. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ СНИЖЕНИИ СЛУХА 464

Глава 17. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ 488

Глава 18. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ 500

Глава 19. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 521

Глава 20. ПРОФИЛАКТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ 550

Раздел IV
ОРГАНИЗАЦИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Глава 21. СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ 570

Приложение 589

Термины и понятия логопедии 596