

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЕЛЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.А. БУНИНА»

И.Д. Емельянова, С.В. Маркова

**РАЗВИТИЕ РЕЧИ В УСЛОВИЯХ
ДИЗОНТОГЕНЕЗА**

Учебное пособие

Елец – 2019

УДК 376.3
ББК 74.57я7
Е 60

*Печатается по решению редакционно-издательского совета
Елецкого государственного университета имени И.А. Бунина
от 31.01.2019, протокол №1*

Рецензенты:

Вишнякова Е.А., кандидат педагогических наук, заведующий кафедрой специальной педагогики и социальной работы ГАУ ДПО ЛО ИРО;

Поваляева О.Н., кандидат педагогических наук, доцент кафедры педагогики образовательных технологий ФГБОУ ВО «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина»;

Красова Т.Д., кандидат педагогических наук, доцент кафедры дошкольного и специального образования ФГБОУ ВО «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина»

И.Д. Емельянова, С.В. Маркова

Е 60 Развитие речи в условиях дизонтогенеза: учебное пособие. – Елец: ФГБОУ ВО «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина», 2019. – 182 с.

ISBN 978-5-00151-077-2

В учебном пособии представлены современные научные положения об особенностях дизонтогенеза речи у детей и соответствующей коррекционной работе. Учебное пособие адресовано обучающимся очной, заочной и очно-заочной форм направлений подготовки: 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование, направленность (профиль): Логопедия; 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование, направленность (профиль): Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья.

УДК 376.3
ББК 74.57я7

ISBN 978-5-00151-077-2

© ФГБОУ ВО «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина», 2019

ВВЕДЕНИЕ

Одним из основных и неотъемлемых условий успешной социализации и адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в социуме, обеспечения их полноценного и эффективного участия в жизни общества, реализации себя в различных видах деятельности является овладение ими речевой коммуникацией. Язык и коммуникация являются основой социального взаимодействия. У детей с ОВЗ в силу специфических нарушений речевого развития значительно затруднено полноценное общение с окружающими. При разной структуре дефекта у них отмечается недоразвитие всех функций коммуникации: познавательной, регулятивной, коммуникативной (Глухов В.П., Левченко И.Н., Филичева Т.Б., Чиркина Г.В., Шипицына Л.М. и др.). Знание особенностей речевого развития детей при разных видах дизонтогенеза позволит будущим специалистам адекватно структуре дефекта проводить коррекционную работу.

В учебном пособии «Развитие речи в условиях дизонтогенеза» в теоретическом и методическом аспектах раскрываются ключевые вопросы, касающиеся обоснования и организации логопедической работы при разных видах дизонтогенетического развития речи. В связи с этим, знание современных представлений об этиологии, симптоматике, механизмах речевых нарушений у детей, умение диагностировать эти нарушения и быть готовыми проводить коррекционную работу, являются чрезвычайно важным в подготовке будущих логопедов и дефектологов.

Пособие имеет следующую структуру: введение; 4 главы, включающие образовательный материал по темам с перечнем контрольных вопросов и заданий, литературой; словарь терминов; приложение.

Первая глава учебного пособия «Онтогенез и дизонтогенез речевого развития» посвящена характеристике терминов «онтогенез» и «дизонтогенез», в ней описываются закономерности языкового развития у детей в норме и при патологии.

В следующих двух главах приводятся данные о состоянии речи при различных видах дизонтогенеза, представляющих два типа нарушений оформления высказывания: фонационного (внешнего) и структурно-семантического (внутреннего).

В четвертой главе представлены описание нарушений речи у детей с интеллектуальной недостаточностью и специфика коррекционной работы при данном виде дизонтогенеза.

Расстройства фонационного (внешнего) оформления высказывания охватывают нарушения голосообразования, темпоритмической, интонационно-мелодической и звукопроизносительной организации высказывания.

Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания в специальной научной литературе принято называть системными.

Термин «системные нарушения речи» в логопедии и в дефектологии появился сравнительно недавно. Однако, несмотря на частое его употребление в последнее время в современной научной литературе и практиконаправленной среде специалистов, среди исследователей в области изучения детской речи нет единого мнения относительно его содержания. Анализ специальной литературы показывает, что под дефиницию «системные нарушения речи» часто подводят-

ся различные понятия. Одни авторы обозначают нарушения речи системными, если они являются компонентом, входящим в состав сложных форм общепсихического дизонтогенеза (например, при интеллектуальной недостаточности) и сопровождают дезинтеграцию развития сенсорно-перцептивной, когнитивной, аффективно-волевой сфер ребенка, другие рассматривают эти расстройства с неврологических позиций, считая нарушения речи системными, если они входят в структуру неврологического синдрома в качестве его симптома. В логопедии системными нарушениями речи традиционно называют алалию и афазию (в соответствии с клинико-педагогической классификацией речевых нарушений), т.е. такие расстройства речи, при которых нарушено усвоение языка как знаковой системы или произошел распад навыков ее использования. Также эти нарушения принято называть структурно-семантическими. В соответствии с психолого-педагогической классификацией речевых расстройств (Р.Е. Левина) к системным нарушениям речи относится общее недоразвитие речи (ОНР).

Несомненно, каждая из упомянутых точек зрения имеет право на существование, так как при любой аномалии развития индивида страдает речь.

В логопедии системные нарушения речи целесообразно рассматривать с психолингвистических позиций. При таком подходе нарушения речи называют системными в том случае, если «поломка» одного из системообразующих звеньев речепорождающего или речевоспринимающего устройства приводит к сбою в работе речезыкового механизма в целом. Например, нарушение процессов звукоразличения (нарушения усвоения фонологической подсистемы языка (фонематического слуха)) приводит к расстройствам усвоения морфологической, лексической и синтаксической его подсистем. Нарушения, возникающие на этапе внутреннего программирования, специфически проявят себя и на внешнем уровне речи; искаженное формирование словообразовательных навыков в устной речи отразится в письме в виде специфических ошибок и т.д.

Целью учебного пособия «Развитие речи у детей в условиях дизонтогенеза» является формирование научных знаний и представлений, лежащих в основе понимания процесса дизонтогенеза речи и необходимых для коррекции речевых нарушений у детей.

Задачи учебного пособия ориентированы на:

- овладение теоретическими представлениями о специфике развития речи в условиях различных видов дизонтогенеза;
- формирование навыков дифференциальной диагностики нарушений речи в условиях различных видов дизонтогенеза;
- формирование умений и навыков проведения обследования детей в условиях различных видов речевого дизонтогенеза;
- освоение содержания, форм, методов, приемов коррекции речи у детей в соответствии с видом дизонтогенеза.

Предложенный образовательный материал пособия «Развитие речи в условиях дизонтогенеза» включает теоретические сведения, контрольные вопросы и задания по всем темам, использованную и рекомендуемую литературу. Успешное овладение материалом пособия предполагает регулярную работу обучающихся на занятиях (лекционных, практических), выполнение самостоятельной работы.

ГЛАВА 1. ОНТОГЕНЕЗ И ДИЗОНТОГЕНЕЗ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Тема 1. Этапы развития речи в норме и раннее проявление дизонтогенеза

План

1. *Понятие онтогенеза и дизонтогенеза. Психологические параметры, определяющие характер дизонтогенеза.*
2. *Характеристика этапов развития речи детей.*
3. *Раннее проявление дизонтогенеза речи у детей.*

Понятие онтогенеза и дизонтогенеза. Психологические параметры, определяющие характер дизонтогенеза

Онтогенез – индивидуальное развитие человека. Онтогенез по существу этого понятия должен быть отнесен ко всему периоду жизни человека от рождения до смерти, т.е. включать не только прогрессивные, но и регрессивные, инволюционные изменения.

Психический онтогенез – начинается с общего развития человека, тесно связан с морфофункциональным онтогенезом головного мозга. Онтогенез головного мозга происходит непрерывно, при этом выделяются периоды наиболее сильного развития (критические периоды развития).

Критические зоны развития – в такие возрастные кризисы нарушается относительно стройное физиологическое и психическое равновесие, что с одной стороны, повышает риск возникновения психических расстройств, а с другой – своевременным вмешательством предотвращает закрепление патологической симптоматики. К кризисным состояниям относят такие психопатологические синдромы как: синдром невропатии, ранний детский аутизм, патологии детских страхов, гипердинамический синдром, синдром дисморфофобии, нервная анорексия.

Впервые термин «дизонтогенез» был предложен в 1927 г. Швальбе. Первоначально под термином «дизонтогенез» понималось отклонение внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Впоследствии термин приобрел более широкое значение, им стали обозначать различные формы нарушений онтогенеза, включая и развитие речи.

Дизонтогенез – нарушение внутриутробного и постнатального формирования организма, которое приводит к системным нарушениям его функционирования. Вид возникшей аномалии зависит от характера повреждающего фактора, времени его действия и длительности воздействия [12; 13; 17].

Психологические параметры, определяющие характер дизонтогенеза

К психологическим параметрам, определяющим характер дизонтогенеза, относятся следующие:

- 1) функциональная локализация нарушений;
- 2) время поражения (чем раньше, тем сложнее исправить);
- 3) соотношение первичного и вторичного дефекта (первичный – до 3 лет).

Нарушение межполушарных связей. При возникновении нарушений в раннем онтогенезе возникает незавершенное формирование межполушарных

связей, изоляция отдельных психических функций, что ведёт к тотальному перестроению психики [10; 13].

Характеристика этапов развития речи детей

Речь ребенка формируется под влиянием речи взрослых и в огромной степени зависит от достаточной речевой практики, нормального речевого окружения и от воспитания и обучения, которые начинаются с первых дней его жизни.

Речь не является врожденной способностью, а развивается в процессе онтогенеза параллельно с физическим и умственным развитием ребенка и служит показателем его общего развития. Усвоение ребенком родного языка проходит со строгой закономерностью и характеризуется рядом черт, общих для всех детей. Для того чтобы понять патологию речи, необходимо четко представлять весь путь последовательного речевого развития детей в норме, знать закономерности этого процесса и условия, от которых зависит его успешное протекание.

Кроме того, нужно четко представлять каждый этап речевого развития ребенка, каждый «качественный скачок», чтобы вовремя заметить те или иные отклонения в этом процессе. Например, малыш в 1 г. 4 мес. еще не говорит. Решить, нормальное это явление или нет, педагог может только в том случае, если знает, когда при нормальном развитии должны появиться первые слова.

Знание закономерностей речевого развития детей необходимо также и для правильной диагностики нарушений речи. Так, некоторые специалисты порой направляют трехлетних детей к логопеду для устранения недостатков произношения звуков. Правильно ли это? Нет. Потому что даже при нормальном речевом развитии ребенку в данном возрасте «полагается» произносить некоторые звуки неверно. Это явление, называемое физиологическим косноязычием, совершенно закономерно и обусловлено еще недостаточной сформированностью артикуляционного аппарата.

И, наконец, знание законов развития речи детей в процессе онтогенеза необходимо и для того, чтобы правильно построить всю коррекционно-воспитательную работу по преодолению речевой патологии. Например, обучая неговорящих детей (алаликов), очень важно знать, что сначала у всякого ребенка развивается понимание речи и только потом он овладевает активной речью. Следовательно, если в таком случае сразу развивать активную речь, работа не принесет желаемого эффекта.

Исследователи выделяют разное количество этапов в становлении речи детей, по-разному их называют, указывают различные возрастные границы каждого. Например, А.Н. Гвоздев прослеживает последовательность появления в речи ребенка различных частей речи, словосочетаний, разных видов предложений и на этой основе выделяет ряд периодов.

Г.Л. Розенгард-Пупко выделяет в речевом развитии ребенка всего два этапа: подготовительный (до 2 лет) и этап самостоятельного оформления речи.

А.Н. Леонтьев устанавливает четыре этапа в становлении речи детей:

1. подготовительный – до одного года;

2. преддошкольный этап первоначального овладения языком – до 3 лет;
3. дошкольный – до 7 лет;
4. школьный [9; 13].

Остановимся подробно на характеристике этих этапов.

Первый этап – подготовительный (с момента рождения ребенка до одного года).

С момента рождения у ребенка появляются голосовые реакции: крик и плач. Правда, они еще очень далеки от звуков человеческой речи. Однако и крик, и плач способствуют развитию тонких и разнообразных движений трех отделов речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного.

Через две недели можно уже заметить, что ребенок начинает реагировать на голос говорящего: перестает плакать, прислушивается, когда к нему обращаются. К концу первого месяца его уже можно успокоить мелодичной песней (колыбельной). Далее он начинает поворачивать голову в сторону говорящего или следить за ним глазами. Вскоре малыш уже реагирует на интонацию: на ласковую – оживляется, на резкую – плачет.

Около 2 мес. появляется гуление и к началу 3-го мес. – лепет (агу-агу, тя-тя, ба-ба и т. п.). Лепет – это сочетание звуков, неопределенно артикулируемых.

С 5 мес. ребенок слышит звуки, видит у окружающих артикуляционные движения губ и пытается подражать. Многократное повторение какого-то определенного движения ведет к закреплению двигательного навыка.

С 6 мес. ребенок путем подражания произносит отдельные слоги (ма-ма-ма, ба-ба-ба, тя-тя-тя, па-па-па и др.).

В дальнейшем путем подражания ребенок перенимает постепенно все элементы звучащей речи: не только фонемы, но и тон, темп, ритм, мелодику, интонацию.

Во втором полугодии малыш воспринимает определенные звуко сочетания и связывает их с предметами или действиями (гик-гак, дай-дай, бух). Но в это время он еще реагирует на весь комплекс воздействия: ситуацию, интонацию и слова. Все это помогает образованию временных связей (запоминание слов и реакция на них).

В возрасте 7-9 мес. ребенок начинает повторять за взрослым все более и более разнообразные сочетания звуков.

С 10-11 мес. появляются реакции на самые слова (уже независимо от ситуации и интонации говорящего).

В это время особо важное значение приобретают условия, в которых формируется речь ребенка (правильная речь окружающих, подражание взрослым и др.).

К концу первого года жизни появляются первые слова.

Второй этап – преддошкольный (от одного года до 3 лет).

С появлением у ребенка первых слов заканчивается подготовительный этап и начинается этап становления активной речи. В это время у ребенка появляется особое внимание к артикуляции окружающих. Он очень много и охотно повторяет за говорящим и сам произносит слова. При этом малыш путает звуки, переставляет их местами, искажает, опускает.

Первые слова ребенка носят обобщенно-смысловой характер. Одним и тем же словом или звукосочетанием он может обозначать и предмет, и просьбу, и чувства. Например, слово каша может означать в разные моменты вот каша; дай кашу; горячая каша. Или слово папа может означать пришел папа; нет папы; папа, подойди и т.п. Понять малыша можно только в ситуации, в которой или по поводу которой и происходит его общение со взрослым. Поэтому такая речь называется ситуационной. Ситуационную речь ребенок сопровождает жестами, мимикой.

С полутора лет слово приобретает обобщенный характер. Появляется возможность понимания словесного объяснения взрослого, усвоения знаний, накопления новых слов.

На протяжении 2-го и 3-го г. жизни у ребенка происходит значительное накопление словаря.

Следует отметить, что различные исследователи (как наши, отечественные, так и зарубежные) приводят разные количественные данные о росте словаря детей.

Приведем наиболее распространенные данные о бурном развитии словарного запаса детей в преддошкольном периоде: к 1 г. 6 мес. – 10-15 слов; к концу 2-го г. – 300 слов (за 6 мес. около 300 слов!); к 3 г. – около 1000 слов (т. е. за год около 700 слов!) [9; 13].

Значения слов становятся все более определенными.

К началу 3-го г. жизни у ребенка начинает формироваться грамматический строй речи.

Сначала ребенок выражает свои желания, просьбы одним словом. Потом – примитивными фразами без согласования («Мама, пить мамуле Тата» - Мама, дай Тате попить молока). Далее постепенно появляются элементы согласования и соподчинения слов в предложении.

К 2 г. дети практически овладевают навыками употребления форм единственного и множественного числа имен существительных, времени и лица глаголов, используют некоторые падежные окончания. В это время понимание речи взрослого значительно превосходит произносительные возможности.

Третий этап – дошкольный (от 3 до 7 лет).

На дошкольном этапе у большинства детей еще отмечается неправильное звукопроизношение. Можно обнаружить дефекты произношения свистящих, шипящих, сонорных звуков рил, реже - дефекты смягчения, озвончения и йотации.

На протяжении периода от 3 до 7 лет у ребенка все более развивается навык слухового контроля за собственным произношением умение исправлять его в некоторых возможных случаях. Иными словами, формируется фонематическое восприятие.

В этот период продолжается быстрое увеличение словарного запаса. Активный словарь ребенка к 4-6 г. достигает 3000-4000 слов. Значения слов еще больше уточняются и во многом обогащаются. Но часто дети еще неверно понимают или используют слова, например, по аналогии с назначением предметов говорят вместо поливать из лейки «леять», вместо лопатка «копатка» и т.п.

Вместе с тем такое явление свидетельствует о «чувстве языка». Это значит, что у ребенка растет опыт речевого общения и на его основе формируется чувство языка, способность к словотворчеству.

Параллельно с развитием словаря идет и развитие грамматического строя речи. В дошкольный период дети овладевают связной речью. После трех лет происходит значительное усложнение содержания речи ребенка, увеличивается ее объем. Это ведет к усложнению структуры предложений.

По определению А.Н. Гвоздева, к 3 годам у детей оказываются сформированными все основные грамматические категории.

Дети 4-го г. жизни пользуются в речи простыми и сложными предложениями. Наиболее распространенная форма высказываний в этом возрасте - простое распространенное предложение («Я куклу в такое красивое платье одела»; «Я стану большим сильным дядей»).

На 5 г. жизни дети относительно свободно пользуются структурой сложносочиненных и сложноподчиненных предложений («Потом, когда мы пошли домой, нам подарки дали: разные конфеты, яблоки, апельсины»; «Какой-нибудь умный и хитрый дяденька купил шарики, сделал свечки, подбросил на небо, и получился салют»).

Начиная с этого возраста высказывания детей, напоминают короткий рассказ. Во время бесед их ответы на вопросы включают в себя все большее и большее количество предложений.

В пятилетнем возрасте дети без дополнительных вопросов составляют пересказ сказки (рассказа) из 40-50 предложений, что свидетельствует об успехах в овладении одним из трудных видов речи – монологической речью.

В этот период значительно улучшается фонематическое восприятие: сначала ребенок начинает дифференцировать гласные и согласные звуки, далее - мягкие и твердые согласные и, наконец, - сонорные, шипящие и свистящие звуки.

К 4 г. в норме ребенок должен дифференцировать все звуки, т. е. у него должно быть сформировано фонематическое восприятие.

К этому же времени заканчивается формирование правильного звукопроизношения и ребенок говорит совсем чисто.

На протяжении дошкольного периода постепенно формируется контекстная (отвлеченная, обобщенная, лишенная наглядной опоры) речь. Контекстная речь появляется сначала при пересказе ребенком сказок, рассказов, затем при описании каких-нибудь событий из его личного опыта, его собственных переживаний, впечатлений.

Четвертый этап – школьный (от 7 до 17 лет) [9; 13].

Главная особенность развития речи у детей на данном этапе по сравнению с предыдущим – это ее сознательное усвоение. Дети овладевают звуковым анализом, усваивают грамматические правила построения высказываний. Ведущая роль при этом принадлежит новому виду речи – письменной речи.

В школьном возрасте происходит целенаправленная перестройка речи ребенка – от восприятия и различения звуков до осознанного использования всех языковых средств.

Разумеется, указанные этапы не могут иметь строгих, четких границ. Каждый из них плавно переходит в последующий. Для того чтобы процесс речевого развития детей протекал своевременно и правильно, необходимы определенные условия. Так, ребенок должен:

- 1) быть психически и соматически здоровым;
- 2) иметь нормальные умственные способности;
- 3) иметь нормальный слух и зрение;
- 4) обладать достаточной психической активностью;
- 5) обладать потребностью в речевом общении;
- 6) иметь полноценное речевое окружение.

Нормальное (своевременное и правильное) речевое развитие ребенка позволяет ему постоянно усваивать новые понятия, расширять запас знаний и представлений об окружающем. Таким образом, речь, ее развитие самым тесным образом связаны с развитием мышления.

Ранние проявления дизонтогенеза речи у детей (Корнев А.Н.)

Как известно, коррекция недоразвития речи у детей, как и любой другой формы дизонтогенеза дает лучший эффект при раннем начале оказания помощи. Как показал практический опыт, на этом пути возникает целый ряд объективных затруднений. Одно из самых серьезных среди них - ранняя диагностика и семиотика ранних проявлений недоразвития речи. Принцип гетерохронии позволяет понять, что снижение выявляемости речевой патологии и затруднения дифференциальной диагностики выражены тем сильнее, чем младше ребенок и моложе функциональная система языка и речи. В раннем детстве крайне редко удается диагностировать клинически очерченные синдромы недоразвития речи. Это обусловлено тем, что сами функциональные системы и подсистемы языка и речи в этом возрасте находятся еще в рудиментарном состоянии. Поэтому их неполноценность в полной мере себя не проявляет. В этом периоде онтогенеза удается наблюдать тенденции намечающейся дисгармонии развития системы речевой деятельности. На этом этапе происходит интенсивное созревание операциональной базы речевой деятельности, представленной гностико-праксическими функциями. Поэтому, дефицит врожденной языковой способности в это время еще не оказывает заметного влияния на лингвопатологическую симптоматику. Более отчетливо проявляются в этот период следствия дисфункции гностико-праксических функций. Они могут служить ориентирами в коррекционно-развивающей работе.

Становление речевой деятельности как средства общения происходит у детей в тесном взаимодействии с когнитивными и коммуникативными процессами. На протяжении почти всего первого года жизни лепетно-мимические «высказывания» несут преимущественно эмоциональную информацию об изменении его самочувствия: голоде, страхе и других проявлениях комфорта или дискомфорта. Основным носителем этой информации является просодика вокализаций. Информативны такие ее показатели, как активность, разнообразие и коммуникативная адекватность. Последнее означает использование вокализаций для построения своеобразного «диалога» в общении с близкими людьми.

Нарушения этого этапа предречевого развития носят обычно малоспецифичный характер: они наблюдаются как у детей с поражением речевых механизмов, так и у тех, кто страдает общим психическим недоразвитием или детским церебральным параличом. Кроме того, данный тип вокализаций весьма подвержен влиянию характера сложившихся эмоциональных отношений в системе «мать-дитя». Переходя от доречевого к речевому этапу развития, ребенок овладевает конвенциональными формами звуковой коммуникации с использованием как супрасегментарных, просодических (интонационно-мелодических), так и сегментарных языковых средств.

Период, на протяжении которого речевая деятельность развивается и совершенствуется, начинается в 8 мес. и заканчивается приблизительно в 12 лет. Половина этого срока уходит на созревание операциональной базы и основных языковых средств, а вторая половина – на развитие речевой и языковой деятельности в ситуациях решения когнитивных или коммуникативных задач. Весь этот период можно разделить на несколько этапов: I – инициальный (8-18 мес.), II – ранний (18-30 мес.), III – средний (30 мес.- 6 лет.), и IV – поздний (6-12 лет). Принцип выделения первых трех этапов достаточно традиционен: каждый из них знаменателен тем, что в это время ребенок начинает осваивать одно из основных языковых средств (лексику, синтаксис и морфологию). Выделение четвертого этапа встречается реже, хотя именно в этот возрастной период ребенок осваивает сложные формы речевой деятельности (контекстную монологическую речь), письменную речь и его вербально-логическое мышление начинает занимать ведущее место в интеллектуальных процессах. Именно по этой причине возраст 6 лет является вторым возрастным кризисом.

Клинические симптомы недоразвития речи проявляются на каждом из перечисленных этапов по-разному [11].

Инициальный период (8-18 мес.). Моментом перехода от предречевого этапа развития к речевому принято считать возраст, когда ребенок начинает понимать некоторые слова и фразы взрослых (т.е. дает адекватные поведенческие реакции на речевые высказывания, обращенные к нему). У большинства детей это происходит в возрасте 8-10 мес. Это становится возможным благодаря созреванию следующих детерминант: а) когнитивной сферы – до уровня формирования представлений о константности предметов; б) коммуникативных функций до уровня ситуативно-личностных форм общения; в) слуховой перцепции, достаточной для дифференциации основных фонологических признаков. Постепенно у ребенка расширяется импрессивный словарь, а точнее – набор коротких высказываний (так называемых «речевых клише»), наиболее употребимых в речи окружающих, которые он понимает в знакомом и значимом ситуативном контексте. Примерно к 10-12 мес. у большинства здоровых детей к вышеперечисленным предпосылкам добавляется еще одна: созревает артикуляционный праксис, т.е. способность координировать произвольные целенаправленные артикуляционные действия. Вокализации ребенка, которые обычно называют первыми словами, правильнее было бы именовать однословными высказываниями или «голофразами». Фонетически они похожи на слово, но семантически, функционально это синтагмы или фразы или то и другое од-

новременно. Среди наиболее частых причин дизонтогенеза речи на этом этапе следует назвать (в порядке убывания частоты): задержку психомоторного развития, грубые нарушения моторного развития вследствие пареза или паралича и значительное снижение остроты слуха. Из редко встречающихся причин – нарушения коммуникативных потребностей и коммуникативной компетентности (при раннем детском аутизме) и избирательное недоразвитие слухоречевого гнозиса (при сенсорной алалии).

Клинические проявления дизонтогенеза речи у детей с отставанием в психомоторном развитии в этот период могут выглядеть следующим образом:

а) фрагментарное, нестабильное понимание речи в знакомом контексте или полное отсутствие такового при сохранении ориентировочной реакции на речевые раздражители;

б) позднее появление первых слов (после 14 мес.) и медленный прирост его объема при отсутствии (или наличии) грубых нарушений звуковых характеристик речи;

в) грубые нарушения звуконаполнения и слоговой структуры при отсутствии (или наличии) искажений просодической стороны речи, своевременном появлении первых слов, но медленным дальнейшим приростом словаря и преобладании лепетных звукокомплексов или «контуров» слов.

У 80% детей, имевших в анамнезе подобные проявления, впоследствии была диагностирована умственная отсталость или задержка психического развития. У 60% из них в анамнезе отмечалось позднее становление навыков ходьбы (после 14 мес.). Кроме вышеописанных речевых расстройств у них отмечался слабый, поверхностный интерес к игрушкам, чрезвычайно кратковременная фиксация внимания на них и недифференцированные реакции на знакомых и незнакомых взрослых. Последний из вышеприведенных симптомокомплексов характерен и для дизартрии (псевдобульбарной или экстрапирамидной) или тяжелой артикуляционной апраксии. В первом случае страдают как сегментарные, так и супрасегментарные характеристики, дифференциальные признаки гласных и согласных нивелируются, речевая продукция малоразборчива и непонятна даже для родителей. Нередко, у таких детей отстают в развитии локомоторные функции в сочетании с грубой пирамидной недостаточностью вследствие детского церебрального паралича. Их умственное развитие варьируется в широком диапазоне: от низкой нормы до умственной отсталости. Артикуляционная апраксия проявляется клинически на раннем этапе речевого онтогенеза только в наиболее тяжелых случаях.

Дизонтогенез звуковой стороны речи в этих случаях носит избирательный характер: нарушено овладение согласными звуками и слоговой структурой. Гласные и просодические характеристики обычно не страдают. Звуковые характеристики слов долго остаются нестабильными. Отчетливо проявляется принцип гармонии. Импрессивный словарь, понимание речи существенно не страдают (в тех случаях, когда интеллект не нарушен). Экспрессивный словарь скуден и ограничивается лепетными словами («Ко-ко», «Би-би» и т.п.) и так называемыми «псевдоомонимами», представляющими собой слог или слогапо-

добный звукокомплекс, который семантически соотносится с группой разных по смыслу слов [9; 11;13].

Ранний период онтогенеза (18-30 мес.). Основными новообразованиями, характерными для этого периода, являются возникновение фразовой речи и начало формирования языковой системы. Это становится возможным благодаря прогрессу в созревании ряда когнитивных функций (начало развития сенсорного интеллекта, по Ж.Пиаже, созревание наглядно-действенного мышления, появление сукцессивных схем серийных действий). Ребенку становятся доступны синтагматические языковые операции и в связи с этим развивается фонотаксис (линейная организация, комбинаторика слогов и звуков в пределах слова) и синтаксис. Длина синтагмы-высказывания увеличивается и приобретает вид двусловной фразы. Благодаря дальнейшему созреванию кинестетического артикуляционного праксиса расширяется фонологический репертуар ребенка. Лишь в самом конце описываемого этапа становятся доступны зрелые формы парадигматических операций (т.е. противопоставление, альтернативный выбор и иерархическая организация противопоставленных признаков) как в фонологии, так и в грамматике. Дизонтогенез речи на этом этапе обусловлен теми же причинами, что были упомянуты выше, но проявляется несколько иначе. При интеллектуальной недостаточности у большинства детей наблюдается значительное запаздывание появления фразовой речи.

До 2,5-3 лет такие дети пользуются скудным набором слов с примитивной звуковой и слоговой структурой. Активность вокализаций в процессе общения обычно низка. В случае необходимости ребенок привлекает внимание взрослых криками, плачем или нечленораздельными вокализациями. Понимание речи ограничено скудным набором часто повторяющихся высказываний в хорошо знакомом контексте. Этот род дизонтогенеза правомерно рассматривать как вторичное недоразвитие речи. У некоторых из таких детей за счет неплохих имитационных способностей объем однословных высказываний оказывается шире. При некоторых формах психического недоразвития эти способности достигают значительной степени развития: дети могут механически воспроизводить довольно сложные фразовые конструкции и даже длинные высказывания. Вышеописанное речевое поведение наблюдается на фоне однообразного малодифференцированного поведения, примитивных форм манипулятивной игровой деятельности и эмоциональной уплощенности. Следует отметить, что иногда среди этой группы детей не обнаруживается полного соответствия тяжести недоразвития речи степени интеллектуального снижения. У некоторых детей речевая деятельность опережает по зрелости интеллект, а у других – наоборот. Это, по-видимому, подтверждает существующие концепции о том, что существует несколько стратегий усвоения языка, некоторые из которых слабо зависят от интеллектуальной зрелости (в качестве примера можно привести имитационную стратегию). Во второй из двух вышеописанных категорий случаев мы, по-видимому, имеем дело с микстами. У другой категории детей встречается столь же выраженное отставание в речевом развитии, но избирательное по структуре. Подобная клиническая картина характерна для алалической формы первичного тотального недоразвития речи и встречается относи-

тельно редко (3-5% от всех случаев). У этой группы детей дизонтогенез речи становится заметным не ранее второго этапа развития речи. Для них характерна грубая диссоциация между полностью или относительно сохранной импресивной речью и тяжелым отставанием в развитии экспрессивной речи. На протяжении всего описываемого периода последняя ограничивается лепетными, звукоподражательными однословными высказываниями. Длина синтагм увеличивается чрезвычайно медленно.

В клинической картине на первый план выступают тяжелые нарушения синтагматических языковых операций: фонотаксиса и синтаксиса, которые почти не дают динамики в созревании по сравнению с предыдущим периодом.

Принцип гармонии проявляется в сближении фонетических характеристик звуков, входящих в одно слово или одну синтагму. Одним из проявлений принципа гармонии является дистантная ассимиляция и редупликация.

Микст – ребенок, у которого наблюдается сочетание двух, независимых друг от друга расстройств. Иначе говоря, словарь не пополняется у них многосложными словами и словами с большим разнообразием входящих в него звуков (ограничение, создаваемое незрелым фонотаксисом и влиянием сохраняющегося принципа гармонии). Слоговая структура почти не развивается: среди слов преобладают лепетные двусложные итерации (ам-ам, ка-ка, ти-ти). Звуковая структура слова и звуконаполняемость остаются крайне нестабильными, а реализация отдельных звуков в слове контекстуально зависимой. На качество реализации звука значительное влияние оказывают его «соседи» в слове или синтагме. Супрасегментарный уровень речи в большинстве случаев существенно не нарушен: высказывания ребенка богато интонированы, что отчасти компенсирует в процессе коммуникации дефицит языковых средств. Коммуникативная деятельность проявляется в достаточно богатых и разнообразных формах ситуативно-делового общения, которое осуществляется с помощью скудных речевых средств, дополняемых жестикულიцией и мимикопантомимических способов выражения. Такие дети обычно проявляют живой интерес к окружающему, на невербальном уровне демонстрируют неплохие познавательные способности, своевременно овладевают основными навыками самообслуживания [9; 11;13].

Значительно более распространенной формой речевого дизонтогенеза, манифестирующего в описываемом периоде, является та, которая наблюдается у так называемых «микстов». В большинстве случаев она соответствует критериям параалалической формы первичного тотального недоразвития речи. Клиническое обследование выявило у большинства из них сочетание задержки психического развития и одного из синдромов первичного парциального недоразвития речи. Диагностически такие случаи представляют наибольшие затруднения. Дифференциацию между первичным и вторичным недоразвитием речи в 2/3 случаев окончательно удастся произвести лишь в динамике, 1-2 года спустя. Данная клиническая группа весьма полиморфна как по симптоматике, так и по тяжести. Это означает, что у детей страдают все основные языковые средства: звукопроизношение, отставание в развитии лексико-грамматической сферы. В основе нарушений звукопроизношения лежит, как уже упоминалось

выше, один из синдромов парциального (парциальное нарушение речи) ПНР: дизартрия, артикуляционная апраксия или риноплалия. От этого, соответственно, зависит и ведущая симптоматика. Симптомы фонологической недостаточности варьируют от запаздывания в овладении согласными среднего онтогенеза до тотального нарушения (искажения и замены) всей звуковой системы и просодической стороны речи. Фразы появляются после 2-х или 3-х лет. Какой-либо специфики в проявлении синтаксических или морфологических нарушений у большинства детей выявить не удастся. В целом от детей с алалической формой их отличает более высокий уровень речевой активности и менее выраженные синтагматические нарушения (большая стабильность звуковой структуры и относительная сохранность слоговой структуры слов). Способность к пониманию речи остается относительно благополучной. У большинства детей обнаруживается психопатологическая симптоматика: психический инфантилизм, гипердинамический синдром, незрелость невербальных интеллектуальных способностей, церебральная астеня. Коммуникативное и игровое поведение обеднены, жестовая речь небогата. В описываемом периоде дифференциальная диагностика разных клинических форм ТПНР (тяжелые парциальные нарушения речи) еще достаточно трудна.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое онтогенез и какие факторы на него влияют?
2. Через какие механизмы может реализовываться дизонтогенез?
3. Охарактеризуйте основные формы дизонтогенеза по В.В. Лебединскому.
4. Опишите, как развивается речь в процессе онтогенеза параллельно с физическим и умственным развитием ребенка.
5. Охарактеризуйте клинические симптомы недоразвития речи, проявляющиеся на каждом из этапов развития ребенка.

Использованная и рекомендуемая литература

1. Абелева, И.Ю. Механизмы коммуникативной речи / И.Ю. Абелева. – М.: Парадигма, 2012. – 288 с.
2. Артемова, Е.Э. К вопросу изучения алалии как дизонтогенеза речевого развития / Е.Э. Артемова, А.А. Басова // *Universum: Психология и образование: электрон. научн. журн.* – 2016. – № 3-4 (22). – [Электронный ресурс]. – URL: <http://7universum.com/ru/psy/archive/item/3039>.
3. Борозинец, Н.М. Логопедия: фонетико-фонематическое недоразвитие речи, общее недоразвитие речи, алалия: учебное пособие / Н.М. Борозинец, Т.С. Шеховцова, М.В. Колокольникова. – Ставрополь: СКФУ, 2016. – 203 с. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=466810>
4. Волковская, Т.Н. Организационно-методические основы психологической помощи лицам с недостатками речи: учебно-методическое пособие / Т.Н. Волковская. – М.: Национальный книжный центр, 2015. – 144 с.

5. Волкова, С.В. Феноменология фонематических процессов при афазии у детей старшего дошкольного возраста на этапе восстановительного обучения: автореф. дисс. ... канд. пед. наук / С.В. Волкова. - М., 2017. – 26 с.
6. Выявление и преодоление речевых нарушений в дошкольном возрасте / Под ред. И.Ю. Кондратенко. – М.: Айрис Пресс, 2013. – 224 с.
7. Глухоедова, О.С. Дифференцированный подход к активизации речевой деятельности детей с отсутствием вербальных средств общения: автореф. дис. ... канд. пед. наук / О.С. Глухоедова. – М., 2015. – 26 с.
8. Давидович, Л.Р. Ребенок плохо говорит? Почему? Что делать? Коррекционно-педагогическая работа с неговорящими детьми / Л.Р. Давидович, Т.С. Резниченко. – М.: Издательство ГНОМ и Д, 2009. – 112 с. (Практическая логопедия).
9. Жукова, Н.С. Логопедия. Основы теории и практики / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – М.: Эксмо, 2011. – 288 с.
10. Зверева, Н.В. Наследие В.В. Лебединского и современная клиническая психология дизонтогенеза / Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина // Журнал «Клиническая и специальная психология». – 2012. – № 4. – [Электронный ресурс]. – URL: www.psyjournals.ru/psyclin.
11. Корнев, А. Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. – СПб.: Речь, 2006. – 380 с.
12. Лаврентьева, А.И. Детская речь (становление языковой способности в онтогенезе): Учебное пособие для студентов педагогических университетов / А.И. Лаврентьева. – М.: МГПУ, 2003. – 51 с.
13. Логопедия / Под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. – М.: ВЛАДОС, 2016. – 364 с.
14. Лынская, М.И. Формирование речевой деятельности у неговорящих детей с использованием инновационных технологий / М.И. Лынская. – М.: ВЛАДОС, 2015. – 128 с.
15. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Секачев, 2015. – 256 с.
16. Ребенок: Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодолении / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М.: МПСИ; Воронеж «МОДЭК», 2009. – 256 с.
17. Сорокина, Н.А. Комплексная диагностика детей с речевыми нарушениями / Н.А. Сорокина. – М.: ВЛАДОС, 2015. – 116 с. (Коррекционная педагогика) – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785691019203.html>.
18. Филатова, Ю.О. Онтогенез и дизонтогенез плавности речи у детей // Дефектология. – №5. – 2018. – С. 33-42.

Тема 2. Специфика процесса усвоения родного языка при нарушенном развитии детской речи

План

- 1. Общие вопросы развития детской речи в норме и при патологии.*
- 2. Особенности накопления первоначального словарного запаса в условиях дизонтогенеза речи.*
- 3. Своеобразие грамматического оформления речи при ее нарушенном развитии.*

Общие вопросы развития детской речи в норме и при патологии

Почти вся речевая патология в детском возрасте обусловлена теми или иными факторами (причинами), которые действовали до того, как у ребенка началось развитие речи. Исключение представляют афазические расстройства, которые в раннем возрасте встречаются редко. А поэтому каждому ребенку, с любой формой поражения речевой функции, независимо от того, захватывает ли поражение центральные механизмы речи (например, при алалии) или только периферические (например, при ринолалии) или то и другое сочетаются между собой, предстоит овладеть родным языком сначала как средством общения, а затем как средством мышления. А для этого предстоит пройти сложный путь усвоения языка как системы, в которой все ее составные части и элементы (слова, морфы, фонемы и т.п.) находятся в закономерных отношениях.

Проследить и понять, каким образом дети с нарушениями развития речи овладевают системой языка со всем характеризующим многообразием лексико-грамматических и фонетических явлений, в какой последовательности усваивают лексико-грамматические единицы, их обобщенные и частные формы, операции с ними, - возможно только в том случае, если опираться на знание общих законов развития детской речи в норме.

В исследованиях по логопедии всегда указывалось на то, что развитие речи в норме и в условиях патологии характеризуется рядом общих черт и закономерностей. Однако до недавнего времени эти положения не подтверждались конкретными фактами, посредством которых было бы показано, в чем именно заключается общность и различие нормального и нарушенного хода речевого развития ребенка.

Медленно и своеобразно продвигаются дети с нарушениями развития речи в овладении родным языком. На каждом этапе развития они испытывают свои определенные трудности в усвоении тех или иных единиц речи. При этом один и тот же уровень языкового развития может иметь место у детей разного возраста и при различных диагнозах. Например, дети с первично сохранным интеллектом и нормальным слухом в качестве словесных средств общения используют десяток «лепетных слов» и в три, и в пять, и в шесть лет. Однако из современной практики логопедии известно, что указанный уровень речевого развития у шестилеток встречается теперь крайне редко в сравнении с данными 20-летней давности.

Практическая логопедия также хорошо знает, что одни и те же неправильные формы слов и своеобразные словосочетания встречаются и при алалии, и при задержке речевого развития, и при дизартрии.

Исследователи аномальной детской речи давно поднимали вопрос о неправомерности постановки «речевого диагноза» только на основании описания у детей особенностей их речевых средств общения, взятых в статике и в отрыве от общей клинической картины.

Практиками было обращено внимание на спонтанное развитие аномальной детской речи, указывалось на то, что различные периоды ее своеобразного формирования часто квалифицируются как «речевые диагнозы», которые видоизменяются по мере роста и овладения ребенком родным языком.

Темп спонтанного усвоения ребенком различных структур языка является дополнительным диагностическим признаком варианта речевого недоразвития (алалия или задержка).

Однако сведения о вариантах динамики обратимости общего недоразвития речи лежат пока за порогом наших знаний и не могут быть получены до тех пор, пока не будут познаны до конца процессы усвоения родного языка детьми с нарушениями развития речи в сравнении с конкретными данными нормы.

Для того чтобы выявить конкретные факты общности и различий нормального и нарушенного хода речевого развития, необходимо проследить процесс усвоения родного языка в двух рассматриваемых случаях.

Для такого сравнения целесообразно сопоставить не описание речевых особенностей обеих категорий детей одного и того же возраста или с разницей в 1-2 года, а сравнить характер их речевой деятельности в зависимости от этапа языкового развития. При таком подходе возраст ребенка не используется для характеристики уровня развития его речи.

Не исключено, что специфические проявления, свойственные дизонтогенезу речи, могут быть выраженными и во всей полноте, и в меньшей степени, как быстро, так и медленно изживаемы из речевой практики ребенка.

Если сравнивать пути усвоения родного языка детьми, сообщаемые исследователями нормальной детской речи, с путями становления детской речи при нарушении ее развития, то нельзя не заметить в них определенного сходства: какая бы форма патологии речи (при сохранном интеллекте) ни была присуща ребенку, он не минует в своем развитии тех трех основных периодов, которые выделены Александром Николаевичем Гвоздевым в его уникальном исследовании «Вопросы изучения детской речи» (1961).

Например, первый уровень речевого развития, который в логопедии характеризуется как «отсутствие общеупотребительных словесных средств общения», легко соотносится с первым периодом, названным А.Н. Гвоздевым «Однословное предложение. Предложение из двух слов-корней».

Второй уровень аномального развития речи, который описывается в логопедии как «начатки фразовой речи», соответствует периоду нормы «Усвоение грамматической структуры предложения».

Третий уровень аномального речевого развития, который характеризуется как «обиходная фразовая речь с пробелами лексико-грамматического и фонети-

ческого строя», представляет собой своеобразный вариант периода усвоения ребенком морфологической системы языка [9; 12].

Особенности накопления первоначального словарного запаса

Время появления первых слов у детей с нарушениями развития речи не имеет резкого отличия от нормы. Однако сроки, в течение которых дети продолжают пользоваться отдельными словами, не объединяя их в двухсловное аморфное предложение, сугубо индивидуальны. Полное отсутствие фразовой речи может иметь место и в возрасте 2-3 лет, и в 4-6 лет. Интересно отметить, что современных родителей задержка речевого развития начинает беспокоить по достижении ребенком 2,5-3 лет, а не 4-5, как это было совсем недавно [8; 9; 12].

Уже первые слова детей могут сигнализировать о неблагоприятном начале развития речи: «ма» (вместо мама), «па» (вместо папа), «ба» (баба) или слово «мама» относят к отцу и другим лицам (из практики 25-летних наблюдений автора).

Независимо от того, начал ли ребенок произносить первые слова целиком или только отдельные части их, необходимо различать «безречевых» детей по уровням понимания ими чужой речи. У одних детей уровень понимания речи (т.е. импрессивная речь) включает в себя довольно большой словарный запас и довольно тонкое понимание значений слов. О таком ребенке родители обычно говорят, что «он все-все понимает, вот только не говорит». Однако логопедическое обследование всегда выявит недостатки их импрессивной речи.

Другие дети с трудом ориентируются в обращенном к ним словесном материале

Яркой особенностью дизонтогенеза речи выступает стойкое и длительное по времени отсутствие речевого подражания новым для ребенка словам. В этом случае, как уже говорилось, ребенок повторяет только первоначально приобретенные им слова (чаще всего их не более 10), но упорно отказывается от слов, которых нет в его активном лексиконе. Такая «остановка» может иметь место и при нормальном развитии речи, но не более чем в течение 5-6 месяцев после появления первых 3-5 слов [6; 8].

В дизонтогенезе речи указанное явление может иметь место в течение нескольких лет жизни ребенка. Такое состояние речи у дошкольников с сохранным интеллектом и слухом диагностируется иногда врачами-психоневрологами как элективный мутизм.

Опыт логопедической работы с неговорящими детьми показывает, что одним из ответственных моментов является тот, когда у ребенка с достаточно развитым пониманием речи появляется потребность повторять слова или части их за взрослым. Возникновение активного желания имитировать слова взрослого обеспечивает ребенку его перевод из категории «неговорящих» в категорию «плохо говорящих».

При появлении речевого подражания репродукция слов осуществляется не в рамках преимущественного воспроизведения просодии целого слова, как это бывает в норме, а только его части. Такой частью, как правило, является

ударный слог слова в открытом его варианте, например: го́лубь, де́вочка, за́йчик, яйцо́, иду́ «го» «де» «ва» «тё» «ди».

Если ребенок репродуцирует два слога, то они могут быть оформлены по-разному: через два гласных звука: авто́бус, у́тка «ао» «уа» через гласный + открытый слог и наоборот: яблоко, Арту́р, молоко́ смотре́у, гулять ма́льчик «яба» «ату» «ако» «ати» «гуя» «май» через два открытых слога: штаны, соси́ски, чита́ть, писа́ть «тани» «сиси» «титя» «писа».

Могут быть и другие варианты вычленения частей слов.

Интересной особенностью аномальной детской речи в этот период ее развития является стремление ребенка к употреблению открытых слогов. Стремление «открыть слог» ярче всего обнаруживает себя в добавлениях гласных звуков к концам слов в тех случаях, где слово оканчивается на согласный: «ма́тика» (ма́льчик), «ко́тика» (ко́тик). Ребенок как бы достраивает слово: «мяса» (мяч), «га́зя» (гвоздь), «абу́ся» (авто́бус) [8; 9; 11].

Отсутствие многих артикуляционных укладов не останавливает детей перед репродуцированием слов или их частей (фрагментов). В качестве заместителя чаще всего выбирается тот звук, в котором содержится общий с искомым звуком компонент артикуляционного уклада или несколько общих компонентов. При нарушениях развития речи звук-заместитель и звук замещаемый могут отличаться друг от друга на два и более компонента, т.е. являются артикуляционно далекими, чего почти не наблюдается в норме, где замещающие друг друга звуки являются артикуляционно близкими.

Укорочение длины слова за счет опускания слогов или одного слога является одним из характерных симптомов, который сопутствует детям с нарушением речевого развития в течение долгих лет жизни. По мере развития речи этот дефект может постепенно изживаться, но всегда обнаруживает себя, как только ребенок сталкивается с новой для себя сложной звуко-слоговой и морфологической структурой слова, например в словах с иноязычными морфемами: «матане́й» (милиционер), «весипедник» (велосипедист) и т. п.

Первые слова аномальной детской речи можно расклассифицировать следующим образом:

1) правильно произносимые: мама, папа, дай, кет и т.п.;

2) слова-фрагменты, т. е. такие, в которых сохранены только части слова, например: «мако́» (молоко), «де́ка» (девочка), «яба» (яблоко), «си́на» (машина) и т. п.;

3) слова-звукоподражания, которыми ребенок обозначает предметы, действия, ситуацию: «би-би» (машина), «мяу» (кошка), «му» (корова), «бух» (упал) и т.п.;

4) контурные слова, или «абрисы», в которых правильно воспроизводятся просодические элементы – ударение в слове, количество слогов: «титити́ки» (кирпи́чки), «папа́та» (лопа́та), «пати́на» (маша́на);

5) слова, которые совершенно не напоминают слова родного языка или их фрагменты (из наблюдений автора – таких слов мало).

Чем меньше слов в лексиконе ребенка, тем больше слов правильно произносимых. Чем больше слов, тем больший процент составляют слова искаженные.

Как уже говорилось, в норме при накоплении в активном лексиконе до 30 словесных единиц ребенок переходит к усвоению первых двухсловных построений. Поэтому нормальное речевое развитие не знает случаев, чтобы при полном отсутствии словесных сочетаний активный лексикон ребенка включал в себя большое количество слов (например, более 100).

Для дизонтогенеза речи нередко характерно расширение номинативного словаря до 50 и более единиц при почти полном отсутствии словесных комбинаций. Однако наиболее частыми случаями являются такие, когда усвоение первых синтаксических построений начинается при наличии в активной речи до 30 слов, но в более старшем возрасте, чем это имеет место в норме [3; 8; 12].

Таким образом, несвоевременное появление активного речевого подражания, выраженную слоговую элизию и несвоевременное овладение первыми словесными комбинациями, т. е. умением, пусть аграмматично и косноязычно, объединять слова между собой, следует считать ведущими признаками дизонтогенеза речи на ранних его этапах.

Морфологически нечленимое использование слов – основная закономерность ранних этапов дизонтогенеза речи. Наступает момент и в жизни детей с недоразвитием речи, когда они начинают связывать уже приобретенные и вновь приобретаемые слова друг с другом. Характерной чертой употребляемых словесных комбинаций является то, что слова, соединяемые в предложения, не имеют никакой грамматической связи между собой, хотя внешне отдельные словосочетания могут быть похожи на правильно оформленные грамматические построения.

Несмотря на известное разнообразие значений, которые ребенок желает выразить в своих высказываниях, он полностью игнорирует формальные (категориальные) средства усваиваемого им языка. Хаотичные сочетания слов, представляющих собой либо их контуры, либо их части (фрагменты), вместе со словами-звукоподражаниями используются ребенком только в одной какой-либо форме, не изменяются им по падежам, числам, лицам, временам и т.п. На этом этапе развития ребенок не способен изменить слова: мама – маму – маме; или пить – пей – пьет; кукла – куклу – куклы и т.п.

Существительные и их фрагменты используются преимущественно в именительном падеже, а глаголы и их фрагменты в инфинитиве и повелительном наклонении или без флексий в изъявительном наклонении.

Одни дети имеют крайне убогий глагольный словарь, заменяя названия действий одним общим словом «деи» (делает), другие знают несколько названий действий, но и в том, и в другом случае в лексиконе ребенка отсутствуют окончания изъявительного наклонения -ет, -ит и др. [3; 11].

Из-за дефектов произношения, аграмматизма и укорочения длины слов высказывания детей непонятны окружающим. Представим в схематичном виде, какие части слов сочетает ребенок в высказывании (на сюжетной картинке изо-

бражена стоящая девочка с флажком в руке). Ребенок хочет сказать: девочка несет флажок. Ребенок произносит: – «де аси (носи, неси) зё».

Дети с нарушенным развитием речи длительно и стойко не замечают грамматической изменяемости слов родного языка, вовлекая все новые и новые слова и их фрагменты в различные сочетания между собой. Неиспользование ребенком формальных средств языка (для русских детей это прежде всего система флексий) объясняется тем, как уже говорилось, что в воспринимаемых словах лексическая основа слова выступает для ребенка как постоянный словесный раздражитель, связанный с конкретным обозначением предметов, действий и т. п. Префиксы, суффиксы и окончания являются для него меняющимся окружением основы, не обладающим конкретным значением, представляя тем самым физиологически слабый словесный раздражитель, который не воспринимается детьми [3; 8].

В норме морфологические элементы слов начинают опознаваться и вычленяться при накоплении детьми небольшого словарного запаса. Примечательно, что разряд слов – названий действий, т.е. глаголов, составляет 1/2 часть от разряда слов – названий предметов, т. е. существительных [3].

При нарушениях развития речи глагольный словарь ничтожно мал по отношению к довольно обширному предметному словарю. Напомним, что о номинативной функции аномальной детской речи писалось немало в специальной литературе.

Предметный словарный запас ребенка оказывается как бы переобогаченным по отношению к этапу его речевого развития. В то же время этот словарный запас всегда недостаточен для календарного возраста детей, что дает основание ставить вопрос о введении в практическую логопедию понятий относительного (по отношению к этапу речевого развития) и абсолютного (по отношению к возрасту) словарного запаса.

Относительно большой словарный запас (по отношению к периоду развития) может быть объяснен большим жизненным опытом нашего контингента детей – как детей более старшего возраста.

Уже на самых ранних этапах усвоения родного языка у детей с нарушениями развития речи обнаруживается острый дефицит в тех элементах языка, которые являются носителями не лексических, а грамматических значений, что связано с дефектом функции общения и преобладанием механизма имитации услышанных слов.

При нарушениях развития речи морфологическое членение слов, или накопление специализированных форм обозначения с помощью грамматических элементов, чаще всего не имеет характера резкого скачка, как это наблюдается в норме.

Явление употребления слов в нерасчлененном на морфологические элементы виде имеет ярко выраженный характер и может наблюдаться в течение многих лет жизни ребенка. Примечательно, что дети с общим недоразвитием речи иногда используют в одном предложении до 3—5 и более аморфных неизменяемых слов-корней (наблюдения автора). Такое явление не имеет места при нормальном развитии детской речи. Невозможно выделить период, в кото-

ром бы предложение, оставаясь грамматически неоформленным, включало три-четыре слова, так как в это же время появляются первые формы слов. Но и тогда, когда в ходе дальнейшего речевого развития дети овладевают словоизменением, они продолжают использовать старые способы соединения слов, вставляя их в свои новые высказывания [9; 11].

Своеобразие грамматического оформления речи при ее нарушенном развитии

Возраст, в котором дети начинают замечать «технику» оформления слов в предложениях, что связано с процессами членения (анализа) слов в языковом сознании ребенка, может быть самым различным: и в 3, и в 5 лет, и в более поздний период.

Если на предшествующих этапах речевого развития ребенок пользовался неизменяемыми аморфными словами-корнями и их комбинациями, а воспроизведение формальных грамматических элементов носило случайный характер и не являлось показателем расчленения слова по составляющим его морфемам, то теперь отдельные слова или фрагменты слов начинают употребляться в двух-трех формах: «óва» – «óвитка» (корова – коровочка), «ти» – «тóтик» (цветы – цветочек), «та» – «той» (вода – водой), «амóлися» – «амблиси» (гармошка – на гармошке) и т. п.

У глаголов наряду с обозначением действий словами-корнями появляется форма настоящего времени 3-го лица с окончанием -ет: «исёсит» (причесывается), «бáйт» (поливает) «итáит» (читает) и т. п.

В то же время большинство прилагательных остаются неизменяемыми и имеют аморфные окончания во всех случаях употребления; «кáси» (красный, -ая, -ое), «ивóни» (зеленый, -ая, -ое, -ые), «тúни» (синяя, -ий, -ие) и т.п.

Несмотря на то, что в некоторых условиях синтаксического построения дети грамматически правильно оформляют концы слов и им доступно их изменение, в других, аналогичных синтаксических построениях на месте правильной формы слова, которую следовало бы ожидать, ребенок продуцирует некорректные формы слов или их фрагменты: «кататя аúзах и конькú» (кататься на лыжах и коньках) [11; 14].

Если нормально развивающийся ребенок, усвоив однажды грамматическое обозначение той или иной ситуации, например переходность действия элементом (окончанием) -у, осуществляет широкое обобщение, так как сходство ситуаций и сходство их обозначения быстро улавливается, то ребенок с нарушенным ходом речевого развития этого сходства не улавливает и длительно обозначает однотипные речевые ситуации по-разному. Грамматический элемент не сразу становится для него носителем определенного значения и однотипные ситуации не связываются с однотипными грамматическими элементами, как это наблюдается в норме: «дай бáн-у» (дай банку), «дай сóн-у» (дай слона), «дай дёл-ю» (дай дрель).

Если при нормальном развитии речи однажды воспроизведенная форма быстро «захватывает» ряды слов и дает большое количество случаев образованных форм слов по аналогии, то при нарушениях речевого развития дети не спо-

собны использовать «подсказывающий» образец слов. А поэтому в грамматическом оформлении одних и тех же синтаксических построений имеются непредвиденные колебания.

Характерной особенностью дизонтогенеза речи является факт длительного сосуществования предложений грамматически правильно и неправильно оформленных. Одно и то же слово в одной и той же синтаксической конструкции может использоваться ребенком разнотипно, а появление правильных форм слов не ведет к динамичному изживанию старого стереотипа.

Хаотическое и беспорядочное сочетание лексических и грамматических средств языка характеризует нарушенный ход речевого развития ребенка. В данном случае корневой морф очень медленно обогащается необходимыми грамматическими элементами: флексиями, суффиксами, префиксами, а если они и восприняты, то длительно используются неправомерно.

В отличие от детей с нормальным развитием речи, которые употребляют грамматический элемент синтаксически правильно в пределах значения одного падежа, числа, лица: «дай со́ну» (дай слона), «лопа́том» (лопатой), «деревы» (деревья), «кла́дит» (кладет) и т. п., дети с нарушенным развитием речи длительно и стойко используют формы слов независимо от того значения, которое необходимо выразить в связи с используемой синтаксической конструкцией. По нашим наблюдениям в случаях тяжелого недоразвития речи дети длительно не усваивают синтаксического значения падежа: «ест ка́ша», «сидит ту́льчику» (сидит на стульчике). В менее тяжелых случаях указанное явление имеет место в единичных случаях [14].

В недоразвитой детской речи аграмматизм свидетельствует о том, что некоторые флексийные элементы связаны у ребенка с определенными значениями, например элемент -ы (реже -ах) связан со значением множества: «много шары», «много грибы», «много столы», «много столáх» и т. п.

Материалы патологии детской речи обнаруживают, что нередко на пути к овладению правильной грамматической формой слова ребенок производит перебор вариантов сочетаний лексических и грамматических языковых единиц. При этом выбираемая грамматическая форма слова чаще всего находится в прямой зависимости от общего уровня сформированности лексико-грамматического и синтаксического строя речи.

Например, на разных этапах своего развития дети по-разному оформляют свой ответ на один и тот же вопрос логопеда: «С кем ты к нам пришел (пришла), приехал (а)?»

1. «Мама» – форма ответа у детей, пользующихся отдельными словами или предложениями из аморфных слов-корней.

2. «Мами» – у детей, в речи которых могут иметь место отдельные случаи словоизменения.

3. «Мамом» – часто встречаемая форма слова на первых этапах усвоения словоизменения.

4. «Мамой» (без предлога) – в случаях относительно развитой фразовой речи и относительно развитого словоизменения.

5. «С мама» – в наиболее тяжелых случаях проявления аграмматизма.

6. «С мамой» – только у детей с достаточно высоким уровнем речевого развития.

Яркое своеобразие аномальной детской речи выступает в усвоении ребенком предложных конструкций. При патологии речи этот процесс имеет свои специфические особенности.

Как уже говорилось, в русском языке значения, выражаемые предложными конструкциями, исключительно разнообразны и сложны. Разные флексии используются в сочетании с различными предлогами, что дает возможность выразить многообразие значений.

Напомним, что характерной закономерностью нормального развития детской речи является то, что (на материале русского языка) усвоение предлогов осуществляется только после того, как будут усвоены наиболее функциональные элементы языка – флексии.

В норме усвоив флексийные изменения в словах, т.е. научившись выполнять комбинацию элементов К+Ф, ребенок свободно вводит в эту двухчленную комбинацию третий элемент – предлог (П) и без труда после этого научается выражать лексико-грамматическое значение с помощью трех языковых элементов: П (предлог) + К (лексическая основа) + Ф (падежное окончание), что обеспечивается умением передвигать слово по словоизменительной шкале, так как в активном словарном запасе ребенка имеется достаточный набор словоизменительных элементов.

При нарушениях развития речи дети, не накопив необходимого набора словоизменительных элементов (в данном случае флексий) и не научившись передвигать слово по словоизменительной шкале, как это наблюдается в норме, преждевременно обращаются к воспроизведению наиболее обособленного морфологического элемента – предлога. Они длительно не замечают, что предлог и флексия связаны отношениями симультанности и что их сочетание представляет собой определенное единство. Флексия и предлог выступают для ребенка в воспринимаемом им словесном материале в качестве переменных элементов, которые варьируются в различных комбинациях с лексической основой и поэтому не воспринимаются детьми, что можно представить в схематическом виде: ребенок слышит: ребенок воспроизводит.

Патология детской речи изобилует примерами, когда дети смешивают между собой как флексии, так и предлоги, так как одномоментное выражение грамматического значения через несколько единиц – П (предлог) + К (лексическая основа) + Ф (флексия) – им недоступно. В большинстве случаев ребенок упрощает сочетание трех элементов, отдавая предпочтение лексической основе слова как наиболее «вещественной» и частотной единице речи, комбинируя ее с аморфным элементом, который имеется в его активном лексиконе. На месте предлогов часто произносятся гласные: «а», «у», «и». Использование указанных гласных на месте предлога может быть частично объяснено произносительными возможностями детей, которые опускают согласный звук предлога и сохраняют только его «вокальную» часть: «а» (вместо на), «и» (вместо из), «у» (вместо в). Однако в большинстве случаев «вокальный» заместитель на месте предлога является неким аморфным предлогом, общим для многих предложных

конструкций, в которых ребенок как бы оставляет, «резервирует» место для будущего вспомогательного слова-предлога; ему предстоит развиваться из аморфного предлога-вокала: «акамáни» (из кармана), «ату́и» (на стуле), «а каёку» (под клеенкой).

Многие предложные конструкции аномальной детской речи могут свидетельствовать о своеобразном понимании детьми значений служебных слов: они говорят «от ведра» в значении – вылить из ведра; «за клеенку» в значении – спрятать под клеенку; «с ножиком», «с мячиком» в значении – резать ножом, играть в мяч, т.е. в значении совместности действия с предметом.

Итак, сочетание детьми словесных элементов, несочетаемых в системе грамматики усваиваемого языка, возможно только в том случае, если эти элементы извлечены ребенком из слитно воспринимаемого им языкового материала, что связано, как показали психофизиологические исследования последних лет, с процессами анализа и синтеза, протекающими в языковом сознании человека.

Примечательно, что при нарушениях развития речи наряду с начавшимся процессом расчленения на морфы словесных форм и соединения вычлененных элементов в речевые последовательности длительное время продолжает существовать употребление слов в морфологически нерасчлененном виде, т. е. в таком виде, в каком словоформа была извлечена из языка окружающих, без реструктурирования ее в связи с собственным высказыванием.

Сосуществование этих двух разнородных явлений – один из ярких признаков дизонтогенеза речи. Нерасчлененное на морфы использование слов ребенком свидетельствует о преимущественном действии имитативных, репродуктивных механизмов речи. Однако сами репродуктивные способности у детей с нарушенным ходом речевого развития ярко обнаруживают свою недостаточность, что выражается в ослабленном и фрагментарном запечатлении словесного материала.

Таким образом, дети с нарушениями развития речи обладают пониженной способностью как воспринимать различия в физических характеристиках элементов языка, так и различать значения, которые заключены в лексико-грамматических единицах языка, что, в свою очередь, ограничивает их комбинаторные возможности и способности, необходимые для творческого использования конструктивных элементов родного языка в процессе построения речевого высказывания.

Контрольные вопросы и задания

1. Опишите общие закономерности развития речи в норме и ее специфические особенности в ходе нарушенного развития.
2. Охарактеризуйте специфику усвоения словаря детей в условиях дизонтогенеза речи в системе усваиваемого языка (проиллюстрируйте на примерах).
3. Дайте развернутую характеристику и проиллюстрируйте на примерах своеобразие овладения грамматическим строем речи детьми в норме и в условиях дизонтогенеза.

Использованная и рекомендованная литература

1. Абелева, И.Ю. Механизмы коммуникативной речи / И.Ю. Абелева. – М.: Парадигма, 2012. – 288 с.
2. Артемова, Е.Э. К вопросу изучения алалии как дизонтогенеза речевого развития / Е.Э. Артемова, А.А. Басова // *Universum: Психология и образование: электрон. научн. журн.* – 2016. – № 3-4 (22). – [Электронный ресурс]. – URL: <http://7universum.com/ru/psy/archive/item/3039>.
3. Борозинец, Н.М. Логопедия: фонетико-фонематическое недоразвитие речи, общее недоразвитие речи, алалия: учебное пособие / Н.М. Борозинец, Т.С. Шеховцова, М.В. Колокольникова. – Ставрополь: СКФУ, 2016. – 203 с. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=466810>
4. Волковская, Т.Н. Организационно-методические основы психологической помощи лицам с недостатками речи: учебно-методическое пособие / Т.Н. Волковская. – М.: Национальный книжный центр, 2015. – 144 с.
5. Волкова, С.В. Феноменология фонематических процессов при афазии у детей старшего дошкольного возраста на этапе восстановительного обучения: автореф. дис. ... канд. пед. наук / С.В. Волкова. – М., 2017. – 26 с.
6. Выявление и преодоление речевых нарушений в дошкольном возрасте / Под ред. И.Ю. Кондратенко. – М.: Айрис Пресс, 2013. – 224 с.
7. Глухоедова, О.С. Дифференцированный подход к активизации речевой деятельности детей с отсутствием вербальных средств общения: автореф. дис. ... канд. пед. наук / О.С. Глухоедова. – М., 2015. – 26 с.
8. Давидович, Л.Р. Ребенок плохо говорит? Почему? Что делать? Коррекционно-педагогическая работа с неговорящими детьми / Л.Р. Давидович, Т.С. Резниченко. – М.: Издательство ГНОМ и Д, 2009. – 112 с. (Практическая логопедия).
9. Жукова, Н.С. Логопедия. Основы теории и практики / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – М.: Эксмо, 2011. – 288 с.
10. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М.: ТЦ «Сфера», 2010 – 128 с.
11. Лаврентьева, А.И. Детская речь (становление языковой способности в онтогенезе): Учебное пособие для студентов педагогических университетов / А.И. Лаврентьева. – М.: МГПУ, 2003. – 51 с.
12. Логопедия / Под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. – М.: ВЛАДОС, 2016. – 364 с.
13. Лынская, М.И. Формирование речевой деятельности у неговорящих детей с использованием инновационных технологий / М.И. Лынская. – М.: ВЛАДОС, 2015. – 128 с.
14. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Секачев, 2015. – 256 с.
15. Ребенок: Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодолении / под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М.: МПСИ; Воронеж «МОДЭК», 2009. – 256 с.

16. Сорокина, Н.А. Комплексная диагностика детей с речевыми нарушениями / Н.А. Сорокина. – М.: ВЛАДОС, 2015. – 116 с. (Коррекционная педагогика) – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785691019203.html>.

17. Филатова, Ю.О. Онтогенез и дизонтогенез плавности речи у детей // Дефектология. – № 5. – 2018. – С. 33-42.

ГЛАВА II. НАРУШЕНИЯ ФОНАЦИОННОГО (ВНЕШНЕГО) ОФОРМЛЕНИЯ ВЫСКАЗЫВАНИЯ («РИНОЛАЛИЯ», «ДИЗАРТРИЯ»)

Тема 3. Общая характеристика ринолалии как нарушения речи. Формы ринолалии (открытая, закрытая, смешанная)

План

1. Общая характеристика ринолалии как нарушения речи.
2. Описание форм ринолалии (открытая, закрытая, смешанная).
3. Основные направления коррекционной работы при ринолалии.

Общая характеристика ринолалии как нарушения речи

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

Ринолалия по своим проявлениям отличается от дислалии наличием измененного назализованного (от лат. *nasus* – нос) тембра голоса [2;3;5].

При ринолалии артикуляция звуков, фонация существенно отличаются от нормы.

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

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

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

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

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

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

Описание форм ринолалии (открытая, закрытая, смешанная)

При **открытой форме ринолалии** ротовые звуки приобретают назальность. Наиболее заметно изменяется тембр гласных *и* и *у*, при артикуляции которых ротовая полость больше всего сужена. Наименьший назальный оттенок имеет гласный *а*, так как при его произнесении ротовая полость широко раскрыта.

Значительно нарушается тембр при произнесении согласных. При произнесении шипящих и фрикативных прибавляется хриплый звук, возникающий в

носовой полости. Взрывные *n, б, д, т, к* и *г* звучат неясно, так как в ротовой полости не образуется необходимое воздушное давление вследствие неполного перекрытия носовой полости. Ринофонически звучат *лп*. Воздушная струя в ротовой полости настолько слаба, что недостаточна для колебания кончика языка, необходимого для образования звука *р* [2; 3; 5].

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

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

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

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

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

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

Органическая открытая ринопалия может быть приобретенной или врожденной.

Приобретенная открытая ринопалия образуется при перфорации твердого и мягкого нёба, при Рубцовых изменениях парезах и параличах мягкого нёба.

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

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

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

Частота рождения детей с расщелинами различна среди разных народов, в разных странах и даже в разных областях каждой страны. А. А. Лимберг (1964), обобщая сведения из литературы, отмечает, что на 600—1000 новорожденных

рождается один ребенок с расщелиной губы и нёба. В настоящее время частота рождаемости в разных странах детей с врожденной патологией лица и челюстей колеблется от 1 на 500 новорожденных до 1 на 2500 с тенденцией к увеличению за последние 15 лет (Burian, Fogh-Andersen, Блохина С. И. и др. (1995).

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

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

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

В настоящее время принята следующая классификация.

Врожденные расщелины верхней губы: скрытая расщелина, неполная расщелина: а) без деформации кожно-хрящевого отдела носа; б) с деформацией кожно-хрящевого отдела носа; полная расщелина.

Врожденные расщелины нёба:

- 1) расщелины мягкого нёба: скрытые (субмукозные); неполные; полные;
- 2) расщелины мягкого и твердого нёба: скрытые; неполные; полные;
- 3) полные расщелины альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба: односторонние; двусторонние;
- 4) полные расщелины альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба: односторонняя; двусторонняя.

Логопеду наиболее трудно обнаружить субмукозную (подслизистую), или скрытую, расщелину. Для ее выявления следует обратить внимание на заднюю поверхность нёба, которая при утрированном произнесении звука *a* с широко открытым ртом слегка втягивается в форме небольшого треугольника. Слизистая оболочка в этой области истончена и имеет более бледную окраску[2;3;5].

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

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

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

Диспансеризация таких больных получила развитие за последние 10-15 лет, в основном после IV съезда стоматологов (1962) по проблеме врожденных расщелин верхней губы и нёба. Идея диспансеризации появилась еще в 1950 г. (М.Д. Дубов). Научное обоснование и широкое применение на практике современного принципа диспансеризации осуществила Б.Я. Булатовская (1958-1971). По ее предложению были проведены мероприятия, которые положили начало диспансерному наблюдению и лечению детей с расщелинами в СССР. Организованный в г. Екатеринбурге (Свердловске) в 1956 г. Б.Я. Булатовской консультативно-методический центр явился прообразом межобластных лечебно-консультативных центров, которые продолжают создаваться в настоящее время в различных городах.

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

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

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

По состоянию психического развития дети с расщелинами составляют весьма разнородную группу: дети с нормальным психическим развитием; с задержкой умственного развития; с олигофренией (разной степени). У некоторых детей имеются отдельные неврологические микропризнаки: нистагм, легкая асимметрия глазных щелей, носо-губных складок, повышение сухожильных и перистальных рефлексов. В этих случаях ринолалия осложняется ранним поражением центральной нервной системы. Значительно чаще у детей наблюдаются функциональные нарушения нервной системы, выраженные психогенные реакции на свой дефект, повышенная возбудимость и др.

Характерным для детей с ринолалией является изменение оральной чувствительности в ротовой полости. Значительные отклонения в стереогнозе у детей с расщелинами в сравнении с нормой отмечены М. Эдварде (1973). Причина заключается в дисфункции сенсомоторных проводящих путей обусловленных неполноценными условиями вскармливания в грудном возрасте.

Патологические особенности строения и деятельности речевого аппарата обуславливают многообразные отклонения в развитии не только звуковой стороны речи, в разной степени страдают различные структурные компоненты речи.

Закрытая ринолалия образуется при пониженном физиологическом носовом резонансе во время произнесения звуков речи. Самый сильный резонанс у носовых м, м, н, н. При нормальном их произнесении носоглоточный затвор остается открытым и воздух проникает прямо в носовую полость. Если для назальных звуков носовой резонанс отсутствует, они звучат как ротовые б, б, д, д. В речи исчезает противопоставление звуков по признаку назальный-неназальный, что влияет на ее разборчивость. Меняется также звучание гласных звуков из-за заглушения отдельных тонов в носоглоточной и носовой полостях. При этом гласные звуки приобретают в речи неестественный оттенок

Причина закрытой формы – чаще всего органические изменения в носовом пространстве или функциональные расстройства нёбо-глоточного смыкания. Органические изменения вызываются болезненными явлениями, в результате которых затрудняется носовое дыхание [6; 7].

М. Зеeman различает два вида закрытой ринолалии (ринофонии): переднюю закрытую – при непроходимости носовых полостей и заднюю закрытую – при уменьшении носоглоточной полости.

Передняя закрытая ринолалия наблюдается при хронической гипертрофии слизистой носа, главным образом, задних нижних раковин; при полипах в носовой полости; при искривлении перегородки носа и при опухолях носовой полости

Задняя закрытая ринолалия у детей может быть следствием аденоидных разрастаний, реже носоглоточных полипов, фибромы или иных носоглоточных опухолей.

Функциональная закрытая ринолалия наблюдается у детей часто, но не всегда правильно распознается. Она возникает при хорошей проходимости носовой полости и ненарушенном носовом дыхании. Однако тембр назальных и

гласных звуков при этом может быть нарушен сильнее, чем при органических формах.

Мягкое нёбо при фонации и при произношении назальных звуков сильно поднимается и закрывается доступ звуковым волнам к носоглотке. Это явление чаще наблюдается при невротических расстройствах у детей.

При органической закрытой ринолалии прежде всего должны быть устранены причины непроходимости носовой полости. Как только наступает правильное носовое дыхание, исчезает и дефект. Если же после устранения непроходимости (например, после аденотомии) ринолалия продолжает проявляться, прибегают к таким же упражнениям, как при функциональных нарушениях.

Эффективность логопедической работы по устранению ринолалии зависит от состояния носоглотки, функции uvula, от возраста ребенка. Важным фактором является и способность ребенка различать назальный тембр голоса от нормального. На начальном этапе занятий рекомендуются дыхательные упражнения, цель которых состоит в дифференциации носового и ротового вдоха и выдоха. Это достигается сначала упражнениями с дутьем, а затем чередованием краткого и длительного носового выдоха. Одновременно осуществляется активизация мышц мягкого нёба и задней стенки глотки. Следующим этапом является работа над дифференциацией ротового и носового выдохов. Это подготавливает возможность постановки и автоматизации назальных звуков: губно-губного смычного «м» и переднеязычного смычного «к».

Детей обучают протяжному утрированному произнесению, чтобы ощущалась сильная вибрация на крыльях и основании носа. Таким же образом упражняют гласные перед назальными звуками (ам, ом, ум, ан). При произнесении этих звуков и слогов мягкое нёбо пассивно, логопед контролирует движение губ (при м) или языка (при к) в силу носового выдоха. После этого назальные звуки закрепляются в словах. Их необходимо произносить усиленно и протяжно, с сильным носовым резонансом. Для коррекции дефекта детям школьного возраста можно вводить тонкую резиновую трубку в носовой ход, другой ее конец – в наружный слуховой канал, чтобы ребенок «слышал носом» и сам контролировал голосовые вибрации при образовании носовых звуков. Заключительным этапом является работа над звучностью гласных звуков и над противопоставлением звуков по признаку назальность-неназальность (п., б – м; д – н).

Некоторые авторы (М. Зеeman, А. Митронович-Моджеевска) выделяют **смешанную ринолалию** – состояние речи, характеризующееся пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра (назализованного голоса). Причиной является сочетание непроходимости носа и недостаточность нёбо-глочного контакта функционального и органического происхождения [6;7]

Наиболее типичными являются сочетания укороченного мягкого нёба, подслизистого его расщепления и аденоидных разрастаний, которые в таких случаях служат препятствием для утечки воздуха через носовые ходы во время произнесения оральных звуков.

Состояние речи может ухудшиться после аденотомии, так как возникает нёбно-глочная недостаточность и проявляются признаки открытой ринолалии. В связи с этим логопеду следует тщательно обследовать строение и функцию мягкого нёба, установить, какая форма ринолалии (открытая или закрытая) сильнее нарушает тембр речи, совместно с врачом обсудить необходимость устранения носовой непроходимости и предупредить родителей о возможности ухудшения тембра голоса. После операции используются приемы коррекции, разработанные применительно к открытой ринолалии.

Основные направления коррекционной работы при ринолалии

Коррекционное обучение детей, имеющих отклонение только с фонетической стороны, ведется по следующим направлениям: активизация деятельности артикуляционного аппарата (различными приемами в зависимости от состояния врожденного дефекта); формирование артикуляции звуков; устранение назального оттенка голоса; дифференциация звуков с целью предупреждения нарушения звукового анализа; нормализация просодической стороны речи; автоматизация приобретенных навыков в свободном речевом общении.

Коррекционное обучение детей, имеющих фонетико-фонематическое недоразвитие, включает перечисленные выше направления, а также систематические упражнения по коррекции фонематического восприятия, формированию морфологических обобщений, преодолению дисграфии.

Коррекционное обучение детей с общим недоразвитием речи направлено на формирование полноценной фонетической стороны речи, развитие фонематических представлений, овладение морфологическими и синтаксическими обобщениями, развитие связной речи. Все это можно осуществить в условиях специальной школы для детей с тяжелыми нарушениями речи.

В отечественной логопедии разработаны методические приемы по устранению ринолалии (Е.Ф. Рау, 1933; Ф.А. Рау, 1933; З.Г. Нелюбова, 1938; В.В. Куколь, 1941; А.Г. Ипполитова, 1955, 1963; З.А. Репина, 1970; И.И. Ермакова, 1984; Г.В. Чиркина, 1987; Волосовец Т.В. 1995) [5; 6].

Большую значимость имеет система, разработанная А. Г. Ипполитовой. Эта система высоко результативна при коррекции звукопроизношения у детей, не имеющих отклонений в фонематическом развитии. А. Г. Ипполитова одна из первых рекомендовала занятия в дооперационном периоде. Характерным для ее методики является сочетание дыхательных и артикуляционных упражнений, последовательность отработки звуков, обусловленная артикуляционной взаимосвязанностью.

Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является произвольным базисом для формирования следующих. Используются так называемые «опорные» звуки.

Подготовка артикуляционной базы звука проводится при помощи специальной артикуляционной гимнастики, которая сочетается с развитием речевого дыхания ребенка. Своеобразие метода А.Г. Ипполитовой состоит в том, что при

вызывании звука первоначальное внимание ребенка направлено только на артикулему.

Содержание логопедических занятий по методике А.Г. Ипполитовой включает следующие разделы:

1. Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха.
2. Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулем гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных.
3. Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании сонорных звуков и аффрикат.
4. Формирование мягких звуков.

Л.И. Вансовская (1977) предложила начинать устранение назализации не с традиционного звука а, а с передних гласных и и э, так как именно они позволяют фокусировать выдыхаемую струю воздуха в переднем отделе ротовой полости и направлять язык к нижним резцам. При этом усиливается четкость кинестезии при соприкосновении с нижними резцами; при произнесении звука и стенки глотки и мягкое нёбо участвуют более активно.

От ребенка требуется произнесение звуков негромким голосом, с несколько выдвинутой вперед челюстью, с полуулыбкой, с усиленным напряжением мягкого нёба и глоточных мышц. После устранения назализации гласных проводится работа над сонорами (л, р), затем щелевыми и смычными согласными.

На совершенствование методов коррекции дефектов речи при ринолалии оказало влияние исследование методом рентгенографии. Оно позволило прогнозировать возможность восстановления функции нёба логопедическими приемами (Н.И. Сереброва, 1969).

Анализ рентгенограмм выявил зависимость эффективности логопедической работы от подвижности мягкого нёба и задней стенки глотки; от расстояния между задней стенкой глотки и мягким нёбом; от ширины средней части глотки.

Сопоставление этих данных еще до начала логопедической работы дает возможность решить вопрос о степени компенсации речевого дефекта общепринятыми средствами.

Приемы дифференцированной логопедической работы в зависимости от анатомических и функциональных особенностей артикуляционного аппарата разработаны Т.Н. Воронцовой (1966).

Применительно к взрослым разработана методика С.Л. Таптаповой (1963), которая предлагает своеобразный режим молчания – произношение про себя гласных звуков. Это снимает гримасы и подготавливает произношение без назализации. Рекомендуются вокальные упражнения.

И.И. Ермакова (1980) разработала поэтапную методику коррекции звукопроизношения и голоса. Ею установлены возрастные особенности функциональных расстройств голосообразования у детей с врожденными расщелинами и применительно к ним модифицированы ортофонические упражнения. Специальное внимание уделено послеоперационному периоду и рекомендованы

приемы развития подвижности мягкого нёба, предотвращающие его укорочение после хирургической пластики.

Устранение нарушений звуковой стороны речи базируется на тщательном логопедическом обследовании детей.

Устанавливаются наличие и степень нёбно-глоточной недостаточности, рубцовые изменения твердого и мягкого нёба, его длина; характер контакта с задней стенкой глотки (пассивный, активный, функциональный); зубочелюстные аномалии, особенности моторики артикуляционного аппарата; наличие компенсаторных мимических движений.

Эффективность логопедической работы находится в тесной связи с анатомическим и функциональным состоянием речевого аппарата. Большое значение придается также психофизическому состоянию ребенка, его поведению и личности в целом.

Система коррекционной работы по развитию фонетически правильной речи включает следующие разделы: развитие движений мягкого нёба, устранение назального оттенка, постановка звуков и развитие фонематического восприятия.

Содержание первого раздела меняется в зависимости от того, оперирован или нет ребенок. Если операция произведена, то большое внимание уделяется массажу мягкого нёба для сглаживания и большей эластичности послеоперационного рубца.

Для массажа используется зонд для звука с, (см. рис. 8, № 2), который осторожно двигается вперед-назад по твердому нёбу. При поглаживании и растирании слизистой оболочки на границе твердого и мягкого нёба в поперечном направлении возникает рефлекторное сокращение мышц глотки и мягкого нёба. Также эффективен массаж при произнесении звука а – в это время производится легкий нажим на мягкое нёбо. Полезно производить точечный и толчкообразный массаж пальцем.

Массаж должен продолжаться 1,5-2 минуты, т. е. нужно произвести 40-60 быстрых ритмических движений по нёбу (2 раза в день в течение 6-12 месяцев за 2 часа до или после еды).

Существенной в послеоперационный период является работа по активизации мягкого нёба. Для этого применяют следующие упражнения.

Гимнастика для нёба.

Глотание воды маленькими порциями, что вызывает наиболее высокое поднятие мягкого нёба. При следующих друг за другом глотательных движениях удлиняется время удержания мягкого нёба в поднятом положении. Детям предлагается полить из маленького стаканчика или пузырька. Можно капать на язык из пипетки по несколько капель воды.

Позевывание при открытом рте; имитация позевывания.

Полоскание горла теплой водой маленькими порциями.

Покашливание, которое вызывает энергичное сокращение мышц валика Пассавана (на задней стенке глотки). Валик Пассавана может увеличиваться до 4-5 мм и в значительной степени возмещает нёбно-глоточную недостаточность. При покашливании происходит полный затвор между носовой и ротовой поло-

стью. Активные движения нёба и задней стенки глотки могут ощущаться детьми (рука прикасается к мышцам шеи под подбородком и «чувствует» подъем нёба).

Произвольное покашливание производится два-три раза или больше на одном выдохе. В это время сохраняется контакт нёба с задней стенкой глотки, а воздушный поток направляется через ротовую полость. Первое время рекомендуется производить покашливание с высунутым языком. Затем – покашливание с произвольными паузами, во время которых от ребенка требуют сохранить контакт нёба с задней стенкой глотки. Постепенно ребенок приучается активно поднимать его и направлять воздушную струю через рот.

Производится четкое энергичное утрированное произнесение гласных звуков (на твердой атаке) высоким тоном голоса. При этом увеличивается резонанс в ротовой полости и уменьшается носовой оттенок.

Перечисленные упражнения дают положительные результаты в дооперационном периоде и после операции. Систематическое их проведение в течение длительного времени в до-операционный период подготавливает ребенка к операциям и сокращает сроки последующей коррекционной работы.

Работа над дыханием является необходимой для воспитания правильной звуковой речи. У детей с ринолалией очень короткий неэкономный выход, расходуемый через рот и носовые ходы. Для воспитания направленной ротовой воздушной струи используются следующие упражнения: вдох и выдох носом; вдох носом, выдох ртом; вдох ртом, выдох носом; вдох и выдох ртом.

При систематическом выполнении этих упражнений ребенок начинает ощущать разницу в изменении фонации и учится правильно направлять выдыхаемый воздух. Это способствует также воспитанию правильных кинестетических ощущений движения мягкого нёба.

При выполнении упражнений важно постоянно контролировать ребенка, так как ему трудно ощутить утечку воздуха через носовые ходы. Используются различные приемы контроля: приставляется к носовым ходам зеркало, ватка, полоска тонкой бумаги и т. п.

Воспитанию правильной воздушной струи способствуют упражнения с дутьем на ватку, на полоску бумаги, на бумажные игрушки и т. п.

Более трудным и не всегда оправданным упражнением является игра на детских духовых инструментах. Подобные упражнения необходимо чередовать с более легкими, так как они вызывают быстрое утомление.

Одновременно осуществляется цикл упражнений, основная цель которых – нормализация речевой моторики. Повседневное их применение устраняет высокий подъем корня языка, недостаточную губную артикуляцию и увеличивает подвижность кончика языка. В связи с этим уменьшается чрезмерное участие корня языка и гортани в произношении звуков.

Гимнастика для губ и щек.

Надувание обеих щек одновременно.

Надувание щек попеременно.

Втягивание щек в ротовую полость между зубами.

Сосательные движения – сомкнутые губы вытягиваются вперед хоботом, затем возвращаются в нормальное положение. Челюсти при этом сомкнуты.

Оскал: губы сильно растягиваются в сторону, вверх, вниз, обнажая оба ряда зубов.

«Хоботок», с последующим оскалом при сжатых челюстях.

Оскал с раскрыванием и закрыванием рта, с последующим смыканием губ.

Оскал при раскрытом рте, с последующим закрыванием губами обоих рядов зубов (п, б, м).

Вытягивание губ широкой воронкой при раскрытых челюстях.

Вытягивание губ узкой воронкой (имитация свиста).

При широко раскрытых челюстях губы втягиваются внутрь рта, плотно прижимаясь к зубам.

Поднимание плотно сжатых губ вверх и вниз при плотно сжатых челюстях.

Поднимание верхней губы – обнажаются верхние зубы.

Оттягивание вниз нижней губы – обнажаются нижние зубы.

Имитация полоскания зубов (воздух сильно давит на губы).

Вибрация губ.

Движения губ хоботком влево-вправо.

Вращательные движения губ хоботком.

Сильное надувание щек (губами удерживается воздух в ротовой полости, увеличивается внутриротовое давление).

Удерживание губами карандаша или резиновой трубочки.

Гимнастика для языка.

Высовывание языка лопатой, жалом.

Поочередное высовывание языка распластанного и заостренного.

Поворачивание сильно высунутого языка вправо-влево.

Поднимание и опускание задней части языка – кончик языка упирается в нижнюю десну, а корень языка то поднимается вверх, то опускается вниз.

Присасывание спинки языка к нёбу сначала при закрытых челюстях, а затем при открытых.

Высунутый широкий язык смыкается с верхней губой, а затем втягивается в рот, касаясь спинкой верхних зубов и нёба и загибаясь кончиком вверх у мягкого нёба.

Присасывание языка к верхним альвеолам с раскрыванием и закрыванием рта.

Проталкивание языка между зубами, так что верхние резцы «скоблят» спинку языка.

Круговое облизывание кончиком языка губ.

Поднимание и опускание широко высунутого языка к верхней и нижней губам при раскрытом рте.

Поочередное загибание кончика языка жалом к носу и подбородку, верхней и нижней губам, к верхним и нижним зубам, к твердому нёбу и дну ротовой полости.

Кончик языка касается верхних и нижних резцов при широко открытом рте.

Высунутый язык удерживать желобком, лодочкой, чашечкой.

Язык в форме чашечки удерживать внутри рта.

Закусывание зубами боковых краев языка.

Упираясь боковыми краями языка в боковые верхние зубы, при оскале поднимать и опускать кончик языка, касаясь им верхних и нижних десен.

При том же положении языка многократно барабанить кончиком

Проделать движения одно за другим – язык жалом, чашечкой, вверх и т. д.

Таким образом, воспитываются движения, необходимые для правильного произнесения звуков.

Проводятся голосовые упражнения на гласных звуках. Гласные звуки а, о, у, э ставятся в первую очередь и затем регулярно (ежедневно) включаются в упражнения. Гласные звуки сначала артикулируются без голоса (беззвучно). Это особенно полезно для детей, у которых выражены компенсаторные дополнительные движения лица (втягивание у крыльев носа). Эти дети должны ежедневно заниматься перед зеркалом беззвучной артикуляцией гласных, а затем переходить к громкому произнесению. Постепенно увеличивается число повторений гласных на одном выдохе.

Следующий этап – отрывистое четкое произнесение гласных по два и три звука в разной последовательности. Помимо артикуляционной тренировки, это развивает удерживание последовательности звуков и овладение слоговой структурой слова.

Затем от детей требуется произнесение гласных с небольшими паузами, во время которых должно сохраняться высокое положение мягкого нёба. Паузы постепенно увеличиваются от одной до трех секунд.

Например: а-; а- -; а - - - и т. д.

Длительное слитное произнесение гласных звуков: а--э--а--у--и и т.д.

Воспитание правильного звукопроизношения проводится обычными коррекционными методами. Специфичным является постоянный контроль за направлением воздушной струи. В трудных случаях можно применять временное зажимание носовых ходов для более внятного и звучного произнесения звука. Специфическим также является порядок постановки звуков. Из согласных первым вырабатывается звук ф – глухой фрикативный звук, к произнесению которого легко перейти от упражнений, связанных с продуванием воздушной струи через рот. От ребенка требуется осуществление длительного правильного выдоха, во время которого верхние зубы касаются нижней губы, получается звук ф. Учащиеся упражняются в произнесении звука изолированно (ф-, ф-), в обратных слогах (аф, эф, иф), затем в прямых слогах (фа, фу, афа, афу). К артикуляции звука п учащиеся подготовлены упражнениями по надуванию щек, требующими хорошего нёбно-глоточного затвора. Далее дети должны произвести взрыв смычки губ для звука п. Если у них не получается, тогда логопед размыкает плотно сжатые губы ребенка, отодвигает нижнюю губу вниз. Достаточный взрыв может получиться только при отсутствии утечки воздуха через носовые

ходы, поэтому в дальнейшем произнесение звука *n* может применяться для тренировочных упражнений по устранению назальности.

При постановке звука *t* внимание ребенка главным образом фиксируется на правильности ротового выдоха, во время осуществления которого кончик языка прижимается к верхним зубам. Все элементы артикуляции звуков должны быть подготовлены и автоматизированы заранее в артикуляционных упражнениях и автоматически включаются при наличии достаточно сильной воздушной ротовой струи.

Звук *k* представляет определенную трудность для детей и не всегда получается по подражанию, несмотря на упражнения в покашливании. Поэтому может использоваться механический способ постановки от звука *m*.

Логопедические занятия в дооперационный период предотвращают возникновение серьезных патологических изменений в функционировании органов речи. Одновременно подготавливается активность мягкого нёба; нормализуется положение корня языка; усиливается мышечная деятельность губ; вырабатывается направленный ротовой выдох. Тем самым создаются условия для более эффективных результатов операции и последующей коррекции.

Рано начатое логопедическое воздействие уменьшает дегенеративные изменения мышц глотки (И.И. Ермакова, 1984).

После операции (через 15-20 дней) многие специальные упражнения повторяются. Основная их цель в этом периоде – развитие эластичности и подвижности смыкания. В значительном числе случаев возникает необходимость «растягивания» мягкого нёба, так как оно может в послеоперационный период уменьшиться в длину за счет рубцевания.

Для растяжения свежих рубцов применяется прием, имитирующий проглатывание. Одновременно проводится и массаж.

В послеоперационный период необходимо развить подвижность мягкого нёба, устранить неправильный уклад органов артикуляции и подготовить произношение всех звуков без назального оттенка.

Дети с ринолалией, посещающие специальный детский сад, под руководством логопеда овладевают правильным произношением звуков. Занятия проводятся как в группе, так и индивидуально. На индивидуальных занятиях применяются специальные упражнения, направленные на устранение специфических для этой аномалии дефектов.

При составлении индивидуального плана логопед должен придерживаться следующих направлений: нормализация звуковой стороны речи и устранение лексико-грамматического недоразвития.

Включается ряд специальных разделов:

1. Звуки, подлежащие постановке, коррекции, уточнению или дифференциации. Обращается внимание на нарушение собственно артикуляции звуков и на степень назализации при их произнесении

2. Ритмико-слоговая структура. Вычленяются трудности произношения звуков в сложных позициях (типа ССГ), а также в многосложных словах и в конце фразы

3. Фонематическое восприятие и состояние слухового контроля за собственной речью.

В первом периоде обучения в детском саду на индивидуальных занятиях проводится уточнение произношения гласных звуков а, э, о, у, ы и согласных п, п; ф, ф; в, в; т, т; постановка и первоначальное закрепление звуков: к, к; х, х; с, с; г, г; л, л; б, б.

Во втором периоде озвучиваются звуки: и; д, д; з, з; ш; р.

В третьем периоде обрабатываются звук ж, аффрикаты и продолжается работа над уточнением артикуляции пройденных ранее звуков. Одновременно ведется интенсивная работа над устранением назального оттенка.

Большое место отводится дифференциации ротовых и носовых звуков: м – п; м – п; н – д; н – т; м – б; м – б.

В школе для детей с тяжелыми нарушениями речи специфические дефекты устраняются на индивидуальных логопедических занятиях.

В процессе коррекционной работы над нормализацией фонетической стороны речи необходимо контролировать эффективность логопедических упражнений.

Предложенные Л.И. Вансовской критерии дают возможность более четко расчленивать комплексные нарушения речи при ринолалии и оценить коррекционное воздействие по двум аспектам – устранение назализации и дефектов артикуляции.

Установлены следующие оценки речи:

1. Нормальная и близкая к норме, т. е. сформировано звукопроизношение и устранена назализация.

2. Значительное улучшение речи – сформировано звукопроизношение, имеется умеренная назализация.

3. Улучшение речи – сформирована артикуляция не всех звуков, имеется умеренная назализация.

4. Без улучшения – не сформирована артикуляция звуков, сохраняется гиперназализация.

На результативность коррекционного воздействия большое влияние оказывает активное участие родителей в воспитании нормальной речи у детей с расщелиной.

Среди некоторых факторов, оказывающих влияние на результаты коррекции (возраст, в котором сделана операция, ее качество; возраст, в котором началось логопедическое обучение; продолжительность обучения), выделяется и фактор сотрудничества с семьей ребенка. Логопед инструктирует родителей об используемых приемах коррекции и значительную часть хорошо отработанных упражнений рекомендует для систематического применения в домашних условиях.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте подробную характеристику основных форм ринолалии у детей (открытая, закрытая, смешанная).

2. Проанализируйте классификацию врожденных расщелин губы и неба у детей.

3. Раскройте роль небно-глоточного смыкания для полноценного голосообразования и речеобразования.

4. Опишите особенности коррекционно-логопедической работы при открытой ринолалии в дооперационный и послеоперационный периоды.

5. В чем специфика коррекции нарушений звукопроизношения у детей ринолалией?

Использованная и рекомендуемая литература

1. Белякова, Л.И. Здоровьесберегающие технологии развития речи у детей. Формирование речевого дыхания / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Ю.О. Филатова, Т.Г. Хатнюкова-Шишкова. – М.: Национальный книжный центр, 2017. – 80 с. (Логопедические технологии).

2. Волосовец, Т.В. Логопедическая работа при ринолалии (дооперационный период) / Т.В. Волосовец, В.Е. Агаева / Логопедия: методические традиции и новаторство / Под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. – М.-Воронеж, 2003. – С. 93-102.

3. Ермакова, И.И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков / И.И. Ермакова. – М.: Просвещение, 2003. – 143 с.

4. Зайцева, Л.А. Ранняя коррекционно-развивающая работа с детьми, имеющими врожденные расщелины губы и нёба / Л.А.Зайцева, А.Г. Азорова. – Дефектология. – 2000. – № 1. – С. 3-21.

5. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педагогических вузов: В 5 книгах. Книга 1. В 2-х частях. Часть 2. Ринолалия. Дизартрия / Авт.-сост. Л.С. Волкова, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина / Под ред. Л.С. Волковой. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 304 с.

6. Логопедия: Учебник для обучающихся дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2009. – 677 с. Гриф МО.

7. Соломатина, Г.Н. Нормализация функции дыхания у детей с врожденными расщелинами нёба / Г.Н. Соломатина. – Логопед. – 2004. – № 1. – С. 17-25.

8. Степанова, О.А. Организация логопедической работы в ДОУ: Методическое пособие / О.А. Степанова. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2017. – 128 с.

9. Сорокина, Н.А. Комплексная диагностика детей с речевыми нарушениями / Н.А. Сорокина. – М.: ВЛАДОС, 2015. – 116 с. (Коррекционная педагогика) – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785691019203.html>.

Тема 4. Раннее общее и речевое развитие детей с ринолалией. Характеристика устной и письменной речи детей с ринолалией

План

- 1. Раннее общее и речевое развитие детей с ринолалией.*
- 2. Характеристика устной речи детей с ринолалией.*
- 3. Характеристика письменной речи детей с ринолалией.*

Раннее общее и речевое развитие детей с ринолалией

В ходе исследования получены достоверно значимые результаты, свидетельствующие об отставании младенцев с врожденной расщелиной губы и неба в развитии психомоторной сферы по параметрам тактильно-орального, тактильно-двигательного, слухового развития, а также о предпочтении более простой схемы межличностного общения. Таким образом, нарушение психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба отмечается не только в фазе исполнения движения, но и в фазе ориентировки, что упрощает характер общения. В результате анализа количественных и качественных результатов психомоторного развития выделены 3 подгруппы детей, у которых психомоторное развитие находится в пределах возрастной нормы (58%), осуществляется замедленным темпом (32%) и отстает (10%). Сопоставление клинических диагнозов в 3 подгруппах показало отсутствие прямой зависимости психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба от вида расщелины, в то же время катамнестические наблюдения за речевым развитием выявили причинную связь между развитием психомоторной сферы в младенческом возрасте и последующим речевым развитием.

У детей с открытой ринолалией нарушается сам процесс формирования речи. В случае социальной депривации замедляется и превращается в задержку. В социально благоприятных условиях речь ребенка развивается, но в искаженной форме: грубо нарушено звукопроизношение и дыхание, большие голосовые недостатки. Общее звучание речи смазано, так как помимо звукопроизношения сильно страдает просодика. В раннем возрасте речь ребёнка с врожденной расщелиной неба не отличается от речи его сверстников. Малыши плачут, кричат и гуляют, получая положительные эмоции от воспроизведения звуков.

Однако выявляются следующие особенности: крик тихий, слабый, немодулированный; своевременно появившиеся гуление и лепет постепенно угасает; развитие речи зависит от социальных условий (отношение родителей к ребенку). Впервые носовой оттенок, изменяющий тембр голоса малыша, появляется во время воспроизведения первых согласных звуков. В период лепета и первых попыток произнести простые слоги и односложные слова можно четко услышать искажение звуков [п], [б]. Именно в этом возрасте, отсутствие возможностей для смыкания мягкого неба со структурами носоглотки у ребёнка с расщелиной неба становится пусковым моментом для формирования патологических речевых механизмов. Пытаясь воспроизвести слышимые от окружающих звуки, малыш начинает неосознанно изменять работу органов артикуляции [2; 4; 5].

Одним из первых изменяется положение языка в полости рта. Он смещается в глубину ротовой полости, его спинка приподнимается к краям расщелины неба, а кончик не принимает участие в формировании звуков. Ряд согласных звуков образуется посредством смыкания корня языка с задней стенкой глотки.

В течение второго и третьего года жизни ребёнок с расщелиной неба приобретает иной тип фонационного дыхания. Им используется смешанное носоротовое дыхание с резким уменьшением продолжительности выдоха. Начинают активно формироваться компенсаторные механизмы работы артикуляционного

аппарата. Дети прибегают к образованию складок на задней стенке глотки при произношении глухих согласных звуков и сокращению гортани для воспроизведения звонких согласных. Отсутствие разделения носовой и ротовой резонансных полостей становится причиной атипичных акустических эффектов. Появляется гиперназализация – носовой оттенок при произношении гласных и звонких согласных, и носовая эмиссия (слышимая утечка воздуха через носовые ходы) при произнесении согласных звуков, требующих давления в полости рта. Стремясь уменьшить утечку воздуха через носовую полость, дети начинают напрягать мышцы лба, щёк, крыльев носа – появляются компенсаторные гримасы.

Расстройство звукообразования зависит как от нарушения деятельности мышечного аппарата мягкого нёба, глотки и языка, так и от деформации твёрдого нёба, альвеолярного отростка, неправильного расположения зубов, при наличии расщелины губы от недостаточной ее подвижности после хейлопластики и, иногда, еще от нарушения формы крыла носа (ноздри). Мышечный аппарат, очевидно, уже очень рано приспособляется к своеобразным условиям глотания у носителей расщелин; к этому, с развитием речи, присоединяются усилия при разговоре. Возникает гипертрофия языка в задних отделах, подвижность же кончика его, наоборот, понижена.

Наряду с недостаточностью периферического речевого аппарата, и как следствие этой недостаточности, нарушается воспитание всего нервно-мышечного аппарата речи. Состояние периферического аппарата речи обуславливает характер проприоцептивных возбуждений от двигательного речевого аппарата, которые передаются на эффекторные аппараты двигательного речевого анализатора для осуществления речевого акта. Базисом речи или базальным компонентом являются, по И. П. Павлову, кинестезические раздражения речевых органов. Таким образом, при наличии расщелины неба возможна задержка в развитии, извращенное воспитание слуха, и поэтому больные не слышат своей гнусавости. Это приводит к трудностям в усвоении языка, правописания.

Речь у носителей расщелин иногда сопровождается компенсаторными гримасообразными движениями мимических мышц лица, в особенности крыльев носа. Больные как бы стремятся движением крыльев носа задержать прохождение воздушной струи.

Длительно существующие компенсаторные механизмы формирования звуков постепенно приводят к нарушениям голосового аппарата: появляется осиплость, слабость, приглушённость голоса, изменяется структура слизистой и мышечного слоя глотки и гортани.

Все эти нарушения, а именно: задержка темпов речевого развития и приобретения речевых навыков, дислалия (нарушение звукопроизношения), использование компенсаторных артикуляционных механизмов, гиперназализация и носовая эмиссия – являются признаками характерной для ребёнка с расщелиной нёба речи – ринолалии.

Характеристика устной речи детей с ринолалией

Особенности устной речи детей с ринолалией во многих случаях являются причиной отклонения в формировании других речевых процессов. При ринолалии речь развивается с опозданием (первые слова появляются к двум годам и значительно позже) и имеет качественные особенности. Импрессивная речь развивается относительно нормально, а экспрессивная претерпевает некоторые качественные изменения. В первую очередь следует отметить крайнюю невнятность речи. Появляющиеся у детей слова и фразы малопонятны для окружающих, так как формирующиеся звуки своеобразны по артикуляции и звучанию. Вследствие дефектного положения языка в полости рта согласные звуки образуются главным образом за счет изменений положения кончика языка (при незначительном участии корня языка в артикуляции) и при излишней активизации лицевых мышц.

В устной речи отмечаются обедненность и аномальные условия протекания долингвистического развития детей с ринолалией. В связи с нарушением речедвигательной периферии ребенок лишается интенсивного лепета, артикуляционной «игры», тем самым обедняется этап подготовительной настройки речевого аппарата. Наиболее типичные лепетные звуки *п, б, т, д* артикулируются ребенком беззвучно или очень тихо в связи с утечкой воздуха через носовые ходы и тем самым не получают слухового подкрепления у детей. Активность лепета постепенно уменьшается (Волосовец Т. В., 1995) [2; 4; 5].

Страдает не только артикуляция звуков, но и развитие просодических элементов речи.

Отмечается позднее начало речи, значительный временной интервал между появлением первых слогов, слов и фраз уже в ранний период, являющийся сензитивным для формирования не только звукового, но и смыслового ее содержания, т. е. начинается искаженный путь развития речи в целом. В наибольшей степени дефект проявляется в нарушении фонетической ее стороны.

В результате периферической недостаточности артикуляционного аппарата формируются приспособительные (компенсаторные) изменения уклада органов артикуляции при производстве звуков; высокий подъем корня языка и сдвиг его в заднюю зону ротовой полости; недостаточное участие губ при произнесении лабиализованных гласных, губно-губных и губно-зубных согласных; чрезмерное участие корня языка и гортани; напряжение мимической мускулатуры.

Наиболее существенными проявлениями дефектности фонетического оформления устной речи являются нарушения всех оральных звуков речи за счет подключения носового резонатора и изменения аэродинамических условий фонации. Звуки становятся назальными, т. е. изменяется характерный тон согласных.

Помимо этого выявляется специфическая окраска некоторых согласных звуков (чаще задненёбных) за счет подключения глоточного резонатора. Фарингализация, т. е. дополнительная артикуляция за счет напряжения стенок глотки, возникает как компенсаторное средство.

Встречаются также и явления дополнительной артикуляции в полости гортани, что придает речи своеобразный «щелкающий» призвук.

Выявляется множество и других более частных дефектов. Например: опускание начального согласного («ак, ам» – *так, там*); нейтрализация зубных звуков по способу образования; замена взрывных звуков фрикативными; свистящий фон при произношении шипящих звуков или наоборот (s^h или $ш^c$); отсутствие вибранта *r* или замена звуком *ы* при сильном выдохе; наложение дополнительного шума на назализованные звуки (шипение, свист, придыхание, храп, гортанность и т. п.); перемещение артикуляции в более задние зоны (влияние высокого положения корня языка и малого участия губ при артикуляции). В некоторых случаях отмечаются явления гиперкоррекции, т. е. перемещение артикуляции в передние зоны. Например, звук *c* заменяется звуком ϕ без изменения способа артикуляции. Характерно понижение разборчивости звуков в стечении согласных в конечной позиции.

Изменения положения кончика языка относительно постоянны и соотносятся с артикуляцией определенных звуков. Произношение некоторых согласных звуков представляет для детей особую трудность. Так, они не могут осуществить необходимой преграды у верхних зубов и альвеол для произнесения звуков верхней позиции: *л, т, д, ч, ш, щ, ж, р*; у нижних резцов для произнесения звуков *с, з, ц* с одновременным ротовым выдохом; поэтому свистящие и шипящие звуки у ринолаликов приобретают своеобразное звучание. Звуки *к, г* либо отсутствуют, либо замещаются характерным взрывом, производимым при соединении несращенных частиц увулы или стенок глотки. Взаимосвязь назализации речи и искажений в артикуляции отдельных звуков весьма разнообразна [2; 4; 5].

Нельзя установить прямого соответствия между величиной нёбного дефекта и степенью искажения речи. Слишком разнообразны компенсаторные приемы, которыми пользуются дети для производства звуков. Многие зависят также от соотношения резонирующих полостей и от многообразия индивидуальных особенностей конфигурации ротовой и носовой полости. Имеются факторы, менее специфические, но также влияющие на степень внятности звукопроизношения (возрастные, индивидуально-психологические свойства, социально-психологические и др.).

Речь ребенка с ринолалией в целом мало разборлива.

М. Момеску и Э. Алекс показали, что разговорная речь детей с расщелиной нёба содержит только 50% информации по сравнению с нормой, возможность передачи речевого сообщения ребенком уменьшена вдвое. Это является причиной серьезных коммуникативных затруднений. Таким образом, механизм нарушения при открытой ринолалии определяется следующим:

1) отсутствием нёбно-глоточного затвора и вследствие этого нарушением противопоставлений звуков по признаку ротовой-носовой;

2) изменением места и способа артикуляции большинства звуков по причине дефектов твердого и мягкого нёба, вялостью кончика языка, губ, отодвиганием языка вглубь ротовой полости, высоким положением корня языка, участием в артикуляции мышц глотки и гортани.

Характеристика письменной речи детей с ринолалией

Особенности произношения детей с ринолалией ведут к искажению и несформированности фонематической системы языка. Поэтому звуковые образы, накопленные в их речевом сознании, неполноценны и не расчленены для формирования правильного письма.

Вторично обусловленные особенности восприятия речевых звуков являются основным препятствием к овладению правильным письмом [5; 6].

Связь нарушений письма с дефектами артикуляционного аппарата имеет разнообразные проявления. Если к моменту обучения ребенок с ринолалией овладел внятной речью, умеет четко произносить большинство звуков родного языка и в его речи остается лишь незначительный назальный оттенок, то развитие звукового анализа, необходимого для обучения грамоте, протекает успешно. Однако, как только возникают у ребенка с ринолалией дополнительные препятствия для нормального речевого развития, проявляются специфические нарушения письма. Позднее начало речи, длительное отсутствие логопедической помощи, без которой ребенок продолжает произносить малопонятные искаженные слова, отсутствие речевой практики, в ряде случаев сниженная психическая активность влияют на всю его речевую деятельность.

Дисграфические ошибки, которые наблюдаются в письменных работах детей с расщелинами нёба, разнообразны. Специфическими для ринолалии являются замены *п, б*, на *м, т, д* на *н* и обратные замены *к – д, т, м – б, п*, обусловленные отсутствием фонологического противопоставления соответствующих звуков в устной речи. Например: *придет* – «принет», *дал* – «нал», *ландыш* – «ланныш», «ладныш», *огненные* – «огнедные» и т. д.

Выявляются пропуски, замены, употребление лишних гласных: «в сенем» – *в синем*, «крельца» – *крыльца*, «грибими» – *грибами*, «гулубятня» – *голубятня*, «пршел» – *пришел*.

Распространены замены и смешения шипящих-свистящих «зелезо» – *железо*, «закрузились» – *закружились*. Отмечаются трудности употребления аффрикат. Звук *ч* на письме заменяется *ш, с* или *ж; щ* на *ч*: «прящутся» – *прячутся*, «шулан» – *чулан*, «шитала» – *читала*, «серез» – *через*.

Звук *ц* заменяется на *с*: «скворес» – *скворец*. Характерны смешения звонких и глухих согласных: «изправь» – *исправь*, «в портвеле» – *в портфеле*. Нередки ошибки на пропуск одной буквы из стечения: «расвел» – *расцвел*, «конату» – *комнату*. Звук *л* заменяется *р, р* на *л*: «проварился» – *провалился*, «подпрыла» – *подплыла*.

Степень нарушения письма зависит от ряда факторов: глубины дефекта артикуляционного аппарата, особенностей личности и компенсаторных возможностей ребенка, характера и сроков логопедического воздействия, влияния речевой среды. Необходимо проводить специальную работу, включающую развитие фонематического восприятия с одновременным воздействием на произносительную сторону речи [5; 6].

Коррекция нарушений речи у детей с ринолалией осуществляется дифференцированно в зависимости от возраста, состояния периферического отдела артикуляционного аппарата и от особенностей речевого развития в целом.

Основным дифференцирующим показателем для определения детей в логопедические учреждения является развитие речевых процессов. Детям дошкольного возраста с нарушением фонетической стороны речи оказывается логопедическая помощь амбулаторно в детской поликлинике или в стационаре (в послеоперационный период). Дети, имеющие недоразвитие других речевых процессов зачисляются в специальные детские сады в группы для детей с фонетико-фонематическим или общим речевым недоразвитием.

Дети школьного возраста, имеющие выраженные нарушения фонематического восприятия, получают помощь на логопедических пунктах при общеобразовательных школах. Однако они составляют специфическую группу из-за выраженности и стойкости первичного дефекта и тяжести нарушения письма.

Поэтому часто коррекционное воздействие в условиях специальных школ оказывается для них более эффективным.

Для детей школьного возраста с ринолалией, имеющих общее недоразвитие речи, характерна недостаточность в развитии лексики и грамматического строя. Обусловленность ее различна: сужение социальных и речевых контактов детей из-за грубого дефекта звуковой речи, позднее ее начало, осложненность основного дефекта проявлениями дизартрии или алалии.

Речевые ошибки отражают низкий уровень усвоения языковых закономерностей, нарушение лексической и синтаксической сочетаемости, нарушение норм литературного языка. Они обусловлены прежде всего малым объемом речевой практики. Словарь детей недостаточно точный по употреблению, с ограниченным количеством слов, обозначающих отвлеченные и обобщенные понятия. Этим объясняется стереотипность их речи, замены близких по значению слов.

В письменной речи типичными являются случаи неправильного употребления предлогов, союзов, частиц, ошибки в падежных окончаниях, т. е. проявления аграмматизма в письме. Распространенными оказываются замены и пропуски предлогов, слияние предлогов с существительными и местоимениями, неправильное членение предложений.

Чтение также отражает несформированность устной речи. Выявляется смешение элементов слов, недостаточное различение форм слова, медленный темп чтения. В разной степени страдает и понимание прочитанного на уровне недостаточного понимания значения отдельных слов; выявляются нарушения связи между фразами, между частями текста, нарушения понимания переносного смысла.

Контрольные вопросы и задания

1. В чем особенности общего и речевого развития у детей с ринолалией?
2. Опишите особенности устной речи детей с ринолалией, подтвердив свою позицию примерами.
3. В чем специфика нарушений устной и письменной речи у детей школьного возраста, имеющих ринолалию?

Использованная и рекомендуемая литература

1. Белякова, Л.И. Здоровьесберегающие технологии развития речи у детей. Формирование речевого дыхания / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Ю.О. Филатова, Т.Г. Хатнюкова-Шишкова. – М.: Национальный книжный центр, 2017. – 80 с. (Логопедические технологии).
2. Волосовец, Т.В. Логопедическая работа при ринолалии (дооперационный период) / Т.В. Волосовец, В.Е. Агаева / Логопедия: методические традиции и новаторство / Под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. – М.-Воронеж, 2003. – С. 93-102.
3. Ермакова, И.И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков / И.И. Ермакова. – М.: Просвещение, 2003. – 143 с.
4. Зайцева, Л.А. Ранняя коррекционно-развивающая работа с детьми, имеющими врожденные расщелины губы и нёба / Л.А.Зайцева, А.Г. Азорина. – Дефектология. – 2000. – № 1. – С. 3-21.
5. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педагогических вузов: В 5 книгах. Книга 1. В 2-х частях. Часть 2. Ринолалия. Дизартрия / Авт.-сост. Л.С. Волкова, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина / Под ред. Л.С. Волковой. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 304 с.
6. Логопедия: Учебник для обучающихся дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2009. – 677 с. Гриф МО.
7. Соломатина, Г.Н. Нормализация функции дыхания у детей с врожденными расщелинами нёба / Г.Н. Соломатина. – Логопед. – 2004. – № 1. – С. 17- 25.
8. Соломатина Г.Н. Стимуляция речевого развития детей с врожденными расщелинами губы и нёба / Г.Н. Соломатина. – Логопед. – 2004. – № 2. – С. 15-21.
9. Соломатина, Г.Н. Устранение открытой ринолалии у детей: Методы обследования и коррекции / Г.Н. Соломатина, В.М. Водолацкий. – М.: Твор. центр Сфера, 2005. – 158 с.
10. Сорокин, Н.А. Комплексная диагностика детей с речевыми нарушениями / Н.А. Сорокина. – М.: ВЛАДОС, 2015. – 116 с. (Коррекционная педагогика) – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785691019203.html>.
11. Степанова, О.А. Организация логопедической работы в ДОУ: Методическое пособие / О.А. Степанова. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2017. – 128 с.
12. Шабалина, Т.И. Индивидуальные логопедические занятия по формированию фонетической стороны речи у детей с ринолалией / Т.И. Шабалина. – Дефектология. – 2002. – № 2. – С. 83-87.

Тема 5. Общая характеристика дизартрии как нарушения речи. Этиопатогенетические механизмы дизартрии. Классификации дизартрии.

План

1. Общие сведения о дизартрии.
2. Клинико-физиологические аспекты дизартрии.
3. Характеристика классификаций дизартрии.

Общие сведения о дизартрии

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

Дизартрия – термин латинский, в переводе означает расстройство членораздельной речи – произношения (*дис* – нарушение признака или функции, *артрон* – сочленение). При определении дизартрии большинство авторов не исходят из точного значения этого термина, а трактуют его более широко, относя к дизартрии расстройства артикуляции, голосообразования, темпа, ритма и интонации речи [3; 5].

Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, «смазанная речь», в более тяжелых наблюдаются искажения, замены и пропуски звуков, страдает темп, выразительность, модуляция, в целом произношение становится невнятным.

При тяжелых поражениях центральной нервной системы речь становится невозможной из-за полного паралича речевых мышц. Такие нарушения называются *анартрией* (*а* – отсутствие данного признака или функции, *артрон* – сочленение).

Дизартрические нарушения речи наблюдаются при различных органических поражениях мозга, которые у взрослых имеют более выраженный очаговый характер. У детей частота дизартрии прежде всего связана с частотой перинатальной патологии, (поражением нервной системы плода и новорожденного). Наиболее часто дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе, по данным различных авторов, от 65 до 85% (М.Б. Эйдинова и Е.Н. Правдина-Винарская, 1959; Е.М. Мастюкова, 1969, 1971). Отмечается взаимосвязь между степенью тяжести и характером поражения двигательной сферы, частотой и тяжестью дизартрии. При наиболее тяжелых формах детского церебрального паралича, когда отмечается поражение верхних и нижних конечностей и ребенок практически остается обездвиженным (двойная гемиплегия), дизартрии (анартрии) наблюдаются практически у всех детей. Отмечена взаимосвязь между тяжестью поражения верхних конечностей и поражением речевой мускулатуры (Е.М. Мастюкова, 1971, 1977).

Менее выраженные формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую

травму или имеющих в анамнезе влияние других нерезко выраженных неблагоприятных воздействий во время внутриутробного развития или в период родов. В этих случаях легкие (стертые) формы дизартрии сочетаются с другими признаками минимальной мозговой дисфункции (Л.Т. Журба и Е.М. Мастюкова, 1980).

Нередко дизартрия наблюдается и в клинике осложненной олигофрении, но данные о ее частоте крайне противоречивы.

Клиническая картина дизартрии впервые была описана более ста лет назад у взрослых в рамках псевдобульбарного синдрома (Lepine, 1977; A. Oppenheim, 1885; G. Pezitz, 1902, и др.).

В дальнейшем в 1911 г. Н. Gutzmann определил дизартрию как нарушение артикуляции и выделил две ее формы: **центральною и периферическую**.

Начальное изучение данной проблемы проводилось в основном невропатологами в рамках очаговых поражений мозга у взрослых больных. Большое влияние на современное понимание дизартрии оказали работы М.С. Маргулиса (1926), который впервые четко отграничил дизартрию от моторной афазии и разделил ее на **бульбарную и церебральную** формы. Автор предложил классификацию церебральных форм дизартрии на основе локализации очага поражения головного мозга, что в дальнейшем нашло отражение в неврологической литературе, а затем в учебниках логопедии (О.В. Правдина, 1969).

Важным этапом в развитии проблемы дизартрии является изучение локально-диагностических проявлений дизартрических расстройств (работы Л.Б. Литвака, 1959 и Е.Н. Винарской, 1973). Е.Н. Винарской впервые было проведено **комплексное нейролингвистическое изучение дизартрии** при очаговых поражениях мозга у взрослых больных.

В настоящее время проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом направлениях. Наиболее подробно она описана у детей с церебральным параличом (М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская, 1959; К.А. Семенова, 1968; Е.М. Мастюкова, 1969, 1971, 1979, 1983; И.И. Панченко, 1979; Л.А. Данилова, 1975, и др.). В зарубежной литературе она представлена работами G. Bohme, 1966; M. Climent, T. E. Twitchell, 1959; R. D. Neilson, N. O. Dwer, 1984.

Патогенез дизартрии определяется органическим поражением центральной и периферической нервной системы под влиянием различных неблагоприятных внешних (экзогенных) факторов, воздействующих во внутриутробном периоде развития, в момент родов и после рождения. Среди причин важное значение имеют асфиксия и родовая травма, поражение нервной системы при гемолитической болезни, инфекционные заболевания нервной системы, черепно-мозговые травмы, реже – нарушения мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, пороки развития нервной системы, например врожденная аплазия ядер черепно-мозговых нервов (синдром Мебиуса), а также наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем [1; 3; 5].

Клинико-физиологические аспекты дизартрии

Клинико-физиологические аспекты дизартрии определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Анатомическая и функциональная взаимосвязь в расположении и развитии двигательных и речевых зон и проводящих путей определяет частое сочетание дизартрии с двигательными нарушениями различного характера и степени выраженности.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи. К таким структурам относятся:

- периферические двигательные нервы к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки);
- ядра этих периферических двигательных нервов, расположенных в стволе головного мозга;
- ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловно-рефлекторные речевые реакции типа плача, смеха, вскрикивания, отдельных эмоционально-выразительных восклицаний и др.

Поражение перечисленных структур дает картину периферического паралича (пареза): нервные импульсы к речевым мышцам не поступают, обменные процессы в них нарушаются, мышцы становятся вялыми, дряблыми, наблюдается их атрофия и атония, в результате перерыва спинальной рефлекторной дуги рефлексы с этих мышц исчезнут, наступает **арефлексия**.

Двигательный механизм речи обеспечивается также более высоко расположенными следующими мозговыми структурами:

- подкорково-мозжечковыми ядрами и проводящими путями, которые осуществляют регуляцию мышечного тонуса и последовательность мышечных сокращений речевой мускулатуры, синхронность (координированность) в работе артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата, а также эмоциональную выразительность речи. При поражении этих структур наблюдаются отдельные проявления центрального паралича (пареза) с нарушениями мышечного тонуса, усилением отдельных безусловных рефлексов, а также с выраженным нарушением просодических характеристик речи – ее темпа, плавности, громкости, эмоциональной выразительности и индивидуального тембра;
- проводящими системами, обеспечивающими проведение импульсов от коры мозга к структурам нижележащих функциональных уровней двигательного аппарата речи (к ядрам черепно-мозговых нервов, расположенных в стволе головного мозга). Поражение этих структур вызывает центральный парез (паралич) речевой мускулатуры с повышением мышечного тонуса в мышцах речевого аппарата, усилением безусловных рефлексов и появлением рефлексов орального автоматизма с более избирательным характером артикуляторных расстройств;
- корковыми отделами головного мозга, обеспечивающими как более дифференцированную иннервацию речевой мускулатуры, так и формирование

речевого праксиса. При поражении этих структур возникают различные центральные моторные расстройства речи.

Патологоанатомические изменения при дизартрии описаны многими авторами (R. Thurell, 1929; В. Слонимская, 1935; Л.Н. Шендрович, 1938; А. Oppenheim, 1885, и др.).

Особенностью дизартрии у детей является часто ее смешанный характер с сочетанием различных клинических синдромов. Это связано с тем, что при воздействии вредоносного фактора на развивающийся мозг повреждение чаще имеет более распространенный характер, и тем, что поражение одних мозговых структур, необходимых для управления двигательным механизмом речи, может способствовать задержке созревания и нарушать функционирование других. Этот фактор определяет частое сочетание дизартрии у детей с другими речевыми расстройствами (задержкой речевого развития, общим недоразвитием речи, моторной алалией, заиканием). У детей поражение отдельных звеньев речевой функциональной системы в период интенсивного развития может приводить к сложной дезинтеграции всего речевого развития в целом. В этом процессе определенное значение имеет поражение не только собственно двигательного звена речевой системы, но и нарушения кинестетического восприятия артикуляционных поз и движений.

Роль речевых кинестезии в развитии речи и мышления впервые была показана И.М. Сеченовым и в дальнейшем развита в исследованиях И.П. Павлова, А.А. Ухтомского, В.М. Бехтерева, М.М. Кольцовой, А.Н. Соколова и других авторов. Большую роль кинестетических ощущений в развитии речи отмечал Н.И. Жинкин (1958): «Управление речевыми органами никогда не наладится, если сами они не будут сообщать в управляющий центр, что ими делается, когда воспроизводится ошибочный, не принимаемый слухом звук... Таким образом, кинестезии есть не что иное, как обратная связь, по которой центральное управление осведомляется, что выполнено из тех приказов, которые посланы на исполнение... Отсутствие обратной связи прекратило бы всякую возможность накопления опыта для управления движением речевых органов. Человек не смог бы научиться речи. Усиление обратной связи (кинестезии) ускоряет и облегчает выучку речи».

Кинестетическое чувство сопровождает работу всех речевых мышц. Так, в полости рта возникают различные дифференцированные мышечные ощущения в зависимости от степени мышечного напряжения при движении языка, губ, нижней челюсти. Направления этих движений и различные артикуляционные уклады ощущаются при произнесении тех или иных звуков.

При дизартрии четкость кинестетических ощущений часто нарушается и ребенок не воспринимает состояние напряженности, или, наоборот, расслабленности мышц речевого аппарата, насильственные произвольные движения или неправильные артикуляционные уклады. Обратная кинестетическая афферентация является важнейшим звеном целостной речевой функциональной системы, обеспечивающей постнатальное созревание корковых речевых зон. Поэтому нарушение обратной кинестетической афферентации у детей с дизартрией может задерживать и нарушать формирование корковых мозговых структур:

премоторно-лобной и теменно-височной областей коры – и замедлять процесс интеграции в работе различных функциональных систем, имеющих непосредственное отношение к речевой функции. Таким примером может быть недостаточное развитие взаимосвязи слухового и кинестетического восприятия у детей с дизартрией.

Аналогичная недостаточность интеграции может отмечаться в работе двигательного-кинестетической, слуховой и зрительной систем [3; 5].

Характеристика классификаций дизартрии

В ее основу положены принцип локализации, синдромологический подход, степень понятности речи для окружающих. Наиболее распространенная классификация в отечественной логопедии создана с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи (О.В. Правдива и др.).

Различают следующие формы дизартрии: бульбарную, псевдобульбарную, экстрапирамидную (или подкорковую), мозжечковую, корковую.

Наиболее сложной и спорной в этой классификации является корковая дизартрия. Существование ее признается не всеми авторами. У взрослых больных в ряде случаев корковую дизартрию иногда смешивают с проявлением моторной афазии. Спорный вопрос о корковой дизартрии в значительной степени связан с терминологической неточностью и отсутствием одной точки зрения на механизмы моторной алалии и афазии.

Согласно точке зрения Е.Н. Винарской (1973), понятие корковой дизартрии является собирательным. Автор допускает существование различных ее форм, обусловленных как спастическим парезом артикуляционных мышц, так и апраксией. Последние формы обозначаются как апраксическая дизартрия.

На основе синдромологического подхода выделяют следующие формы дизартрии применительно к детям с церебральным параличом: спастико-паретическую, спастико-ригидную, спастико-гиперкинетическую, спастико-атактическую, атактико-гиперкинетическую (И.И. Панченко, 1979).

Такой подход частично обусловлен более распространенным поражением мозга у детей с церебральным параличом и в связи с этим преобладанием осложненных ее форм.

Синдромологическая оценка характера нарушений артикуляционной моторики представляет значительную сложность для неврологической диагностики, особенно когда эти нарушения проявляются без четких двигательных расстройств. Поскольку в основе этой классификации лежит тонкая дифференциация различных неврологических синдромов, она не может быть проведена логопедом. Кроме того, для ребенка, в частности для ребенка с церебральным параличом, характерна смена неврологических синдромов под влиянием терапии и эволютивной динамики развития, в связи с чем классификация дизартрии по синдромологическому принципу также представляет определенные трудности.

Однако в ряде случаев при тесной взаимосвязи в работе логопеда и врача-невропатолога может быть целесообразным сочетание обоих подходов к выделению различных форм дизартрии. Например: осложненная форма псевдобуль-

барной дизартрии; спастико-гиперкинетический или спастико-атактический синдром и т. д.

Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом. G. Tardier (1968) применительно к детям с церебральным параличом. Автор выделяет четыре степени тяжести речевых нарушений у таких детей.

Первая, самая легкая степень, когда нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка.

Вторая – нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих.

Третья – речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих.

Четвертая, самая тяжелая – отсутствие речи или речь почти непонятна даже близким ребенка (анартрия).

Под анартрией понимается полное или частичное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц. По тяжести проявлений анартрия может быть различной: тяжелая – полное отсутствие речи и голоса; среднетяжелая – наличие только голосовых реакций; легкая – наличие звукослоговой активности (И. И. Панченко, 1979) [1; 3; 5].

Контрольные вопросы и задания

1. Сопоставьте и обоснуйте структуру речевого нарушения при дизартрии и дислалии.
2. Дайте подробную характеристику структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи.
3. Охарактеризуйте и обоснуйте классификации дизартрии.

Используемая и рекомендуемая литература

1. Асыкина, А.Н. Коррекция апраксических расстройств двигательной функции у детей, имеющих дизартрию / А.Н. Асыкина // Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. – Ростов-н/Д.: «Феникс», 2002. – С. 302-325.
2. Беденко, Г.В. Логоритмические занятия в старших группах для детей с дизартрией / Г.В. Беденко, М.А. Поваляева // Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. – Ростов-н/Д.: «Феникс», 2002. – С. 100-121.
3. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова. – М.: ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
4. Белякова, Л.И. Здоровьесберегающие технологии развития речи у детей. Формирование речевого дыхания / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Ю.О. Филатова, Т.Г. Хатнюкова-Шишкова. – М.: Национальный книжный центр, 2017. – 80 с. (Логопедические технологии).
5. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики / Г.А. Волкова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004. – 144 с.

6. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педагогических вузов: В 5 книгах. Кн. 1. В 2-х частях. Ч. 2. Ринолалия. Дизартрия / Авт.-сост. Л.С. Волкова, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина / Под ред. Л.С. Волковой. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 304 с.

7. Логопедия: Учебник для обучающихся дефектол. фак. пед. вузов / Под ред Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 677 с. Гриф МО.

8. Смирнова, И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников. Алалия, дизартрия, ОНР / И.А. Смирнова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004. – 314 с.

9. Сорокина, Н.А. Комплексная диагностика детей с речевыми нарушениями / Н.А. Сорокина. – М.: ВЛАДОС, 2015. – 116 с. (Коррекционная педагогика) – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785691019203.html>.

10. Степанова, О.А. Организация логопедической работы в ДОУ: Методическое пособие / О.А. Степанова. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2017. – 128 с.

Тема 6. Клинические формы дизартрии

План

- 1. Особенности реализации двигательного акта.*
- 2. Бульбарная дизартрия.*
- 3. Псевдобульбарная дизартрия.*
- 4. Подкорковая дизартрия.*
- 5. Мозжечковая дизартрия.*
- 6. Корковая дизартрия.*

Особенности реализации двигательного акта

Согласно мировой статистике, в настоящее время отмечается стремительная тенденция к увеличению числа больных с инсультом, а также к их «омоложению»; значительно увеличилось число больных с последствиями черепно-мозговой травмы. По данным ВОЗ, 30% больных составляют лица трудоспособного возраста (соотношения мужчин и женщин – 3:1). 75-80% больных, перенёсших инсульт или получивших тяжёлую черепно-мозговую травму, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность. В результате нарушения речи и расстройства двигательной сферы больные переводятся на инвалидность 1 или 2 группы без права работы (В.М Шкловский, Т.Г. Визель). Эти факты и цифры наглядно показывают, насколько актуальной и масштабной стала проблема оказания данному контингенту больных комплексной специализированной помощи, которая охватывала бы круг вопросов связанных с максимальным восстановлением или компенсацией утраченных ими высших психических функций, особенно речи.

Дизартрия – нарушение речи, проявляющееся в расстройстве артикуляции, обусловленном параличом или парезом речевой мускулатуры. Это одно из

наиболее тяжелых последствий очаговых поражений головного мозга различной этиологии (примерно 40-50% от общего числа больных). По выходу из острого состояния больной начинает оценивать свое положение: невозможность речевого общения, социально бытовую некомпетентность, ограничение самостоятельного передвижения, и, наконец, неверие в возможность возвращения к труду. Эти соображения обуславливают необходимость освещения проблемы дизартрии в первую очередь у взрослых [1; 5].

Орально-артикуляционный праксис, то есть способность к выполнению целенаправленных автоматизированных двигательных актов, служит базой для той или иной артикуляционной позы. Е.Н Винарская дала формулировку, согласно которой условным предметом для артикуляционной позы звука речи служит его акустический образ.

В корковом отделе речедвигательного анализатора доминантного полушария имеются зоны, обеспечивающие подготовку отдельных сторон речедвигательного акта:

- оценка исходного положения органа периферического аппарата (по сумме кинестетических импульсаций);
- организация речедвигательного акта во времени и как планирования серии последовательных сокращений отдельных мышечных групп этого органа (например, отдельных групп мышц языка);
- программа речедвигательного акта в пространстве движения отдельного органа (например, подъем кончика языка к альвеолам). Эти три программы осуществляются в трех различных зонах коркового речедвигательного анализатора.

А.Р. Лурия выделил афферентный и эфферентный виды артикуляционного праксиса. Афферентный артикуляционный праксис – это способность воспроизводить изолированные звуки речи, их артикуляционные уклады (позы), которые часто называют также речевыми, кинестезиями или артикулемами.

Эфферентный артикуляционный праксис – это способность произносить серии звуков речи. Эфферентный артикуляционный праксис принципиально отличается от афферентного тем, что требует способности совершать переключения с одной артикуляционной позы на другую. Эти переключения сложны по способу исполнения. Они предполагают овладение основными фрагментами артикуляционных действий коартикуляциями, которые представляют собой «связки» между отдельными артикуляционными позами. Таким образом, слово - не набор отдельных артикуляционных поз, а их серия. Овладение серийной организацией артикуляционного акта происходит на основе специальных программ, заложенных в самом слове. Неудивительно, что вначале осваиваются наиболее простые из них, т.е. открытые слоги и слова с двумя повторяющимися открытыми слогами, а затем уже - более сложные.

По А.Р. Лурия, в реализацию двигательного акта, помимо собственно моторных зон, включается почти вся кора. Передние отделы мозга связаны с построением кинетических программ двигательного акта, а задние – с их кинестетическим и пространственно-обусловленным обеспечением. Кинестетический фактор обеспечивает передачу и интеграцию сигналов, поступающих от рецеп-

торов, расположенных в мышцах, суставах и сухожилиях, которые несут информацию о взаимном расположении органов. Информацию о речевой моторике, помимо кинестезии, у лиц с развитой речью дает акустический контроль. Кинетический фактор реализуется в двигательных актах, которые осуществляются в форме кинетических и мелодических схем. В отношении речевой моторики этот фактор обеспечивает плавную смену артикуляции в процессе произнесения и перехода от звука к звуку в слове, от слова к слову [2].

Акустический речевой сигнал является результатом сложнейших координированных движений ряда органов, совокупность которых обозначается как речевой аппарат.

К периферическому речевому аппарату относят органы дыхания, голосообразования и органы речевой артикуляции. Все эти органы выполняют свою особую роль в акте реализации устной речи, обеспечивая голосообразование, формируя определенные параметры звукопроизношения и просодических характеристик. Периферический речевой аппарат, за исключением носовых и лобных резонаторов, которые представляют собой костные полости, функционируют благодаря мышцам, и, следовательно, меняет свое состояние и функциональные возможности в зависимости от тонуса мышц.

Периферический речевой аппарат иннервируется черепно-мозговыми нервами: 3,4,6 пары – глазодвигательные (мышцы глазного яблока); 5 пара – тройничный нерв (1 ветвь – кожа лба, верхнего века, слизистая оболочка полости носа, 2 ветвь – кожа нижнего века, носа, верхней губы, десна; 3 ветвь – кожа нижней части лица, слюнные железы, нижние губы и десна, мышцы передней части языка, жевательные мышцы); 7 пара – лицевой нерв (мимические мышцы лица, кожа головы, мышцы затылочной области, ушной раковины, частично дна полости рта, подкожная мышца шеи); 8 пара – слуховестibuлярный нерв (органы слуха); 9 пара – языкоглоточный нерв (слизистая оболочка глотки, надгортанника, мышцы корня языка, мягкого неба); 10 пара – блуждающий нерв (мышцы передней части языка, надгортанника); 11 пара – добавочный (грудино-ключично-сосцевидную и трапециевидную).

Основными резонаторами человеческого голоса являются: глотка, ротовая полость, полость носа с его придаточными пазухами. Гортань и корень языка прикреплены к подъязычной кости и тесно связана с движениями языка. Главную роль в произношении звуков речи играют мышцы языка, а также участвуют мышцы губ, щек, мышцы, поднимающие нижнюю челюсть. Большое влияние на точность артикуляции, а, следовательно, и внятность речи влияют глубокие и поверхностные мышцы шеи, глотки, мышцы голосовых складок и диафрагмы. Общим положением для мышц, принимающих участие в артикуляции, является то, что они участвуют в наиболее сложных видах мышечной деятельности, что обуславливает чрезвычайно тонкие и сложные механизмы сокращения, расслабления, координации (кинетической, кинестетической и реципрокной) в целях реализации разборчивой устной речи.

Особенно сложное строение имеет мышца языка. Благодаря сложнейшей иннервации одно и то же мышечное волокно в разных его частях (начале, середине, конце) может быть напряжено или расслаблено в зависимости от той или

иной речевой задачи, в реализации которой оно участвует в данное мгновение. Реализация двигательных задач, в выполнении которых участвует артикуляционный аппарат, обеспечивается чрезвычайной изменчивостью (лабильностью) функционального состояния мышц и отдельных мышечных волокон, входящих в состав того или иного мышечного органа [6; 7].

В реализации звукопроизводительной стороны речи участвуют периферический и центральный отделы речевого аппарата.

Артикуляция звуков речи производится благодаря тому, что воздушная струя проходит между голосовыми складками, языком, зубами и губами.

При артикуляции согласных звуков, напротив, мышечные стенки резонаторных полостей расслаблены, а в ротовой полости имеется четко выделяющийся участок произвольно сокращенных мышц, образующих преграду на пути выдыхаемого воздуха.

Гласные распознаются по подъему / опусканию языка и по ряду (по мере продвижения языка вперед) – «у», «о», «а», «э», «и», «ы».

Согласные звуки различаются в зависимости от места и способа образования преграды. Выделяют группу шумных звуков и сонантов, которые отличаются от шумов тем, что имеют наряду с шумовыми звуками, имеются и тональные музыкальные характеристики. В зависимости от места прохождения воздушной струи, у сонантов различают: смычно-проходные звуки – м, н, м', н' (воздух проходит через нос); л, л' (между боковой поверхностью языка и твердым небом); дрожащие сонанты – р, р' (что достигается кратковременными приближениями кончика языка к твердому небу).

Все согласные (сонанты и шумные) делятся на 4 группы в зависимости от места их образования: губные, переднеязычные, среднеязычные и заднеязычные. Губные звуки образуются при прохождении воздушной струи между верхней и нижней губой (б, б', п, п', м, м') или между верхней губой и нижним рядом зубов (в, в', ф, ф').

При произнесении переднеязычных звуков принимает участие передний отдел языка, образующий преграду току выходящего воздуха на уровне внутренней поверхности верхнего зубного ряда, альвеол или переднего отдела твердого неба. Кончик языка при этом может быть более или менее поднят вверх или даже загнут кзади.

К заднеязычным звукам относятся согласные К, К', Г, Г', Х, Х', которые образуются при прохождении воздушной струи между напряженным и отодвинутым кзади корнем языка и задним отделом мягкого неба.

Различают смычные согласные, когда воздух одновременно прорывается сквозь полную смычку органов артикуляции (Б, Б', П, П', Д, Д', К, К', Г, Г') и щелевые согласные, при произнесении которых воздух проходит сквозь однофокусную щель (С, С, З, З'), двухфокусную (Ш, Щ, Ж) и боковую (Л, Л') щель между органами артикуляции.

Два звука в русской речи образуются путем сочетания смычки с последующей щелью в одном и том же месте образования. Это звуки Ц и Ч' – аффрикаты.

В русской речи существует строгое различие твердых и мягких звуков. Смягчение звука достигается его палатализацией, то есть дополнительным сокращением мышц языка с подниманием его спинки кверху. В речевом общении звуки речи не произносятся изолированно, в основном они произносятся в составе более или менее автоматизированных звуковых последовательностей — слогов, слов и предложений. В таких звуковых последовательностях звучание отдельных звуков речи приобретает различные особенности в зависимости от позиций соответствующего звука в слове в ритмической структуре слова (позиционные оттенки) и от соседства данного звука с другими гласными и согласными (комбинаторные оттенки). Так, глухие согласные в соседстве с гласными или сонорными согласными могут несколько озвончаться, а сонорные согласные в соседстве с глухими или в конце слов могут оглушаться. Рядом с носовыми звуками (М, М', Н, Н') могут приобретать носовой оттенок соседние гласные и согласные. Подобные особенности артикуляции звуков в акте речи здоровыми людьми обычно не осознаются [5; 6].

Изложенное показывает сложность функциональной системы речи, управление которой осуществляется центральной нервной системой. Для внятной четкой фонетически нормативной речи необходимо полноценное функционирование многих мозговых структур, обеспечивающие проведение импульсов от коры мозга к структурам нижележащих функциональных уровней двигательного аппарата речи.

Таким образом, моторноречевой праксис представляет собой произвольные действия артикуляционного аппарата, который обеспечивает процессы производства устной речи. Реализация двигательных задач, в выполнении которых участвует артикуляционный аппарат, обеспечивается чрезвычайной изменчивостью (лабильностью) функционального состояния мышц и отдельных мышечных волокон. Патология нейромоторного речевого аппарата мышц, вследствие очаговых поражений головного мозга, приводит к нарушению моторноречевого праксиса у лиц с дизартрией.

Причины нарушения моторно-речевых функций у больных обусловлены очаговыми поражениями центральной нервной системы, возникшими в следствии:

- сосудистые заболевания головного мозга (мозговой инсульт, ишемический и геморрагический);
- механического поражения (черепно-мозговые, травмы: бытовые, автодорожные и др.);
- опухоли головного мозга;
- нейроинфекционные поражения (менингит, энцефалит и др.);
- нейрохирургические осложнения;
- демиелизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз, острый рассеянный энцефаломиелит и др.

Из этого следует, что причины дизартрии многочисленны и разнообразны, все они могут привести к моторно-речевым нарушениям разной выраженности.

Бульбарная форма дизартрии связана с очаговым поражением ядер черепно-мозговых нервов (изолировано одна или несколько пар), главным образом в продолговатом мозге.

Псевдобульбарная форма дизартрии является результатом двустороннего очагового поражения центральных кортико-нуклеарных нейронов (пирамидный путь).

Мозжечковая форма дизартрии – результат поражения ядер и проводящих двигательных путей мозжечка.

Подкорковая форма дизартрии наблюдается при поражении базальных ядер. Под базальными ядрами понимают функциональное объединение хвостатого ядра, бледного ядра.

Корковая форма дизартрии представляет собой поражения вторичных двигательных зон доминантного полушария (нижней премоторной или нижней постцентральной зон коры больших полушарий).

Бульбарная дизартрия

Одностороннее (правое или левое) или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов V, VII, IX, X, XII черепно-мозговых нервов, а также спинальных нервов шейно-грудного уровня. Избирательные вялые параличи мышц языка, губ, мягкого неба, гортани, глотки, параличи мышц поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных мышц. Атрофия и атония этих мышц вызывает вялость языка, снижение или отсутствие глоточного и нижнечелюстного рефлексов. Расстройства любых (непроизвольных и произвольных) движений в соответствующих группах мышц.

Для этой формы дизартрии характерна – атрофия, атония, арефлексия. Чем ближе очаговое поражение располагается к стволу мозга, тем вялый паралич становится более распространенным, а дизартрия – менее избирательной. Так, парез мышц голосовых связок ведет к тому, что голосовые связки смыкаются, не полностью и неравномерно, а их колебания становятся редкими, аритмичными и недостаточной амплитуды. В силу этого голос становится недостаточно мелодичным, слабым, глухим и истощающимся. Пытаясь воспроизвести голос, больной напрягает различные агонисты и синергисты мышц голосовых связок, в частности мышцы глотки и корня языка. Это ведет к тому, что гласные звуки приобретают несвойственные им шумовые призвуки мало определенного фарингального характера. При нарушении иннервации голосовых складок компенсаторно происходит усиление напряженности мышц глотки и корня языка. В этих случаях гласные звуки нередко начинают звучать как сложные звуковые сочетания с шумовым призвуком, например: вместо «а» больной произносит «ха», т.е. утрачивается самостоятельность гласных, а, следовательно, меняется звуковое оформление и речи.

Паралич мышц глотки и нёбной занавески приводит к тому, что все звуки речи начинают произноситься при свободном проходе выдыхаемого воздуха через нос и поэтому приобретают носовой оттенок [5; 6].

При обследовании ротовой полости обнаруживается, что при вялом параличе мягкого нёба отмечается его бледность, оно свисает в ротовую полость,

нередко касаясь маленьким язычком корня языка. Язык истончен, иногда отмечается синюшность, нередко исчерчен участками более бледного цвета (атрофия), в случаях выраженных атрофии видны фасцикуляции. Он лежит плашмя на дне ротовой полости, не участвует в захватывании и продвижении пищевого комка. Больной не в состоянии осуществить произвольные движения: высунуть язык вперед, в бок, вниз и вверх. Изолированный парез мышц кончика языка делает невозможным произнесение звука «р» – сложнейшего вибранта, который требует высокоординированной и специализированной активации мышечных волокон на четко изолированном участке большой язычной мышцы. Как «л» так и «р» в случаях пареза вместо вибранты и взрывного становятся щелевыми.

При поражении всех мышц языка более всего нарушаются самые дифференцированные переднеязычные звуки.

При параличе мышц корня языка возникает компенсаторное напряжение мышц гортани и щелевой звук приобретает верхне- и нижнегортанный оттенок.

Паралич круговой мышцы рта и губных мышц приводит к нарушению произнесения взрывных звуков и аффикат. Они превращаются в соответствующие щелевые. Губные взрывные при этом конвергируют к глухому плоскощелевому губно-губному звуку («булка» – «пулка»). Губы синюшны, истончены, не могут раздвинуться в улыбке, сделать «трубочку» и плотно смыкаться. Лицо бледное, амимичное.

У всех больных с бульбарной дизартрией нарушается речевая артикуляция, а значит, страдает фонетическое оформление речи, в то же время грамматический строй и возможности использования словаря в полном объеме не меняются. Речь таких больных звучит как невнятная, смазанная, неразборчивая, является трудной для восприятия слушателями.

У взрослых с бульбарной дизартрией полностью сохраняется понимание речи окружающих, чтение про себя и письменная речь.

Так как вялые парезы при бульбарной дизартрии распределяются неравномерно по отдельным мышечным группам артикуляционного аппарата, то наблюдается избирательность в расстройствах артикуляции у разных больных. У одних лиц нарушаются только губные смычные звуки. У других – только заднеязычные смычные звуки, у третьих – переднеязычные звуки. Часто у взрослых лиц дизартические проявления могут иметь компенсаторные возможности нервной системы.

Бульбарная дизартрия характеризуется снижением тонуса мышц речевого аппарата в связи с органическим поражением моторных нейронов в продолговатом отделе мозга.

Нарушения моторной реализации фонологической системы речи, замещение ее набором звуков нередко чуждых русской звуковой системе и объединяемых по принципу их анатомо-физиологической доступности. Динамика и варианты зависят от распределения и степени пареза мышц периферического речевого аппарата.

У лиц со сформировавшейся до заболевания устной речью нарушается моторная реализация звуковой системы русского языка по следующим закономерностям:

- парез мышц голосовых складок, резко снижающий амплитуду их колебаний и возможность достаточного накопления подскладочного давления воздуха, влечет за собой оглушение согласных и гласных звуков со стиранием в произношении фонологических противопоставлений по признакам звонкий-глухой, шумный-сонант, гласный-согласный;

- парез мышц мягкого неба, вызывающего пассивное провисание небной занавески в ротовую полость, приводит к исчезновению моторной противоположности звуков по принципу ротоносовой (назализация);

- парез мышц губ и языка (преимущественно в том или другом отделе) вызывает замену взрывных звуков и аффрикат соответствующими щелевыми, упрощение характера щели, замену звуков р, л на щелевые;

- парез мышц языка, губ и нижней челюсти имеет следствием стирание различий в фонологических противопоставлений гласных звуков по признакам высоты, ряда и огубленности [5; 6].

Таким образом, при бульбарной дизартрии нарушается способность пользоваться социальной речью, обусловленной звуковыми закономерностями национального языка, которая замещается набором звуков, объединяемых по принципу их анатомо-физиологической доступности.

Псевдобульбарная дизартрия

Двустороннее, часто неравномерное поражение центральных двигательных пирамидных кортикобульбарных нейронов, а также пирамидных нейронов, идущих к передним рогам спинного мозга шейно-грудного уровня.

Спастические параличи мышц речевого аппарата. Мышечной атрофии нет. Гипертония мышц (язык напряжен, отодвинут кзади), глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Нередки насильственный смех и плач. Параличи всегда двусторонние, хотя возможно их значительное преобладание с одной стороны. Центральный паралич характеризуется высоким тонусом мышц, расширенной зоной безусловных рефлексов. Движения замедлены, объем движений сокращен.

Для этой формы дизартрии ведущим синдромом является – гипертонус, гипертрофия и гиперрефлексия. В отличие от вялого бульбарного паралича этот паралич называют псевдобульбарным [2; 5].

Псевдобульбарная дизартрия может быть компонентом весьма разнообразных очаговых поражений мозга, что следует из топографии кортикобульбарных путей. Поэтому большое значение в оценке уровня ее происхождения имеет анализ сопутствующих клинических симптомов – двигательных, чувствительных, речевых, интеллектуальных и пр.

При обследовании ротовой полости можно видеть, что язык напряжен, спинка его закруглена, всей своей массой он подтянут кзади и закрывает собой вход в глотку. Все движения языка как пассивные, так и активные затруднены. При попытке высунуть язык вперед, он ложится на нижнюю губу и не продвигается.

гается, а опускается всей массой к подбородку, однако кончик языка не загибается вниз и не касается кожи подбородка. В особенности бывают затруднены движения языка кверху и загибание его кончика к носу. При этом движении наблюдаются характерные для псевдобульбарной формы дизартрии синкинезии: попытки поднять язык кверху сопровождаются участием в этом движении нижней челюсти и нижней губы.

Как правило, кончик языка не загибается вверх и не касается верхней губы. Мышца языка не удерживает позу, и высунутый из полости рта язык быстро втягивается в рот. Движения языка в стороны характеризуются малой амплитудой. При этом язык передвигается всей массой. Как правило, высунутый язык либо сразу уклоняется в сторону при движении вперед, либо отходит в сторону после этого движения. Язык уклоняется в сторону более пораженной мышцы. Так, больной не может высунуть язык из полости рта по заданию, но может облизнуть губы во время еды.

Спастический центральный характер пареза при псевдобульбарной дизартрии проявляется тоже в избирательности артикуляторных нарушений, но совсем другого типа. Во всех случаях псевдобульбарной дизартрии избирательно страдают наиболее сложные и дифференцированные по своим артикуляционным укладам звуки Р, Л, Ш, Ж, Ц, Ч.

Смычные звуки «п», «б», «к» и другие чаще, чем другие согласные звуки сохраняют фонологические противопоставления, но также заменяются щелевыми («дочка» – «тощка»).

Мягкие звуки значительно устойчивее в речи, чем их твердые пары, так как их артикуляционные уклады не требуют прогиба спинки языка вниз, они ближе к нейтральной позиции языка. Смещение спастического языка кзади вызывает акустический эффект «отодвинутости» назад согласных звуков, особенно переднеязычных «р», «л» и заднеязычных «х», «к», «г».

Гласные звуки являются, прежде всего, эффектом ротового и глоточного резонанса. Язык при этом активно расслабляясь и сокращаясь в процессе речи меняет свои формы и размеры, а, следовательно, от его активности существенно зависят резонаторные свойства полости рта. Спастичный язык существенно меняет свою форму (лежит комком в ротовой полости), а также сдвинут в задний отдел полости рта. Его состояние при псевдобульбарной дизартрии является инертным в связи с чем, резонаторные свойства полости рта резко ухудшены. Это сказывается на произношении гласных звуков в особенности «и» и «э» (они передние). Все гласные, в том числе и гласные заднего ряда «у» и «о» и нейтральный «а» имеют акустический оттенок отодвинутости назад. В силу спастичности мышц голосовых складок в некоторых случаях отмечается озвончение гласных.

В некоторых случаях псевдобульбарной дизартрии расстройства произвольных движений губ, щек, языка, нижней челюсти, мягкого нёба и глотки контрастируют с возможностью сложных эмоциональных выразительных движений. Радость, горе, удовольствие, переживаемые больным, реализуются в нормальных мимических движениях. Наблюдаются выраженные синкинезии в виде содружественных движений глаз, всей головы, век, мышц лба [2; 5].

Симптомы псевдобульбарной дизартрии, как правило, развиваются при наличии двусторонних параличей. Характерный для псевдобульбарной дизартрии высокий уровень безусловных рефлексов, проявляющийся при раздражении слизистой глотки или гортани (в процессе обследования с помощью шпателя) наблюдаются рефлексорные движения в виде кашля и рвоты. Слюнотечение может наблюдаться как в процессе речи, так и при письме, в покое и особенно при волнении. Мимика обеднена, нередко отражает выражение застывших мимических движений: улыбки или недовольного выражения лица.

Псевдобульбарная дизартрия представляет собой один из симптомов центрального, т.е. спастического паралича и выражается в расстройстве речевых движений.

Избирательно нарушаются произвольные движения при сохранности непроизвольных (рефлекторных), в том числе сложных эмоционально-выраженных, двигательных реакций.

В любой языковой системе и при любой степени выраженности спастического паралича, прежде всего, нарушаются сложно артикулируемые звуки. Согласные звуки акустически отодвинуты назад, глухие могут быть озвончены, а звонкие оглушены. Гласные звуки акустически сдвинуты назад.

Все звуки, в том числе и гласные, имеют назализованный оттенок (открытая назализованность). Голос сиплый, напряженный, быстро истощаемый, не модулирован.

Подкорковая дизартрия

Эта форма дизартрии обусловлена очаговым поражением таких ядер как хвостатое тело, чечевичное (скорлупа и бледный шар), таламус, субталамические, красная, черная субстанции, а также их связей с другими структурами.

Подкорковая форма дизартрии так же, как и псевдобульбарная, относится к числу наиболее частых расстройств. Это гиперкинетическая форма. Особенности тонических нарушений в мышцах (гипертонус, гиперкинез, гиперрефлексия, гипертрофия), и определяют характер произносительных расстройств речи с ее постоянной или периодически возникающей невнятностью и эмоциональной невыразительностью. Как известно, при поражениях экстрапирамидной системы возникают расстройства локомоции, мышечного тонуса и тонической позной активности, врожденных автоматизмов, в том числе различных мышечных синергии; появляются гипо- и гиперкинезы (хореоатетозы, тремор, миоклонии). Экстрапирамидные гиперкинезы подчас имеют тенденцию к исчезновению в процессе выполнения произвольных движений [5; 6].

Эмоциональная напряженность больного, как правило, способствует просодическим и фонетическим расстройствам, в состоянии эмоционального покоя они значительно ослабляются. Сочетание диспросодии и респираторной атаксии делало речь больных невнятной, дизартричной. У некоторых больных «артикуляция» была расстроена больше речевого дыхания, у других – наоборот. У больных наблюдаются расстройства темпа речи, то его ускорение, то замедление, разнообразные стереотипии и персеверации (отдельных звуков, слогов в слове).

В спокойном состоянии мышечный тонус может приближаться к норме. Но при малейшей попытке двигаться и тем более говорить тонус мышц резко повышается, достигая иногда состояния мышечных спазмов. Тонические спазмы и гиперкинезы могут распространяться и на дыхательную мускулатуру, мышцы гортани, вызывая выраженные расстройства голосообразования и речевого дыхания. Произвольное подключение голоса затрудняется, происходит длительный латентный период между беззвучной артикуляцией и фонацией. Нередко гиперкинезы ведут к насильственному раскрытию рта, выбрасыванию языка вперед. В этой позе пациент может иногда «застыть» на некоторое время. В этой ситуации нет возможности говорить. Такой гиперкинез тяжело переживается больными.

Речевой поток характеризуется прерывистостью. У пациентов наблюдаются расстройства темпа речи: то ускорение (одни слоги произносятся быстро), то его замедление (другие слоги растягиваются, проглатываются). Характерны трудности включения в акт речи, внезапные и постепенно развивающиеся остановки речевой продукции, разнообразные стереотипии и персеверации отдельных звуков, слогов, слов. Артикуляция звуков (гласных и согласных) может быть невнятной, смазанной, в одних случаях, в других – она достаточно разборчива, наряду с резкими нарушениями речевой просодии. Тонические спазмы мышц или, напротив, резкое снижение их тонуса могут полностью исключать вибрацию голосовых складок, а значит, в эти моменты звонкие согласные заменяются глухими, которые не требуют участия голоса. Нарушаются модуляции голоса, выразительность речи, изменяется голос, что подчеркивает диспросодические расстройства в картине экстрапирамидной дизартрии. Выявляемый респираторный тремор обуславливает толчкообразный характер речи и наблюдается при всех видах произвольного дыхания, служащего целям голосообразования [5; 6].

Экстрапирамидная форма дизартрии связана с поражением подкорковых образований мозга.

Гиперкинезы и меняющийся характер тонуса мышц речевого аппарата грубо искажают речь.

Отсутствуют стабильность и однотипность артикуляторных (а значит фонетических) нарушений.

Имеются рассогласования во времени сокращения дыхательной, голосовой и артикуляционной мускулатуры в процессе устной речи.

Нарушение голосообразования проявляется в трудностях произвольного подключения голоса и быстром его истощении в процессе речи.

Нарушается плавность речи и ее интонационно-мелодическая структура.

Мозжечковая дизартрия

Эта форма возникает при поражении мозжечка или его путей и при кровоизлияниях в мозжечок или при его опухолях. Характерна атония мышц, гиперметрия и дисметрия движений. Наблюдается тремор при всех видах дыхания, служащего целям голосообразования, артикуляции звуков речи и свиста. При спонтанном дыхании, обслуживающем функции газообмена, тремор отсут-

ствуется. У лиц с поражением мозжечка отмечается гипотония мышц во время покоя и во время движения. Лицо у больных с поражением мозжечка амимично. Носогубные складки опущены, нарушены акты глотания и дыхания. При этой форме дизартрии часто возникает дисфагия. Состояние мышц речевого аппарата: отмечается пониженный тонус в мышцах губ, мягкого неба, щек, языка.

Язык тонкий, распластаный лежит на дне полости рта, подвижность его ограничена, темп движений замедлен. Отмечается трудность удержания артикуляторных укладов и слабость их ощущений. Движения языка неточные с проявлением гипер- или гипометрии (избыточности или недостаточности объема движения). При более тонких целенаправленных движениях отмечается тремор языка. Явлений атрофии нет. Мягкое небо провисает, жевание ослаблено, мимика вялая. Речь замедлена, толчкообразна, нарушена модуляция, к концу фразы выкрики, что позволяет назвать речь скандированной. Неприятная на слух речь характеризуется диспросодией и нарушенной ритмикой речи, страдает и внятность речевого потока. Просодически выделяются ударения в слогах безударных позиций, речь делится на сегменты, не отвечающие целям выразительности. Выражена назализация большинства звуков речи. Голос может быть слабым, глухим, неопределенного тембра, с колеблющейся звонкостью.

При ходьбе характерно переразгибание коленок, нарушение равновесия, нарушение координации движений, движения рук не координируются с движениями ног. Походка шаткая. Отмечается проявление особой формы психической неполноценности по типу «лобного синдрома», при этом утрачивается тонкая способность к социальной адаптации в ситуации: неадекватный смех, скабрезные выражения и анекдоты, не характерные для обычного поведения этого человека, и т.п. [2; 5; 6].

При поражении мозжечка и его путей отмечаются снижения тонуса мышц, дисметрия движений. Своеобразная просодическая характеристика: непостоянство силы голоса, его затухание, паузирование, скандированность речи. Распад ударных слогов и согласных в конце слова обуславливает невнятность речевого потока. Дыхательная атаксия представлена тремором дыхательных мышц, приводящим к толчкообразному характеру дыхания, «дрожанию» голоса.

Напряженная поза в процессе речевого высказывания сопровождается вазомоторными реакциями (краснеет либо бледнеет). Дискоординация речевых движений относится к числу самых чувствительных симптомов очаговой мозжечковой недостаточности.

Корковая дизартрия

Моторные расстройства речи коркового уровня у взрослых лиц описаны Е.Н. Винарской (1971) и А.М. Пулатовым (1989). Следует отметить, что афазиологи причисляют корковую дизартрию к легким степеням нарушения речи при моторных афазиях (афферентной и эфферентной).

Очаг поражения мозга. Одностороннее локальное поражение коры доминантного (обычно левого) полушария головного мозга, а именно нижних отделов постцентральных полей.

По мнению авторов, корковая дизартрия может быть связана со спастическим парезом некоторых мышц, и сопровождаться апраксией. Апраксия - это уровневое нарушение психофизиологических механизмов движения, при котором исполнительные механизмы сохранены. При этом наблюдается нарушение таких произвольных действий, как оскалывание, вытягивание губ, надувание щек и пр. В то же время эти же движения могут осуществляться произвольно.

Корковая дизартрия нарушает только двигательную сторону устной речи. Как правило, при корковой дизартрии отсутствуют нарушения голоса и дыхания, нет слюнотечения.

Различают эфферентную (премоторная) и афферентную (постцентральная) формы корковой дизартрии.

Эфферентная форма корковой дизартрии

Возникает при поражении области передней центральной извилины, где представлена иннервация артикуляционной мускулатуры. Отмечается изолированное нарушение артикуляторных движений. При этом не нарушается содержательная сторона речи, что кардинально отличает корковую дизартрию от афазии. Важно отметить, что артикуляторная корковая дизартрия касается только специфических речевых движений, в то время как другие произвольные и произвольные движения языка и губ остаются в сохранности. В силу анатомической близости зон иннервации, мышц языка и кистей рук, при корковой дизартрии тонус мышц рук может быть повышен.

Чаще всего страдают движения кончика языка в связи, с чем нарушается произношение переднеязычных звуков.

Артикуляторные движения замедлены, неловки, они распадаются на отдельные звенья. Обобщенная схема движения заменяется суммой дезавтоматизированных актов. У пациентов с этой формой корковой дизартрии отмечаются трудности воспроизведения серий и последовательных движений по заданию. Наряду с нарушением тонуса мышц наблюдается снижение кинестетической и кинетической памяти, автоматизации. Артикуляция звуков искажается, появляются множественные синкинезии. Эти синкинезии отчетливо проявляются в специализированных пробах: слежение глазами за движением пальца влево-вправо вызывает движение высунутого языка, при рисовании язык движется в сторону руки, глаза закрываются, морщится лоб и т.п.

В речи отмечаются: затруднения переключения с одного звука на другой; общая замедленность речи; неплавность, обилие пауз внутри слова, особенно при стечении согласных, иногда послоговая речь; громкий голос при разговоре.

Звуки в виде усредненной артикуляции («т» и «д» - «тс» и т.п.), изменение гласных (нечеткие, приближаются к усредненному «а» - «э»), гласные ударных слогов удлиняются; согласные (начальные и конечные) нередко удлиняются (например, в-внутри и т.п.); вставка дополнительных звуков, пропуски звуков (срашный - страшный, досигла - достигла).

Нередко наблюдается спастический правосторонний гемипарез, возникают хватательные рефлексы (симптоматика псевдобульбарной дизартрии). Кортиковая дизартрия часто сочетается с моторной афазией.

Афферентная форма корковой дизартрии возникает при поражении постцентральных областей коры больших полушарий.

У взрослых гемипаретическая дизартрия бывает, главным образом, при опухолях мозга. Такая дизартрия у взрослых может быть практически компенсирована после удаления опухоли.

У больных с такой формой часто, но не обязательно, наблюдается правосторонний спастический гемипарез (при левом доминантном полушарии), расстройство кожной и мышечно-суставной чувствительности на той же половине тела. При этой форме наблюдается апраксия в движениях руки и оральная апраксия («поиски» движений).

Дизартрия проявляется в нечеткой артикуляции звуков, активными поисками правильной артикуляции, а значит, речь прерывается во время этих поисков, делается расчлененной, неплавной. В самых легких случаях – только нарушение плавности речи, связанное с поиском артикуляции (похоже на заикание). В более тяжелых случаях – смазанная и невнятная артикуляция. Только в редких случаях бывает чистая постцентральная апраксия, т.е. страдает лишь двигательная сторона речевых актов без афатических нарушений.

Выделяют три варианта афферентной дизартрии. При первом варианте наблюдается спастический парез речевой мускулатуры. Страдают наиболее тонкие и сложные движения языка, в первую очередь это движения кончика языка и произношение «ш», «ж», «р». При более тяжелых формах нарушаются апикальные согласные - кончик языка «с», «з», «л».

В более легких случаях имеются нарушения только темпа и скорости тонких дифференцированных движений мышц кончика языка. При произнесении переднеязычных звуков замедляются речевые артикуляции. Так как остальные звуки произносятся не в замедленном, а в обычном темпе, то ритм речи высказывания нарушается и речь, в целом, производит впечатление дизритмичной.

Второй вариант. Нарушение звукопроизношения непостоянно, что связано с невозможностью запоминания и удержания в моторной памяти артикуляторной позы, связанной с образами правильного звучания звука.

Движения по требованию выполняются только при зрительном контроле. При отсутствии зрительного контроля пациенты пытаются осуществить движение с помощью рук (ощупывают язык, распластывают).

Такие нарушения сопровождаются длительным поиском необходимого артикуляторного уклада, что замедляет темп речи и нарушает ее плавность.

Это нередко сочетается с недостаточностью мимики и лицевого гнозиса: эти пациенты неточно определяют участок точечного прикосновения к лицу и, особенно, в области артикуляционного аппарата.

При третьем варианте наблюдаются сочетание симптомов первого и второго вариантов динамической кинестетической артикуляционной апраксии.

Аффрикаты распадаются на свои составные части; щелевые звуки заменяются смычными, пропуски звуков в стечениях согласных.

При нарушении корковых моторных отделов мозга отмечается общая замедленность речи. Неплавность, обилие пауз внутри слова, особенно при стечении согласных. Избирательное оглушение звонких смычных согласных. Вставляются дополнительные звуки в слово. Громкий голос при разговоре.

Общими клиническими признаками дизартрии являются:

- нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре, которые имеют различный характер в зависимости от локализации поражения мозга;
- ограничения подвижности артикуляционных мышц в результате параличей и парезов. Ограничение подвижности артикуляционной мускулатуры приводит к нарушениям звукопроизношения. При этом в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения. Это, прежде всего, поднятие языка вверх.

При дизартрии нарушаются согласованные движения мышц речевого аппарата, поэтому нарушается произношение многих звуков, требующих этих согласованных движений. Причем нарушения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке, когда особенно важны согласованные движения артикуляционного аппарата. При парезе круговой мышцы рта отмечается ограниченная подвижность губ.

Парезы и параличи губных мышц обычно сочетаются с нарушением функции других мимических мышц нижней части лица, так как мускулатура губ иннервируется лицевым нервом.

При дизартрии обычно отмечается малая подвижность мягкого нёба в результате нарушения иннервации нёбных мышц. Мышцы мягкого нёба иннервируются двигательными веточками языкоглоточного и блуждающего нервов. При поражении мышц мягкого нёба голос приобретает носовой оттенок (открытая гнусавость). При поражении блуждающего нерва открытая гнусавость и артикуляционные расстройства нередко сочетаются с хрипотой и нарушением голоса (афонией) вследствие частичного или полного нарушения функции внутренних мышц гортани. При дизартрии наблюдаются также и нарушения дыхания. За счет уменьшения резонаторной полости грубо искажается звукопроизношение. Характерной особенностью дизартрии является нарушение голосообразования. Голос при дизартрии обычно слабый, с нарушением модуляции. Для возникновения голоса большое значение имеет вибрация голосовых связок.

Характерной особенностью дизартрии является нарушение голосообразования за счет нарушений иннервации мышц гортани. Голос при дизартрии обычно слабый, с нарушением модуляции. Для возникновения голоса большое значение имеет вибрация голосовых связок. Для дизартрии характерным является гиперсаливация (усиленное слюнотечение) [2; 5; 6].

При всем разнообразии причин и уровней поражения мозга можно проследить «родовую» общность дизартрии. Прежде всего, все формы дизартрии представляют собой нарушение двигательной реализации устной речи. В свою

очередь нарушение речевых движений обусловлены патологией нейромышечной регуляции, а именно патологическим изменением мышечного тонуса.

Степень нарушений устной речи при дизартрии может быть самой различной: от еле уловимых слухом особенностей звукопроизношения, до полной невозможности экспрессивной речи. В последних случаях, когда речь практически отсутствует либо практически непонятна, состояние речи квалифицируют как анартрию. Больные с дизартрией вследствие очагового поражения сохраняют понимание речи и письменную речь, но затрудняются выразить свою мысль в устной форме.

Итак, анализ бульбарной, псевдобульбарной, мозжечковой, подкорковой и корковой дизартрии показал, что при любой из форм дизартрии имеют место нарушения моторно-речевого праксиса, при этом наблюдаются нарушения звукопроизводительной стороны речи, кроме того, страдают темп, выразительность, модуляция. Все это обусловлено нарушением иннервации речевой мускулатуры, связанное с органическим поражением центральной нервной системы. У взрослых лиц дизартрия развивается на фоне сформированных механизмов речевой деятельности. Она является приобретенным в постнатальном онтогенезе речевым нарушением. Моторно-речевые нарушения при дизартрии зависят от локализации, тяжести и характера поражения.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте особенности реализации двигательного акта и проанализируйте нарушение двигательного акта у лиц с дизартрией.
2. Охарактеризуйте особенности и механизм нарушения моторно-речевого праксиса при дизартрии.
3. Раскройте структуру дефекта и механизм нарушения речи при бульбарной, псевдобульбарной, подкорковой, мозжечковой и корковой дизартрии.

Используемая и рекомендуемая литература

1. Асыкина, А.Н. Коррекция апраксических расстройств двигательной функции у детей, имеющих дизартрию / А.Н. Асыкина // Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. – Ростов-н/Д.: «Феникс», 2002. – С. 302-325.
2. Беденко, Г.В. Логоритмические занятия в старших группах для детей с дизартрией / Г.В. Беденко, М.А. Поваляева // Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. – Ростов-н/Д.: «Феникс», 2002. – С. 100-121.
3. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова. – М.: ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
4. Белякова, Л.И. Здоровьесберегающие технологии развития речи у детей. Формирование речевого дыхания / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Ю.О. Филатова, Т.Г. Хатнюкова-Шишкова. – М.: Национальный книжный центр, 2017. – 80 с. (Логопедические технологии).
5. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики / Г.А. Волкова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004. – 144 с.

6. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педагогических вузов: В 5 кн. Кн. 1. В 2-х ч. Ч. 2. Ринология. Дизартрия / Авт.-сост. Л.С. Волкова, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина / Под ред. Л.С.Волковой. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 304 с.

7. Логопедия: Учебник для обучающихся дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009 – 677 с. Гриф МО.

8. Смирнова, И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников. Алалия, дизартрия, ОНР / И.А. Смирнова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004. – 314 с.

9. Сорокина, Н.А. Комплексная диагностика детей с речевыми нарушениями / Н.А. Сорокина. – М.: ВЛАДОС, 2015. – 116 с. (Коррекционная педагогика) – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785691019203.html>.

10. Степанова, О.А. Организация логопедической работы в ДОУ: Методическое пособие / О.А. Степанова. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2017. – 128 с.

Тема 7. Система коррекционно-педагогической работы при дизартрии

План

- 1. Поэтапность логопедической работы при дизартрии.*
- 4. Особенности проведения артикуляционной гимнастики.*
- 5. Специфика проведения работы над голосом.*
- 6. Коррекция речевого дыхания.*
- 7. Тренировка артикуляторно-сенсорных схем.*
- 8. Коррекция звукопроизношения.*

Поэтапность логопедической работы при дизартрии

Тесная взаимосвязь развития речи, сенсорных функций, моторики и интеллекта определяет необходимость коррекции нарушений речи при дизартрии у детей в сочетании со стимуляцией развития всех ее сторон, сенсорных и психических функций, осуществляя тем самым формирование речи как целостной психической деятельности.

Система логопедического воздействия при дизартрии имеет комплексный характер: коррекция звукопроизношения сочетается с формированием звукового анализа и синтеза, развитием лексико-грамматической стороны речи и связного высказывания. Спецификой работы является сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Успех логопедических занятий во многом зависит от их раннего начала и систематичности проведения.

Работа над звукопроизношением строится с учетом следующих положений:

1. Зависимость от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка.

2. Развитие речевой коммуникации. Формирование звукопроизношения должно быть направлено на развитие коммуникации, школьной и социальной адаптации ребенка.

3. Развитие мотивации, стремления к преодолению имеющихся нарушений, развитие самосознания, самоутверждения, саморегуляции и контроля, чувства собственного достоинства и уверенности в своих силах.

4. Развитие дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа.

5. Усиление перцепции артикуляционных укладов и движений путем развития зрительно-кинестетических ощущений.

6. Поэтапность. Начинают с тех звуков, артикуляция которых у ребенка более сохранная. Иногда звуки выбирают по принципу более простых моторных координации, но обязательно с учетом структуры артикуляционного дефекта в целом, в первую очередь работают над звуками раннего онтогенеза.

7. При тяжелых нарушениях, когда речь полностью не понятна для окружающих, работа начинается с изолированных звуков и со слогов. Если речь ребенка относительно понятна и в отдельных словах он может произносить дефектные звуки правильно, работа начинается с этих «ключевых» слов. Во всех случаях необходима автоматизация звуков во всех контекстах и в различных речевых ситуациях.

8. У детей с поражением центральной нервной системы важное значение имеет предупреждение тяжелых нарушений звукопроизношения путем систематической логопедической работы в доречевом периоде.

Логопедическая работа при дизартрии проводится поэтапно.

Первый этап, подготовительный – основные его цели: подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, у ребенка раннего возраста – воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса.

Важной задачей на этом этапе является развитие сенсорных функций, особенно слухового восприятия и звукового анализа, а также восприятия и воспроизведения ритма.

Методы и приемы работы дифференцируются в зависимости от уровня развития речи. При отсутствии речевых средств общения у ребенка стимулируют начальные голосовые реакции и вызывают звукоподражания, которым придают характер коммуникативной значимости.

Логопедическая работа проводится на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

Второй этап – формирование первичных коммуникативных произносительных навыков. Основная его цель: развитие речевого общения и звукового анализа. Проводится работа по коррекции артикуляционных нарушений: при спастичности – расслабление мышц артикуляционного аппарата, выработка контроля над положением рта, развитие артикуляционных движений, развитие

голоса; коррекция речевого дыхания; развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса.

Работа по расслаблению мышц артикуляционного аппарата начинается с общего мышечного расслабления, расслабления шейной, грудной мускулатуры, мышц рук. Затем проводится расслабляющий массаж мышц лица. Движения начинаются с середины лба по направлению к вискам. Они производятся легкими поглаживающими равномерными движениями кончиками пальцев в медленном темпе.

Расслабляющий массаж проводится дозированно, распространяется только на те области лица, где имеется повышение мышечного тонуса, в группах же мышц вялых, ослабленных применяется тонизирующий, укрепляющий массаж.

Вторым направлением расслабляющего массажа лица является движение от бровей к волосистой части головы. Движения проводятся равномерно обеими руками с двух сторон.

Третьим направлением движения является движение вниз от линии лба, через щеки к мышцам шеи и плеча.

Затем приступают к расслаблению мышц губ. Логопед помещает свои указательные пальцы на точку, находящуюся между серединой верхней губы и углом рта с обеих сторон. Движения идут к средней линии, так что верхняя губа собирается в вертикальную складку. Такое же движение проделывается с нижней губой, затем с обеими губами вместе.

В следующем упражнении указательные пальцы логопеда помещаются в то же положение, но движения идут вверх по верхней губе, обнажая верхние десны, и вниз по нижней губе, обнажая нижние десны.

Затем указательные пальцы логопеда помещаются в углы рта и губы растягиваются (как при улыбке). Обратным движением с образованием морщинок губы возвращаются в исходное положение.

Эти упражнения проводятся при различном положении рта: рот закрыт, приоткрыт, полуоткрыт, широко открыт.

После расслабления, а при низком тоне – после укрепляющего массажа губ тренируют их пассивно-активные движения. Ребенка учат захватывать и удерживать губами леденцы, палочки различного диаметра, учат пить через соломинку.

После общего мышечного расслабления и описанных выше упражнений приступают к тренировке мышц языка. При их расслаблении важно учитывать, что они тесно связаны с мышцами нижней челюсти. Поэтому движение вниз в полости рта спастически приподнятого языка проще всего достигается при одновременном движении вниз нижней челюсти (открывание рта). Детям школьного возраста подобные упражнения предлагаются в виде аутотренинга: «Я спокоен, совершенно расслаблен, язык спокойно лежит во рту, медленно опускаю его вниз, когда опускается нижняя челюсть».

Если этих приемов недостаточно, то полезно на кончик языка положить кусочек стерильной марли или стерильную пробку. Возникающее тактильное ощущение помогает ребенку понять, что что-то мешает свободным движениям

языка, т. е. ощутить состояние спастичности. После этого логопед шпателем или языковым депрессором производит легкие горизонтальные нажимы.

Следующим приемом являются легкие плавные покачивающие движения языка в стороны. Логопед осторожно захватывает язык кусочком марли и плавно ритмично двигает его в стороны. Постепенно пассивная помощь логопеда уменьшается, и ребенок сам начинает выполнять эти упражнения. Массаж проводит специалист (ЛФК), однако элементы его используются логопедом, родителями под обязательным контролем врача, с соблюдением необходимых гигиенических правил.

Выработка контроля за положением рта. Отсутствие контроля за положением рта у детей с дизартрией значительно затрудняет развитие произвольных артикуляционных движений. Обычно рот у ребенка приоткрыт, выражено слюнотечение.

Первый этап работы – упражнения для губ, способствующие их расслаблению и усилению тактильных ощущений в сочетании с пассивным закрыванием рта ребенка. Внимание фиксируется на ощущении закрытого рта, ребенок видит это положение в зеркале.

На втором этапе закрывание рта производится пассивно-активным путем. Вначале ребенку легче закрыть рот в положении наклона головы и легче его открыть в положении слегка запрокинутой головы. На начальных этапах работы используются эти облегченные приемы. Переход от пассивных движений открывания рта к активным, становится возможным через рефлекторное зевание.

На третьем этапе тренируют активное открывание и закрывание рта по словесной инструкции: «Открой рот широко», «Вытяни губы вперед», «Собери губы в трубочку и возврати их в исходную позицию» [3; 5].

Предлагаются различные задания по имитации положения рта, представленного на картинках. Постепенно упражнения несколько усложняются: ребенка просят дуть через расслабленные губы, производить вибрационные движения.

Особенности проведения артикуляционной гимнастики

При проведении артикуляционной гимнастики большое значение имеет тактильно-проприоцептивная стимуляция, развитие статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезии.

На начальных этапах работу проводят с максимальным подключением других, более сохраненных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Многие упражнения проводят с закрытыми глазами, привлекая внимание ребенка к проприоцептивным ощущениям. Артикуляционная гимнастика дифференцируется в зависимости от формы дизартрии и тяжести поражения артикуляционного аппарата.

Перед работой по развитию подвижности речевой мускулатуры проводят упражнения для мимических мышц лица. Уже с дошкольного возраста у ребенка развивают произвольность и дифференцированность мимических движений и контроль за своей мимикой. Ребенка учат по инструкции закрывать и откры-

вать глаза, хмурить брови, надувать щеки, проглатывать слюну, закрывать и открывать рот.

Для развития достаточной силы мышц лица, губ используют специальные упражнения с сопротивлением, применяя стерильные салфетки, трубочки. Ребенок обхватывает трубочку губами и старается ее удержать, несмотря на попытки взрослого вытянуть ее изо рта.

Артикуляционная гимнастика языка начинается с воспитания активного прикосновения концом языка к краю нижних зубов. Затем развивают общие, менее дифференцированные движения языка вначале в пассивном плане, затем в пассивно-активном и, наконец, активные движения.

Стимуляция мышц корня языка начинается с их рефлекторных сокращений путем раздражения корня языка шпателем. Закрепление осуществляют произвольными покашливаниями [3; 5].

Важным разделом артикуляционной гимнастики является развитие более тонких и дифференцированных движений языка, активизация его кончика, ограничение движений языка и нижней челюсти. Полезны упражнения по стимуляции движений кончика языка при открытом рте, неподвижной челюсти. Развитие артикуляционной моторики ведется систематически, длительно, используя общий комплекс и специфические упражнения. Работа облегчается использованием игр, которые подбираются в зависимости от характера и степени тяжести поражения артикуляционной моторики, а также с учетом возраста ребенка. С некоторой адаптацией могут быть использованы игры, опубликованные в литературе.

Специфика проведения работы над голосом

Развитие голоса. Для развития и коррекции голоса у детей с дизартрией используются различные ортофонические упражнения, направленные на развитие координированной деятельности дыхания, фонации и артикуляции.

Работа над голосом начинается после артикуляционной гимнастики и массажа, расслабления шейной мускулатуры, специальных упражнений по выполнению движений во все стороны головой (мышцы шеи расслаблены) с одновременным произнесением цепочек гласных звуков: и-э-о-у-а-ы.

Большое значение для коррекции голоса имеет активизация движений мягкого нёба: глотание капель воды, покашливание, зевота, произнесение гласного а на твердой атаке. Упражнения проводятся перед зеркалом, под счет. Используются следующие приемы: стимуляция задней части языка и нёба легкими похлопывающими движениями с помощью языкового депрессора; обучение произвольному глотанию: логопед из пипетки капает против задней стенки глотки капли воды, голова ребенка несколько откинута назад. Стимулируются кашлеподобные движения, зевание, нёбный и глоточный рефлекс.

Для голосообразования большое значение имеют движения челюстей: открывание и закрывание рта, имитация жевания. Используют челюстной дрожательный рефлекс: легкие постукивающие ритмичные движения по подбородку вызывают движение нижней челюсти вверх.

Используются также специальные упражнения по опусканию нижней челюсти. Вначале на фоне мышечного расслабления логопед помогает в выполнении данного движения, добиваясь опускания нижней челюсти примерно на 1-1,5 см (закрывание рта ребенок делает самостоятельно).

Вырабатывают произвольный контроль за объемом и темпом выполнения движения, используя различные наглядные приемы (рисунок с изображением опускания ведра в колодезь, шарик, привязанный к веревке, мимические картинки и т. д.).

Затем эти упражнения выполняются по словесной инструкции с одновременным произношением различных звуковых сочетаний: дон-дон, кар-кар, ав-ав и т. д. [3; 5].

Для укрепления мышц нёбной занавески используются упражнения в чередовании ее расслабления и напряжения. Ребенка просят до окончания зевательного движения отрывисто произнести звук *a*, а при широко открытом рте перейти от произношения звука *a* к звуку *n*, задерживая воздух во рту под давлением. Внимание ребенка привлекается к ощущению состояния нёбной занавески. Используют упражнения по развитию силы, тембра и высоты голоса: прямой счет десятками с постепенным усилением голоса и обратный счет с постепенным его ослаблением. Для развития высоты тембра и интонаций голоса большое значение имеют различные игры, чтение сказок по ролям, инсценировки и т. д.

Коррекция речевого дыхания

Коррекция речевого дыхания. Дыхательная гимнастика начинается с общих Дыхательных упражнений, цель которых увеличить объем дыхания и нормализовать его ритм.

Ребенка учат дышать при закрытом рте, попеременно зажимая то одну, то другую ноздрю, для усиления глубины вдоха перед ноздрями ребенка создается «веер воздуха».

Проводятся упражнения по тренировке носового выдоха. Ребенку дается инструкция не открывать рот: «Вдыхай глубоко и выдыхай длительно через нос».

Следующее упражнение направлено на развитие преимущественно-ротового вдоха. Логопед закрывает ноздри ребенка и просит его вдыхать через рот до того момента, когда он его попросит произнести отдельные гласные звуки или слоги.

Используются упражнения с сопротивлением. Ребенок вдыхает через рот. Логопед кладет руки на грудную клетку ребенка, как бы препятствуя вдоху в течение 1-2 секунд. Это способствует более глубокому и быстрому вдоху и более удлиненному выдоху.

Ребенка просят задерживать вдох, добиваясь быстрого и глубокого вдоха и медленного продолжительного выдоха.

Упражнения проводят ежедневно по 5-10 минут. Во время этих упражнений в момент выдоха логопед произносит различные цепочки гласных звуков, стимулируя ребенка к подражанию, варьируя при этом громкость и тональность

голоса. Затем ребенка стимулируют к произнесению щелевых согласных изолированно и в сочетании с гласными и других звуков различают динамическую и статическую дыхательную гимнастику.

При дыхательной гимнастике стараются не переутомлять ребенка, следят, чтобы он не напрягал плечи, шею, не принимал порочных поз, все дыхательные движения должны проводиться плавно, под счет или под музыку.

Дыхательная гимнастика проводится до еды, в хорошо проветренном помещении [3; 5].

Развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса. Для развития двигательно-кинестетической обратной связи необходимо проводить следующие упражнения. Потряхивание верхней и нижней губы; расправление щек (приподнимание их от зубной арки). Опускание и поднятие нижней челюсти.

Помещение языка над нижними и верхними резцами. Вначале логопед проводит их перед зеркалом, затем без него, глаза ребенка закрыты, логопед проделывает то или иное движение, а ребенок называет его.

Тренировка артикуляторно-сенсорных схем

Необходима тренировка следующих артикуляторно-сенсорных схем:

- двугубная: губы пассивно смыкаются, удерживаются в этом положении. Внимание ребенка фиксируется на сомкнутых губах, затем его просят дуть через губы, разрывая их контакт;
- губно-зубная: указательным пальцем левой руки логопед приподнимает верхнюю губу ребенка, обнажая верхние зубы, указательным пальцем правой руки поднимает нижнюю губу до уровня верхних резцов и просит ребенка дуть;
- язычно-зубная: язык помещается и удерживается между зубами;
- язычно-альвеолярная: кончик языка прижимается и удерживается у альвеолярного отростка, ребенка просят дуть, разрывая контакт;
- язычно-нёбная: голова ребенка несколько закидывается назад, задняя часть языка приподнимается к твердому нёбу, ребенка просят производить кашлевые движения, фиксируя его внимание на ощущениях языка и нёба.

Для развития артикуляционного праксиса большое значение имеет рано начатая логопедическая работа, расширение и обогащение речевого опыта ребенка, а также преобладание специальных слоговых упражнений над чисто артикуляционными. Подбираются серии слогов, которые требуют последовательной смены различных артикуляционных движений [3; 5].

Коррекция звукопроизношения

При коррекции звукопроизношения. Используется принцип индивидуального подхода. Способ постановки и коррекции звука выбирается индивидуально. При нарушениях произношения нескольких звуков важна последовательность в работе. В первую очередь для коррекции отбираются те фонемы, которые в определенных контекстах могут произноситься правильно, а также те, моторные координации которых наиболее просты. Или выбирается звук,

наиболее легко поддающийся коррекции, например звук, который отраженно произносится правильно.

Перед вызыванием и постановкой звуков важно добиваться их различения на слух. Моделируя ребенку тот или иной артикуляционный уклад, логопед стимулирует вызывание изолированного звука, затем его автоматизирует в слогах, словах и в контекстной речи. Необходима тренировка слухового восприятия, ребенок должен научиться слушать самого себя, улавливать разницу между своим произношением и нормализованным звуком.

Существует несколько приемов постановки звуков при дизартрии. Наиболее распространенным является метод так называемой фонетической локализации, когда логопед языку и губам ребенка пассивно придает необходимую позицию для того или иного звука. Используются зонды, плоские пластинки для языка и целый ряд других приспособлений. Внимание ребенка привлекается к ощущению положений. Затем он выполняет движения самостоятельно при некоторой помощи логопеда и без нее [3; 5].

При работе над звукопроизношением опираются на знание артикуляционных укладов родного языка, анализ структуры нарушений звукопроизношения у каждого ребенка (кинестетический анализ) и на специфические приемы постановки отдельных звуков.

Основными методами работы являются: двигательно-кинестетический и слухо-зрительно-кинестетический. В процессе логопедической работы устанавливаются межанализаторные связи между движением артикуляционных мышц и их ощущением, между восприятием звука на слух, зрительным образом артикуляционного уклада данного звука и двигательным ощущением при его произнесении. Все методы коррекционной работы основаны на закономерностях развития фонетико-фонематической системы языка в норме.

При формировании звукопроизносительных умений и навыков в различных ситуациях речевой коммуникации, предупреждении и преодолении вторичных нарушений речи логопед проводит работу по автоматизации и дифференциации звуков, формированию произносительных навыков в различных ситуациях общения. Звуки закрепляются в словах и предложениях.

Для автоматизации используется прием одновременного проговаривания звука и изображения его символа – писание и говорение. Эти упражнения способствуют усилению звука, обогащению его моторным действием.

Для детей, которые не могут писать, звук произносится одновременно с похлопыванием пальцами или постукиванием ногой.

Затем новый звук закрепляется в различных слогах.

Постепенно переходят от простых упражнений к более сложным, убыстряя темп упражнений.

При работе над звукопроизношением важно выявить сохранные компенсаторные возможности ребенка (сохранные звуки, артикуляционные движения, специальные звукосочетания и слова, в которых дефектные звуки произносятся правильно). Работа строится с опорой на эти сохранные звенья.

Коррекция звукопроизносительной стороны речи сочетается с работой над ее выразительностью. Работа проводится путем подражания. Ребенка учат

ускорять и замедлять темп речи в зависимости от содержания высказывания, равномерно чередовать ударные и безударные слоги, выделять паузами или повышением голоса отдельные слова или группы слов.

Содержание и методы работы видоизменяются в зависимости от характера и тяжести дизартрии, от общего уровня речевого развития. При сочетании дизартрии с речевым недоразвитием осуществляется комплексная программа логопедических занятий, включающая фонетическую работу, развитие фонематического слуха, работу над словарем, грамматическим строем, а также специальные мероприятия, направленные на предупреждение или коррекцию нарушений письменной речи.

В других случаях проводится работа над звукопроизношением и уточнением фонематического слуха.

Во всех случаях основной задачей логопедической работы при дизартрии является развитие и облегчение речевой коммуникации, а не только формирование правильного произнесения звуков. Используются приемы игровой терапии в сочетании с индивидуальной работой над артикуляцией, дыханием, фонацией и коррекцией звукопроизношения, а также над личностью ребенка в целом. Наиболее часто встречается псевдобульбарная дизартрия, при которой важное значение имеет применение дифференцированного массажа (расслабляющего и укрепляющего) с учетом состояния мышечного тонуса в отдельных мышцах артикуляционного аппарата, а также артикуляционной гимнастики. Логопедическая работа включает развитие речевого дыхания, интонационно-методической стороны речи, фонематического восприятия.

Работа с лицами, страдающими дизартрией, проводится в различных типах логопедических учреждений: детских садах и школах для детей с тяжелыми нарушениями речи, в школах для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (последствиями полиомиелита и церебральным параличом), в речевых отделениях психоневрологических больниц. При более легких (стертых) формах дизартрии работа проводится в поликлиниках, на логопедических пунктах общеобразовательных школ.

При дизартрии требуется ранняя, длительная и систематическая логопедическая работа. Успех ее в значительной степени зависит от взаимосвязи в работе логопеда и врача-невропатолога или психоневролога, логопеда и родителей, а при явных двигательных нарушениях — логопеда и массажиста, специалиста по лечебной физкультуре.

Важное значение имеет ранняя диагностика патологии и логопедическая работа с этими детьми в первые годы жизни. В нашей стране разработана система комплексных мероприятий по предупреждению дизартрии у детей с перинатальным поражением мозга. Эта система включает комплексную медико-педагогическую работу с детьми начиная с первых месяцев их жизни. Работа проводится в специальных неврологических стационарах для детей с перинатальной патологией.

Контрольные вопросы и задания

1. Почему при дизартрии важно оценить состояние фонематического слуха и лексико-грамматической стороны речи?
2. Охарактеризуйте основные направления коррекционной работы при дизартрии.
3. Раскройте специфику содержания каждого направления коррекционной работы при дизартрии.

Используемая и рекомендуемая литература

1. Асыкина, А.Н. Коррекция апраксических расстройств двигательной функции у детей, имеющих дизартрию / А.Н. Асыкина // Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. – Ростов-н/Д.: «Феникс», 2002. – С. 302-325.
2. Беденко, Г.В. Логоритмические занятия в старших группах для детей с дизартрией / Г.В.Беденко, М.А. Поваляева // Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. – Ростов-н/Д.: «Феникс», 2002. – С. 100-121.
3. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова. – М.: ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
4. Белякова, Л.И. Здоровьесберегающие технологии развития речи у детей. Формирование речевого дыхания / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Ю.О. Филатова, Т.Г. Хатнюкова-Шишкова. – М.: Национальный книжный центр, 2017. – 80 с. (Логопедические технологии).
5. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики / Г.А. Волкова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004. – 144 с.
6. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педагогических вузов: В 5 кн. Кн. 1. В 2-х ч. Ч. 2. Ринолалия. Дизартрия / Авт.-сост. Л.С. Волкова, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина / Под ред. Л.С. Волковой. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 304 с.
7. Логопедия: Учебник для обучающихся дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 677 с. Гриф МО.
8. Смирнова, И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников. Алалия, дизартрия, ОНР / И.А. Смирнова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004. – 314 с.
9. Сорокина, Н.А. Комплексная диагностика детей с речевыми нарушениями / Н.А. Сорокина. – М.: ВЛАДОС, 2015. – 116 с. (Коррекционная педагогика) – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785691019203.html>.
10. Степанова, О.А. Организация логопедической работы в ДОУ: Методическое пособие / О.А. Степанова. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2017. – 128 с.

ГЛАВА III. СИСТЕМНЫЕ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ (ОБЩЕЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ, АЛАЛИЯ)

Тема 8. Общее недоразвитие речи у детей

План

1. Характеристика общего недоразвития речи у детей.
2. Логопедическое обследование детей с общим недоразвитием речи.
3. Коррекционно-логопедическая работа с детьми с общим недоразвитием речи.

Характеристика общего недоразвития речи у детей

В настоящее время в логопедии существуют две традиционные классификации нарушений речи: клинико-педагогическая и психолого-педагогическая. Указанные классификации рассматривают речевые расстройства в различных аспектах. Но вместе с тем данные одной и другой классификации дополняют друг друга и служат общим задачам: комплектованию групп детей с речевой патологией и осуществлению системного, дифференцированного логопедического воздействия с учетом симптоматики и механизмов нарушений речи.

Клинико-педагогическая классификация строго не соотнесена с клиническими синдромами. Она акцентирует внимание на тех нарушениях, которые должны стать объектом медицинского, психологического и логопедического воздействия.

В процессе постановки логопедического заключения необходимыми являются медицинские данные, клинические характеристики, которые позволяют уточнить тот или иной логопедический диагноз. Клинические характеристики ориентированы, прежде всего, на объяснение причин возникновения речевых расстройств, лечение ребенка, а не на систему коррекции.

Клинико-педагогическая классификация раскрывает этиологию, механизмы, формы и виды речевых расстройств. В данной классификации выделяются следующие формы речевых расстройств: дислалия, дизартрия или стертая форма дизартрии, ринолалия, расстройства голоса, моторная, сенсорная алалия, детская афазия, афазия взрослых, задержка речевого развития (ЗРР), заикание, тахилалия, спотыкание (полтерн).

Психолого-педагогическая классификация ориентирована на выявление, прежде всего, речевой симптоматики (симптомологический уровень). Симптомологический уровень анализа речевых нарушений позволяет описать внешние симптомы недоразвития языка (речи), что служит основой для направления детей в определенные группы детского сада или в определенный тип школы.

Психолого-педагогическая классификация была разработана Р.Е. Левиной и сотрудниками сектора логопедии Института дефектологии. В основе данной классификации лежат лингвистические и психологические критерии. Наиболее значимым среди них является выделение нарушенных компонентов рече-

вой систем (фонетико-фонематической стороны речи, лексико-грамматического строя речи) [2; 7].

В соответствии с указанными критериями в данной классификации выделяются две группы речевых расстройств:

1 группа – нарушение средств общения.

2 группа – расстройства в применении средств речевого общения (заикание).

К 1 группе речевых нарушений, по Р.Е. Левиной, относится фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи (ОНР).

Фонетико-фонематическое недоразвитие – это нарушение формирования произносительной системы языка вследствие недостаточности фонематического восприятия и артикуляции звуков речи.

Общее недоразвитие речи характеризуется нарушением формирования всех компонентов речевой системы в их единстве (звуковой стороны речи, фонематических процессов, лексики, грамматического строя речи) у детей с нормальным слухом и относительно сохранным интеллектом.

Общее недоразвитие речи может наблюдаться при различных формах речевой патологии (по клинико-педагогической классификации): моторной, сенсорной алалии, детской афазии, дизартрии, в том числе при стертой форме дизартрии, ринолалии.

В этиологии ОНР выделяются разнообразные факторы как биологического, так и социального характера. К биологическим факторам относят: инфекции или интоксикации матери во время беременности, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности, патология натального периода, постнатальные заболевания центральной нервной системы и травмы головного мозга в первые годы жизни ребенка и др.

Вместе с тем ОНР может быть обусловлено неблагоприятными условиями воспитания и обучения, может быть связано с психической депривацией в сензитивные периоды развития речи. Во многих случаях ОНР является следствием комплексного воздействия различных факторов, например, наследственной предрасположенности, органической недостаточности ЦНС (иногда легко выраженной), неблагоприятного социального окружения.

Наиболее сложным и стойким вариантом является ОНР, обусловленное ранним органическим поражением мозга.

Е.М. Мастюкова придает особое значение в этиологии ОНР перинатальной энцефалопатии, которая может быть гипоксической (вследствие внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах), травматической (вследствие механической родовой травмы), билирубиновой (вследствие несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности).

Клинические виды ОНР разнообразны. В классификации Е.М. Мастюковой выделяются три группы детей с ОНР.

1 группа – неосложненный вариант ОНР, характеризующийся наличием только признаков общего недоразвития речи. У детей с этим вариантом ОНР не выявляется локальных поражений ЦНС. В анамнезе этих детей чаще всего отсутствуют указания на патологическое протекание беременности и родов, лишь

иногда наблюдается не резко выраженный токсикоз второй половины беременности, недлительная асфиксия. В постнатальном периоде у этих детей может отмечаться соматическая ослабленность, частые инфекционные и простудные заболевания. С психологической точки зрения у этих детей отмечается общая эмоционально-волевая незрелость, несформированность регуляции произвольной деятельности.

У детей первой группы наблюдается недостаточность тонких дифференцированных движений пальце рук, трудности динамической организации движений.

У второй группы детей выявляется осложненный вариант ОНР центрально-органического генеза. У детей этой группы ОНР характеризуется более сложной симптоматикой и патогенезом. Нарушение речевого развития сочетается с неврологической и психопатологической симптоматикой. Выраженная неврологическая симптоматика у этих детей свидетельствует не только о незрелости ЦНС, но и о грубом повреждении определенных мозговых структур [2; 7].

В этой группе, по мнению Е.М. Мастюковой, наиболее частыми являются следующие синдромы:

1. Гипертензионно-гидроцефальный синдром, который характеризуется повышенным внутричерепным давлением, увеличением размера головы, расширением венозной сети в области висков. У детей с данным синдромом наблюдается быстрая истощаемость, повышенная возбудимость, расторможенность, раздражительность, частые головные боли, головокружения.

2. Церебрастенический синдром характеризуется повышенной нервно-психической истощаемостью, эмоциональной неустойчивостью, нарушением внимания, памяти. Церебрастенический синдром в одних случаях проявляется на фоне эмоционального и двигательного беспокойства, в других - сопровождается вялостью, заторможенностью, пассивностью.

3. Синдромы двигательных расстройств проявляются в изменении мышечного тонуса, в нарушении координации движений, в несформированности общей, тонкой ручной, а также артикуляционной моторики, что в свою очередь проявляется в виде тремора, синкинезий, насильственных движений, легких парезов, спастичности, характеризующих стертую форму дизартрии.

В целом для детей второй группы характерна недостаточность гнозиса, праксиса, гнозопраксиса.

Незрелость эмоционально-волевой сферы проявляется у этих детей в эмоциональной лабильности, в поверхностности эмоций, в недостаточности волевых процессов.

У детей этой группы в школьном возрасте наряду с нарушениями чтения и письма выявляются затруднения в овладении понятием числа, порядковым счетом, счетными операциями (дискалькулии).

У детей с ОНР 3 группы отмечается алалия (в основном моторная алалия).

В настоящее время этиология алалии соотносится с поражением речевых зон, как левого, так и правого полушария. У детей с моторной алалией имеют

место сложные дизонтогенетические нарушения – энцефалографические исследования показывают, что у детей с моторной алалией имеются не только локальные поражения коры головного мозга, но и поражения подкорковых структур мозга.

Несмотря на вариативность клинических характеристик детей с ОНР, общим для них является системное недоразвитие речи. При этом особенно сложным и стойким является нарушение формирования лексики и грамматического строя речи.

Недоразвитие речи у детей может быть выражено в различной степени: от полного отсутствия речи до незначительных отклонений в развитии.

С учетом степени несформированности речи Р.Е. Левина выделила три уровня ее недоразвития [7; 8].

ОНР I уровня

На этом уровне у детей либо полностью отсутствует речь, либо имеются лишь элементы речи.

Активный словарь детей состоит из небольшого числа звукоподражаний и звуковых комплексов (лепетных слов), которые часто сопровождаются жестами («би» - машина поехала, «ли» - пол). лепетные слова либо включают фрагменты слова (петух - «уту», киска - «тита», бабушка - «де»), либо звукоочетания, не похожие на правильное слово (воробей- «ки»). Имеется незначительное количество слов-корней, искаженных по звучанию («пать»- спать, «акыть» - открыть).

Используемые детьми слова являются аморфными по значению, не имеют точного соответствия с предметами и действиями. Так, в речи одного ребенка слово «лапа» обозначает и лапы животных, и ноги человека, и колеса машины. Слово «лед» соотносится со всеми предметами, которые имеют гладкую поверхность (зеркало, оконное стекло, крышка стола).

В то же время дети часто обозначают один и тот же предмет разными словами (жук - «сюк», «тлякан», «теля», «атя»).

Вместо названий действий дети часто употребляют названия предметов (открывать - «древ», играть в мяч - «мяч») и наоборот (кровать - «спать», самолет - «летай»).

На этом этапе у детей, как правило, отсутствует фразовая речь. Дети используют однословные слова-предложения.

Звукопроизношение детей характеризуется смазанностью, нечеткостью артикуляции, невозможностью произнесения многих звуков.

У детей наблюдается ограниченная способность воспроизведения слоговой структуры слова. Чаще всего дети воспроизводят односложные звуковые комплексы (кубики - «ку», карандаш - «дас»), либо повторяющиеся слоги («би-би», «ту-ту»). Звуковой анализ слова представляет для детей невыполнимую задачу.

ОНР II уровня

На этом этапе дети используют более развернутые речевые средства. Однако недоразвитие речи выражено еще очень резко.

В речи ребенка имеется довольно большое количество слов (существительных, глаголов, личных местоимений), иногда появляются предлоги и союзы. Но используемые детьми слова характеризуются неточностью значения и звукового оформления.

Неточность значения слов проявляется в большом количестве вербальных парафазий (замен слов). Иногда с целью пояснения значения слова дети используют жесты. Так, например, вместо слова «чулок» ребенок использует слово «нога» и воспроизводит жест надевания чулок, вместо слова «режет» ребенок произносит слово «хлеб» и сопровождает его жестом резания.

В процессе общения дети используют фразовую речь, нераспространенные или даже распространенные предложения. Однако связи между словами предложения еще грамматически не оформлены, что проявляется в большом количестве морфологических и синтаксических аграмматизмов. Чаще всего в структуре предложения дети используют существительные в именительном падеже, а глаголы – в форме инфинитива или в форме третьего лица единственного или множественного числа. При этом отсутствует согласование существительного и глагола.

Существительные в косвенных падежах заменяются начальной формой либо неправильной формой существительного («играет с мячику», «пошли на горке»).

В речи детей нарушается согласование глагола и существительного в числе («кончилась занятие», «девочка сидят»), в роде («мама купил», «девочка пошел» и др.). Глаголы прошедшего времени в речи детей часто заменяются глаголами настоящего времени («Витя дом рисовал» вместо «Витя дом рисует»).

Прилагательные употребляются детьми крайне редко и не согласуются с существительными в роде и числе («красный лента», «вкусная грибы»).

Формы существительных, прилагательных и глаголов среднего рода отсутствуют, заменяются или искажаются.

На этом этапе дети иногда употребляют предлоги, но чаще всего опускают их или употребляют неправильно («Я была Лелька» - я была на елке. «Собака живет на будке» - Собака живет в будке.).

Правильное словоизменение касается лишь некоторых форм существительных и глаголов, прежде всего, часто употребляющихся в речи детей.

На этой ступени речевого недоразвития отсутствует словообразование. Звуковая сторона речи также характеризуется существенными нарушениями.

В речи детей многие звуки отсутствуют, заменяются или произносятся искаженно. Это касается, прежде всего, звуков, сложных по артикуляции (свистящих, шипящих, плавных сонорных и др.). Многие твердые звуки заменяются мягкими и наоборот (пять - «пат», пыль - «пил»). Произношение артикуляторно простых звуков становится более четким, чем на первом уровне. Отмечаются резкие расхождения между изолированным произношением звуков и их употреблением в речи.

Звукослоговая структура слова в речи детей, находящихся на этом уровне, оказывается нарушенной, при этом слоговая структура слова является более

устойчивой, чем звуковая структура. В речи детей воспроизводится контур двухсложных, трехсложных слов. Однако четырех и пятисложные слова воспроизводятся искаженно, количество слогов сокращается (милиционер - «Аней»), велосипед - «сипед»),

Звуковая структура многих слов, особенно слов со стечением согласных, является очень неустойчивой, диффузной. При воспроизведении слов со стечением согласных наблюдаются пропуски согласных звуков стечения, добавления гласных внутри стечения и другие искажения (окно «ако», банка «бака», вилка - «вика», звезда - «видя»).

Фонематическое развитие детей значительно отстает от нормы. У детей отсутствуют даже простые формы фонематического анализа [8; 9].

ОНР III уровня

На этом уровне разговорная речь детей становится более развернутой, отсутствуют грубые отклонения в развитии фонетико-фонематической и лексико-грамматической стороны речи.

Имеющиеся нарушения в речи детей касаются в основном сложных (по значению и оформлению) речевых единиц.

В целом в речи этих детей наблюдаются замены слов, близких по значению, отдельные аграмматические фразы, искажения звукослоговой структуры некоторых слов, недостатки произношения наиболее сложных по артикуляции звуков.

Активный, и особенно пассивный, словарь детей значительно обогащается за счет существительных и глаголов. Вместе с тем в процессе речевого общения часто имеет место неточный отбор слов, следствием чего являются вербальные парафазии («Мама моет ребенка в корыте», кресло - «диван», смола - «зола», вязать - «плести», строгать - «чистить»).

Дети, находящиеся на третьем уровне речевого развития, используют в речи в основном простые предложения. При употреблении сложных предложений, выражающих временные, пространственные, причинно-следственные отношения, появляются выраженные нарушения. Так, например, мальчик составляет следующее предложение: «Сегодня уже весь снег растаял, как прошел месяц».

Характерными для этого уровня являются и нарушения словоизменения. В речи детей наблюдается еще большое количество ошибок на согласование, управление. Наиболее распространенными являются следующие ошибки: неправильное употребление некоторых форм существительных множественного числа («стулы», «братья», «уша»), смещение окончаний существительных мужского и женского рода в косвенных падежах («висит ореха»), замена окончаний существительных среднего рода в именительном падеже окончанием существительных женского рода (копыто - «копыта», корыто - «корыта», зеркало - «зеркалы»), склонение имен существительных среднего рода как существительных женского рода («пасет стаду», «зашиб копыту»), неправильные падежные окончания слов женского рода с основой на мягкий согласный («солит соли», «нет мебели»), ошибочные ударения в слове, нарушение дифференциации вида глаголов («сели, пока не перестал дождь»), ошибки в беспредложном и предлож-

ном управлении («пьет вода», «кладет дров»), неправильное согласование существительного и прилагательного, особенно в среднем роде («небо синяя», «солнце огненная»). Иногда встречается и неправильное согласование глаголов и существительных («мальчик рисуют»).

На этом уровне речевого развития наблюдаются и нарушения словообразования. Эти нарушения проявляются в трудностях дифференциации родственных слов, в непонимании значения словообразующих морфем, в невозможности выполнения заданий на словообразование.

Звуковая сторона речи детей, находящихся на этом уровне речевого развития, существенно улучшается по сравнению с первым и вторым уровнем. Исчезает смазанность, диффузность произношения артикуляторно простых звуков. Остаются лишь нарушения произношения некоторых артикуляторно сложных звуков. Слоговая структура слова воспроизводится правильно, однако еще остаются искажения звуковой структуры многосложных слов со стечением согласных (колбаса - «кобалса», сковорода - «соквоешка»). Искажения звукослоговой структуры слова проявляются в основном при воспроизведении малоизвестных слов.

Фонематическое развитие характеризуется отставанием, что проявляется в трудностях овладения чтением и письмом.

Многолетнее изучение речи 6-7-летних дошкольников позволило установить, что выделяется еще одна категория детей, которая оказывается за пределами выше описанных уровней и может быть определена как четвертый уровень речевого развития (Т.Б. Филичева) – не резко выраженное недоразвитие речи.

У этих детей обнаруживаются незначительные нарушения всех компонентов языка. Чаще они проявляются в процессе детального обследования при выполнении специально подобранных заданий.

Такие дети производят, на первый взгляд, вполне благополучное впечатление, у них нет ярких нарушений звукопроизношения. Как правило, имеет место лишь недостаточная дифференциация звуков («р-ръ-л-ль-иоть, «щ-ч-ш», «ть-ц-с-сь» и др.). Характерным своеобразием нарушения слоговой структуры является то, что, понимая значение слова, ребенок не удерживает в памяти его фонематический образ и, как следствие, наблюдается искажение звуконаполняемости в разных вариантах: персеверации, перестановки звуков и слогов, элизии, парафазии. В редких случаях – опускание слогов, добавление звуков и слогов.

Недостаточная внятность, выразительность, несколько вялая артикуляция и нечеткая дикция оставляют впечатление общей смазанности речи. Незаконченность формирования звукослоговой структуры, смешение звуков характеризуют недостаточный уровень дифференцированного восприятия фонем. Эта особенность является важным показателем еще не закончившегося процесса фонемообразования.

Наряду с недостатками фонетико-фонематического характера обнаружены у этих детей и отдельные нарушения смысловой стороны речи.

Имея определенный запас слов, обозначающих разные профессии, они испытывают большие трудности при дифференцированном обозначении для лиц мужского и женского рода. Образование слов с помощью суффиксов также вызывает значительные затруднения. Стойкими остаются ошибки при употреблении: существительных с уменьшительно-ласкательными суффиксами, существительных с суффиксами единичности, прилагательных, образованных от существительных, прилагательных с суффиксами, характеризующими эмоционально-волевое и физическое состояние объектов, притяжательных прилагательных волчий - «волкин»; лисий - «лисовой».

IV уровень ОНР

Дети с четвертым уровнем речевого развития достаточно легко справляются с подбором общеупотребительных антонимов, указывающих на размер предмета (большой - маленький), пространственную противоположность (далеко - близко), оценочную характеристику (плохой – хороший). Трудности проявляются в выражении антонимических отношений следующих слов: бег – шаг, бежать – ходить [8; 9].

Анализ особенностей грамматического оформления речи детей позволяет выявить ошибки в употреблении существительных родительного и винительного падежей множественного числа, сложных предлогов (в зоопарке кормили лисов, собаков); в использовании некоторых предлогов (выглянул из-за двери - «выглянул и двери», упал со стола - «упал из стола», «мяч лежит около стола и стула» вместо между столом и стулом). Кроме того, в отдельных случаях отмечаются нарушения согласования прилагательных с существительными.

Особую сложность представляют для этих детей конструкции предложений с разными придаточными:

- пропуски союзов: «мама предупредила, я не ходил далеко» (чтобы не ходил далеко);
- замена союзов: «я побежал, куда сидел щенок» (где сидел щенок);
- инверсия: «наконец, все увидели долго искали которого котенка» (увидели котенка, которого долго искали).

Следующей отличительной особенностью детей четвертого уровня является своеобразие их связной речи:

- в беседе, при составлении рассказа по заданной теме, картине, серии сюжетных картинок констатируются нарушения логической последовательности, «застревание» на второстепенных деталях, пропуски главных событий, повтор отдельных эпизодов;
- рассказывая о событиях из своей жизни, составляя рассказ на свободную тему с элементами творчества, они пользуются в основном простыми малоинформативными предложениями;
- остаются трудности при планировании своих высказываний и отборе соответствующих языковых средств.

Самостоятельное рассказывание, требующее мобилизации творческих способностей, выливается в неполные и скудные тексты, не вбирающие в себя значимые для наименования элементы ситуации. Полученные данные позволя-

ют выделить детей с более легкой формой общего недоразвития речи в самостоятельную категорию – четвертый уровень речевого недоразвития.

Таким образом, общее недоразвитие речи является одним из сложных речевых нарушений, характеризующимся патологией всех структур речи.

Логопедическое обследование детей с общим недоразвитием речи

Логопедическое обследование проводится в первые две недели пребывания ребенка в детском саду.

Основная цель состоит в следующем:

- изучить условия воспитания и развития ребенка (круг общения, характер взаимоотношений со взрослыми и сверстниками в семье и в дошкольном учреждении) на основе беседы с родителями и анализа документов;

- выявить уровень развития ведущей деятельности (игры, рисования, конструирования, элементов труда) и оценить в соответствии с возрастными нормативами (совместно с воспитателем);

- выявить характерные особенности эмоционально-личностной и познавательной сферы общего психического развития ребенка;

- оценить состояние связной речи с точки зрения предметно-смыслового и лексико-синтаксического ее оформления;

- определить степень овладения компонентами языковой системы.

Непосредственному обследованию самого ребенка предшествует беседа с родителями.

При всех нарушениях речи необходимо выяснить: знает ли ребенок о своем дефекте, как на него реагирует; испытывает ли трудности в общении с окружающими; как вступает в контакт с близкими, знакомыми и незнакомыми взрослыми, с товарищами в детском саду, во дворе; поведение ребенка дома. Следует выяснить, в чем заключаются жалобы самих родителей: беспокоит ли неправильное произношение отдельных звуков, грамматическое оформление речи, недостаточность словаря, ошибки в построении предложений, темп речи и др.

Цель беседы с ребенком состоит в том, чтобы выявить его общий кругозор, возможности связных высказываний, наблюдать за поведением обследуемого. В ходе беседы логопед отмечает, какими ответами пользуется ребенок: односложными или развернутыми, правильными ли они по содержанию, как оформлены грамматически и фонетически.

Если ребенок отвечает на каждый вопрос одним словом, то после некоторых таких ответов необходимо задать дополнительные вопросы, чтобы стимулировать ребенка к более распространенному ответу.

Обследование связной речи включает: составление рассказа по картинке, по серии картин; составление рассказа из личного опыта; пересказ.

Составлению рассказа по картине и по серии картин предшествует вступительная беседа, в ходе которой выясняется, понятно ли ребенку содержание картины, уточняется значение отдельных слов. Затем даётся ребенку небольшой план, по которому он должен составить рассказ.

Если ребенку предлагается составить рассказ по серии картин, то ведется наблюдение и за тем, как он их раскладывает (самостоятельно, после объяснения и показа, с помощью логопеда).

При задании составить рассказ из личного опыта проводится вступительная беседа и задается ряд вопросов: «Что тебе подарили на день рождения? Как называется эта машина? Из чего сделана? Какого она цвета и размера? Как ты будешь в нее играть?»

Навык связного рассказа можно выявить путем пересказа доступного текста сказки, рассказа после чтения их и разбора содержания по вопросам.

При оценке состояния связной речи следует иметь в виду, что в норме к трем годам жизни дети овладевают простыми распространенными предложениями. Довольно рано, примерно к трем-четырем годам, дети начинают употреблять сложноподчиненные и сложносочиненные предложения. На пятом году жизни количество сложных предложений, встречающихся в детской речи, уже составляет 11 % по отношению к общему числу предложений.

После четырех лет дети могут пересказать знакомую сказку, охотно рассказывают стихотворения, к пяти годам пересказывают только что прочитанные короткие тексты, прослушав их два раза.

После пяти лет дети способны довольно подробно и последовательно рассказать об увиденном или услышанном, объяснить причину и следствие, составить рассказ по картине, отличить фантастическое содержание сказки от рассказа.

После, шести лет дети могут сами придумать рассказ или сказку.

У детей, зачисленных в группу, состояние связной речи характеризуется обычно наличием простых предложений, бедностью и однообразием синтаксических конструкций. Отмечаются большие трудности, а иногда и полное неумение распространять предложения, самостоятельно конструировать сложносочиненные и сложноподчиненные предложения.

При оценке связных высказываний детей логопед получает представление об уровне словарного запаса детей.

Тем не менее, логопед должен применить специальные приемы, позволяющие более тщательно обследовать лексическое развитие ребенка. Уточняется понимание и умение правильно употреблять слова, обозначающие названия действий, предметов и их частей, признаков предметов и действий, профессии. Важно выяснить, умеет ли ребенок образовывать новые слова суффиксально-префиксальным способом. Проверяются слова, близкие по лексическому значению, например, глаголы: льет, поливает, выливает; шьет, вяжет; режет, мнет, отрывает и т.д.

Для обследования словарного запаса можно использовать следующие приемы:

- показ по называнию, а затем называние предметов и их частей, действий, признаков;
- выполнение ребенком названных логопедом действий;
- добавление в предложение недостающего слова в нужной форме, подходящего по смыслу;

- подбор слов-синонимов, антонимов.

Обследование словарного запаса проводится в объеме тем из окружающей жизни; например: «Одежда», «Посуда», «Транспорт», «Домашние и дикие животные».

Логопед получает представление об объеме словарного запаса и его качественных особенностях. При этом нужно проанализировать, какие замены лексических значений, нарушения лексической сочетаемости, неоправданные контекстом употребления слов имеют место у обследуемого ребенка. При оценке лексических возможностей следует помнить, что при нормальном развитии речи активный словарь ребенка увеличивается очень быстро. Словарь четырехлетнего ребенка колеблется в пределах 2000 слов и распределяется между различными грамматическими категориями следующим образом: преобладают существительные – 50,2% и глаголы – 27,4%.

У детей в норме рано формируется навык словообразования: четырехлетние дети свободно образуют существительные с уменьшительно-ласкательными суффиксами (например, пальчик).

Дошкольники пяти-шести лет свободно выполняют упражнения на словообразование. Они изменяют основу слова для образования слов различных категорий (существительных, глаголов, прилагательных). Например: красный, краснеть, краснота; плавать, пловец, плавучий.

Дети с нормальной речью справляются с заданиями на образование прилагательных от существительных, причем не только обиходных слов (железо – железный, стеклянный, деревянный), но и менее употребительных в быту слов: ситцевый, снежный, бумажный, песочный, картонный, пластмассовый.

Дети с ОНР пользуются в основном общеизвестными, наиболее часто употребляемыми в обиходе словами и выражениями; часто наблюдаются нарушения лексической сочетаемости; многие слова называют в приблизительном, неточном значении; часто слова заменяют близкими по ситуации, назначению.

Однако следует помнить, что данные об ограниченности словарного запаса не могут быть использованы в качестве единственного показателя недоразвития речи.

Отставанию от возрастной нормы в овладении словарным запасом могут способствовать неблагоприятные условия воспитания, микросреды, двуязычие и ряд других причин.

Лексическое развитие ребенка следует рассматривать не изолированно, а в совокупности с другими проявлениями речевого недоразвития [10; 11; 12].

Беседуя с ребенком, не всегда удается выявить имеющийся у него аграмматизм. Поэтому логопед должен, используя ряд специальных приемов, обследовать грамматический строй речи.

Необходимо выявить правильность употребления в самостоятельной речи следующих грамматических категорий:

- число существительных и глаголов;
- родовую принадлежность предметов;
- употребление падежных окончаний в единственном и множественном числе;

- согласование прилагательных и числительных с существительными в роде, числе, падеже;
- употребление простых и сложных предлогов.

Для обследования грамматического строя речи используются следующие методические приемы:

- ответы на вопросы по картине, по демонстрации действий или по представлению;
- самостоятельное составление предложений по картине, демонстрации действий;
- добавление недостающего в предложении слова в нужном падеже, числе, роде.

При оценке степени сформированности грамматического строя необходимо помнить, что к трем-четырем годам дети с нормальным речевым развитием в основном правильно употребляют в самостоятельной речи все простые предлоги (у, в, на, под, с, из, к, за, но, после), свободно пользуются ими в своих высказываниях. При нормальном развитии речи дети к пяти годам овладевают всеми типами склонений, т.е. правильно употребляют существительные, прилагательные во всех падежах единственного и множественного числа. Отдельные трудности, которые встречаются у детей, касаются редко употребляемых существительных в родительном и именительном падежах множественного числа (стулы, деревья, колесов, деревьев).

К пяти годам дети усваивают основные формы согласования существительных с прилагательными всех трех родов, существительных с числительными в именительном падеже.

У детей с общим недоразвитием речи часто встречаются ошибки, указывающие на недостаточно полное овладение точными падежными формами, на смешение форм склонения, на неправильное согласование, управление и т.д.

Наряду с обследованием экспрессивной стороны речи выявляется и понимание лексико-грамматических отношений: слов, близких по значению (ствол-дерево-корни; дверь-стена-подъезд-дом; красит стену-раскрашивает картинку и т.д.); категории числа и рода существительных, глаголов, прилагательных (покажи, про что можно сказать «голубой», «голубая», «голубое», «голубые» и т.д.); пространственного расположения предметов, выраженных разными предлогами (покажи, кто выглядывает из-за стола, из-под стола, что лежит между столами, за столом и т.д.). Выясняется понимание ребенком причинно-следственных связей, а также предложений, имеющих подчинительную связь (как правильно: стало тепло, потому что распустились листочки на деревьях; распустились листочки, потому что стало тепло?).

При нормальном речевом развитии дети старшего дошкольного возраста свободно справляются с предъявляемыми заданиями.

Обследование строения артикуляционного аппарата, его сохранности и подвижности важно для выявления возможных причин дефекта звуковой стороны речи ребенка, а также для определения приемов коррекционных упражнений при последующем обучении.

Дефекты анатомического характера включают в себя: расщепление верхней губы, послеоперационные рубцы, деформацию (укорочение) верхней губы, неправильный прикус и аномальное расположение зубов; наличие укороченной подъязычной связки; расщепление твердого нёба; наличие субмукозной расщелины; укороченное мягкое нёбо; его расщепление; раздвоение маленького язычка или его отсутствие.

Обследование моторики артикуляционного аппарата включает предварительное наблюдение за состоянием мимической мускулатуры в покое. При этом отмечается выраженность носогубных складок и их симметричность; характер линии губ и плотность их смыкания; устанавливается, есть ли насильственные движения (гиперкинез) мимической мускулатуры. Проверяется умение держать рот закрытым, закрывать глаза (оба и изолированно один глаз), нахмурить брови, наморщить лоб. Отмечается появление сопутствующих движений (синкинезий), симметричность носогубных складок при оскаливании.

Обследование двигательных функций артикуляционного аппарата предполагает неоднократное повторение заданных движений для выявления малозаметных нарушений. При этом отмечается качество каждого движения, время включения в движение, его истощаемость, изменение темпа и плавности, объем, появление содружественных движений. Таким образом, могут быть выявлены стертые формы пареза. В легких случаях – дизартрии – при такой нагрузке может появиться слюнотечение (саливация).

Одновременно логопед уточняет у родителей, как ребенок жует и глотает твердую и жидкую пищу, не наблюдалось ли в раннем детстве расстройство глотания.

При обследовании подвижности артикуляционного аппарата предлагаются следующие упражнения: смычка, оскал и вытягивание губ вперед; открывание и закрывание рта; движение языка вперед-назад, вверх-вниз, вправо-влево, чередование распластывания языка и языка в форме «жалюзи».

Движения языка при нормальном функционировании артикуляционного аппарата во время выполнения этих заданий должны быть достаточной силы, четко фиксироваться в заданной позе.

Важно отметить повышение тонуса языка: выраженное напряжение, выдвигание кончика языка, его подергивание при произвольных движениях.

Подвижность мягкого нёба выясняется путем произнесения гласного звука при твердой атаке (рот при этом широко открыт).

Важно учитывать, что различные неблагоприятные факторы (возбуждение, утомление) могут усилить артикуляционные трудности в спонтанной речи. Поэтому рекомендуется обследование проводить в удобное для ребенка время, чередуя различные приемы и соблюдая соответствующие паузы.

Обследование фонетической стороны речи включает проверку изолированного произношения всех звуков (как в мягком, так и в твердом вариантах). Многократное повторение одного звука, повторение вразбивку двух звуков или слогов (сначала резко отличающихся, затем близких) помогает выявить возможности переключения (так - как, бап - пат). При этом нередко отмечаются случаи персеверации, «усредненной» артикуляции. Последующие задания (про-

говаривание слов, предложений и текстов, насыщенных заданным звуком) дают возможность выявить, как ребенок пользуется этими звуками в самостоятельной речи.

Специальные упражнения помогают определить трудности в воспроизведении слов различной слоговой структуры и звуконаполняемости. Сюда входит повторение ряда слогов, типа па-пта, то-кто; ста-сва-сма-ства; слов – «троллейбус», «ткачиха», «гимнаст», «хоккеист»; предложений – «физкультурники идут на парад», «библиотекарь выдает книги» и т.д. (слова произносятся сначала отраженно, а спустя некоторое время – самостоятельно).

В процессе логопедического обследования попутно фиксируется: как долго ребенок может сосредоточить внимание на определенном объекте, каков перекоп внимания с одного предмета на другой, как длительно удерживается внимание именно на этом объекте, а также возможности удержания в поле активного внимания одновременно нескольких объектов. При этом необходимо отметить, при каких условиях меняются такие качества внимания, как объем, переключение, распределение и устойчивость.

Обследование детей проводится индивидуально и маленькими подгруппами в беседе, а также при использовании различных видов игровой и учебной деятельности.

Важно выявить особенности памяти у детей с общим недоразвитием речи в процессе выполнения сложных инструкций, включающих два-три элементарных задания; запоминания последовательного ряда из нескольких картинок с логической связью и без нее; при определении изменений в ряду из двух картинок, при заучивании стихотворения, текста и т.д.

Логопед отмечает скорость запоминания, прочность сохранения и легкость воспроизведения.

Результаты обследования фиксируются в речевой карте, приводятся примеры образцов детской речи. Логопедическое заключение аргументируется данными первичного обследования.

Одновременно воспитатель группы обследует умения и навыки каждого ребенка в различных видах учебной деятельности, а также получает представление о готовности детей к усвоению знаний и представлений по математике. Опираясь на программные требования соответствующих и нижестоящих возрастных групп, воспитатель определяет отставание детей в игровой, физической, изобразительной деятельности от нормально развивающихся сверстников. Кроме того, он выявляет и анализирует индивидуальные особенности детей.

Характеристика воспитателя не должна быть односторонней и отражать только недостатки ребенка. Важно отметить положительные стороны личности ребёнка и его поведения, отношение к коллективу, к труду, а также приемы индивидуального подхода, которые оказались наиболее эффективными. В характеристику в течение года вносятся новые данные о развитии ребенка под влиянием коррекционного обучения.

В случае затруднений в установлении речевого диагноза и усвоении программного материала характеристики отдельных детей обсуждаются педагогическим коллективом.

Данные комплексного обследования детей используются при планировании всего коррекционного обучения.

В конце учебного года составляется сводная характеристика логопеда и воспитателя на каждого ребенка, в которой должны найти отражение результаты коррекционного обучения и остаточные проявления речевого недоразвития.

Коррекционно-логопедическая работа с детьми с общим недоразвитием речи

Организация коррекционно-развивающей работы с детьми (I уровень развития речи)

Необходимость раннего (с 3-летнего возраста) комплексного систематического коррекционного воздействия определяется возможностью компенсации речевого недоразвития на данном возрастном этапе.

Учитывая структуру речевого и неречевого дефекта детей данной категории, режим дня и расписание занятий в младшей группе детского сада составлены таким образом, чтобы, с одной стороны, максимально эффективно осуществлять коррекционную работу, а с другой – создавать оптимальные условия для сохранения и развития здоровья дошкольников.

Логопедические занятия с детьми I уровня развития речи проводятся индивидуально или небольшими подгруппами. Это объясняется тем, что они не в полном объеме владеют пониманием речи, усваивают инструкции, обращенные только лично к ним, а также наличием имеющихся специфических особенностей психической деятельности. Поэтому первые занятия проводятся лишь в форме игры с привлечением любимых кукольных персонажей.

Содержание каждого занятия включает несколько направлений работы:

- развитие понимания речи;
- развитие активной подражательной речевой деятельности;
- развитие внимания, памяти, мышления детей.

В итоге логопедической работы дети должны научиться:

- понимать и выделять из речи названия окружающих предметов и действий с ними (в соответствии с изученными лексическими темами: «Игрушки», «Посуда», «Мебель», «Продукты питания», «Одежда» и т. д.);
- называть некоторые части тела (голова, ноги, руки, глаза, рот, уши и т. д.) и одежды (карман, рукав и т. д.);
- обозначать наиболее распространенные действия (сиди, мой, стой, пой, ешь, пей, иди и т. д.), некоторые свои физиологические и эмоционально-аффективные состояния (холодно, тепло, больно и т. д.);
- выражать желания с помощью простых просьб, обращений;
- отвечать на простые вопросы одним словом или двусловной фразой без использования жеста; в отдельных случаях допускается употребление звукокомплексов.

При этом не предъявляются требования к фонетической правильности высказывания, но обращается внимание на грамматическое оформление.

*Организация коррекционно-развивающей работы с детьми
II уровень речевого развития)*

Задачи и содержание коррекционно-развивающего обучения детей 4 лет с данным уровнем планируются с учетом результатов их логопедического обследования, позволяющих выявить потенциальные речевые и психологические возможности детей, и соотносятся с общеобразовательными требованиями типовой программы детского сада.

Логопедические занятия в средней группе для этих детей подразделяются на индивидуальные и подгрупповые. Учитывая неврологический и речевой статус дошкольников, логопедические занятия нецелесообразно проводить со всей группой, поскольку в таком случае степень усвоения учебного материала будет недостаточной.

В связи с этим индивидуальные занятия носят опережающий характер, так как основная их цель — подготовить детей к активной речевой деятельности на подгрупповых занятиях.

На индивидуальных занятиях проводится работа по:

- 1) активизации и выработке дифференцированных движений органов артикуляционного аппарата;
- 2) подготовке артикуляционной базы для усвоения отсутствующих звуков;
- 3) постановке отсутствующих звуков, их различению на слух и первоначальному этапу автоматизации на уровне слогов, слов.

В зависимости от характера и выраженности речевого дефекта, психологических и характерологических особенностей детей, количество их в подгруппах варьируется по усмотрению логопеда (от 2-3 до 5-6 человек). В начале учебного года количество человек в подгруппе может быть меньше, чем к концу обучения.

Содержание логопедических занятий определяется задачами коррекционного обучения детей:

- развитие понимания речи;
- активизация речевой деятельности и развитие лексико-грамматических средств языка;
- развитие произносительной стороны речи;
- развитие самостоятельной фразовой речи.

Выделяются следующие виды подгрупповых логопедических занятий по формированию:

- 1) словарного запаса;
- 2) грамматически правильной речи;
- 3) связной речи;
- 4) звукопроизношения, развитию фонематического слуха и слоговой структуры.

Подгрупповые занятия проводятся логопедом в соответствии с расписанием, индивидуальные — ежедневно, в соответствии с режимом дня в данной возрастной группе дошкольного учреждения.

В итоге логопедической работы дети должны научиться:

- соотносить предметы с их качественными признаками и функциональным назначением;
- узнавать по словесному описанию знакомые предметы;
- сравнивать знакомые предметы по отдельным, наиболее ярко выделяемым признакам;
- понимать простые грамматические категории: единственного и множественного числа существительных, повелительного и изъявительного наклонений глаголов, именительного, родительного, дательного и винительного падежей, некоторых простых предлогов;
- фонетически правильно оформлять согласные звуки ([п], [б], [м], [т], [д], [н], [к], [х],[г]), гласные звуки первого ряда ([а], [о], [у], [ы], [и]);
- воспроизводить отраженно и самостоятельно ритмико-интонационную структуру двух- и трехсложных слов из сохранных и усвоенных звуков;
- правильно употреблять в самостоятельной речи отдельные падежные окончания слов, используемых в рамках предложных конструкций;
- общаться, используя в самостоятельной речи словосочетания и простые нераспространенные предложения («Мой мишка», «Можно (нельзя) брать», «Маша, пой», «Маша, дай куклу» и проч.).

В процессе коррекционно-развивающего обучения у детей расширяется понимание обращенной речи, развивается речевая активность [10; 11; 12].

*Организация коррекционно-развивающей работы с детьми
(III уровень развития речи)*

Основными задачами коррекционно-развивающего обучения данного речевого уровня детей является продолжение работы по развитию:

- 1) понимания речи и лексико-грамматических средств языка;
- 2) произносительной стороны речи;
- 3) самостоятельной развернутой фразовой речи;
- 4) подготовка к овладению элементарными навыками письма и чтения.

На первом году обучения пятилетние дети с общим недоразвитием речи не могут полноценно овладевать учебным материалом на фронтальных занятиях со всей группой. Сказываются не только отставание в развитии речи, но и трудности концентрации внимания, памяти, быстрая истощаемость и утомляемость. Поэтому целесообразно для проведения фронтальных логопедических, а также частично и воспитательных занятий делить группу на две подгруппы с учетом уровня речевого развития.

Предусматриваются следующие виды занятий по формированию:

- связной речи;
- словарного запаса, грамматического строя;
- произношения.

Количество занятий, реализующих коррекционно-развивающие задачи, меняется в зависимости от периода обучения.

В итоге логопедической работы дети должны научиться:

- понимать обращенную речь в соответствии с параметрами возрастной нормы;
- фонетически правильно оформлять звуковую сторону речи;

- правильно передавать слоговую структуру слов, используемых в самостоятельной речи;
- пользоваться в самостоятельной речи простыми распространенными и сложными предложениями, владеть навыками объединения их в рассказ;
- владеть элементарными навыками пересказа;
- владеть навыками диалогической речи;
- владеть навыками словообразования: продуцировать названия существительных от глаголов, прилагательных от существительных и глаголов, уменьшительно-ласкательных и увеличительных форм существительных и проч.;
- грамматически правильно оформлять самостоятельную речь в соответствии с нормами языка. Падежные, родовидовые окончания слов должны проговариваться четко; простые и почти все сложные предлоги – употребляться адекватно;
- использовать в спонтанном общении слова различных лексико-грамматических категорий (существительных, глаголов, наречий, прилагательных, местоимений и т. д.);
- владеть элементами грамоты: «навыками чтения и печатания некоторых букв, слогов, слов и коротких предложений в пределах программы.

В дальнейшем осуществляется совершенствование всех компонентов языковой системы.

Организация коррекционно-развивающей работы с детьми (IV уровень развития речи).

Целью работы в подготовительной группе является комплексная подготовка детей к обучению в школе. В связи с этим логопедическая работа грамматического строя языка, связной речи, а также подготовкой детей к овладению элементарными навыками письма и чтения. При этом логопеду необходимо обладать четкими представлениями о:

- сохранных компонентах языка ребенка, которые послужат базой для дальнейшего совершенствования его речевого развития;
- степени и характере остаточных проявлений недоразвития речи ребенка;
- особенностях психического и моторного развития ребенка, важных для полноценного преодоления недоразвития речи.

В процессе логопедической работы особое внимание уделяется развитию у детей:

- способности к сосредоточению;
- умения войти в общий ритм и темп работы и удерживанию его в течение занятия;
- умения следовать единому замыслу работы в процессе как индивидуальных, так и совместных усилий;
- умения реализации замысла работы, доведения начатой деятельности до предполагаемого результата;
- возможности использования помощи партнера по работе.

Процесс усвоения языковых средств в условиях коррекционного воздействия ориентирован на осмысление детьми учебного материала, закрепление

полученных знаний и умений в процессе тренировочных упражнений и упрочение соответствующих навыков в актах речевой коммуникации.

Направления коррекционно-развивающей работы:

- 1) совершенствование произносительной стороны речи;
- 2) совершенствование лексико-грамматической стороны речи;
- 3) развитие самостоятельной развернутой фразовой речи;
- 4) подготовка к овладению элементарными навыками письма и чтения.

В итоге логопедической работы речь детей должна соответствовать языковым нормам по всем параметрам. Таким образом, дети должны уметь:

- свободно составлять рассказы, пересказы;
- владеть навыками творческого рассказывания;
- адекватно употреблять в самостоятельной речи простые и сложные предложения, усложняя их придаточными причинами и следствия, однородными членами предложения и т. д.;
- понимать и использовать в самостоятельной речи простые и сложные предлоги;
- понимать и применять в речи все лексико-грамматические категории слов;
- овладеть навыками словообразования разных частей речи, переносить эти навыки на другой лексический материал;
- оформлять речевое высказывание в соответствии с фонетическими нормами русского языка;
- овладеть правильным звуко-слоговым оформлением речи.

Помимо этого, у детей должны быть достаточно развиты и другие предпосылочные условия, во многом определяющие их готовность к школьному обучению:

- фонематическое восприятие;
- первоначальные навыки звукового и слогового анализа и синтеза;
- графо-моторные навыки;
- элементарные навыки письма и чтения (печатания букв а, о, у, ы, б, п, т, к, л, м, с, з, ш, слогов, слов и коротких предложений).

Контрольные вопросы и задания

1. Опишите клинические виды общего недоразвития речи (классификация Е.М. Мастюковой).
2. Дайте характеристику периодизации общего недоразвития речи (Р.Е. Левина).
3. В чем специфика обследования детей с ОНР (I – IV уровень).
4. Каковы особенности организации, содержания и процедуры проведения коррекционной работы на каждом из уровней ОНР?

Используемая и рекомендуемая литература

1. Артемова, Е.Э. К вопросу изучения алалии как дизонтогенеза речевого развития / Е.Э. Артемова, А.А. Басова // Universum: Психология и образование:

электрон. научн. журн. – 2016. – № 3-4 (22). – [Электронный ресурс]. – URL: <http://7universum.com/ru/psy/archive/item/3039>.

2. Борозинец, Н.М. Логопедия: фонетико-фонематическое недоразвитие речи, общее недоразвитие речи, алалия: учебное пособие / Н.М. Борозинец, Т.С. Шеховцова, М.В. Колокольникова. – Ставрополь: СКФУ, 2016. – 203 с. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=466810>

3. Волковская, Т.Н. Организационно-методические основы психологической помощи лицам с недостатками речи: учебно-методическое пособие / Т.Н. Волковская. – М.: Национальный книжный центр, 2015. – 144 с.

4. Волкова, С.В. Феноменология фонематических процессов при афазии у детей старшего дошкольного возраста на этапе восстановительного обучения: автореф. дис. ... канд. пед. наук / С.В. Волкова. – М., 2017. – 26 с.

5. Выявление и преодоление речевых нарушений в дошкольном возрасте / Под ред. И.Ю. Кондратенко. – М.: Айрис Пресс, 2013. – 224 с.

6. Глухоедова, О.С. Дифференцированный подход к активизации речевой деятельности детей с отсутствием вербальных средств общения: автореф. дис. ... канд. пед. наук / О.С. Глухоедова. – М., 2015. – 26 с.

7. Давидович, Л.Р. Ребенок плохо говорит? Почему? Что делать? Коррекционно-педагогическая работа с неговорящими детьми / Л.Р. Давидович, Т.С. Резниченко. – М.: Издательство ГНОМ и Д, 2009. – 112 с. (Практическая логопедия).

8. Жукова, Н.С. Логопедия. Основы теории и практики / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – М.: Эксмо, 2011. – 288 с.

9. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М.: ТЦ «Сфера», 2010 – 128 с.

10. Логопедия: Учебник для обучающихся дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 677 с. Гриф МО.

11. Логопедия. Методическое наследие. Кн. 3. Системные нарушения речи. Алалия. Афазия. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 304 с.

12. Логопедия / Под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. – М.: Владос, 2016. – 364 с.

13. Лынская, М.И. Формирование речевой деятельности у неговорящих детей с использованием инновационных технологий / М.И. Лынская. – М., 2015. – 128 с.

14. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Секачев, 2015. – 256 с.

15. Ребенок: Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодолении / под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М.: МПСИ; Воронеж «МОДЭК», 2009. – 256 с.

16. Сорокина, Н.А. Комплексная диагностика детей с речевыми нарушениями / Н.А. Сорокина. – М.: ВЛАДОС, 2015. – 116 с. (Коррекционная педаго-

гика) – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785691019203.html>.

17. Тихонова, Е. Снег идет, или Как рождается диалог / Е. Тихонова // Дошкольное воспитание. – 2018. – № 2. – С. 40-43.

18. Тихомирова, Е. Многофункциональные комплекты по развитию речи / Е. Тихомирова // Дошкольное воспитание. – 2018. – № 2. – С. 44-47.

Тема 9. Алалия. Общая характеристика нарушения речи

План

- 1. Определение, симптоматика алалии.*
- 2. Этиология и патогенез алалии*
- 3. Структура речевого дефекта при алалии.*

Определение, симптоматика алалии

Алалия – это системное недоразвитие речи, обусловленное органическим поражением или недоразвитием клеток коры головного мозга в области речевых центров, наступает до 3-х лет.

Механизмы алалии:

1) сенсомоторные – нарушения сенсомоторной сферы – агнозии, апраксии.

Первое, заслуживающее внимание исследование алалии принадлежит А. Куссмаулю, который еще в 1877 году назвал ее «врожденной афазией». Немногом позже, в 1888 году, Р. Коэн обозначил алалию как «идеопатическую глухоту», или «слухонемоту». Несмотря на такое обозначение, Р. Коэн считается сторонником моторной концепции алалии. Он полагал, что в алалии главное – абсолютная неспособность детей произносить звуки и слоги, хотя признавал, что мозговые структуры, которые ответственны за это, могут быть у них не повреждены. По мнению Р. Коэна, в основе данного вида патологии речи лежит дискоординация в работе отдельных речевых зон.

2) психологические механизмы алалии рассматривались в конце XIX века. А. Либманн, М.В. Богданов-Березовский считали, что главным здесь является психологический фактор: нарушения мышления, эмоционально-волевой сферы, памяти, внимания и т.п.

3) в настоящее время приоритетной является «языковая концепция» патогенеза алалии. Ее придерживаются многие современные исследователи патологии речевого развития: В.А. Ковшиков, Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Е. Филичева, Б.М. Гриншпун, В.К. Воробьева, Л.Р. Давидович, Е.Ф. Соболевич, Т.Г. Визель и др. Согласно ей, у ребенка с алалией не развивается «языковая способность», которая дана человеку от природы. И при сенсорной, и при моторной алалии ребенок не может овладеть языком (его звуками, словами, грамматикой). При этом навыки, не требующие значительного словесного сопровождения, могут успешно вырабатываться (например, умение рисовать, считать, конструировать, играть в разные игры, не связанные непосредственно с речью). 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. Сенсорные алалики, не получившие своевременной помощи, в меньшей степени овладевают неречевыми навыками и нередко их психическое развитие приобретает черты вторичной умственной отсталости.

Нейропсихологический подход к изучению механизмов алалии рассматривается в современных нейрофизиологических исследованиях (М. Кинзборн, Д.А. Фарбер, М.М. Безруких и др.). Согласно им в раннем речевом онтогенезе большую роль играют процессы левополушарной латерализации речевой функции. Вначале ребенок усваивает неречевые шумы (природные – шум ветра, шуршание листьев, звук льющейся воды, раскаты грома, а также «голоса» животных; предметные шумы, издаваемые различными предметами – орудиями труда, музыкальными инструментами и пр.). Эти приобретения правого полушария выступают базисными для первичных операций речевого развития. Они состоят в отборе из них левополушарным механизмом полезных для речи признаков. Все удары, смывки, шипения, свисты, рычания и мычания в левом полушарии должны видоизмениться и превратиться в звуки речи, которые сохраняют в самих названиях связь с исходными звучаниями.

При определении алалии можно исходить из разделения всех расстройств речевой деятельности на несколько групп: первая группу составляют сенсомоторные расстройства (при которых первично нарушаются восприятие или артикуляция); вторую группу составляют психологические расстройства (при которых дезорганизуются разные компоненты речевого процесса); следующая группа представлена семантическими (смысловыми) расстройствами (при которых нарушается смысловая сторона речи); в четвертую группу входят языковые расстройства (при которых нарушается структурно-функциональная сторона языка – фонематические, грамматические и лексические операции в процессе порождения речи).

При моторной алалии нарушается экспрессивная сторона речи. С учетом локализации места поражения выделяют: моторную эфферентную алалию (связана с поражением постцентральной области коры головного мозга) и моторную афферентную алалию (связана с поражением примоторной области и Роландовой борозды). Основным механизмом нарушения речи при афферентной алалии является кинестетическая апраксия, а при эфферентной – кинетическая апраксия.

В структуре речевого дефекта при моторной алалии выделяют сочетание языковых и неязыковых нарушений. При этом структура дефекта изменяется с возрастом и многие симптомы детей дошкольного и дошкольного возрастов могут отсутствовать или иначе проявляться у детей более старших возрастных групп.

Для моторной алалии специфично нарушение всех подсистем языка: синтаксической, морфологической, лексической и фонематической. Типичными проявлениями алалии являются аграмматизм, расстройства поиска слов, труд-

ности выбора фонем и установления порядка их следования, нарушения слоговой структуры слов. У многих детей наблюдаются неязыковые нарушения: неврологические, психопатологические.

При алалии сохраняются мелодика, звукоподражание, псевдослова (т.е. слова «изобретаемые» детьми) и другие невербальные средства звуковой коммуникации: крик, смех, писк и т.п. Овладение письменной речью детям с алалией дается с трудом, и у них часто отмечаются различные формы дислексии и дисграфии.

Неречевая симптоматика при алалии включает моторные, сенсорные и психопатологические симптомы. У детей наблюдается общая моторная неловкость, дискоординация движений, неуклюжесть, замедленность и расторможенность движений. Особенно затруднена мелкая моторика пальцев рук.

Особенности познавательной деятельности детей с моторной алалией более индивидуальные, чем их речевые расстройства. У детей наблюдается недоразвитие высших психических функций (памяти, внимания, мышления и др.), особенно на уровне произвольности и осознанности. Для детей с алалией характерны нарушения зрительной и слуховой (кратковременной и долговременной) видов памяти, особенно это касается произвольной памяти. У детей с алалией наблюдаются расстройства произвольного внимания, отвлекаемость. По характеристикам эмоционально-волевой сферы и личности дети с алалией являются разнородными: для одних характерна сохранность эмоционально-волевой сферы; для других – повышенная возбудимость, гиперактивность, стремление к контактам, отсутствие переживания своего языкового расстройства; а для третьих типична повышенная тормозимость.

Сенсорная алалия характеризуется расстройствами понимания фонематических элементов речи. Свойственна речевая агнозия при сохранном слухе и адекватном восприятии мелодики речи, интонаций. В связи с этим полное непонимание или недостаточное понимание обращенной речи, а также частичное или полное отсутствие контроля за собственной речью. При сенсорной алалии отмечается тяжелое недоразвитие восприятия речи, благодаря чему вторично недоразвивается и собственная речь ребенка. Установление правильного диагноза в этих случаях осложнено трудностью установления контакта с ребенком. Это возрастает в незнакомой для ребенка обстановке: он или возбуждается, стучит, кричит, или становится заторможенным, тогда как в привычной домашней обстановке он спокоен, наблюдателен, внимательно смотрит на окружающих, стараясь осмыслить их действия, много лепечет. Лепет может быть интонационно окрашен, в нем можно обнаружить обрывки услышанных слов, восклицаний, но они не имеют связи с ситуацией.

Для того чтобы привлечь внимание сенсорного алалика, обычно бывает недостаточно употребления звукового воздействия, необходимо попасть в поле его зрения, тронуть его, повернуть к себе его голову. Первоначальное впечатление от сенсорного алалика заставляет думать или о ранней тяжелой тугоухости, или об умственной отсталости. Родители упорно настаивают на том, что ребенок слышит, но не всегда одинаково. Последнее они склонны объяснять его упрямством, капризами. Попытки установить остроту слуха сенсорного

алалика сталкиваются со своеобразием его слуховых реакций, что выражается в изменчивости, неустойчивости порогов слухового восприятия и способности различения звуков.

Этиология и патогенез алалии

Алалия всегда возникает на основе органического поражения ЦНС в области коры головного мозга. При алалии происходит запаздывание созревания нервных клеток в определенных областях коры головного мозга. Нервные клетки прекращают свое реальное развитие, оставаясь на молодой, незрелой стадии – нейробластов (зрелые - нейроны). Это недоразвитие клеток может быть врожденным или приобретенным в раннем возрасте. В КГМ два ведущих речевых центра: речедвигательный центр Брока и речеслуховой центр Вернике. При поражении центра Брока возникает моторная алалия, при поражении центра Вернике – сенсорная алалия. В целом нет единого мнения. Считается, что это комплекс факторов биологических и социально-психологического характера. Внутриутробные патологии: токсикоз (особ. 1 половина беременности), угрозы прерывания, соматические заболевания матери, родовые травмы, асфиксии. В группу риска попадают дети, перенесшие до 1 года тяжелые заболевания мозга, получившие черепно-мозговые травмы. К социально-психологическим причинам относят неправильные методы воспитания, тормозящие речь.

По мнению Т. Г. Визель причины алалии изучаются по отдельным этапам процесса коммуникации. Оцениваются биологические и социальные факторы в их диалектической взаимосвязи и значении для развития речи.

Социальные причины – стимуляция и речевой образец. Социальное окружение стимулирует речевое развитие и дает образец речи, особенно на первых этапах. Стимуляцией называется воздействие на ребенка соответствующими речевыми раздражителями (словами), предлагаемыми в определенном объеме с целью стимулировать рефлекс подражания речевой деятельности.

Образец речи как часть поведения человека включает не только речь, но и мимику и жестикуляцию, т. е. средства, которые также служат коммуникации. Вместе с образцом даются содержание и форма речи.

Недостатки стимуляции состоят или в недостаточности речевого побуждения, или в его недейственности. В этом может быть одна из возможных причин алалии. В этих случаях можно говорить о потенциальном отсутствии речи, которое устраняется своевременным педагогическим воздействием родителей или воспитателей.

Известно, что дети в среде, бедной речевыми побуждениями, говорят мало или начинают говорить поздно. В истории есть много примеров неговорящих детей, которые были изолированы или выросли среди животных. В качестве примера можно привести «эксперимент» фараона Псаметиха. Он хотел узнать, какой язык возник первым, и изолировал двоих детей, оставив их без человеческого общения. Ни один мальчик не начал говорить, они лишь подражали крикам животных, среди которых выросли. Интересно описание, как начал привыкать к человеческому окружению Каспар Гаузер, выросший в полной изоляции от людей. Два примера такой же изоляции приводит Я.А. Коменский

в своей «Великой дидактике». Mason описал случай, как ребенок, проживший до 6 лет в темном помещении только со своей глухой матерью, вернувшись к общению с людьми, за 18 мес. научился говорить.

В литературе есть много наблюдений недоразвития речи вследствие недостаточной стимуляции, т. е. на основе неблагоприятных социальных условий. Повышенная стимуляция означает слишком большое побуждение ребенка к речевой деятельности, не соответствующее возрасту и развитию ребенка. Ребенок не может справиться с такими повышенными требованиями, его речевое развитие задерживается, возникает своеобразная защитная реакция. В других случаях ребенок перерабатывает из большого числа раздражителей только часть, схватывая содержание, и тогда задерживается развитие формальной стороны речи.

Неправильный речевой образец также может быть причиной речевого недоразвития (например, подражание неправильному произношению). Часто это сочетается с другими причинами алалии. Кроме социальных факторов, в качестве возможных причин следует отметить нарушения функции анализаторов, в частности, зрительного и слухового, как причины нарушений импрессивной стороны речи. Нарушения зрительного анализатора может быть причиной задержки речевого развития, что следует учитывать при обучении. Однако ведущее значение в развитии речи имеет слуховой анализатор.

Частичное нарушение слуха – большая или меньшая деформация восприятия – отрицательно действует на развитие речи и психики. Отсутствие или ранняя потеря слуха тормозит прием информации. Спонтанная речь не развивается, следовательно, задерживается формирование психических функций, зависящих от развития речи. Так как нарушения речи, возникшие вследствие нарушений слуха, могут быть установлены в раннем возрасте и относятся к самостоятельной группе нарушений, они не включаются в понятие алалии.

В центростремительных нервных путях воспринятые сигналы, в том числе и акустические, определенным образом трансформируются. Благодаря анатомической и физиологической связи этих путей с ретикулярной формацией любое восприятие носит определенный аффективный характер.

Признаком легкого перинатального поражения может быть нарушение аффективной сферы. Это проявляется или в повышении, или в снижении эмоциональной возбудимости. В первом случае ребенок излишне концентрирует внимание на определенном раздражителе внешней среды, во втором – вообще может не обращать внимания на него. Таким же образом может быть нарушено слуховое восприятие: ребенок не реагирует на речевые стимулы; хотя его слух сохранен, он не говорит совсем или говорит очень мало.

В.А. Ковшиков к причинам в центральной части (на входе информации) относит недостатки познавательной деятельности – узнавания воспринятых форм речи. При звукоречевой коммуникации познавательная деятельность представляет собой узнавание или идентификацию акустической структуры звукоречевого знака, который раньше уже был воспринят на слух и сохранился в памяти.

По теории информации вербально-гностический процесс можно рассматривать как декодирование звуков речи. Под декодированием следует понимать узнавание знака, но еще не понимание содержания слов. В устной речи познавательная деятельность соответствует в сущности фонематическому слуху (А.Р. Лурия).

Словесная агнозия – это нарушение познавательной деятельности, которая выражается в неспособности узнавать и запоминать структуры слов. Если это нарушение касается области слуха, то говорят о слуховой (акустической) словесной агнозии (словесная глухота), если оно поражает зрение, то о зрительной словесной агнозии (словесная слепота). Речь не может развиваться спонтанно, поэтому следствием слуховой словесной агнозии является задержка речевого развития.

Функциональный, интегрирующий центр осуществляет связь услышанного или увиденного и узнаваемого знака с его содержанием. Узнавание содержания информации – это основа познавательного процесса, с которым связано программирование речевой реакции. В интегрирующем центре осуществляются самые сложные компоненты процесса коммуникации.

Врожденные недостатки интегрирующей способности нарушают функцию погашения полностью или частично. Полная неспособность бывает при тяжелой олигофрении в вытекающем отсюда общим психическим недоразвитием, включая и речевое, но это уже не относится к понятию алалии. При частичной недостаточности интегрирующей деятельности умственное развитие протекает дисгармонично, вследствие чего возникают различные побочные нарушения.

Выход (реализация). Принятое в интегрирующем центре решение и программа ответственных действий кодируются на выходе в речевых движениях и реализуются в речевой деятельности. При нарушениях на выходе (реализации) возникает словесная апраксия. Она проявляется в том, что речедвигательный образец не может быть ни образован, ни воспроизведен. При частичном ограничении этой способности ребенок с трудом образует звуки речи. В результате ребенок мало говорит, так как фиксируется как правильный образец и вызывает готовность к деятельности только социально закрепленный успех.

К причинам экспрессивной части относят процесс реализации речи, который координируется моторными системами: пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой. Нарушения деятельности этих систем в раннем возрасте могут быть следствием перинатальной энцефалопатии. При ее тяжелых формах могут возникать параличи разных типов и степеней. В отношении речи это проявляется в полной (анартрия) или частичной (дизартрия) неспособности артикулировать.

Легкие формы перинатальной энцефалопатии вследствие незначительных диффузных изменений в моторных системах проявляются или в моторной лабильности, или в недостаточном моторном развитии (двигательной неловкости), иногда в сочетании того и другого. Моторное недоразвитие или отставание затрудняет координацию речевых движений, что приводит к задержке речевого

развития. При этом в речевой деятельности возникают нарушения в форме дизартрии или дислалии и аграмматизма.

Особой формой нарушения моторного анализатора с возможным нарушением речевого развития является переучивание врожденной леворукости. У леворуких детей, которых уже в раннем возрасте переучивали на правую руку, часто бывает задержано развитие. Если переучивают неумело и насильственно, то наряду с задержкой речевого развития могут возникнуть и невротические расстройства.

Реализация запрограммированного и координированного речевого импульса происходит в органах речи. Этот последний этап круга коммуникации не имеет большого значения для развития речи. Даже тяжелые дефекты (например, расщелина неба) не могут его тормозить, они только в определенной степени деформируют артикуляцию и звуковую сторону речи. Механически обусловленные нарушения произношения и звуковой стороны речи не следует связывать с понятием алалии.

В возникновении алалии выделяют причины социального окружения - социальная обратная связь. Реакция окружающих действует как обратная связь. Для ребенка важно, встретило ли его высказывание одобрение или отказ, сопровождалось ли оно успехом или неудачей. Часто этим психологическим моментам, столь важным для развития речи ребенка, не придают должного значения. Отрицательное социальное воздействие, когда ребенок не находит удовлетворяющего его отклика на свои высказывания, тормозит развитие речи чаще, чем считают в педагогической и воспитательной практике.

Нарушение развития речи может быть следствием неправильного педагогического подхода и в ином варианте, когда высказывания ребенка принимаются с чрезмерной готовностью. Если любое желание ребенка моментально выполняется, то у него ослабевают мотивации для высказывания. Такому ребенку нет необходимости вступать в речевой контакт, вследствие чего развитие речи тоже задерживается.

Социальные межличностные отношения развиваются в зависимости от восприятия речи ребенка окружающими. В процессе развития мотивация проходит различные уровни. Вначале мотивы развиваются в силу физиологических потребностей, затем социальных отношений и, наконец, на духовном, моральном и идеологическом уровне. Воспитание, в процессе которого развивается межличностная коммуникация, может осуществляться спонтанно или целенаправленно, правильно или неправильно.

Если мотивов недостаточно, то речь развивается неполноценно, иногда подавляется даже потребность в речевой коммуникации. Опасность такого упущения существует, в частности, в общественных детских учреждениях, например, в яслях или больницах (госпитализм), где детям уделяется недостаточно педагогического внимания. При хорошей педагогической подготовке обслуживающего персонала, установке на эмоциональное отношение к детям, а при необходимости и использовании специальных педагогических мер эти недостатки можно устранить. Воспитание с завышенными требованиями может привести к невротическим реакциям, например, негативизму, который отрицатель-

но влияет на развитие речи. Ребенок не хочет говорить, и развитие речи задерживается.

С точки зрения нашего понимания адалии встречающееся в старой литературе понятие «слухонемота» (сурдомутизм) можно разделить на определенные компоненты в зависимости от преобладания биологических, социальных причин или их комбинации. То, что раньше называли сенсорной слухонемотой, мы связываем с рецептивными, а иногда с центральными нарушениями. То, что раньше называли моторной слухонемотой, проявляется в задержке речевого развития, обусловленной моторно-кинестетическими нарушениями или неблагоприятным социальным воздействием. Так называемая конституциональная задержка речевого развития не имеет, с нашей точки зрения, единой нозологии; неясность понятия «слухонемота» не может быть объяснена недостаточной точностью понятия «конституция».

Seeman (1923, 1955) считает причиной конституционально обусловленной задержки речевого развития врожденный дефект отолитов вестибулярного аппарата. Однако против этой точки зрения есть существенные возражения.

1. Очень часто при адалии не удается выявить даже скрытых признаков церебеллярной недостаточности. Если функция мозжечка и влияет на координацию речевых движений, то из этого еще не следует, что деятельность мозжечка имеет значение для развития речи. Нарушения этих моторных систем могут только деформировать речь.

2. Seeman нашел у своих обследуемых с задержкой речевого развития определенные вестибулярные нарушения (1923), Nado-lesznu (1926) пишет: «Утверждения Seeman, что у страдающих сурдомутизмом часто встречаются нарушения вестибулярных функций при тепловых и вращательных проверках, из чего он выводит недостаточность деятельности мозжечка, мои обследования такого же числа испытуемых не подтвердили».

3. По разбираемой теории, вестибулярные нарушения у детей с задержкой речевого развития должны быть связаны с неправильным положением плода при родах. Между тем Synek у 95% из 326 детей с задержкой речевого развития установил нормальное положение при родах. Эти данные приближаются к соотношениям в общей детской популяции. Нетрудно также предположить, что при ненормальном положении плода могли бы возникнуть и другие осложнения, что привело бы к различным симптомам перинатальной энцефалопатии.

Симптомы разнообразны и выражены в различной степени, от тотальной до частичной немоты. При тотальной немоте ребенок вообще не начинает говорить, а останавливается на стадии голосовых проявлений.

При частичной немоте задерживается появление речи или ее развитие останавливается на стадии, не соответствующей возрасту ребенка. В одних случаях ребенок может остановиться, например, на стадии аффективного крика или подражания модуляциям голоса; в других – внешняя сторона речи соответствует стадии лепета, синтаксис – уровню предложения из одного слова, причем с аграмматизмом.

Виды задержки речевого развития определяются по основной причине с учетом времени проявления нарушения процесса коммуникации. Причины, ко-

которые уже имелись до начала речевого развития, особенно выявляются в период речевого развития. При такой задержке речь развивается позднее и медленнее, чем обычно, но в конце развития речь достигает нормального уровня. Это частично объясняется неблагоприятными семейными условиями.

Ограниченное речевое развитие возникает на патологической основе и речь развивается с задержками, замедленно, постоянно оставаясь ниже нормального уровня.

Нормальное речевое развитие приостанавливается по различным причинам (например при поражении речевых центров, при длительном пребывании в больнице, а иногда при чрезмерных требованиях к речи ребенка и др.)- В зависимости от основной причины задержка развития речи может быть временной и речь быстро достигает нормального уровня, или же развитие остается ограниченным, а в некоторых случаях и ухудшается по сравнению с ранее достигнутым.

Как уже говорилось, в отношении слуха интеллекта ребенок с алалией не имеет существенных отклонений от нормы. В зависимости от локализации нарушения у таких детей проявляются два симптома:

1. Услышанное понимается, если основные компоненты нарушения находятся в центральной части на выходе, в экспрессивном звене, или при отрицательном, воздействии окружающей среды.

2. Услышанное не понимается, если поток информации деформируется или блокируется в центральной части на входе, или в интегрирующем центре.

Даже если ребенок с алалией не реагирует на речь и не понимает ее содержания, он удивительным образом понимает и использует ситуацию. Он объясняется невербальными средствами коммуникации, хорошо ориентируется в ситуации.

При коммуникативных контактах дети с алалией различных видов ведут себя по-разному.

1. Ребенок занимает положительную позицию. Он старается понять услышанное и различными средствами выразить свою мысль в соответствии с ситуацией, например, с помощью жестов, мимики, модуляций голоса, иногда даже словом. Это особенно относится к педагогически запущенным детям, когда они попадают в благоприятное окружение, а также к детям с моторной неловкостью или с нарушенной экспрессивной частью коммуникативного круга.

2. Отрицательная позиция ребенка вплоть до отказа от общения. Это обычно встречается у эмоционально лабильных детей, а также у детей, которые вследствие психической травмы избегают общения и очень страдают от своего недостатка.

Психические и социальные последствия зависят от характера, степени, причины задержки речевого развития, а иногда и от ее сочетания с другими нарушениями. Это последствия, вызванные как самим нарушением речи, так и реакцией окружающих на нарушение речи у ребенка. Важно также, осознает ли ребенок свой дефект или нет.

Тяжелая задержка речевого развития может произвести впечатление слабоумия, особенно когда речь ребенка непонятна. При этом задерживается также

психическое развитие ребенка. Если недоразвитие речи обусловлено олигофренией, то коммуникативная активность остается недостаточной, хотя определенные ситуации ребенок быстро понимает и оценивает, общаясь предпочтительно невербальными средствами.

Социальное окружение может увеличить или уменьшить задержку речевого развития. Неправильное воспитание часто приводит к неправильному поведению, которое может выражаться в отказе от общения вплоть до агрессивных, асоциальных проявлений. У других детей воспитание вызывает чувство неполноценности, болезненности, исключительности и т. д. Реакция ребенка, активная или пассивная, во многом зависит от типа нервной системы.

Большое значение для динамики алалии имеет также непосредственная потребность ребенка в общении. Если мать всегда тотчас же выполняет его желания, в буквальном смысле слова читает их по глазам, у ребенка может и не возникнуть мотива для речевого общения.

Важно отметить также, как воспринимаются речевые недостатки ребенка. Если мать не пытается понять ребенка, он может реагировать на это раздражением, что в некоторых случаях производит впечатление слабоумия.

Последствия простой задержки речевого развития различны:

1. Недостаточное воспитательное воздействие, пренебрежение к речевому развитию сказываются на общем развитии личности, в том числе и на умственном. У этих детей затягивается период инфантильных форм поведения, индивидуальное развитие не соответствует возрастной норме. Затрудняется общение с коллективом детей, что отражается на качестве речи; в некоторых случаях дети начинают пользоваться своим собственным языком. Эта так называемая идиоглоссия (Stuchlik) является искажением родного языка.

Если речевое развитие поддерживать и разумно стимулировать, то постепенно ребенок вступает в речевой контакт. Он начинает больше пользоваться речью, особенно в обществе детей.

Если позднее развитие речи неправильно оценивается окружающими, особенно если ребенок становится центром повышенного внимания и выполняются все его желания, то возможность научить его правильно говорить можно легко упустить, так как у избалованного ребенка трудное добиться терпения и внимания, необходимых при обучении речи.

2. Задержка развития, включая моторные нарушения, может быть у детей с неблагоприятной наследственностью, у недоношенных, с нарушением доминантности при неправильном переучивании леворукости. Речь этих детей неправильна по форме с характерным нарушением произношения.

В этих случаях также возникают конфликтные ситуации, ребенок занимает негативную позицию. Ребенок с сильным типом высшей нервной деятельности реагирует на них агрессивно, со слабым – замыкается.

Часто такую плохую речь ребенка принимают за снижение интеллектуальных способностей.

2. Если речевое развитие задерживается или подавляется в результате недостаточных эмоциональных связей или отрицательного отношения к ребенку со стороны его окружения, особенно других детей, то ребенок отказывается от

общения. Он отказывается говорить сам, даже если понимает все, что ему говорят. Несмотря на это, его внутренняя речь уже развита. Бросается в глаза контраст: ребенок не говорит, но очень быстро ориентируется во всех жизненных ситуациях. Дети с задержкой речевого развития не выносят никакого принуждения к речи. Их поведение ухудшается, если отмечают их недостатки, высмеивают или наказывают. Эти побочные явления исчезают, когда ребенок достигает уровня развития сверстников.

Ограниченное речевое развитие часто является следствием интеллектуальной недостаточности или тяжелых моторных нарушений. Так как о речи умственно отсталых говорится в отдельной главе, здесь мы разберем последствия ограниченного речевого развития другого происхождения. Источником вторичных трудностей часто являются повышенные требования при воспитании, когда от ребенка требуют больше, чем он может сделать. Речевое развитие все больше подавляется, возникают дополнительные патологические проявления (например, заикание, мутизм). Такие дети очень тяжело переносят свое состояние, что отрицательно сказывается на развитии характера.

Последствия прерванного развития речи. Перерыв в речевом развитии неблагоприятно отражается на развитии личности ребенка. Дети, ранее здоровые и уже начавшие говорить, тем сильнее осознают свое состояние, чем позднее нарушается их речь.

У детей со спастическими параличами нарушены моторика и речь (по типу дизартрии), возможность общения очень ограничена. Их отношение к окружающим легко переходит в отрицательное, особенно если их не понимают.

Недостаточная способность ребенка утвердить себя часто производит впечатление умственной отсталости. Если вследствие болезни затрагиваются и сфера интеллектуальной деятельности, то при речевых недостатках умственные способности кажутся меньше, чем они есть на самом деле, поэтому воспитание речи — существенная часть комплексных мер по реабилитации детей со спастическими параличами.

Эти побочные явления бывают и при других приобретенных центральных нарушениях речи. Дети с акустической агнозией или афазией очень страдают от своей неправильной речи. Они избегают других детей, отвергают любой контакт. Если они живут в детском коллективе (в школе-интернате), то к другим детям подчас относятся со злорадством, но в случаях общения они умеют найти заменяющие речь средства, иногда стараются взять на себя ведущую роль в коллективе, особенно среди детей младшего возраста. Дети, осознающие свой недостаток, очень чутко реагируют на интерес к их дефекту со стороны других, особенно взрослых. Они пытаются компенсировать свои недостатки другими видами деятельности, которые им удаются (например, ручные работы, участие в коллективных играх и т. д.).

Перерыв в речевом развитии возникает также из-за чрезмерного побуждения к речи детей, которые не способны выполнить эти требования. Стремление родителей к преждевременному развитию речи вызывает различные конфликты. Речь детей отстает от нормы, особенно по форме. Несоответствие завышенных требований к речевому уровню и возможностей ребенка нервирует

его. Многие родители не осознают, в какой шок повергает ребенка принуждение к публичным выступлениям или разговорам при посторонних. Однако если ребенок имеет в этих случаях успех, то его самооценка может вырасти, и тогда его притязания не будут удовлетворены в детском коллективе. Вследствие преждевременно развитых интересов такие дети смотрят на обучение в школе, как на второстепенное дело, и они часто вообще не успевают в учебе.

Таким образом, обследование ребенка с алалией должно осуществляться комплексно. Все биологические и социальные факторы, которые могут раскрыть этиологию этого нарушения, должны быть исследованы и учтены. Прежде всего нужно подробно обследовать состояние речи. Логопед должен получить представление об уровне речевого развития, включая понимание речи, особенно при частичной задержке или прерванном развитии. Затем следует познакомиться с социальным окружением, с непосредственными воспитателями ребенка, отношениями в семье, характером воспитания и реакциями ребенка. Выясняют, насколько развиты эмоциональные связи. При оценке характера воспитания следует обратить внимание на речевое воспитание: достаточно ли побуждений к речи и поддерживается ли она соответствующим речевым образцом, создается ли достаточная мотивация для речевого общения, умеренно или чрезмерно оно стимулируется. При обследовании тщательно проверяют слух. Если есть нарушение рецептивных компонентов, то необходима консультация врача-специалиста для установления центральных нарушений слуха. Необходимо также обследование психоневрологом и психологом; проверяются состояние речевых органов, интеллектуальные способности, моторика, проводится тест на леворукость, определяется характер поведения.

Так как причины алалии очень многообразны и могут составлять различные комбинации, одноразового обследования недостаточно. Предпочтительно длительное наблюдение в естественных для ребенка условиях (в семье, детском саду и школе, в интернате). Дифференциальный диагноз предполагает уточнение различий между нарушением процесса развития речи и приобретенным нарушением, между задержкой речевого развития и потерей речи (афазией).

Особенно тщательно следует разграничивать:

1. Афазию, насколько ее можно установить в этом возрасте. Следует определить время появления афазии (в начале речевого развития или позднее) и ее тип и форму.

2. Мутизм как невротическую потерю речи, иногда как следствие шоковой травмы. Такие формы потери речи следует отличать от социально обусловленной задержки речевого развития. Избирательный мутизм, который проявляется только по отношению к некоторым лицам, является симптомом негативистского поведения, подавлением речи, обусловленным социальным окружением. К этой категории относится волюнтарная афазия (*Aplirasia vo-luntaria, Nadoleczny*). При шизофрении и детском слабоумии распад речи отражает изменения психики.

Чаще всего диагностические ошибки встречаются в случаях олигофрении и нарушений слуха. Иногда трудно судить, что является первичным и что вторичным, т. е. задержка речевого развития возникла вследствие олигофрении

или алалия обусловила позднее развитие умственных способностей. В этих случаях необходимо тщательное динамическое наблюдение.

Структура речевого дефекта при алалии

Алалия характеризуется определенной спецификой структуры дефекта. Отмечаются органические поражения или недоразвитие речевых зон коры головного мозга: к первичным относятся, например, при моторной алалии поражение речедвигательного анализатора (зона Брока), **при сенсорной** поражение речеслухового анализатора (зона Вернике). К вторичным нарушениям можно отнести: нарушения моторики (общей, ручной, тонкой), нарушение артикуляции, нарушение звукопроизношения, нарушение фонематического слуха, нарушение анализа звукового состава слова, нарушение лексико-грамматического строя. Как правило, для этих форм алалии характерно общее недоразвитие речи I-IV уровня.

Структура дефекта при афферентной моторной алалии представлена первичными нарушениями, характеризующимися органическими поражениями постцентральной области коры головного мозга. Вторичными нарушениями представлены недостатками афферентной системы, кинестетической апраксией, нарушение артикуляции, нарушение звукопроизношения, нарушение фонематического слуха, нарушение анализа звукового состава слова, нарушение лексико-грамматического строя. Детям с этой формой алалии свойственно общее недоразвитие речи I-IV уровня. Определенной спецификой характеризуется структура дефекта при эфферентной моторной алалии.

К первичным нарушениям относят поражения премоторной области головного мозга, приводящих к нарушениям эфферентной системы. В структуре вторичных нарушений выделяют наличие кинетической апраксии, нарушения моторики (общей, ручной, тонкой), нарушение артикуляции, нарушение звукопроизношения, нарушение фонематического слуха, нарушение анализа звукового состава слова, нарушение лексико-грамматического строя. Для этой формы алалии также характерно общее недоразвитие речи I-IV уровня.

В целом общей речевой симптоматикой для разных форм алалии выступают системный характер нарушений речи, который охватывает все ее компоненты: фонетико-фонематическую и лексико-грамматическую стороны. По преобладающим признакам можно выделить группу детей с преобладающим фонетико-фонематическим недоразвитием (их меньшинство) и группу с преобладающим лексико-грамматическим недоразвитием. Звуки появляются иногда спонтанно под влиянием развития словаря, однако их использование в составе слова сопряжено со значительными затруднениями.

Отмечаются трудности возможного комбинирования отдельных элементов речи в единое целое. С трудом усваиваются сложные двигательные дифференцировки, не формируется динамический артикуляционный стереотип – затруднено слияние звуков при их правильном или неправильном проговаривании.

Нарушение аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора носит различный характер: оральная апраксия, нарушение последовательности, переключаемости и т. д. Ведет к обилию парафразий, пере-

становок, персеверации и свидетельствует о нарушении подвижности основных нервных процессов, о застойных очагах возбуждения или торможения в речедвигательном анализаторе.

Нарушена фонематическая реализация слов и высказываний, не формируются языковые оформления речи – звукослоговой и морфемный строй.

Нарушение ритмической организации слова проявляется в замедленности речевого потока, в послоговом произнесении. Речь носит характер скандированности.

Словарный запас у детей с алалией развивается медленно, искаженно, используется в речевой практике неправильно. Узок и однообразен у них запас прилагательных, наречий. Ограничен рамками обиходно-бытовой тематики.

Особенностями нарушений грамматического строя речи выступает следующее: дети не используют предлоги и союзы, в их речи нет четкости родовых и числовых окончаний и т. д. Отмечаются разные виды аграмматизмов: структурный аграмматизм (замысел, программирование, отбор и синтез речевого материала), семантический аграмматизм (диффузное расширение значения слова, замены ассоциативного характера) и аграмматизм, связанный с неправильным оформлением связей слов в предложении.

Затруднения в овладении связной контекстной речью даже в случаях достаточного развития диалогической формы общения. В отличие от диалогической формы речи монологическая является инициативной. Это связано с неправильной реализацией внутреннего плана во внешнюю речь. Наблюдаются фрагментарность, разорванность высказывания, нарушение линейной последовательности, пропуск одного или нескольких логических звеньев ситуации, разброс мысли.

У детей с алалией недоразвитие речи сочетается с несформированностью мотивации общения, с нарушением активности разных компонентов деятельности.

В целом выделяют разные подходы к характеристике алалии. Существует собственный взгляд исследователей на речевое и неречевое развитие детей с этой патологией.

Контрольные вопросы и задания

1. Определите структуру дефекта при разных формах алалии?
2. Дайте характеристику звеньев, входящих в структуру речевого дефекта при алалии на основе анализа научной работы В.А. Ковшикова «Экспрессивная алалия и методы ее преодоления»?
3. Выделите и проанализируйте дифференциальные диагностические признаки алалии и других, сходных с данным речевым нарушением, состояний.

Используемая и рекомендуемая литература

1. Александрова, К.В. Логопедическая работа по развитию связной речи у старших дошкольников с моторной алалией / К.В. Александрова, Е.А. Цивильская // Грани науки 2014. – Казань: КФУ, 2014. – С. 75-76.

2. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи / Г.А. Волкова. – СПб.: Детство-Пресс, 2009. – 144 с.
3. Воробьева, В.К. Особенности развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи: учеб. пособие / В.К. Воробьева. – М.: АСТ, 2010. – 158 с.
4. Ковшиков, В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления / В.А. Ковшиков. – СПб.: КАРО, 2011. – 304 с.
5. Мустаева, Е.Р. Индивидуализация содержания логопедической работы при моторной алалии с учетом неречевых нарушений / Е.Р. Мустаева // Сибирский педагогический журнал. – 2009. – № 11. – С. 320-330.
6. Поливара, З.В. Дифференциальная диагностика речевых дисфункций у детей дошкольного возраста: моногр. / З.В. Поливара. – Тюмень: ТюмГУ, 2007. – 112 с.
7. Пятница, Т.В. Система коррекционного воздействия при моторной алалии / Т.В. Пятница, Т.В. Башинская. – М.: Сфера, 2011. – 64 с.
8. Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы / Под ред. Н.Н. Володина, В.М. Шкловского. – М.: РНИМУ им. Пирогова, 2015. – 35 с. – С. 5.
9. Рейх, Э.В. Сравнительный анализ моторной алалии и нарушений развития речи, обусловленных умственной отсталостью / Э.В. Рейх // Вестник Российского нового университета. – 2012. – № 1. – С. 73-77
10. Соботович, Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути их коррекции / Е.Ф. Соботович. – М.: Классикс стиль, 2009. – 160 с.
11. Трауготт, Н.Н. К вопросу об организации и методике речевой работы с моторными алаликами / Логопедия. Методическое наследие: Пособие / Под ред. Л.С. Волковой. Кн 3 кн. – СПб.: Детство-Пресс, 2014. – С. 71-103.
12. Филичева, Т.Б. Развитие речи дошкольника: метод. пособие / Т.Б. Филичева, В. Соболева. – М.: Эксмо, 2015. – 122 с.

Тема 10. Классификация алалии. Направления и содержание обследования и организации коррекционной работы при алалии

План

- 1. Классификации алалии*
- 2. Основные направления и содержание логопедического обследования детей с алалией*
- 3. Организация коррекционной работы с детьми с алалией*

Классификации алалии

На сегодняшний момент выделяют несколько классификаций алалии:

- 1. Психологическая классификация Р.Е. Левиной:** 1) Дети с нарушениями фонематического восприятия – речь окружающих для таких детей недифференцирована. 2) Дети с нарушением зрительного восприятия – проявля-

ется недоступностью цельного восприятия предмета. 3) Дети с нарушением психической активности.

2. Лингвистическая классификация В.К. Орфинской: 1) Собственно языковая алалия – неспособность выделять из речи правила языка, необходимые для использования его средств. 2) Гностическая и практическая – обусловлены слуховой агнозией или артикуляционной апраксией.

3. Психолингвистическая классификация Е.Ф. Собонович: 1) Алалия с преимущественным нарушением усвоения парадигматической системы. 2) Алалия с преимущественным нарушением усвоения синтагматической системы языка.

4. Классификация В.А. Ковшикова: 1) Сенсорные (импрессивные) 2) Моторные (экспрессивные).

Лингвистический подход к изучению алалии представлены в работах В.К. Орфинской. В 1963 году она проанализировала нарушения речи при алалии с точки зрения нарушенных механизмов языка. В.К. Орфинская выделила 10 форм алалии. Все формы алалии она подразделила на 2 группы: первичные, при которых, прежде всего, нарушается речь, и вторичные, при которых нарушение речи – следствие нарушения других высших психических функций.

К первичному недоразвитию языковой системы были отнесены 3 моторные формы, обусловленные органическими расстройствами двигательного анализатора; 3 сенсорные, обусловленные органическим расстройством речеслухового анализатора. Среди моторных форм В.К. Орфинская выделила:

1) Форму с первичным недоразвитием фонетической системы в следствии артикуляторной апраксии – наиболее нарушено звукопроизношение.

2) Форму с первичным недоразвитием фонематического анализатора – нарушен фонематический слух. Наблюдается пропуски и перестановки букв.

3) Форму с первичным недоразвитием морфологической системы – основная проблема в нарушении словообразования (грамматический строй).

Сенсорную алалию В.К. Орфинская разграничила на:

1) Форму с первичным нарушением фонематического анализа слов.

2) Форму с первичным нарушением слуховой дифференциации близких по звучанию звуков.

3) Форму с неизбирательным и неравномерным недоразвитием всех языковых систем вследствие нарушения слуховой дифференциации звуковых рядов.

В.К. Орфинская также считала, что лингвистическая система может неблагоприятно развиваться не только вследствие дефектов функций анализаторов, но и при расстройствах связей между анализаторами, поэтому выделяла следующие формы алалии:

1) Сенсомоторную амнестическую форму – обусловленную нарушением связи речедвигательного и речеслухового анализаторов.

2) Сенсорную амнестическую форму – обусловленную нарушением связи слуховым и зрительным анализаторами.

3) Синтаксическая алалия – обусловленная избирательной неполноценностью двигательного анализатора, вследствие моторной неполноценности наблюдаются расстройства грамматического строя речи.

4) Оптическую алалию – при которой неполноценность зрительного анализатора приводит к проблемам овладения лексикой.

Согласно психолингвистической классификация Е.Ф. Собонович выделяют следующие формы алалии: 1) Алалия, с преимущественными нарушениями усвоения парадигматической. Нарушается система отношений (в первую очередь, противопоставлений), в которые вступают однородные элементы языка, единиц одного порядка, одного уровня, то есть нарушается внутреннее строение системы языка.

2) Алалия, с преимущественными нарушениями усвоения синтагматической систем языка. Нарушается синтагматическая система, отображающая закономерности сочетаемости знаков языка при построении речевых высказываний. Дети с данной формой не усваивают или тяжело усваивают систему правил, норм сочетаемости элементов языка (как однородных, так и разнородных), на основе которых осуществляется формирование и формулирование речевых высказываний в соответствии с нормами родного языка.

Исследователь В.А. Ковшиков анализирует нарушение речи при алалии с учетом психолингвистической структуры и механизмов речевой деятельности. Выделяются следующие формы: импрессивная (сенсорная) алалия; экспрессивная (моторная) алалия.

При импрессивной (сенсорной) алалия отмечается наличие нормального слуха ребенок не понимает обращенную к нему речь, а это значит не говорит. Симптомы: нарушение фонематического слуха, плохое внимание и память на устную речь (не развиваются из-за непонимания словесной речи). В результате расплывчатость, неустойчивость фонематических образцов. У сенсорных алаликов в той или иной мере нарушен слух, что затрудняет восприятие звучащей речи.

Экспрессивную (моторную) алалию характеризует языковое расстройство, характеризующееся нарушением усвоения языковых единиц и правил их функционирования, что проявляется в невозможности грамматических, лексических и фонематических операций при относительной сохранности смысловых и артикуляционных операций. Ребенок своевременно начинает понимать чужую речь, но сам не говорит. Часто наблюдается непонимание трудных слов и оборотов, сложных предложений. Обогащение экспрессивной речи происходит ограниченно, т.к. с ним мало разговаривают полагая, что речь недоступна ему. Особенно сильно нарушена моторная речевая подражательность (не могут повторять слова, которые уже научились говорить).

Таким образом, выделяют разные подходы к классификации алалии, и соответственно содержание коррекционной работы будет иметь определенную специфику.

Основные направления и содержание логопедического обследования детей с алалией

Логопедическое обследование детей с алалией должно носить комплексный характер. Условно его можно разделить на три части.

1 часть – изучается понимание речи, обследуются состояние импрессивной речи, слуховое внимание и фонематическое восприятие.

Цели:

- выявить особенности фонематического восприятия речи и понимания смыслового содержания звукового потока – семантический и эмоциональный смысл;

- уточнить наличие готовности ребенка к общению, тенденции к совершенствованию языковой системы.

Выявление объема и точности словаря

Задание 1. Предложите ребенку показать игрушки, например: «Покажи куклу (матрешку, пирамидку, мишку)». Затем видоизмените задание: «Возьми куклу (матрешку...)». Предложите подать поочередно игрушки: «Дай мне куклу (матрешку...)». Если ребенок справляется с заданием, предложите ему узнать знакомые предметы на картинке (шкаф, мяч, чашка).

Задание 2. Предложите показать обиходные предметы: стол, стул, кровать, чашку, ложку, тарелку, рубашку, платье, носки.

Задание 3. Выяснение знаний слов обобщающего характера. В комнате сгруппируйте предметы по темам: одежда, обувь, посуда, фрукты, овощи, игрушки. Предложите ребенку найти те или иные предметы: «Найди посуду (игрушки, одежду и др.).»

Задание 4. Знание частей тела (рука, нога, голова) и частей туловища игрушечных животных (лапа, голова, хвост). Предложите ребенку: «Покажи свою руку», «Где лапка у зайчика?»

Задание 5. Соотнесение предметов с их назначением. Положите перед ребенком знакомые предметы: яблоко, мяч, зубную щетку. Задайте вопросы: «Чем ты играешь? Чем чистишь зубы? Что ты ешь?» Затем замените предметы на предметные картинки и повторите вопросы.

Задание 6. Выяснение объема глагольной лексики.

«Покажи, где девочка идет (стоит, бежит, ест, спит, играет, умывается)».

Понимание названий признаков предметов

Задание 1. Предложите ребенку сравнить предметы в комнате и показать их, ответив на вопросы: «Где большой стол? Где маленький?»

Выявление дифференциации элементарных грамматических форм

Задание 1. Понимание форм единственного и множественного числа имени существительного:

Задание 2. Понимание предлогов, отражающих пространственные взаимоотношения: «Положи игрушку в коробку (за коробку, под коробку, перед коробкой)».

Задание 3. Понимание уменьшительно-ласкательных суффиксов: «Покажи, где стол? Где столик?»

Понимание предложений

Задание 1. Выполнение инструкции: «Закрой глаза (подними ножку, погладь кошечку, принеси кубик)».

Задание 2. Установление возможности запомнить и выполнить два действия, сформулированные в одной просьбе

Исследование слуховых функций и фонематического восприятия

Задание 1. Выяснение ориентировочно-поисковой позы на звучание предметов: найти звучащую игрушку-пищалку в комнате и проследить взглядом за ее перемещением.

Задание 2. Выяснение направленности слухового внимания: с закрытыми глазами указать, откуда доносится звук, и повернуться лицом в этом направлении.

Задание 3. Узнавание и различение гласных звуков из ряда. Произнесите ряд гласных звуков (не более трех). Предложите ребенку поднять руку (хлопнуть в ладоши), услышав определенный звук (заранее условленный).

Изучение неречевых функций

Цели:

- определить особенности сенсомоторного и тактильного восприятия, способность к целенаправленной деятельности, степень концентрации внимания на объекте;

- в составе этих функций выделить специфические компоненты.

Задания

Задание 1. Ориентировка в окружающем пространстве.

Задание 2. Ориентировка на плоскости.

Задание 3. Наличие праксиса позы при имитации движений (в плане общей моторики).

Задание 4. Наличие праксиса позы при выполнении проб на мелкую моторику, возможность дифференцированности движений пальцев и способности к переключению.

Задание 5. Оральный праксис.

Задание 6. Способность к переключению движений

Задание 7. Конструктивный праксис: воспроизвести из двух, затем трех палочек фигуру по образцу, создать конструкцию по памяти.

Задание 8. Сформированность операций зрительно-пространственного анализа и синтеза и последовательной реализации конструктивной деятельности: сложить разрезные картинки из 2-3 частей с прямым краем; облегченный вариант кубиков Кооса; выполнить вкладыши в доску Сегена.

Изучение невербальных компонентов коммуникации

Цели:

- выявить произвольные реакции и жесты, используемые в невербальном общении;

- изучить актуальные и потенциальные возможности развития общения ребенка, степень спонтанности в приобретении навыков общения.

Задания

Задание 1. Предложите ребенку поздороваться с вами за руку.

Задание 2. Реакция на незнакомого человека. В кабинет входит незнако-
мый ребенку человек и заводит с вами разговор.

Задание 3. Реакция на впечатление. Ребенок входит в кабинет с хорошо
знакомой обстановкой. На столе находится новая яркая игрушка.

Задание 4. Способность к подражанию: предложите ребенку копировать
ваши жесты и мимику.

Задание 5. Попросите ребенка показать жестом хорошо знакомые дейст-
вия: пить, есть, спать, мыть (руки), чистить (зубы), причесываться, гладить
(кошку).

Задание 6. Моделирование ситуаций, способствующих вызову коммуни-
кативно значимых жестов (да, нет, хочу, дай).

Задание 7. Без словесной инструкции предложите ребенку понять ваши
жесты и выразительные движения

Задание 8. Способность изображать и играть роль: «Полетай как птичка».

Охарактеризуйте приемы обследования состояния неречевых процессов,
импрессивной и экспрессивной речи, способностей к произвольным действиям
с языковыми единицами у детей с алалией.

Исследование зрительного восприятия

- Предъявление предметных картинок.
- Предъявление контура.
- Предъявление неполного рисунка.
- Предъявление перечеркнутых фигур.
- Предъявление наложенных друг на друга изображений: предметов (про-
ба Поппельрейтера).

Обследование цветового гнозиса

- Предъявление цветных фигур.
- *Дифференциация цвета*
- *Подбор картинки к цветовому фону.*

Слуховое восприятие

- Определение направления звука. Игра «Где позвонили?»
- Дифференциация звучащих игрушек.

Пространственный праксис

- Обследуя зрительную ориентировку логопед, просит положить (поста-
вить) один предмет по отношению к другому за, в, на, под, между.

Конструктивный праксис

- складывание пирамидки;
- складывание доски Сегена;
- складывание разрезных картинок из 2, 3 частей, разрезанных по верти-
кали, затем по горизонтали;
- складывание картинки, разрезанной по диагонали;
- складывание фигурок из 2-4 палочек по образцу;
- при выполнении этих заданий предложить складывание фигурок по
памяти. Логопед складывает фигуру, просит ребенка посмотреть и запомнить,
затем убирает палочки, и ребенок воспроизводит фигуру по памяти.

Динамический праксис

Применяется воспроизведение ритмов:

- простых – // / ; // , // , // ; / // ; // / . и т.п.
- сложных / // / , // / ; / // // ; / // // ; // // // ; // // // и т. п.
- Кулак – ребро – ладонь.

При сборе анамнеза следует задать следующие вопросы к родителям ребенка в отношении моторного, сенсорного, психического и речевого развития ребенка.

Общий принцип, которому подчинено развитие младенца, такой: сенсорное развитие опережает моторное.

МОТОРНОЕ

1. Когда начал хватать и удерживать игрушки (15-18 нед.), отводить плечики, хвататься за ножки (17-23 нед.) поднимать голову, поворачиваться на бок, ощупывать груди во время сосания?
2. Когда начал сидеть без поддержки? (22-30 нед.)
3. Когда начал стоять? (19-25 нед.)
4. В каком возрасте стал похлопывать рукой, игрушкой, постукивать предметом о предмет? (Полгода)
5. Когда начал самостоятельно ходить? (13 мес.)

СЕНСОРНОЕ.

1. Когда ребёнок начал следить за движущимися предметами/игрушками/погремушками? (2-3 мес.)
2. Какие реакции в возрасте 6-7 месяцев вызывали у ребёнка особенно яркие, заметные предметы?
3. Когда начал реагировать на голос матери (на пение, баюканье)? (2 мес.)
4. Когда начал поворачиваться (следить взглядом) в сторону звуков (горящих/звучащих игрушек/падающих предметов)? (4 мес.)

ПСИХИЧЕСКОЕ

1. Как реагировал на прикосновения взрослых? (Мамы/папы...)
2. Как реагировал на грубые тона/крики?
3. Как реагировал на музыку?
4. Делались ли ребёнку замечания/похвала в ещё младенческом периоде?
5. Когда начали появляться первые реакции страха/радости/недовольства?

РЕЧЕВОЕ

1. Когда начал понимать речь окружающих? (Второе полугодие)
2. Когда возникли активные вокализации, когда начал кричать, пищать, «напевать»? (Конец 1 года)
3. Когда появилось гуление пускал ли слюнки, пузыри? (11-13 мес.)
4. В каком возрасте появились первые подражательные голосовые реакции? (Пи-пи, бо-бо, ням-ням - 8-9 мес)
5. В каком возрасте появились первые слова?

Организация коррекционной работы с детьми с алалией

Специфика логопедической работы при моторной алалии

Н.Н. Трауготт под **моторной алалией** понимает отсутствие или системное недоразвитие речи, обусловленное поражением корковых отделов, при сохранном слухе и сохранной способности к артикулированию (без наличия парезов и параличей).

Основные направления логопедической работы с детьми с моторной алалией

1. Развитие психологической базы речи: цель – развитие внимания, восприятия, памяти, мышления как процессов мотивирующих появление, становление речи. Основная задача – сделать эти процессы целенаправленными.

2. Развитие понимания речи: цель – преодоление импрессивного аграмматизма (дефекты восприятия).

3. Формирование собственной экспрессивной речи:

- семантический компонент;
- слоговая структура слова;
- звуковая структура слова;
- морфемный компонент.

Логопед должен обследовать слоговую структуру слова, то есть необходимо выявить, какими классами слоговых структур ребенок не овладел; какие типы нарушений слоговой структуры свойственны данному ребенку. Обследование слоговой структуры слова осуществляется посредством методики Марковой А.К. Она выделила 13 классов слоговой структуры, все из которых являются частотными для речи ребенка-дошкольника.

1 класс: двусложные слова из открытых слогов – «сани»;

2 класс: трехсложные слова из открытых слогов – «машина»;

3 класс: односложные слова – «мак»;

4 класс: двусложные слова, состоящие из открытого и закрытого слога – «козел»;

5 класс: двусложные слова со стечением согласных в середине слова – «кошка»;

6 класс: двусложные слова с закрытым слогом и стечением согласных – «фартук»;

7 класс: трехсложные слова с закрытым слогом – «пулемет»;

8 класс: трехсложные слова со стечением согласных в середине слова – «конфета»;

9 класс: трехсложные слова со стечением согласных и закрытым слогом – «апельсин»;

10 класс: трехсложные слова с двумя стечениями согласных – «звезда»;

11 класс: односложные слова со стечением согласных – «избушка»;

12 класс: двусложные слова с двумя стечениями согласных – «звезда»;

13 класс: четырехсложные слова с двумя стечениями согласных.

Типы нарушений слоговой структуры слова

1. Элизии – усечение слогового контура слова – «сипед»;
2. Персеверации – застревает на произнесении какого-либо слога («мо-мо-лоток»);
3. Антиципации – уподобление одного слога другому – «пипитан» - «капитан»;
4. Итерации – добавление лишнего гласного, добавляется в том месте, где имеется стечение согласных – «соковорода»;
5. Перестановка слогов в слове – «памерахерская», «чепараха»;
6. Контаминации – объединение частей слов в одно («аперсек», «смалидина» и др.)

Наличие элизий характерно для 1 уровня ОНР, перестановки слогов в слове – 3 уровень ОНР, для 2 уровня ОНР характерны все остальные нарушения.

Основные направления формирования слоговой структуры слова

- развитие имитативных способностей, то есть побуждаем ребенка воспроизводить слово так, как получается («ти-ти-ти» - кирпичи).
- формирование нормативной слоговой структуры:

1 этап пропедевтический:

На этом этапе реализуем 3 цели

- а) научить ребенка на слух воспринимать и воспроизводить неречевые ритмические структуры (отхлопывание, отстукивание), имитация слоговых структур;
- б) научить на слух дифференцировать слова длинные и короткие;
- в) научить детей на слух отличать слоговые ряды по длине в игре («Волк и семеро козлят» тук-тук – коза).

2 этап:

На этом этапе реализуем 3 цели

- а) преодоление кинетической апраксии, для этого необходимо научить плавному переключению с одного слога на другой. Осуществляется посредством логопедических упражнений, при выполнении простых артикуляционных заданий «Трубочка – улыбка» и др.

Научить плавно произносить ряд, состоящий из гласных звуков:

- с постепенным увеличением количества звуков – **а – и – у;**

- а-и-у-э.

- с изменением линейного порядка гласных в ряду – **и-у-а;**

а-и-у.

- научить детей произносить слог: - с изменением в нем гласного в двухсложных (**па-пы**), затем в трехсложных слоговых рядах (**та-ту-ты**), с изменением согласного звука (**па- ка, па-та-ка**);

- далее переходим к автоматизации звукоподражательных рядов (мяу-мяу).

Автоматизация в речи детей слоговых структур 1-х и 4-х классов

- поочередное произнесение слогов в слове, подбираем такие слова, когда 1-ые слоги разнотипные, 2-ые однотипные (Логопед произносит первый слог, а ребенок второй);

- автоматизация слоговых рядов со стечением согласных осуществляется «наращиваем – «стол». Вначале отраженно, затем в опорой на графических символы;

б) научить ребенка плавно переключаться в словах со стечением согласных. Осуществляется посредством логопедических упражнений, при выполнении сложных артикуляционных заданий «Открыть рот – язык вправо, влево» и др.

в) пропедевтика перестановки слогов в слове:

- сопоставительные упражнения: рога-гора; рамка – марка; перчатки - черпатки (изменяется значение слова, слово становится непонятным);

- учим элементам слогового анализа: учим слышать в 2-х разных словах одинаковые слоги (вата – канава);

- учим с одним и тем же слогом придумывать слова различные по значению, различных частей речи (шу – шум);

- учить трансформировать с опорой на предметные картинки;

- научить синтезировать отдельные слоги в целое слово;

- научить вычленять из слова первый слог: подбираем 2 предметные картинки, у которых второй слог идентичен («мышка» - «ложка»);

- учим осознавать линейную последовательность слогов в слове, какой слог после какого слога слышен;

- учим определять позицию слога в слове по отношению к середине, концу.

- учим детей подсчитывать количество слогов в слове с опорой на проговаривание (СА-по-ГИ).

Развитие морфемного параметра слова

(Туманова Т.В.)

I Этап.

подготовительный (пропедевтический)

Основное содержание данного этапа отражено в следующих задачах:

1. сформировать у детей базовый словарь мотивированной лексики и когнитивно-речевые предпосылки к овладению словообразованием;

2. научить употреблять производные и производящие наименования в различных грамматических формах;

3. развивать навыки сравнения и сопоставления однокоренных слов с учетом их семантики и длины слогового контура;

4. научить выделять общие и различные компоненты в звучании однокоренных слов путем их парного сопоставления;

5. сформировать практические представления о связи отдельных частей производного слова с определенными характеристиками обозначаемой действительности.

Решение поставленных задач осуществлялось на лексическом материале, подобранном с учетом онтогенетических закономерностей овладения словообразованием в процессе нормального развития речи. В связи с этим коррекционно-образовательная работа, намеченная в рамках первого этапа, осуществлялась поступательно, следуя определенным ступеням:

1 ступень

Уточнение значений и закрепление практических навыков образования и использования в речи слов первой степени членимости:

а. имен существительных с уменьшительно-ласкательным значением, типа: кашка, ручка, ножка, машинка, мышка; мячик, лучик, ключик, домик, слон «к»; палочка, веточка, полочка, скалочка; лимончик, кафтанчик, карманчик; грибок, сапжок, глазок, бочок и т.д.

б. имен существительных со значением уничижительности, типа: **пальтишко**, бельишко, воробьишка, письмишко, крольчишка; **крылышко**, **перышко**, зернышко и т.д.

2 ступень

Закрепление навыков использования в самостоятельных высказываниях имен существительных с уменьшительно-ласкательными и уничижительными значениями, изученных на предыдущей ступени.

Уточнение значений и закрепление навыков употребления имен существительных, подобранных по следующему принципу:

- с уменьшительно-ласкательными суффиксами, типа: головешка, бородушка, скворушка, **коровушка**, старушка;

- со значением увеличительности, типа: *ротище, глазище, книжища*;

- с суффиксами для обозначения предмета по действию, качеству, типа: выключатель, умывальник, светильник, кипятильник, чайник, кофейник, молочник и т.п.

3 ступень

Сравнение и сопоставление уменьшительно-ласкательных и увеличительных форм имен существительных с производящими основами, представленными самостоятельными словами (например, глаз - глазик; глаз - глазище и т.п.). Закрепление навыков употребления изученных форм слов в самостоятельных высказываниях

Уточнение значений и закрепление навыков образования производных глаголов первой степени членимости, выстроенные по модели: «приставка+корень». В соответствии с заданной моделью отрабатываются глаголы с приставками для обозначения законченности и распространенности действия, типа: нарисовал, наклеил, написал, «окрасил, *помыл, поел, застелил*, копал, закрыл и т.д.

4 ступень

Обучение практическим способам образования качественных прилагательных с уменьшительно-ласкательным значением, выстроенных по модели: «корень+суффикс+окончание», типа: желтенький, добренький, маленький, сладенький, кисленький, страшенький, умненький и т.д. Закрепление навыков согласования изученных прилагательных с

существительными с уменьшительно-ласкательным значением в роде, числе, падеже. Например, маленькая ручка - маленькие ручки, зелененькая веточка – зелененькие веточки; нет (чего?) кисленького лимончика, нет (чего?) маленького домика и т.п.

5 ступень

Расширение и активизация навыков практического использования в высказываниях слов с уменьшительно-ласкательными, уничижительными и увеличительными значениями в разных грамматических формах. Закрепление умения использовать изученные приставочные глаголы в сочетании с уменьшительно-ласкательными и увеличительными формами имен существительных (по следам демонстрации действий, в самостоятельных высказываниях), например: помыл мячик, нарисовал домик, зарыл ямищу, зашил дырищу, поймал рыбину и т.п.

Закрепление навыков понимания и употребления названий:

- детенышей животных, птиц и т.п., типа: волчонок, тигренок, котенок, слоненок, страусенок, бобренок, козленок и т.д.

- действующих лиц по признаку сферы их деятельности, типа: грибник, шутник, лес **ник**, мяс **ник**, огород **ник**; мой **щик**, камен **щик**, **сварщик**, **угольщик**;

- лиц женского рода, типа: лисица, медведица, волчица;

- действий со значением законченности и распространенности действия, типа: разрезать, разделить, разбить, разбросать; изжалить, изжарить, изловить, и т.д.

II этап.

Формирование словообразования имен существительных, прилагательных, глаголов

На данном этапе логопедической работы решались следующие задачи:

- научить детей образовывать слова, относящиеся к разным частям речи;

- сформировать навыки переноса словообразовательных умений на новый лексический материал;

- закрепить навыки словообразования аналогическим, а затем - корреляционным и дефиниционным способами;

- обучить детей проведению развернутого речевого анализа ситуации, подлежащей наименованию производным словом;

- на основе речевого анализа и наглядно-графической символики сформировать практические представления о связи отдельных словообразовательных морфем с определенными характеристиками действительности, обозначаемой производным словом;

сформировать в долговременной памяти детей системы словообразовательных гнезд.

Реализация поставленных задач происходила последовательно-параллельно на следующих ступенях обучения:

I ступень

Закрепление навыков сравнения производных слов с производящими основами, представленными самостоятельными словами. Критериями сравнительного анализа являются: содержательный аспект слов и длина их звукового лотового контура. В ходе такого сравнения используются наглядные материальные опоры в виде полосок разной длины.

Обучение проведению развернутого, подробного речевого анализа ситуации, требующей словообразования, с четким вычленением в ней компонентов, значимых для наименования.

Формирование навыков образования слов с опорой на систему специальных наглядно-графических символов и схем по следующим словообразовательным моделям:

1. имена существительные со значением действующего лица, типа: каменщик, чистильщик, *мойщик*, носильщик; *строитель*, *повелитель*, удалец, молодец, беглец, стрелец и т.д.;

2. имена существительные, обозначающие названия детенышей, типа: детеныш, змееныш, звереныш;

3. имена существительные со значением отвлеченности понятий, типа: *темнота*, глубина, высота, *красота* и т.п.;

4. имена прилагательные со значением принадлежности кому-то (чему-то), соотнесенности с продуктами питания и материалами, типа: мамин, папин, Машин; гороховый, рисовый, березовый, дубовый, столовый; блинный, длинный и т.д.;

5. приставочные глаголы со значением антонимичности действия, типа: согнул - *разогнул*, заплел - /теплел, завязал - *развязал*, собрал - *разобрал*, зашнуровал - /расшнуровал, закрутил - раскрутил и т.д.

2 ступень

Закрепление навыков образования имен существительных, прилагательных, глаголов в соответствии с моделями, изученными на предыдущей ступени (с опорой на речевой анализ ситуации и систему наглядно-графической символики).

Совершенствование навыков вычленения и осознания общих и различных компонентов в структуре производных слов и в соответствующих графических моделях.

Формирование навыков образования с опорой на наглядно-графическую символику следующих слов:

1. имен существительных от глаголов без суффикса, типа: бежать - бег, весить - вес, возить - воз и т.д.

2. имен существительных от прилагательных, образуемых суффиксальным способом, типа: рисовый - рис, гороховый - горох, луковый - лук, абрикосовый - абрикос и т.д.

3. имен существительных, обозначающих названия детенышей животных множественного числа, типа: моржата, тигрята, котята, слонята, верблюжата и т.д.

4. имен существительных со значением единичности (либо отдельных особей), типа: бусинка, ворсинка, волосинка, травинка и т.д.

Обучение способам объединения изученных производных слов по принципу наличия в них общей (корневой или аффиксальной) словообразовательной морфемы.

3 ступень

Закрепление умения объединять слова по признаку родственности, образуя таким образом «цепочки» однокоренных слов. Развивать умение находить в деформированной «цепочке» лишнее, неродственное слово (с опорой на речевой анализ и наглядно-графическую символику). Например: лес - лесок - лесище - лиса.

Формирование навыка образования и использования в речи производных глаголов с приставками, обозначающими антонимичность действий, на основе демонстрации действий и наглядных символов, обозначающих их противоположную направленность: открыл - закрыл, унес - принес, вошел - вышел и т.п.

Совершенствование понимания и употребления глаголов со значением завершенности и различной направленности действий, типа: *пришел, приехал* (со значением приближения действия); открыл, отъехал, отнес, отпил; объехал, обошел, обнес; сорвал, собрал, соврал и т.д.

4 ступень

Закрепление навыков вычленения и осознания общих и различных компонентов в структуре производных слов и соответствующих наглядно-графических словообразовательных уравнений (образцы уравнений представлены в п. 5.4.). На основе этого – закрепление аналогического способа образования имен существительных, прилагательных, глаголов изученными ранее способами.

Дифференциация производных слов, образованных по частотным и регулярным словообразовательным моделям, на основе выделения их семантических и структурных различий.

Формирование явления переноса словообразовательных умений на новый лексический материал, например: у слона - слонята, а у мыши - ...; росток гороха - гороховый, а росток ореха

Постепенный переход от аналогического к корреляционному способу словообразования (т.е. на основе уже имеющихся у детей словообразовательных представлений, знаний и умений). При этом используется методический прием трансформации исходной наглядно-графической опоры (например, в словообразовательном уравнении последовательно изменяются, заменяются, исключаются отдельные элементы - картинки или символы).

Таким образом, происходит закрепление и дифференциация способов словообразования по ранее изученным моделям-типам. Кроме того, создаются такие речевые ситуации, когда ребенку необходимо использовать ранее сформированные словообразовательные навыки уже на новом лексическом материале. Подобные действия способствуют формированию стойкого интереса детей к области словообразования.

5 ступень

Закрепление навыков образования слов корреляционным способом на основе «решения» наглядно-графических словообразовательных уравнений. Совершенствование навыка проведения предварительного речевого анализа ситуации, подлежащей наименованию производным словом. Постепенное «сворачивание», перевод анализа ситуации во внутренний план в тех случаях, когда словообразование осуществляется в соответствии с хорошо знакомыми, закрепленными в речевой практике ребенка, словообразовательными моделями.

Обучение навыкам образования сложных наименований с опорой на речевой анализ и наглядно-графическую схему слов, типа: пылесос, листопад, паровоз, пароход, ледокол и т.д.

6 ступень

Закрепление навыков образования и использования в речи слов по ранее изученным словообразовательным моделям.

Обучение навыкам образования слов сначала с частичной опорой на речевой анализ и наглядно-графическую символику, а затем – полностью самостоятельно.

Совершенствование навыков употребления изученных производных слов в процессе диалогической и монологической речи.

Формирование смешанного (суффиксально-префиксального) способа словообразования, например: *прехорошенький*, *бессовестный*, *безграмотный*, *раскраска*, *подсвечник*, *подоконник* и т.д.

7 ступень

Закрепление навыков образования прилагательных суффиксально-префиксальным способом, изученным ранее.

Формирование навыков образования новых слов с завершающим речевым анализом, оценивающим их соответствие нормам родного языка;

1. имен существительных приставочным способом, типа: забег, пробег, набег; завязка, подвязка, перевязка и т.д.

2. сложных имен прилагательных, типа: пароходный, луноходный, светло-зеленый, нежно-розовый и т.д.

3. наречий сравнительной степени, типа: далеко – дальше, высоко – выше, низко – ниже, крупно – крупнее, сладко – слаще и т.д.

4. глаголов от имен существительных суффиксальным способом, типа: лом - ломать, бур - бурить, серебро - серебрить, золото - золотить и т.д.

8 ступень

Побуждение детей к словотворческим действиям на основе формирования навыка образования слов, заполняющих лакуны (пустоты) в родном языке, типа: сопит – сопитель, валяется – валяльщик, лепит – лепильщик, загрязняет – загрязнитель и т.д.

Обучение образованию неологизмов осуществляется на основе предварительного развернутого речевого анализа ситуации и завершается последующим анализом полученного слова на предмет установления его соответствия языковым нормам.

9 ступень

Развитие умения образовывать неологизмы от основ, не существующих в родном языке (сначала – с использованием развернутого речевого анализа ситуации и наглядно-графической символики, затем – самостоятельно), типа: у гура кто детеныш? – гуренок; у лара кто детеныш? – ларенок; как назвать того, кто курит? – *куритель* и т.д. В таком виде заданий используются уже усвоенные ребенком на нормативном лексическом материале продуктивные и частотные словообразовательные модели. В данном случае закрепляется умение детей совершать аналогические, корреляционные и дефиниционные словообразовательные действия творческого характера.

III этап.

Формирование навыков интерпретации значений производных слов

На данном этапе решались следующие задачи:

- продолжать формировать в долговременной памяти детей систему словообразовательных гнезд;
- научить проводить семантический анализ производных наименований с опорой на специальную наглядно-графическую символику;
- сформировать практическое представление о производном слове как системе языковых значений, носителями которых являются разные морфемы в его составе;
- сформировать и закрепить умение опираться на словообразовательный анализ и синтез при решении разных языковых задач: выяснении лексического значения слова, сферы его употребления и проч.;
- научить осуществлять выбор из словообразовательной парадигмы слова, адекватного заданной ситуации;
- научить выделять и анализировать совокупность значений отсылочной и формантной частей производного слова, составляющих его единое содержание.

Начальная работа над развитием умений толкования значений производных слов проводится не отдельно, не изолированно от работы над собственно словообразованием, а параллельно с ней. Фактически, эта работа начинается с самых первых этапов, когда ребенок, накапливая базовый словарь производных наименований и обучаясь практическим способам их образования, получает первичные представления об их семантике. Эти первичные представления складываются на основании предметно-практической деятельности детей и их речевого общения со взрослыми участниками педагогического процесса, подкрепляемыми речевым анализом конкретной ситуации и опорой на специально разработанную систему наглядно-графической символики.

Изложенное выше содержание логопедической работы на протяжении I и II этапов позволяет развивать у детей особое внимание к производному слову как к такой номинативной единице языка, которая характеризуется особым способом сохранения и передачи исходной информации об обозначаемом в свернутом, редуцированном виде (Кубрякова Е.С.).

Навыки осознанной интерпретации требуют от ребенка, во-первых, полного понимания того содержания, которое закодировано в структуре производного слова, а, во-вторых, достаточно развитых навыков связного высказывания. Это означает, что в процессе обучения детей с ОНР необходимо сформировать у них умение наиболее полно передать значение производного слова через такую его дефиницию, которая ориентирована на отсылочную и формантную части производной единицы. Именно поэтому целенаправленная работа по формированию умения объяснять значение слова с помощью развернутого высказывания выделена как отдельный этап. Важным в этом этапе является обучение ребенка проведению подробного, детального речевого анализа как самой ситуации, явления, обозначаемого производным словом, так и структуры производного слова. Например, если ребенок затрудняется в интерпретации слова «теннисистка», необходимо не только показать соответствующую картинку, но и ввести символ «деятеля», а также задать ряд наводящих вопросов: кто это? Во что играет? Это женщина или мужчина? Что такое теннис? И т.д.

1 ступень

Закрепление навыков соотнесения уже знакомых по предыдущим этапам работы производных слов с соответствующими предметами, объектами и их изображениями. В ряде случаев к одному слову предлагается несколько картинок, схем, наглядно-графических моделей с тем, чтобы дать ребенку возможность выбора того из них, которое наиболее точно соответствует заданному производному слову. Например, к словам с уменьшительно-ласкательным или увеличительным значениями следует предлагать картинки с изображением предметов разного размера, выполненных таким образом, чтобы обозначенный критерий величины был максимально наглядно отражен

2 ступень

Закрепление навыков подбора к заданным слова параллельно картинок и наглядно-графических символов. На данной ступени используются такие символы, опора на которые позволяет актуализировать тот аспект значения производного слова, который определяется его формантной частью. Например, к словам типа «мячик, ключик и т.п.» подбираются не только соответствующие картинки, но и общий для слов этой группы символ маленького размера предмета. Для слов типа «лыжник, сапожник, садовник и т.п.» таким общим символом является символ деятеля. Подобные действия сопровождаются проведением совместного с ребенком речевого анализа ситуации в упрощенной форме. Например, «лыжник - это человек, сапожник - это человек и т.д.»

3 ступень

Формирование умения проводить развернутый речевой анализ ситуации, обозначаемой производным наименованием. Дети учатся анализировать совокупное значение производного слова, опираясь на значение его отсылочной и формантной частей, представленных как непосредственно в структуре самого слова, так и в структуре соответствующего наглядно-графического словообразовательного уравнения. Например: «Лесник - это человек. Что он делает? Он охраняет лес. Значит, лесник - это человек, который охраняет лес».

4 ступень

Закрепление навыков проведения развернутого речевого анализа ситуации, обозначаемой производным словом.

Формирование умения дифференцированно анализировать и интерпретировать значение таких производных слов, в которых одинаково звучащие форманты несут различную семантическую нагрузку. Например, слово «молочник» может обозначать человека или предмет посуды; слово «грибница» - действующее лицо женского рода или корневую систему гриба и т.п.

5 ступень

Закрепление навыков семантической интерпретации производных слов с постепенным исключением наглядно-графических символов и схем.

IV этап. Формирование навыков использования словообразования в устной речи

На данном этапе решались следующие задачи:

- сформировать и закрепить навыки использования производных слов, относящихся к разным частям речи, в словосочетаниях, предложениях, связной речи;

научить детей распространять предложения, обогащать их однородными членами предложений, выраженными производными наименованиями;

- совершенствовать, активизировать словарный запас детей;

- расширять навыки группировки слов по признакам родственности;

- упрочить навыки выбора из словообразовательной парадигмы слов, наиболее точно обозначающих описываемый объект, действие, явление;

- совершенствовать навыки самостоятельного словообразования.

Реализация поставленных задач осуществляется как на специальных логопедических занятиях, уроках (в школе), так и вне их (в процессе игровой, трудовой деятельности и т.п.).

1 ступень

Формирование умения составлять словосочетание с использованием производных наименований. На данной ступени проводятся упражнения аналитического и синтетического характера. Первые (аналитические) направлены на закрепление навыков выделения производных наименований из состава словосочетаний. Вторые (синтетические) – на включение производных слов в состав словосочетаний. Работа по обучению составлению словосочетаний проводится таким образом, чтобы производные слова в них использовались в разных грамматических категориях (с изменением числа, рода, лица, падежа и т.п.). При этом дети опираются на соответствующую предметно-практическую деятельность и систему символов, традиционно используемую в логопедической практике

2 ступень

Формирование умения составлять предложения с использованием производных единиц языка. Работа над составлением простых распространенных, а, затем и сложных предложений осуществляется в

соответствии с традиционной методикой, принятой в работе с детьми, имеющими общее недоразвитие речи. Однако в рамках данной методики этот раздел работы существенно видоизменяется и расширяется. Включение производных слов в состав разных типов предложений обеспечивает их распространение, обогащение, введение однородных членов предложения и т.п.

Упражнения, используемые на данной ступени, могут быть условно представлены в трех вариантах: упражнения на основе образца, конструктивные и творческие. Границы между ними очерчиваются не очень строго, однако каждая группа может быть охарактеризована с указанием ее особенностей и общих черт.

Упражнения на основе образца (или подражательные) предполагают усвоение правильного построения предложных конструкций с использованием производных наименований при условии опоры на речевой и наглядно-графический эталоны. Ориентируясь на заданные образцы, дети с ОНР обучаются построению таких же или подобных предложений. Эти упражнения содержат элементы самостоятельного труда детей, но в основе их действий всегда лежит образец, заданный взрослым участником педагогического процесса.

В конструктивных упражнениях стоит другая познавательная задача – построение предложений с производными словами на основе уже усвоенных закономерностей. С помощью таких упражнений дети с ОНР учатся строить предложения с частичной опорой на образец или полностью самостоятельно, учатся перестраивать предложение, расширять его, объединять 2 предложения в одно, заменять элементы предложения и т.п.

Творческие упражнения не предполагают ни наличия образца взрослого, ни решения частных конструктивных задач. Строя предложения в процессе выполнения творческих упражнений, дети опираются на усвоенные ранее закономерности, на собственную языковую способность.

Умение свободно составлять разные типы предложений с использованием производных единиц языка свидетельствует о подлинном овладении словообразованием.

3 ступень

Формирование навыков применения производных наименований в связной речи. Продолжительность данной ступени логопедической работы – одна из самых длительных и должна продолжаться на протяжении всего периода обучения. Дети учатся отвечать на вопросы развернутым высказыванием; описывать наблюдаемые предметы, события, явления; пересказывать прочитанное; составлять повествовательные и описательные рассказы; осуществлять творческое рассказывание (например, перестройка и трансформация текстов, импровизация и т.п.).

При проведении работы по развитию связной речи дети с ОНР учатся использовать и в диалогической и монологической речи производные существительные, прилагательные, глаголы, наречия, сравнительные степени прилагательных и т.п.

Подобное свободное использование навыков словообразования в связной речи свидетельствует о наивысшей степени закреплённости, автоматизированности процессов словообразования.

V этап

Формирование умения применять словообразовательные навыки в устной и письменной речи в процессе усвоения школьной программы

Содержание этого этапа рассчитано только на детей младшего школьного возраста (1-3 классы). В связи с этим в рамках этапа совершенствуются словообразовательные умения, навыки, знания, направленные на:

1. овладение навыками правописания;
2. овладением учебной терминологией, выраженной производными наименованиями;
3. подготовку к овладению морфемным анализом слова;
4. обогащение самостоятельной устной и письменной речи детей с помощью активного использования производных наименований.

Такая работа по указанным направлениям ведётся на протяжении всего V этапа одновременно, параллельно, поэтому выделение в ней каких-либо ступеней, как это делалось на предыдущих этапах, представляется нецелесообразным. Рассмотрим содержание каждого из выделенных направлений работы.

Формирование навыков связной речи у детей с моторной алалией

1 этап: ориентировочный.

2 этап: знакомство детей с правилами строения рассказа.

3 этап: закрепление усвоенных правил в самостоятельной речи.

1 этап: цель – сформировать у детей представления о том, какую речь мы называем рассказом. Для повествовательного рассказа познавательным ориентиром является наличие события. Основным методом работы в этом направлении является сравнение или сопоставление 2-х образцов речи (небольшого нормативного рассказа и ненормированного образца речи. Первоначально проводим такие сравнения на примере повествовательных рассказов:

- сравнение рассказа с набором слов;
- сравнение рассказа с бессвязным набором предложений (часть предложений из одного, часть из другого);
- сравнение рассказа с коммуникативно слабым предложением, взятым из этого же рассказа (коммуникативно слабое начинается со слова он...);
- сравнение рассказа с деформированным вариантом, когда смысловые части переставлены местами;
- сравнение рассказа с его некомплектным вариантом (отсутствие важного для понимания звена).

Методика проведения упражнений

1. Ребенку предлагается на слух из двух образцов рассказ;
2. Логопед берет 2 карточки: на одной нарисована иллюстрация к прочитанному рассказу; на другой карточки с предметными картинками. Такая

карточка формирует представления о том, что если ребенок называет только отдельные слова, то рассказ не получается.

3. В процессе чтения логопедом рассказа ребенок поднимает карточку, это рассказ.

Специфика логопедической работы по формированию умения составлять рассказы

По Н.И. Жинкину существуют 2 правила связей предложений в повествовательных рассказах:

- смысловые, то есть мысль последующего предложения вытекает из предыдущего;

- языковое: предложения между собой соединены различными лексическими средствами (местоименное наречие – он..; производное слово – изба, избышка и т.д.).

Во-первых, необходимо показать детям эти правила в наглядном виде, для того, чтобы они на эти правила опирались.

Занятие № 1

Цель: знакомить детей с правилами смысловой связи предложений в рассказе, показать, как нужно планировать свою речь, чтобы рассказ получился;

- отработка слоговой структуры слова 3-х сложных слов;
- уточнение семантики слов;
- развитие линейной памяти, зрительно-пространственного гнозиса.

Ход

Организационный момент.

Посмотреть каждому в глазки.

Чтение небольшого по объему рассказа (6-7 предложений) цепной структуры.

«Кошка любила мед. Запах меда доносился из малинника. Там стоял улей. Пчелы охраняли улей. Они покусали кошку»

Сенсорно-словарный диктант. Логопед предлагает из предметных картинок отобрать только те, которые подходят к рассказу. Эти картинки должны уточнить значение слов, трудных по семантике (улей – можно уточнить через другой образ (собачья будка, скворечник и др.))

Сложное слово малинник («Я скажу первую часть слова, а ты вторую»);

Знакомство детей с картинно-графической программой рассказа. Логопед показывает детям, как нужно делать, чтобы рассказ получился. Лист ватмана, на котором нарисованы квадраты, чтобы поместилась картинка. Это странички, сюда будем записывать картинками. Это слово+слово=предложение. Далее предлагаем найти картинки к этому предложению. Работаем с глаголом **доносился**, проводим морфемный анализ (несся из малинника);

Знакомство с правилами смысловой связи в предложении. На этом этапе закрываем все предложения экраном, кроме 1 и 2. Найдите картинки, которые помогут дружить словам.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте характеристику звеньев, входящих в структуру речевого дефекта при алалии на основе анализа научной работы В.А. Ковшикова «Экспрессивная алалия и методы ее преодоления»?
2. Приведите пример программы коррекционно-образовательной работы учителя-логопеда по формированию словаря у детей с алалией с учетом личностно-ориентированного и индивидуально-дифференцированного подходов.
3. Приведите примеры методов, используемых логопедами для организации, совершенствования и анализа образовательно-коррекционной деятельности по преодолению у детей моторной алалии.

Используемая и рекомендуемая литература

1. Ахметзянов, А.И. Патология речи: Учебное пособие / Под ред. А.И. Ахметзяновой. – Казань: КФУ, 2015. – 167 с.
2. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи / Г.А. Волкова. – СПб.: Детство-Пресс, 2009. – 144 с.
3. Воробьева, В.К. Особенности развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи: учеб. пособие / В.К. Воробьева. – М.: АСТ, 2010. – 158 с
4. Мустаева, Е.Р. Индивидуализация содержания логопедической работы при моторной алалии с учетом неречевых нарушений / Е.Р. Мустаева // Сибирский педагогический журнал. – 2009. – № 11. – С. 320-330.
5. Примерная адаптированная основная образовательная программа для дошкольников с тяжелыми нарушениями речи / Под ред. проф. Л.В. Лопатиной. – СПб.: Детство-пресс, 2014. – 386 с.
6. Пятница, Т.В. Система коррекционного воздействия при моторной алалии / Т.В. Пятница, Т.В. Башинская. – М.: Сфера, 2011. – 64 с.
7. Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы / Под ред. Н.Н. Володина, В.М. Шкловского. – М.: РНИМУ им. Пирогова, 2015. – С. 5-35.
8. Рейх, Э.В. Сравнительный анализ моторной алалии и нарушений развития речи, обусловленных умственной отсталостью / Э.В. Рейх // Вестник Российского нового университета. – 2012. – № 1. – С. 73-77.
9. Соботович, Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути их коррекции / Е.Ф. Соботович. – М.: Классик стиль, 2009. – 160 с.
10. Схема логопедического обследования ребенка с общим недоразвитием речи (от 4 до 7 лет) / Сост. Н.В. Серебрякова, Л.С. Солохина. – СПб.: Детство-пресс, 2011. – 576 с.
11. Трауготт, Н.Н. К вопросу об организации и методике речевой работы с моторными алаликами / Логопедия. Методическое наследие: Пособие / Под ред. Л.С. Волковой. Кн. 3. – СПб.: Детство-Пресс, 2014. – С. 71-103.
12. Филичева, Т.Б. Развитие речи дошкольника: метод. пособие / Т.Б. Филичева, В. Соболева. – М.: Эксмо, 2015. – 122 с.

Тема 11. Дифференциальная диагностика алалии от других патологий в развитии (РДА, снижение слуха, умственная отсталость)

План

- 1. Разграничение моторной и сенсорной алалии*
- 2. Разграничение моторной алалии и нарушения слуха*
- 3. Разграничение моторной алалии и задержки речевого развития*
- 4. Разграничение моторной алалии и анартрии (дизартрии)*
- 5. Разграничение моторной алалии и детской моторной афазии*

6. Разграничение моторной алалии и детской моторной афазии. Алалию необходимо дифференцировать от сходных патологий развития для четкого определения содержания коррекционной работы (Приложение 1, таблицы № 1- 6).

Контрольные вопросы и задания

1. Какова структура дефекта при разных формах алалии?
2. Выделите и проанализируйте дифференциальные диагностические признаки алалии и других, сходных с данным речевым нарушением, состояний.

Используемая и рекомендуемая литература

1. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи / Г.А. Волкова. – СПб.: Детство-Пресс, 2009. – 144 с.
2. Ковшиков, В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления / В.А. Ковшиков. – СПб.: КАРО, 2011. – 304 с.
3. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев. – СПб.: Педагогика, 2010. – 380 с.
4. Мустаева, Е.Р. Индивидуализация содержания логопедической работы при моторной алалии с учетом неречевых нарушений / Е.Р. Мустаева // Сибирский педагогический журнал. – 2009. – № 11. – С. 320-330.
5. Поливара, З.В. Дифференциальная диагностика речевых дисфункций у детей дошкольного возраста: моногр. / З.В. Поливара. – Тюмень: ТюмГУ, 2007. – 112 с.
6. Примерная адаптированная основная образовательная программа для дошкольников с тяжелыми нарушениями речи / Под ред. проф. Л.В. Лопатиной. – СПб.: Детство-пресс, 2014. – 386 с.
7. Пятница, Т.В. Система коррекционного воздействия при моторной алалии / Т.В. Пятница, Т.В. Башинская. – М.: Сфера, 2011. – 64 с.
8. Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы / Под ред. Н.Н. Володина, В.М. Шкловского. – М.: РНИМУ им. Пирогова, 2015. – 35 с. – С. 5.
9. Рейх, Э.В. Сравнительный анализ моторной алалии и нарушений развития речи, обусловленных умственной отсталостью / Э.В. Рейх // Вестник Российского нового университета. – 2012. – № 1. – С. 73-77
10. Собонович Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути их коррекции / Е.Ф. Собонович. – М.: Классикс стиль. 2009. – 160 с.

11. Харитоновна, Е.А. Алалия. Учебное пособие / Е.А. Харитоновна. – Витебск: ВГУ им. П.М. Машерова, 2012. – 48 с.

12. Харитоновна, О.Р. О научно-методических подходах к дифференциальной диагностике и логопедической коррекции моторной алалии / О.Р. Харитоновна, Т.В. Буденная // Культура, наука, интеграция. – 2012. – № 1. – С. 62-66.

ГЛАВА IV. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Тема 12. Характеристика нарушений интеллектуального развития

План

1. *Этиология и патогенез нарушений интеллектуального развития у детей.*
2. *Классификация нарушений интеллектуального развития у детей.*
3. *Симптоматика интеллектуальных нарушений у детей.*

Этиология и патогенез нарушений интеллектуального развития у детей

Интеллектуальные нарушения у детей – различные по происхождению, направленности и проявлениям отклонения умственного развития. Симптомы включают недостаточную способность к решению жизненных, учебных задач, трудности ориентировки в новой ситуации, недостаток знаний, умений, навыков, ограниченный словарный запас, сниженный уровень абстрактно-логического мышления. Диагностика проводится психиатром, неврологом, психологом. Состоит из клинической беседы, наблюдения, патопсихологических проб. Дополнительно могут назначаться инструментальные исследования головного мозга. План лечения составляется индивидуально, предполагает фармакотерапию, психокоррекцию и социальную реабилитацию.

Интеллект является сложным понятием, включающим способности к накоплению опыта и знаний, умение применять их для решения задач, адаптации. Предпосылками развития интеллекта являются когнитивные функции – внимание, память, пространственное восприятие, мышление, а также психофизиологические особенности – работоспособность, инициативность, познавательный интерес. Интеллектуальные нарушения – качественные и количественные отклонения развития умственных способностей. Они могут являться центральным симптомом заболевания (олигофрения, деменция, ЗПР) либо одним из вторичных (эпилепсия, шизофрения, эндокринопатии). Точных данных о распространенности нарушений интеллекта нет, достоверно чаще они выявляются среди сельского населения, что объясняется более простыми условиями жизни, требующими меньших усилий для адаптации.

Причинами интеллектуальных нарушений выступают:

- генетические изменения. Отклонения в интеллектуальном развитии определяются при хромосомных аномалиях – при трисомиях (синдром Дауна), делециях хромосом, однородительских дисомиях; при дисфункциях отдельных генов (аутизм, синдром Ретта).

- перинатальное поражение ЦНС. Негативное влияние оказывает гипоксия, вызванная заболеваниями матери (сердечно-сосудистые, эндокринные патологии, болезни почек, печени), несовместимость беременной и плода по резус-фактору, системе АВ0, внутриутробные инфекции, интоксикации, радиационное облучение, сильные эмоциональные стрессы при беременности, недоношенность.

- натальное повреждение ЦНС. Осложненные роды, сопровождающиеся асфиксией, кровопотерями, травмами плода способны привести к органическим и функциональным нарушениям мозга.

- постнатальное поражение нервной системы. Интеллектуальные нарушения различной степени тяжести развиваются при нейроинфекциях (энцефалитах, менингитах), эпилепсии, тяжелых эндокринных, аутоиммунных заболеваниях, интоксикациях, черепно-мозговых травмах, дистрофиях, после клинической смерти.

- психические, неврологические расстройства. Интеллектуальные расстройства возникают на фоне поведенческих, эмоциональных, волевых дефектов, патологий анализаторных систем.

- социальные факторы. Отклонения интеллектуального развития выявляются при дисгармоничных семейных отношениях, асоциальном образе жизни родителей, педагогической запущенности детей, длительном пребывании в стационарах.

Патогенетическую основу интеллектуальных нарушений у детей составляют энцефалопатические и церебрастенические изменения ЦНС, психосоциальные условия развития. Функциональные, органические отклонения работы мозга по этиологии могут быть гипоксическими, травматическими, токсико-метаболическими, инфекционными. Они проявляются возбуждением либо угнетением активности ЦНС, симптомами внутричерепной гипертензии, судорожным синдромом, дисфункцией стволовых отделов мозга, недостаточностью корково-подкорковых взаимодействий, локальным поражением отдельных областей коры. Выраженность интеллектуального дефекта, его тотальность или парциальность, возможность компенсации определяются психологическими особенностями ребенка, социальными условиями.

Классификация нарушений интеллектуального развития у детей

Нарушения интеллектуального развития делятся на следующие формы.

Задержка психического развития. Замедленное созревание морфофункциональных систем мозга возникает под влиянием неблагоприятных факторов, выражается незрелостью психомоторных, когнитивных функций.

Умственная отсталость. Является умственным недоразвитием – стойким врожденным либо рано приобретенным нарушением интеллекта. Различают три степени: легкую (дебильность), умеренную (имбецильность), тяжелую (идиотию).

Деменция. Приобретенное стойкое либо прогрессирующее слабоумие, развивающееся как результат утраты сформированных интеллектуальных функций.

Как замечает Л.М. Шипицына, подразделение по степени выраженности интеллектуального дефекта имеет определенное клиническое значение, так как глубина поражения влияет на особенности клинических проявлений. Также оно имеет и практическое значение, поскольку в зависимости от степени выраженности дефекта решается вопрос о типе учреждения, куда рекомендуют направить ребенка для обучения.

В странах Западной Европы и США термины «олигофрения», «имбецильность», «идиотия» практически не используются. Оксфордский словарь 1982 г. определяет олигофрению как «слабоумие» (термин, альтернативный термину «умственная отсталость») и раскрывает понятие так: «Пониженное общее интеллектуальное функционирование, проявляющееся в период развития до восемнадцати лет и сопряженное с затруднением в процессах обучения, социальной адаптации и созревания». Многолетний опыт работы специалистов с детьми этой категории показал, что потенциальные возможности их развития довольно значительны. В специальной педагогике и специальной психологии приведено множество сведений о развитии детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. В настоящее время эти нарушения классифицируются в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра как «умеренная», «тяжелая» умственная отсталость.

На современном этапе развития международного сообщества принят ряд законов, отражающих новое понимание равных возможностей людей с проблемами в развитии по отношению к другим гражданам своих стран.

Изменяется государственная система воспитания и обучения детей с глубокой и тяжелой умственной отсталостью как в нашей стране, так и за рубежом.

Интеллектуальные нарушения у детей обусловлены неравномерностью развития психических, психофизиологических, эмоционально-волевых функций. О расстройстве речь идет в случаях, когда своеобразие интеллекта препятствует адаптации ребенка в окружающей среде на уровне бытового самообслуживания, социальных взаимодействий, освоения учебных навыков. Изменения в развитии интеллекта обнаруживаются при шизофрении, раннем детском аутизме, заболеваниях органов восприятия, речевых патологиях.

Симптоматика интеллектуальных нарушений у детей

Клиническая картина нарушений интеллекта разнообразна. Симптомы следует рассматривать в соответствии с классификацией: при количественных изменениях отмечается снижение обучаемости, трудности/невозможность самообслуживания, при качественных – снижение интеллекта сочетается с мозаичностью, парциальностью развития отдельных функций.

Задержка психического развития. Уровень интеллекта ниже среднего, достигает пограничных с умственной отсталостью показателей. Выделяют два варианта клинической картины. Если познавательная деятельность нарушена из-за недостаточного развития эмоционально-волевой сферы, на первый план выходит отсутствие интереса к познавательной деятельности: дети подвижны, импульсивны, предпочитают простые игры. Творческими, учебными занятиями не увлекаются, их трудно организовать, побудить к чтению, рисованию. Второй вариант – недостаточное формирование предпосылок интеллекта (памяти, работоспособности, внимания). Дети безынициативны, несамостоятельны, излишне активны либо пассивны, быстро утомляются, работают в медленном темпе (признаки церебрастении).

Дебильность. Характеризуется примитивностью мышления, его привязанностью к конкретным, наглядным ситуациям, недостаточной дифференцированностью эмоций, слабостью волевых побуждений. Больные позже осваивают навыки самообслуживания, способны самостоятельно одеться, выполнить гигиенические процедуры. По специальной учебной программе овладевают письмом, чтением, счетом. Подростки осваивают простые рабочие профессии.

Имбецильность. Мышление замедленное, тугоподвижное, опыт переносится с трудом. Интеллектуально-мнестические функции снижены. Социальное взаимодействие ограничено, овладение учебными навыками невозможно. Дети с запозданием осваивают самообслуживание, простую домашнюю работу.

Идиотия. Характеризуется отсутствием речи, способности устанавливать продуктивный контакт с окружающими (исключение – единичные выполнения простых команд). Часто имеются сопутствующие неврологические патологии, заболевания внутренних органов. Подвижность ограничена, самообслуживание недоступно.

Поврежденное и дефицитарное развитие. Неравномерность интеллектуальных нарушений объясняется мозаичностью поражения ЦНС: одни функции развиты и продолжают формироваться в нормальном темпе, другие замедляются (зависит от локализации поражения – речь, пространственное, слухоречевое восприятие, запоминание). Сложные иерархические связи распадаются, развивается интеллектуальное отставание. Дефицитарное развитие приводит к интеллектуальным нарушениям на базе первичного дефекта – патологии анализатора (слуха, зрения), двигательного аппарата.

Искаженное и дисгармоничное развитие. Обуславливается текущим патологическим процессом, нарушающим равномерное развитие функций. У детей хорошо развиты вербальные интеллектуальные функции, но адаптация осложняется трудностью усвоения, понимания социальных правил. Либо ребенок обладает уникальными математическими способностями, но бытовые навыки даются тяжело.

При отсутствии педагогической, медицинской и психологической помощи интеллектуальные нарушения у детей осложняются социальной дезадаптацией, психопатоподобными расстройствами. Пациенты становятся неспособными посещать групповые занятия: проявляют агрессию, импульсивны, расторможены либо безынициативны, утомляемы, апатичны. При тяжелых формах интеллектуальной патологии развивается полная зависимость от родителей, больные постоянно нуждаются в помощи со стороны. Без врачебного контроля выше риск развития и прогрессирования сопутствующих соматических, в том числе неврологических заболеваний.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте состояние проблемы ЗПР в современной дефектологии.
2. Выделите и опишите психологические особенности детей с умственной отсталостью.

3. Подготовьте сообщение о структуре психических нарушений у умственно отсталых.

Используемая и рекомендуемая литература

1. Бенилова, С.Ю. Логопедия. Системные нарушения речи у детей (этиопатогенез, классификации, коррекция, профилактика) / С.Ю. Бенилова, Л.Р. Давидович. – М.: ИЛ, 2014. – 448 с.

2. Дети с нарушением речи. Технологии воспитания и обучения / Под редакцией Ю.Ф. Гаркуши. – М.: НИИ школьных технологий, 2008. – 192 с.

3. Екжанова, Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта / Е.А. Екжанова, Е.А. Стребелева. – Л.: Просвещение, 2011. – 272 с.

4. Комарова, Т.П. Логопедические игры и упражнения для детей с нарушениями зрения / Т.П. Комарова. – М.: АСТ, Астрель, Харвест, 2008. – 176 с.

5. Коняева, Н.П. Воспитание детей с нарушениями интеллектуального развития / Н.П. Коняева, Т.С. Никандрова. – М.: Владос, 2010. – 200 с.

6. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / Под редакцией Ю.Ф. Гаркуши. – М.: Сфера, 2007. – 128 с.

7. Корригирующая гимнастика для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. – М.: Детство-Пресс, 2007. – 656 с.

Тема 13. Общие сведения о развитии речи детей с интеллектуальной недостаточностью

План

1. *Характеристика нарушений речи у детей с интеллектуальной недостаточностью.*

2. *Особенности развития фонетической стороны речи у детей с интеллектуальной недостаточностью.*

3. *Недостатки лексической стороны речи у детей с интеллектуальной недостаточностью.*

4. *Нарушения грамматического строя речи детей с интеллектуальной недостаточностью.*

5. *Специфика развития связной речи детей с интеллектуальной недостаточностью.*

6. *Нарушение письменной речи детей с интеллектуальной недостаточностью.*

Характеристика нарушений речи у детей с интеллектуальной недостаточностью

Нарушения речи у умственно отсталых школьников исследовались М.Е. Хватцевым, Р.Е. Левиной, Г.А. Каше, Д.И. Орловой, М.А. Савченко, Е.Ф. Собонович, Е.М. Гопиченко, Р.И. Лалаевой, К.К. Карлепом и др. По данным этих исследований, в начальных классах вспомогательной школы выра-

женные дефекты речи наблюдаются у 40-60% детей. В первых же классах вспомогательной школы, по данным М.Е. Хватцева, Г.А. Каше, число детей с дефектами речи значительно выше.

По мнению С.Я. Рубинштейн, основными причинами *недоразвития речи* детей с интеллектуальной недостаточностью является слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных связей во всех анализаторах В связи с медленно развивающимися дифференцировочными условными связями в области речеслухового анализатора умственно отсталый ребенок долго не различает звуки речи, не разграничивает слова, произносимые окружающими, недостаточно точно и четко воспринимает речь окружающих.

Развитие моторики, в том числе и речевой, у умственно отсталых детей протекает замедленно, недифференцированно. Точность речевых движений обеспечивается двояким контролем. Оказывается неточным как слуховой, так и кинестетический контроль.

Анализируя особенности речи таких школьников, В.Г. Петрова выделяет комплекс многообразных факторов, обуславливающих нарушения их речи. При этом она отмечает, что основной причиной аномального развития и нарушений речи у умственно отсталых детей является недоразвитие познавательной деятельности. Ограниченность представлений об окружающем мире, слабость речевых контактов, незрелость интересов, снижение потребности в речевом общении представляют собой значимые факторы, обуславливающие замедленное и аномальное развитие речи у умственно отсталых детей. Наряду с этим имеют место и другие факторы, вызывающие у них *нарушения речи*: аномалии в строении речевого аппарата, обуславливающие ринолалию, механическую дислалию, локальное органическое поражение подкорковых отделов головного мозга, приводящее к возникновению органического заикания, дизартрии.

Нарушения речи у умственно отсталых детей носят системный характер. У 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.

При умственной отсталости в различной степени нарушены операции и уровни порождения *речевого высказывания* (смысловой, языковой, сенсомоторный уровни). Наиболее недоразвитыми оказываются высокоорганизованные, сложные уровни (смысловой, 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 интеллектуальной недостаточностью разнообразны по своим проявлениям, механизмам, уровню и требуют дифференцированного подхода при их анализе. Симптоматика и механизм речевых расстройств у этих детей определяются не только наличием общего недоразвития мозговых систем, что обуславливает 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 детей с умственной отсталостью встречаются все формы расстройств речи, как и у нормальных детей (дислалия, ринолалия, дисфония, дизартрия, алалия, дислексия, дисграфия, заикание, афазия и др.). Преобладающим в структуре системного речевого нарушения является семантический дефект. Нарушения речи у детей с интеллектуальной недостаточностью характеризуются стойкостью, они с большим трудом устраняются, сохраняясь вплоть до старших классов вспомогательной школы.

Нарушение фонетической стороны речи у детей с интеллектуальной недостаточностью

Дефекты звукопроизношения во коррекционной школе встречаются гораздо чаще, чем в массовой. В их основе лежит не одна, а целый ряд причин: недоразвитие познавательной деятельности, несформированность речеслуховой дифференциации, нарушения речевой моторики, аномалии в строении артикуляторного аппарата.

Недостатки фонематического строя речи умственно отсталых отмечались дефектологами, работавшими с этой категорией детей в начале XX в. (Г.Я. Трошин и др.), а также изучавшими их в более поздние годы (Е.М. Хватцев, Г.А. Каше, Р.И. Лалаева, Р.Е. Левина, С.С. Ляпидевский, Д.И. Орлова, З.Д. Будаева). Все исследователи говорят о том, что у олигофренов нарушения произношения встречаются значительно чаще, чем у детей с нормальным интеллектом. Распространенность фонетических недостатков в значительной степени зависит от степени выраженности умственной отсталости. Однако разные авторы называют различные количественные данные. Так, недостатки произношения встречаются у первоклассников специальной школы, по данным Г.А. Каше и Д.И. Орловой, в 60-65% случаев. По более поздним данным З.Д. Будаевой, эта величина приближается к 100%. Существенные различия в количественных данных, вероятно, являются следствием, с одной стороны, более тщательного отбора учеников, с другой – утяжелившимся состоянием контингента учащихся в целом.

Фонематические недостатки речи обнаруживаются у разных детей с различной степенью интенсивности. Часть страдает *заиканием*, которое нередко сочетается с другими речевыми недостатками. Тем не менее следует сказать, что у умственно отсталых детей, начинающих обучение в специальной школе, не наблюдается таких грубых нарушений произносительной стороны речи, которые делали бы их высказывания совершенно непонятными для окружающих. Отдельные ученики начальных классов не имеют отклонений в произношении.

Обычно это значит, недостатки произношения были преодолены в дошкольном возрасте с помощью логопедических занятий.

Фонетически неправильная речь создает препятствия для общения ребенка с окружающими его взрослыми и сверстниками, следствием чего становится речевая замкнутость, нерешительность, излишняя застенчивость, резко обнаруживается неуверенность в своих знаниях. Эти личностные черты усугубляют нарушения интеллектуального и эмоционального развития, снижают и без того слабую любознательность, не способствуют появлению новых интересов. Не четко воспринимаемая слова, имеющие сходно звучащие *фонемы*, умственно отсталый ребенок не замечает различий между этими словами и не усваивает значения каждого из них. Также трудно воспринимаются безударные и, следовательно, недостаточно отчетливо звучащие окончания. Это существенно замедляет овладение словарным составом и грамматическим строем языка, затормаживает продвижение в вербальном развитии. И, конечно, у школьника неизбежно возникают серьезные трудности при овладении элементарной грамотой.

Нарушение произношения, имеющиеся у детей с интеллектуальной недостаточностью, в известной мере могут быть скорректированы. Если у ребенка нет дефектов речевого аппарата, то опытному логопеду удастся в течение нескольких занятий научить его произносить отсутствующий в речи звук или исправить произношение того или иного звука. Возможность относительно легко преодолеть неправильное произношение того или иного звука свидетельствует о том, что дети-олигофрены обладают определенными потенциальными возможностями, необходимыми для овладения фонетическим строем родного языка. Однако следует заметить, что поставленный звук умственно отсталые дети в течение долгого времени в спонтанной речи не используют, продолжая говорить неправильно. Это одно из проявлений инертности процессов высшей нервной деятельности, свойственной таким детям.

Использование *звуков* в собственной активной речи объективно более сложный процесс, чем изолированное произношение того же звука. В звуковой системе русского языка каждый основной имеет многочисленные варианты. В зависимости от своей позиции в слове (близость к ударному слогу и началу или концу слова, соседство с другими звуками) один и тот же звук приобретает различные оттенки звучания. Ребенка учат правильно произносить основной звук и несколько наиболее распространенных его вариантов, которые, конечно, не охватывают всех возможных случаев. При включении *звука* в активную речь ученику необходимо самостоятельно осуществить достаточно тонкий и вместе с тем обобщенный фонетический анализ слова и точно скоординировать движения органов речи. Это не всегда ему удается, так как слуховые восприятия и артикуляционные движения у него недостаточно дифференцированы, а процессы обобщения вызывают большие трудности.

Овладение фонетически правильной речью затрудняется также и тем, что у детей с интеллектуальной недостаточностью не сформирована мотивация учебной деятельности. Именно поэтому при построении системы занятий учитель и логопед в первую очередь направляют свои усилия на то, чтобы способствовать общему развитию учащихся, возбудить у детей интерес к происходя-

щему, желание говорить. Учитель и логопед используют различные приемы, привлекающие внимание учеников к звуковой стороне речи, поощряют слабые попытки школьников преодолеть возникающие трудности, отмечают каждый, даже не значительный успех. Спокойная, благожелательная обстановка, наличие ярких наглядных пособий, разнообразие доступных заданий, одобрение со стороны взрослого – все это способствует формированию положительного отношения школьника к учебной работе, возникновению у него интереса к ней, активного желания добиться положительных сдвигов.

Недостатки произношения у умственно отсталых детей постепенно сглаживаются. Уменьшается число дефектно произносимых звуков. По фонетическому строю *устная речь* детей постепенно все в большей мере приближается к общепринятым нормам. Однако у небольшой части учащихся недостатки произношения стойко сохраняются вплоть до окончания школы. Эти ученики требуют к себе особого внимания со стороны учителя, логопеда и родителей.

В устной речи большинства умственно отсталых учащихся младших классов основные ее выразительные средства – логическое ударение и интонирование фразы – представлены слабо. У одних речь монотонна, растянута, изобилует ненужными паузами. У других (возбудимых) она чрезмерно ускорена. Их представляют собой поток неясных, неоконченных слов, произносимых громко, но мало понятных слушающим.

Резкие *нарушения темпа речи* затрудняют ее восприятие и, таким образом, снижаются возможности общения. Неумение многих детей-олигофренов правильно пользоваться логическим ударением и интонацией обедняет их и без того несовершенную устную речь, лишая эмоциональной окрашенности, выражения личностного отношения к сказанному.

У школьников с интеллектуальной недостаточностью, наряду с искажениями звуков речи, отмечается большое количество замен. При мономорфном нарушении звукопроизношения искажения звуков значительно преобладают над заменами, примерно в 2,5 раза. При полиморфном – замены и искажения встречаются преимущественно одинаково.

Следующей особенностью нарушений звукопроизношения у таких детей является большая трудность использования в самостоятельной речи имеющихся правильных артикуляторных установок.

По данным Д.И. Орловой, в 1-м классе вспомогательной школы наиболее распространенным является неумение произносить звук и правильно его использовать в самостоятельной речи. В течение первого года 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 использование звуков в самостоятельной речи представляет для умственно отсталых детей большую сложность и вырабатывается чрезвычайно медленно. Для них характерно резкое расхождение между умением произносить звуки и использовать их в речи.

У школьников с интеллектуальной недостаточностью младших классов отмечается глубокая степень проявления расстройств звукопроизношения. В 1-2-х классах вспомогательной школы нарушения нескольких групп звуков встречаются в 2 раза чаще, чем нарушения только одной группы звуков. Наиболее многочисленными являются нарушения произношения двух и трех групп звуков (*свистящих, шипящих, р или л*). Нарушения четырех и пяти групп звуков встречаются относительно редко. Начиная с 3-го класса наиболее распространенными становятся недостатки произношения одной-двух групп звуков, в старших классах у подавляющего большинства детей с дефектами звукопроизношения отмечаются дефекты только одной группы звуков.

Большое количество замен обусловлено не только трудностями тонкой моторной дифференциации, но и нарушениями слуховой дифференциации звуков, несформированностью операций слухового и кинестетического контроля, а также операции выбора фонем.

Умственно отсталые дети часто заменяют один из согласных стечения фонетически сходным звуком. При воспроизведении стечения согласных заменяется, как правило, первый звук, особенно если это артикуляторно сложный звук (*цветы – «светы», артист – «алтист», костюм – «кохтюм»*).

Замены чаще всего осуществляются 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 неправильного воспроизведения стечения согласных является неточность их слухового различения в слове. Искажения структуры отдельного слога у умственно отсталых детей проявляются и в перестановках звуков соседних слогов (*кипарис – «пикарис», танкист – «кантис»*). Гласные воспроизводятся правильно, а согласные переставляются. Искажения слоговой структуры на уровне слова проявляются в большинстве своем в пропусках слогов (*санитар – «сатар», колбаса – «баса», продавец – «провес»*). Пропуски слога наблюдаются в основном в середине слова (*медвежонок – «межонок», жаворонок – «жаворок»*) или в начале слова (*аптечка – «течка», поросенок «росенок»*).

Искажения слоговой структуры слова проявляются только начиная с 3-5 сложных слов, чаще в словах со стечением согласных. Многосложные слова, хорошо знакомые детям и часто употребляемые, реже искажаются, чем слова, мало знакомые и редко употребляемые.

Речь детей часто монотонная, маловыразительная, лишена сложных и тонких эмоциональных оттенков, в одних случаях замедленная, в других - ускоренная, у заторможенных голос тихий, слабый, немодулированный, у возбудимых – крикливый, резкий. Особенно выраженными являются нарушения просодической стороны речи у детей с болезнью Дауна. 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.

Недостатки лексической стороны речи у детей с интеллектуальной недостаточностью

Словарный запас, которым располагают дети с интеллектуальными нарушениями ограничен. Это говорит о недостатках познавательной деятельности, слабом умении осмысливать, обобщать и отражать в речи окружающую действительность, а также свидетельствует о своеобразии общего психического развития. Бедность словаря детей-олигофренов обусловлена многими причинами, среди которых основной, несомненно, является низкий уровень их умственного развития. Существенную роль играют также ограниченность их социальных и вербальных контактов, недостаточная сформированность интересов и низкий уровень словесно-логической памяти.

Ограниченность словарного запаса олигофренов младшего школьного возраста отчетливо обнаруживается при назывании детьми предметов и явлений окружающего мира, их внешних и функциональных свойств, выполняемых действий. Установлено, что дети далеко не всегда знают названия многих, постоянно встречающихся им объектов, таких как перчатки, будильник, подоконник и др. Показывая на дверную задвижку, первоклассник говорит: «Эта», - и дополняет слово указательным жестом (В.Г. Петрова).

В словаре учащихся, особенно младшего школьного возраста, мало слов, имеющих обобщающие значения, таких как «*мебель*», «*одежда*», «*обувь*» и т.п. Употребляя эти слова, дети далеко не всегда понимают их значения. В этом проявляется неумение обобщать объекты по основному признаку. Так, объясняя, что такое «*фрукты*», первоклассники нередко относят к ним кроме яблок и груш морковь, лук, цветы и др. Очень редко встречаются в речи детей слова, имеющие абстрактные значения. Их можно услышать преимущественно тогда, когда дети произносят механически заученные словосочетания.

Между словом, обозначающим определенный предмет, и конкретным образом этого предмета у школьников нередко отсутствует должное соответствие. Случается, что, называя объект, учащиеся не узнают его среди других предметов или изображений. Это говорит о наличии в скудном словаре детей с интеллектуальными нарушениями слов-«*пустышек*», не наполненных конкретным содержанием.

Чрезвычайно беден словарь умственно отсталых учеников, обучающихся в I или во II классах, словами, характеризующими свойства и качества предметов. Они обычно называют 2-3 признака рассматриваемого объекта или его изображения, но, пересказывая текст, пропускают встречающиеся в нем имена прилагательные (Н.В. Тарасенко). Особенно редко пользуются олигофрены словами, характеризующими внутренние качества человека. Весьма не богат у учеников запас наречий и предлогов (М.П. Феофанов).

Скудность словаря создает трудности при общении умственно отсталого ребенка с окружающими его людьми: возникают сложности в понимании обращенной к нему речи и в построении собственных высказываний.

Наряду с этим возникает неправомерно частое использование одной и той же группы слов, что делает речь однообразной, шаблонной.

Значения слов, употребляемых учащимися, неточны, нечетко отграничены друг от друга, расплывчаты. Вследствие этого дети произвольно переносят название одного объекта на другие. *Например, называют лапы животного руками, его морду – лицом.* В ряде случаев название какого-либо предмета относится ко многим другим, в некоторой степени сходным с ним объектам. Например, изображенных на картинке козу, свинью, лошадь дети называют коровой.

Нарушение семантических полей тех или иных слов отчетливо обнаруживается при определении учащимися в какой-то мере сходных качеств объектов. Они приближенно обозначают цвета, называют розовый цвет красным или оранжевым. Отвечая на вопрос о величине предмета, указывают его форму. Употребляют прилагательное «*вежливый*», когда нужно сказать «*старательный*», «*прилежный*». Наличие контекста не изменяет положения дел. Так, начатое предложение: «*Нина хорошо учится, потому что...*», - ученик заканчивает словами: «*она добрая*» (Г.М. Дульнев).

Неправомерно широкое понимание и употребление имен прилагательных проявляется в том, что школьники, говоря слово «*большой*», могут иметь в виду тяжесть, длину, толщину, высоту предмета. Прилагательным «*плохой*» они называют ленивого, злого человека; холодную, дождливую погоду; старое рваное платье и т.п.

Если умственно отсталый ученик хочет назвать такие действия, как «*отрезал*», «*приклеил*», «*слепил*», «*прибил*», «*привинтил*», то он обычно употребляет одно и то же слово - «*сделал*». Учащиеся не используют глагольных приставок, обозначающих направление движения («*пришел*», «*перешел*», «*зашел*», «*отошел*», «*ушел*»), заменяя эти слова глаголом с нейтральным значением «*шел*», и т.п.

Учащиеся младших классов часто смешивают наречия, выражающие пространственные отношения («*вверху*», «*внизу*», «*близко*», «*далеко*», «*справа*», «*слева*» и т.п.). Они заменяют их местоимениями «*здесь*», «*там*» и дополняют указательными жестами. Указательные местоимения «*эта*», «*этот*», «*тот*» нередко заменяют собой названия предметов. Слабо дифференцируют предлоги, частично сходные по своим значениям: «*из*» и «*от*», «*на*» и «*в*», «*на*» и «*над*» и др.

Наряду *системой смысловых связей*, на основе которых слова объединяются в семантические группы, у умственно отсталых учеников нередко возникают внешние, звуковые связи, позволяющие детям отнести к числу синонимов сходные по звучаниям слова («*забор*», «*сбор*», «*затор*»). Эта особенность речи обусловлена своеобразием протекания процессов их мышления. Недостаточно воспринимая и осмысливая предметы и явления окружающей действительности, дети не испытывают потребности в их дифференцированном обозначении.

Лишь небольшая часть слов, известных ученикам специальной школы для таких детей, активно используется ими. Остальные находятся в пассивном словаре. Такого резкого преобладания пассивного словарного запаса над активным словарем не наблюдается у нормально развивающихся учащихся. Слабо развитая познавательная деятельность, бедность интересов, узость вербальных кон-

тактов обуславливают отсутствие потребности детей-олигофренов в использовании многих известных им слов. Их лексика бедна, многократное повторение в разговоре одних и тех же слов делает речь невыразительной и неточной.

Вместе с тем учеников можно побудить к употреблению специфических по значениям слов. Так, если дать детям список имен прилагательных с тем, чтобы они выбрали из них определения, подходящие к названиям знакомых предметов («дом», «сад», и пр.), то они неплохо справляются с заданием. Положительных результатов можно добиться, подсказывая начальные буквы или первые слоги нужных слов, а также используя систему целесообразно составленных вопросов. Эти примеры свидетельствуют о том, что умственно отстающие школьники, особенно учащиеся младших классов, недостаточно умеют мобилизовать себя, приложить усилия и выбрать наиболее подходящее слово или выражение.

По мере обучения словарь школьников с интеллектуальной недостаточностью существенно обогащается именами существительными и глагольными, имеющими конкретные значения. Так, если на первых этапах обучения дети обозначают любой головной убор словом «шапка», то позднее в их активном словаре появляются такие наименования, как «шляпа», «кепка», «панамма». Используемый ими во всех случаях глагол «сделать» заменяется словами, более точно обозначающими действие: «склеил», «прибил», «вырезал». При этом большую роль играет трудовая и практическая деятельность учащихся, а также усвоение ими общеобразовательных предметов. Ученики старших классов хорошо знают названия окружающих их объектов, основных деталей несложных машин, на которых они работают («верстак», «сверлильный станок»), инструментов («фуганок», «стамеска», «киянка»), деталей («болт», «гайка»), поделочных материалов («древесина», «металл»). Им знакомы названия многих городов, стран, фамилии и имена авторов и героев литературных произведений.

В их речи начинают появляться и занимать значительное место слова с обобщающим значением, переносным смыслом («идет пар», «пришел в себя»). Однако ученики продолжают смешивать глаголы, имеющие сходное значение («почуял» - «почувствовал») и сходное звучание («разгребал» - «раскопал»). Говоря про труд людей, они слабо отражают деятельность, специфическую для людей, различных по профессии, возрасту, и полу, редко пытаются передать их состоянию.

Накопление слов, обозначающих свойства и качества объектов и явлений, осуществляется значительно медленнее. И в старших классах от учащихся можно услышать высказывания типа «ветвистые листья», «хвойный дуб». Они слабо различают значения однокоренных слов, таких как «глинистый», «каменный» и «каменистый», «песчаный» и «песочный». Многие школьники неточно понимают значение даже общеупотребительных прилагательных, обозначающих пространственные и временные отношения, величину и форму предметов, крайне редко прибегают к распространенным метафорическим эпитетам типа «золотое сердце», «железный характер», а также к другим выразительным языковым средствам.

Особенно медленно происходит расширение словаря имен прилагательных, обозначающих личностные качества человека. Там, где следовало бы употребить прилагательные, школьники пользуются существительными имеющими в какой-то мере сходные значения. Так, вместо того чтобы назвать ученика прилежным, старательным, они говорят *«отличник»*, заменяют слова *«добрый»*, *«отзывчивый»* словом *«друг»* и т.п.

С каждым годом увеличивается число используемых умственно отсталыми учениками наречий, они становятся разнообразнее. Вместе с тем в старших классах умственно отсталые учащиеся редко прибегают к наречиям, обозначающим качества действий и переживания: *«нечаянно»*, *«стремительно»*, *«бесшумно»* и др. Школьники начинают более правильно употреблять предлоги, но это наблюдается лишь в тех случаях, когда предлог служит для выражения конкретных, наглядно познаваемых отношений: *«Книга лежит на полке»*, *«Ручку положили в пенал»*. Если необходимо усвоить переносное значение слов и выражений (*«добиться успеха»*, *«устроить праздник»* и т.п.), то предложение расширения активного словаря оказывается весьма незначительным.

Расширение, уточнение, активизация словарного запаса учащихся требует проведения целенаправленной работы, постоянного использования действенных и наглядных приемов обучения, а также системы специальных упражнений, вызывающих у учеников интерес и положительные эмоции, побуждающих активно употреблять приобретенные слова, закрепляя их в речи. Вместе с тем происходит уточнение значений уже известных слов, представлений и понятий о предметах и явлениях окружающей действительности. При этом должны учитываться индивидуальные и типологические особенности школьников.

Нарушения грамматического строя речи детей с интеллектуальной недостаточностью

Как показали исследования многих авторов (В.Г. Петрова, М.Ф. Гнездилов, М.Ф. Феофанов, А.П. Федченко, Е.Ф. Соботович, Р.И. Лалаева), у умственно отсталых школьников наблюдается несформированность грамматической стороны речи, которая проявляется в аграмматизмах, в трудностях выполнения многих заданий, требующих грамматических обобщений. Недостаточно сформированными оказываются морфологические формы словоизменения и словообразования, синтаксические структуры предложения.

Выявляются *искажения в употреблении падежей*. Наиболее сформированными оказываются формы именительного, винительного и родительного падежей имени существительного. Наибольшее количество ошибок встречается в употреблении творительного и всех предложно-падежных конструкций. Творительный падеж часто заменяется именительным (*«Мальчик копает лопата»*), родительным (*«под ступа, под дивана»*), формой предложного падежа (*«Лампа висит на диване»*), предложный падеж - винительным (*«Мальчик катается на санки»*). Нарушения использования предложно-падежных конструкций проявляются в пропуске, замене предлогов, искажении окончаний. *Неправильное употребление падежей* с предлогами наблюдается у умственно отсталых детей гораздо чаще, чем неправильное понимание тех же конструкций

с предлогами. В *импрессивной речи* наблюдаются смешения предлогов за, перед, около, на и над, под и в. В *экспрессивной речи* отмечается опускание предлогов *в, из*, отсутствие предлогов *над, около, перед, за, между, через, из-за, из-под*.

Отмечаются нарушения в словосочетании наречия много и существительного, неправильное согласование существительного и числительного, существительного и прилагательного.

Дети неправильно употребляют форму родительного падежа множественного числа существительных: «много девочки», «много курицы», «много цыплятах». В некоторых случаях смешиваются окончания родительного падежа множественного числа различных склонений («много рыбок»). Допускаются ошибки при выполнении заданий на согласование прилагательного с существительным в роде, числе и падеже, особенно прилагательного с существительным в среднем роде («красная платье»). Характерными ошибками являются замены полной формы прилагательного краткой формой («красны цветок»). В косвенных падежах отмечаются замены прилагательного именительным падежом («на столике маленький»). Средний род глаголов прошедшего времени в самостоятельной речи употребляется крайне редко, как и средний род существительных. Функция *словообразования* у умственно отсталых детей является менее сформированной, чем словоизменение. Несформированность словообразования проявляется в трудности образования прилагательных от формы существительного (камень - каменный), уменьшительно-ласкательных форм, глаголов с приставками (влил - вылил - налил). В основном дети пользуются суффиксальным способом словообразования. Однако количество суффиксов при этом очень незначительно (-ик, -очек, чик, -онок, -енок, -от, -як, -к).

Характерными для умственно отсталых школьников младших классов являются простые нераспространенные предложения. Употребляются и простые распространенные предложения, включающие чаще всего прямое дополнение (Девочка рвет цветы), иногда обстоятельства места (Дети идут в школу).

В самостоятельной речи детей частыми являются *фрагментарные предложения* с пропуском подлежащего, либо сказуемого, либо и подлежащего и сказуемого. Например, рассказ по картине: «Мальчик рыбу ловит. Бросил. Побежал. На лодке катаются».

У детей с интеллектуальной недостаточностью 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.

Структура используемых ребенком *предложений* служит одним из показателей состояния его речи и мышления. По мере общего развития ребенка синтаксическое строение его речи усложняется, предложения становятся более развернутыми, связи между членами предложений – разнообразными. Речь учеников I класса специальной школы для умственно отсталых детей, как правило, состоит из коротких, часто неполных простых предложений, в которых встречаются нарушения синтаксической структуры и предложно-падежных

конструкций. Их рассказы представляют собой как бы цепочку из грамматически равнозначных предложений. Например, первоклассница говорит: «*Я была на горке. Снег. Там каталась. Дима упал.*».

К III классу учащиеся могут дать более подробные высказывания, однако построение используемых ими предложений изменяется мало. Они остаются преимущественно простыми, мало распространенными: «*Зимой холодно. Снег. Ходят в школу. Учатся в школе.*».

Переход к употреблению сложных предложений осуществляется у учеников с недостатками умственного развития медленно. По данным Г.И. Данилкиной, М.П. Феофанова и других исследователей, школьники относительно долго, вплоть до IV-V классов, задерживаются на таком уровне речевого развития, когда они уже делают попытки выразить свою мысль сложными конструкциями, но еще не могут придать им грамматически правильную форму. В результате они образуют предложения типа: «*Юра и Коля заметили, что в кустах шевелится.*». Даже ученики старших классов предпочитают говорить простыми предложениями.

Характер построения предложений в большой мере зависит от условий, в которых говорит ученик. Так, на уроках русского языка и чтения восьмиклассники относительно широко и правильно пользуются сложными конструкциями, но на уроках арифметики и труда говорят преимущественно простыми, часто неправильными или незаконченными предложениями, нередко дополняя сказанное движениями (А.П. Федченко).

В дефектологической литературе имеются сведения о том, что умственно отсталые учащиеся сложные предложения начинают употреблять в письменной речи раньше, чем в устной.

Нарушение связной речи детей с интеллектуальной недостаточностью

В работах многих авторов отмечается, что становление связной речи у умственно отсталых детей осуществляется *замедленными темпами* и характеризуется *качественными особенностями*. Они длительное время задерживаются на этапе вопросо-ответной и ситуативной речи. Переход к самостоятельному высказыванию у этих детей является очень трудным и во многих случаях затягивается вплоть до старших классов вспомогательной школы. В процессе порождения связных высказываний умственно отсталые школьники 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, т. е. с опорой на наглядность, на конкретную ситуацию, осуществляется ими гораздо легче.

Немаловажную роль в недоразвитии связной речи играет недостаточная сформированность *диалога*. *Диалогическая речь*, как известно, предшествует развитию монологической речи и подготавливает ее развитие. Умственно отсталые дети часто не осознают необходимости ясно и четко передавать содержание какого-либо события, т. е. они не ориентируются на собеседника. Связные высказывания малоразвернуты, фрагментарны. В рассказе нарушена логи-

ческая 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 умственно отсталых детей является то, что их речевая активность очень слаба и довольно быстро истощается. В процессе монологической речи отсутствует стимуляция извне, конкретизация и развитие рассказа осуществляются самим ребенком. В связи с этим недостаточность волевой сферы этих детей играет определенную отрицательную роль в нарушении протекания связных речевых высказываний. В тех случаях, когда у детей появляется интерес к теме рассказа, меняется и характер связных высказываний, они становятся более развернутыми и связными, увеличивается количество слов в предложении. Таким образом, в характере связных высказываний большую роль играет мотивация.

Особенности связных высказываний у детей с интеллектуальной недостаточностью во многом определяются и характером заданий, формой связных высказываний. Более легко, чем самостоятельный рассказ, осуществляется у умственно отсталых детей *пересказ*. Но и их пересказ имеет ряд особенностей. Так, они пропускают многие важные части текста, передают содержание упрощенно. Обнаруживается непонимание причинно-следственных, временных, пространственных отношений. На основе случайных ассоциаций они добавляю́т события, детали, которые отсутствуют в тексте.

Относительно простой формой вербального общения, служащей передаче информации, а также оказывающей эмоциональное воздействие на человека, нередко побуждающей его к практической деятельности, является *диалогическая (разговорная) речь*. Диалог возникает как следствие потребности субъектов выразить свои чувства, мысли, желания. Диалог продолжается лишь в том случае, если он поддерживается обоими собеседниками, без этого условия он прекращается.

Диалогическая речь, с которой умственно отсталые дети приходят в школу, ни в коей мере не является полноценной. Потребность в общении у них снижена, побуждения к речи быстро исчерпываются. Необходимо специально подчеркнуть исключительную значимость мотивационной основы для возникновения и поддержания диалога, важность появления у таких учеников потребности в коммуникации, желания о чем-то узнать, чем-то поделиться, о чем-то рассказать. Положительный эмоциональный фон необходимо сохранять собеседнику на всем протяжении вербального общения. Школьник должен чувствовать, что все то, о чем он спрашивает и говорит, не безразлично собеседнику и вызывает у него интерес. При таких условиях диалог будет происходить не формально, послужит основой для дальнейшего общения.

Инертность, инактивность, несформированность интересов, особенно присущие *ученикам младшего школьного возраста*, проявляются в том, что они сами редко задают вопросы. Многие первоклассники избегают быть инициаторами диалога. Вместо обращения к учителю, они нередко пользуются выразительными жестами, не говоря ни слова, показывают ему свои работы, дотрагиваются до руки, привлекая к себе его внимание. *Речевая активность* младших

школьников совсем падает, когда они вынуждены общаться с незнакомым взрослым. Исключение составляют возбудимые дети, и дети с преимущественными нарушениями лобных долей мозга. Но и они вместо вопросов довольствуются репликами по поводу того, что попадает в поле их зрения, или механически повторяют отдельные предложения.

У старшеклассников потребности в общении также не слишком велики. Им, как и всем детям с нарушениями интеллектуального развития, свойственна безынициативность. Однако эти ученики уже обладают довольно большим запасом разнообразных знаний. Их словарь вполне достаточен для бесед на простые темы. Школьники умеют строить предложения, в том числе и вопросительные. База для того, чтобы участвовать в диалоге, у них есть, но чувство неловкости, испытываемое ими перед собеседником, особенно если им оказывается малознакомое лицо, мешает начать разговор. Можно наблюдать, например, как напряженно чувствуют себя учащиеся в школьной библиотеке. Вместо того, чтобы обратиться к библиотекарю с просьбой, они просто говорят: «Книгу», - или безо всяких пояснений произносят ее название и только. Если учащиеся видят человека впервые, то из-за испытываемого ими чувства неловкости они, спрашивая о чем-либо, смотрят в сторону, говорят тихо или, напротив, слишком громко. Их вопросы звучат односложно и неточно, часто бывают построены неправильно. Так, во время экскурсии на почту многие из них долго не решаются войти в помещение. Войдя, некоторое время стоят молча, а затем уходят, ничего не узнав. Те же, кто вступают в беседу с работником почты, могут, отправляя письмо, задать вопрос: «Какой индекс?» - не сообщая, в какой город это письмо должно быть доставлено (Е.И. Разуван).

Само начало диалога, инициатива его возникновения затрудняет школьников с интеллектуальной недостаточностью, поэтому особую важность имеет создание эмоционально-благоприятной обстановки, стимулирующей учащихся задавать вопросы.

Диалог возможен только при условии, если каждый из участвующих в нем слушает друг друга и откликается на реплики собеседника. Значит, ученику нужно постоянно следить за мыслью собеседника. Эта задача для умственно отсталых детей нелегка. Свойственная им недостаточность мыслительной деятельности затрудняет понимание услышанного, косность и инертность психических процессов не позволяют достаточно быстро реагировать на услышанное. Неустойчивость и слабая концентрация внимания детей с нарушениями интеллектуального развития мешают им воспринимать чужую речь. Не слушая говорящего собеседника, ученик смотрит по сторонам, вертит что-нибудь в руках и имеет такой вид, как будто он не участвует в разговоре, а находится в помещении случайно. Такое поведение не способствует поддержанию беседы.

Затруднения, возникающие у таких школьников при участии в диалоге, связаны и с тем, что каждый из собеседников в процессе развертывания беседы неоднократно переходит с позиции говорящего на позицию слушающего. Продолжая диалог, ребенок должен быстро изменять характер своего участия в нем высказывание должно сменяться слушанием и наоборот. Свойственные умственно отсталым детям инертность нервных процессов и замедленность ответ-

ных реакций на воздействия осложняют подобные переходы. Поэтому учащиеся младших классов часто не отвечают на обращения взрослого или товарища и не поддерживают начавшуюся беседу.

Переход от участия в разговоре к самостоятельному более или менее развернутому высказыванию осуществляется у детей этой категории очень нелегко. Учащиеся младших классов длительное время задерживается на таком этапе, когда их речь уже не является только ответами на вопросы, но еще не представляет собой целого рассказа. В этот период школьники нуждаются в помощи взрослого, которая в одних случаях может иметь форму вопроса, в других - учитель сам продолжает оборвавшееся высказывание ребенка до определенного момента с тем, чтобы ученик закончил начатое изложение материала.

Трудности, которые возникают у умственно отсталых учеников при овладении *монологической речью*, обусловлены рядом причин. Определенное значение имеет недостаточная сформированность диалога. Кроме того, школьники долго не понимают необходимости словесного воссоздания ясной картины происходившего и последовательного, логического описания событий. Дети как бы исходят из того, что их слушателям известны все обстоятельства происходившего. Их высказывания фрагментарны, бедны деталями, не развернуты и не представляют собой единого целого.

Ученики с интеллектуальной недостаточностью, особенно младших классов, не прибегают к монологической речи еще и потому, что их речевая активность слаба и быстро исчерпывается. Они испытывают большие затруднения при составлении *рассказа* на западную тему. Учащиеся далеко не всегда берутся за выполнение задания или же ограничиваются односложными ответами. Причину такого поведения детей следует искать не столько в дефекте их общего речевого развития, сколько в недостаточности волевой сферы компонентов.

Привлекая наглядные средства, конкретизирующие предложенную тему, повышающие интерес к ней, можно изменить отношение школьников к заданию и соответственно характер его выполнения. Имея перед глазами яркую сюжетную картину, а тем более серию картин, учащиеся охотнее откликаются на предложение взрослого рассказать о понятных, знакомых им событиях и делают это с определенным успехом.

По мере обучения требование учителя составить *рассказ* на предложенную тему начинает служить для детей все более действенным побуждением. Тем не менее и у учащихся старших классов с нарушениями интеллектуального развития рассказы по картинкам более развернуты, чем рассказы на заданную тему.

В специальной школе для умственно отсталых детей встречаются ученики с формально развитой речью, обладающие неплохой вербальной памятью. Не вникая в содержание услышанного и не имея возможности его осмыслить, такие ученики запоминают, а затем воспроизводят отдельные высказывания окружающих, отрывки из радио и телепередач и другой словесный материал. Создается иллюзия того, что они владеют монологической речью, однако это впечатление ошибочно, в чем можно убедиться, вслушавшись в то, что ни говорят. Их болтовня обычно бессвязна и слабо соотносится с заданной темой.

Примером монологической речи может служить *пересказ* прочитанного или прослушанного текста, т.е. воспроизведение ранее воспринятого образца. Умственно отсталый ученик позволяет при этом минимум самостоятельности, не видит своей задачи в том, чтобы раскрыть тему, выстроить сюжет и словесно правильно оформить сообщение.

Школьники передают содержание текста упрощенно и несовершенно. Они пытаются изложить события так, как они запомнились, а если нарушают их последовательность, то делают это непреднамеренно и, как правило, вопреки логике. Изменения в построении повествования свидетельствует о непонимании причинно-следственных, временных и других отношений, содержащихся в тексте, и о недостаточности прочном сохранении в памяти отдельных фрагментов воспринятого. Вопросы взрослого, требующие выборочного пересказа, обычно не достигают своей цели даже в старших классах.

Своеобразие *пересказов*, выполняемых умственно отсталыми учащимися, в многочисленных *привнесениях*. Они возникают у школьников на основе ассоциаций, вызываемых отдельными словами, носят случайный характер и изменяют пересказываемый текст, нередко искажают его. Привнесения, как правило, неадекватные, встречаются особенно часто, если речь о событиях или явлениях, недостаточно понятных учащимся. Так, *пересказывая тексты исторического содержания, школьники обычно объединяют во времени события, отдаленные друг от друга многими десятилетиями, основываясь на их относительном сходстве*. Умственно отсталые дети, относящиеся к числу возбудимых, в своих рассказах склонны к привнесениям. Будучи импульсивными, легко отвлекаемыми, они быстро теряют цель и вместо того, чтобы пересказывать определенный текст, начинают говорить обо всем, что всплывает у них в памяти по ассоциации с темой. В пересказах заторможенных детей с нарушениями интеллектуального развития такого рода привнесения встречаются значительно реже.

Ученики старших классов воспроизводят текст более точно. Однако если материал усложняется, то число привнесений, изменений и неточностей резко возрастает.

Типологические различия между учащимися одного и того же класса особенно отчетливо прослеживается на младших годах обучения. Ученики по-разному реагируют на различные виды оказываемой им помощи. Так, *некоторые из них точнее и подробнее передают содержание текста, если учитель задает им последовательный ряд наводящих вопросов. Для других больший эффект дает наличие наглядности: картины или серии сюжетных картин, изображающих последовательность происходящих событий*.

Словесное оформление пересказов, особенно у учащихся младших классов, весьма несовершенно и имеет многие черты, присущие *ситуативной (диалогической) речи*. Учащиеся пользуются преимущественно простыми, далеко не всегда правильно построенными и законченными предложениями. Словарь их беден. Наблюдаются многократное, назойливое повторение одних и тех же слов, неадекватные замены имен существительных личными и указательными местоимениями.

Нарушение письменной речи детей с интеллектуальной недостаточностью

По данным М.Е. Хватцева, Д.И. Орловой, В.В. Воронковой, нарушения письма у умственно отсталых школьников отмечаются значительно чаще, чем у детей с нормальным интеллектом. Симптоматика *дисграфии* у умственно отсталых школьников характеризуется большим количеством и разнообразием ошибок на письме и сложностью их механизмов (В.В. Воронкова, Е.М. Гопиченко, Е.Ф. Соботович, К.К. Карлеп, Д.И. Орлова).

Дисграфия у умственно отсталых детей сопровождается распространенными орфографическими ошибками. Это объясняется тем, что применение многих правил требует достаточно высокого уровня усвоения языковых закономерностей, сформированное языковых обобщений.

Нарушения развития речи сопровождаются, с одной стороны, расстройствами в овладении письменной речью, с другой – трудностями использования орфографическим правил.

Дисграфия у школьников с интеллектуальной недостаточностью 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).

Большая распространенность и особенности симптоматики дисграфии у умственно отсталых детей 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.

Нарушение аналитико-синтетической деятельности проявляется у умственно отсталых детей 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 обуславливают 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.

Контрольные вопросы и задания

1. Проанализируйте в исследованиях Р.И. Лалаевой психолингвистический анализ нарушений речи у детей с интеллектуальными нарушениями.
2. Опишите недостатки развития произносительной стороны речи у детей с задержкой психического развития и умственно отсталых детей.
3. В чем специфика развития лексико-грамматического строя речи у детей с нарушениями интеллектуального развития.

4. Охарактеризуйте содержание и основные направления коррекционной работы по преодолению недостатков связной речи.

Использованная и рекомендованная литература

1. Бенилова, С.Ю. Логопедия. Системные нарушения речи у детей (этиопатогенез, классификации, коррекция, профилактика) / С.Ю. Бенилова, Л.Р. Давидович. – М.: ИЛ, 2014. – 448 с.

2. Комарова, Т. П. Логопедические игры и упражнения для детей с нарушениями зрения / Т.П. Комарова. – М.: АСТ, Астрель, Харвест, 2008. – 176 с.

3. Коняева, Н.П. Воспитание детей с нарушениями интеллектуального развития / Н.П. Коняева, Т.С. Никандрова. – М.: Владос, 2010. – 200 с.

Тема 14. Особенности логопедической работы с детьми с нарушениями интеллектуального развития

Содержание коррекционной работы по преодолению нарушений звукопроизношения у детей с интеллектуальной недостаточностью

Коррекция нарушений звукопроизношения у детей с интеллектуальной недостаточностью является длительным и сложным процессом. Работа по воспитанию правильного звукопроизношения значительно осложняется характерной для умственно отсталых детей слабостью замыкательной функции коры, трудностью закрепления новых условных связей. Инертность нервных процессов, плохая переключаемость возбуждения и торможения проявляются у таких детей в упорном, стереотипном воспроизведении наиболее упроченных старых связей, в трудностях переключения на новые. Вследствие этого неправильное произношение звука в словах сохраняется даже в том случае, когда изолированное произношение звука удается ребенку сравнительно легко. У умственно отсталых детей наиболее длительным является введение звука в речь, т.е. этап автоматизации звука. В связи с этим в процессе логопедической работы особое внимание необходимо уделять отработке поставленных звуков в речи в различных ситуациях речевого общения.

В процессе коррекции дефектов звукопроизношения осуществляется развитие познавательной деятельности детей с интеллектуальной недостаточностью, развитие операций анализа, синтеза, сравнения. На всех этапах работы по устранению нарушений звукопроизношения широко используется прием сравнения. Так, на этапе постановки звука сравнивается правильное и неправильное произношение звука. На этапе автоматизации звук сравнивается с фонетически далекими звуками. В дальнейшем на этапе дифференциации проводится сопоставление обрабатываемых звуков с фонетически близкими звуками. В процессе коррекции нарушений звукопроизношения анализируются различные слова по количеству звуков, месту обрабатываемого звука в словах.

Большое внимание уделяется развитию общей и речевой моторики, воспитанию слухового восприятия, внимания, памяти, нормализации всех тех процессов, которые лежат в основе нарушений звукопроизношения и обуславливают особенности проявления их у умственно отсталых детей.

Коррекция нарушений звукопроизношения связывается с формированием речевой функции в целом, т.е. с развитием фонематической стороны речи, лексики, грамматического строя речи, так как дефекты звукопроизношения у умственно отсталых детей проявляются на фоне системного недоразвития речи.

В процессе устранения дефектов звукопроизношения придается большое значение развитию четких представлений о звуковом составе слова, умению выделять звуки из слова, определять место этих звуков, уточнению смысло-различительной функции фонемы.

Необходимо осуществлять тесную преемственную связь между формированием правильного произношения и обучением грамоте. Формирование правильного произношения звука подготавливает ребенка к усвоению соответствующей буквы. С другой стороны, овладение буквой обеспечивает новую, графическую опору для закрепления звука в речи.

При коррекции нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей учитываются особенности протекания у них психических процессов (замедление темпа и сужение поля восприятия, неустойчивость внимания, качественное своеобразие памяти, мышления, слабость мотивации и интересов).

Особенностью логопедической работы во вспомогательной школе является индивидуализация коррекционно-логопедического воздействия. Это связано с тем, что ученики одного и того же класса резко различаются по уровню развития речи, по сформированности фонематического анализа и синтеза, по степени выраженности и патогенезу нарушений звукопроизношения. У одних детей звук поставлен и автоматизирован, у других имеется изолированное произношение звука, но он не закреплен в речи.

Специфика логопедической работы проявляется и в планировании. Фронтальные логопедические занятия строятся с учетом постепенного введения трудностей. Каждая задача, доступная нормальному ребенку, максимально расчленяется на простейшие задачи.

Предварительный этап устранения нарушений звукопроизношения имеет место чаще всего в первом классе вспомогательной школы. Этот этап является более продолжительным и характеризуется качественно иным содержанием, чем в массовой школе. На этом этапе проводится развитие общей, ручной, речевой моторики, слухового восприятия, внимания, гнозиса, мнезиса. Учитывая особенности просодических компонентов речи у умственно отсталых детей, на этом этапе проводится работа и над правильным речевым дыханием, над формированием длительного плавного выдоха.

Необходимость *развития моторики рук* у детей с интеллектуальной недостаточностью, особенно страдающих дизартрией, обусловлена тесным взаимодействием ручной и речевой моторики. По данным М.И. Кольцовой, морфологическое и функциональное формирование речевых зон совершается под влиянием кинестетических импульсов, поступающих от рук. Совершенствование ручной моторики способствует активизации моторных речевых зон головного мозга и вследствие этого – развитию речевой функции.

Развитие ручной моторики у учеников первого класса вспомогательной школы имеет большое значение не только для активизации речевой моторики, но и для подготовки умственно отсталых детей к овладению письмом.

На предварительном этапе коррекции нарушений звукопроизношения рекомендуются различные виды упражнений, направленных на развитие ловкости, точности, координации, синхронности движений пальцев рук.

Также проводятся упражнения общего характера, включенные в различные виды деятельности:

1) Конструирование из кубиков домиков, башен и т.д., сначала по образцу, затем по памяти и произвольно.

2) Раскладывание и складывание разборных игрушек (матрешек, пирамид, чашечек, кубиков).

3) Составление предметных разрезных картинок. Сначала даются картинки, разрезанные на 2 части, потом на 3 и на 4. Первоначально складывают по образцу, в дальнейшем – по памяти.

4) Складывание из палочек, спичек геометрических фигур, изображений, букв.

5) Обведение контуров предметных изображений.

6) Раскрашивание контурных изображений предметов цветными карандашами.

7) Вырезывание цветных полосок, фигурок по контурам.

8) Наматывание ниток на катушку, клубок.

9) Расстегивание пуговиц, зашнуровывание.

10) Работа с пластилином (скатывание шариков, жгутиков, расплющивание шариков, жгутиков в лепешки, самостоятельное творчество детей).

11) Работа с мозаикой.

12) Многократное сжимание пальцев в кулак и разжимание.

13) Многократное поочередное выполнение движений руки: кулак - ладонь - ребро.

14) Поочередная смена положений рук: левая рука - кулак, правая - ладонь; затем наоборот: правая рука - кулак, левая - ладонь.

С детьми проводятся пальчиковые игры без речевого сопровождения.

Коррекция нарушений лексико-грамматической стороны речи у детей с интеллектуальной недостаточностью

Логопедическая работа по развитию лексики тесно связана с формированием представлений об окружающей действительности и познавательной деятельности умственно отсталого ребенка.

Развитие лексики во вспомогательной школе проводится в следующих направлениях: обогащение словарного запаса, уточнение значения слова, расширение семантики слова.

Сначала проводится обогащение и уточнение номинативного словаря. Особенно важной является работа по усвоению слов обобщающего значения, которые очень медленно усваиваются умственно отсталыми детьми. В то же

время введение в речь обобщающих слов способствует развитию операции обобщения.

Работа над уточнением значения слова у детей с нарушениями интеллектуального развития тесно связана с формированием представлений детей с интеллектуальной недостаточностью об окружающих предметах и явлениях, с овладением классификацией предметов, с работой по становлению лексической системы. Классификация предметов может проводиться как в неречевом плане (например, разложить картинки на две группы), так и с использованием речи (например, отобрать только те картинки, на которых нарисованы овощи, назвать их одним словом). Рекомендуются использовать записи, рисунки, помогающие детям овладеть различными категориями предметов, усвоить и соотнести обобщенное название и названия конкретных предметов, овладеть родовидовыми отношениями.

На логопедических занятиях необходимо уточнять значения таких слов, как: *овощи, фрукты, одежда, обувь, посуда, мебель, транспорт, растения, деревья, цветы, домашние и дикие животные, времена года и др.*

Далее коррекционная работа включает расширение словаря за счет наиболее употребительных глаголов с использованием заданий или игр: «*Кто как передвигается*», «*Кто как голос подает*», «*Кто как ест*», «*Кто какие звуки издает*», «*Кто что делает*».

Овладение прилагательными начинается со слов, обозначающих основные цвета форму, величину. В дальнейшем слова, обозначающие высоту, толщину, длину, ширину, вкусовые качества, качества поверхности, вес.

Затем проводится работа над прилагательными, которые образуются от существительных с помощью суффиксов, а также над прилагательными, сложными по семантике (например, оценочными, обозначающими внутренние качества человека).

Параллельно с развитием предикативного словаря продолжается работа по обогащению и уточнению номинативного словаря. Особенно важным является работа по усвоению слов обобщающего характера (*мебель, одежда и т.д.*), которая способствует развитию операций обобщения, аналитико-синтетической деятельности детей. Обогащение словаря осуществляется и за счет местоимений, числительных, наречий и других частей речи.

Актуализации словаря способствует и работа по звуковому анализу слова, закреплению его слухового и кинестетического образов.

В процессе развития грамматического строя речи у умственно отсталых школьников необходимо учитывать структуру речевого дефекта, несформированность грамматических значений, трудности дифференциации близких по семантике и оформлению грамматических форм. Большое значение в работе по формированию грамматического строя во вспомогательной школе имеет использование онтогенетического принципа. Многие грамматические формы, которые в норме ребенок усваивает еще в дошкольном возрасте, у умственно отсталого ребенка оказываются неусвоенными даже в младших классах. Последовательность работы над грамматическими формами осуществляется как и в нормальном онтогенезе: от конкретного к абстрактному, от семантически про-

стых форм к семантически более сложным, от продуктивных к непродуктивным, от простых по грамматическому оформлению к более сложным по грамматическому оформлению.

Рекомендуется следующая последовательность логопедической работы над падежными формами: дифференциация именительного падежа единственного и множественного числа, винительный падеж, родительный, дательный, творительный (беспредложные), предложно-падежные конструкции, падежные формы множественного числа. При согласовании прилагательного и существительного отрабатываются именительный падеж мужского и женского рода, затем именительный падеж среднего рода, а далее косвенные падежи словосочетания прилагательного с существительным.

Развитие функции словоизменения глагола проводится сначала в настоящем времени (единственное и множественное число), затем в прошедшем времени (изменение по родам, лицам и числам) и, наконец, в будущем времени, которое является наиболее сложной временной формой глагола. Длительным и трудным процессом является работа по формированию формы словообразования у умственно отсталых школьников, начинать ее надо с уменьшительно-ласкательных и других простых словообразовательных форм существительных. Далее проводится работа по образованию прилагательных от существительных, глаголов с приставками, над родственными словами.

При формировании структуры предложения особое внимание уделяется усвоению глубинно-семантических (предикативных) отношений внутри речевого высказывания (субъектных, объектных, локативных, атрибутивных), которые постепенно усложняются и последовательно включаются в структуру высказывания (предложения). Сначала предложение распространяется за счет простых объектных отношений. (*Девочка рвет цветы*), затем – локативных (*Дети идут в школу*), в дальнейшем – атрибутивных (*Это мамина сумка; Мама несет красную сумку*).

Методика формирования связной речи у детей с интеллектуальными нарушениями

Важнейшей предпосылкой развития связной монологической речи является сформированность диалогической речи.

Развитию диалога, который является основной формой *речевого общения*, уделяется большое внимание уже с самого начала логопедической работы в 1 классе вспомогательной школы. Овладение диалогической речью осуществляется параллельно с расширением и уточнением словаря, структуры предложения, с овладением словоизменением и словообразованием.

Наряду с познавательными и воспитательными целями проведение диалога на логопедических занятиях ставит своей целью специальное развитие речи детей. В процессе работы по формированию диалогической речи умственно отсталый школьник должен научиться слушать и понимать вопросы, сам задавать вопросы, правильно, точно, в соответствии с содержанием вопроса выражать свои мысли в ответах на них.

Приемами развития *диалогической речи* являются беседа и театрализация (имитация и пересказ).

Проведение беседы включает три этапа: 1) вступление, 2) развитие темы, 3) концовка.

Во вступлении логопед привлекает внимание детей к теме беседы, например: «*Сегодня мы будем сравнивать произношение и звучание звуков с и з*». В процессе проведения беседы логопед должен кратко и четко ставить вопросы, требовать точного по смыслу и правильного по форме полного ответа. К участию в беседе привлекаются все дети. В конце беседы подводится итог.

Необходимо научить детей с интеллектуальной недостаточностью задавать вопросы. Сначала дети ставят вопросы по картинке после предварительной беседы, как бы повторяют по памяти вопросы логопеда. В дальнейшем детям предлагается задавать вопросы по картинке, а затем и без использования картинок, самостоятельно, т.е. предварительной беседы.

Использование приемов театрализации (игр-драматизаций, театрализованных представлений) способствует совершенствованию эмоциональности речи, развивает интонационную выразительность, обогащает словарь, формирует грамматический строй, активизирует речевую деятельность умственно отсталого ребенка в целом.

С детьми проводятся *игры-драматизации* коротких стихотворных текстов, которые сначала заучиваются целиком, а затем воспроизводятся по ролям.

В процессе развития связной речи большое внимание уделяется формированию *внутреннего (смыслового) программирования связных высказываний* с постепенным их углублением и расширением. Необходимо проводить работу и над грамматическим оформлением связной речи. Рекомендуется следующая последовательность в работе над связным текстом: пересказ короткого текста с иллюстрациями, пересказ длинного текста с опорой на наглядность, короткий рассказ по серии сюжетных картинок, более длинный по серии сюжетных картинок, по сюжетной картинке, самостоятельный на заданную тему.

Развитие связной речи у детей с интеллектуальной недостаточностью должно быть теснейшим образом связано с развитием анализа, синтеза, сравнения, обобщения, особенно при отработке операций внутреннего программирования. Каждая из операций порождения связного высказывания вначале формируется самостоятельно, изолированно, на простых заданиях, постепенно операции объединяются в целостный процесс порождения связного текста.

Коррекция нарушений письменной речи у детей с интеллектуальными нарушениями

При устранении нарушений письменной речи у школьников с интеллектуальной недостаточностью необходимо учитывать особенности высшей нервной деятельности, психопатологические особенности детей. В связи с этим коррекция нарушений чтения и письма во вспомогательной школе должна быть тесно связана с развитием познавательной деятельности, анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования. Так, широко используется сравнение фонетически близких звуков (при устранении акустической, артикуляторно-

акустической дисграфии, фонематической дислексии), анализ структуры предложения, звуко-слоговой структуры слова (при устранении фонематической дислексии и дисграфии на почве нарушения языкового анализа и синтеза), развитие зрительно-пространственного анализа и синтеза (при устранении оптической дислексии и дисграфии).

При устранении нарушений письменной речи во вспомогательной школе возникает необходимость развивать различные психические функции, начиная с самых элементарных форм. Так, развитие фонематического анализа и синтеза начинается с выделения гласного звука на фоне других, развитие логового анализа – с использования вспомогательных средств.

Устранение нарушений чтения и письма проводится в тесной связи с коррекцией нарушений устной речи как системы с коррекцией дефектов звукопроизношения, фонематической стороны речи, лексико-грамматического строя.

Нарушения чтения у умственно отсталых школьников проявляются уже в 1-м классе, т. е. раньше, чем нарушения процесса письма, которые выявляются у этих детей, начиная со 2-го класса. Это объясняется большей сложностью процесса письма, который усваивается умственно отсталыми детьми позднее, чем процесс чтения. В связи с этим во вспомогательной школе логопедическую работу надо начинать с коррекции нарушений чтения, одновременно осуществляя профилактику дисграфии, так как механизмы дислексии и дисграфии во многом сходны.

Таким образом, логопедическая работа с детьми с интеллектуальными нарушениями характеризуется большой спецификой, которая обусловлена особенностями высшей нервной деятельности, психологическими особенностями умственно отсталых детей, а также характером симптоматики, механизмов, структуры дефекта у этих детей.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте и приведите примеры различных видов упражнений, направленных на развитие ловкости, точности, координации, синхронности движений пальцев рук, используемые предварительном этапе коррекции нарушений звукопроизношения.

2. Опишите недостатки развития произносительной стороны речи у детей с ЗПР и охарактеризуйте содержание и основные направления коррекционной работы по их преодолению.

3. Опишите недостатки развития связной речи у детей с интеллектуальной недостаточностью и охарактеризуйте содержание и основные направления коррекционной работы по их преодолению.

Используемая и рекомендуемая литература

1. Бенилова, С.Ю. Логопедия. Системные нарушения речи у детей (этиопатогенез, классификации, коррекция, профилактика) / С.Ю. Бенилова, Л.Р. Давидович. – М.: ИЛ, 2014. – 448 с.

2. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи / Г.А. Волкова. – СПб.: Детство-Пресс, 2009. – 144 с.

3. Ковшиков, В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления / В.А. Ковшиков. – СПб.: КАРО, 2011. – 304 с.

4. Корнев, А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев. – СПб.: Педагогика, 2010. – 380 с.

5. Мустаева, Е.Р. Индивидуализация содержания логопедической работы при моторной алалии с учетом неречевых нарушений / Е.Р. Мустаева // Сибирский педагогический журнал. – 2009. – № 11. – С. 320-330.

6. Поливара, З.В. Дифференциальная диагностика речевых дисфункций у детей дошкольного возраста: моногр. / З.В. Поливара. – Тюмень: ТюмГУ, 2007. – 112 с.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Агнозии виды – см. *Агнозия апперцептивная, Агнозия вкусовая, Агнозия зрительная, Агнозия обонятельная, Агнозия осязательная, Агнозия пальцевая, Агнозия пространственная, Агнозия симультанная, Агнозия слуховая.*

Агнозия – нарушение процессов узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функции органов чувств; наблюдается при поражении определенных отделов коры больших полушарий головного мозга.

Агнозия апперцептивная – форма оптической агнозии, при которой окружающие предметы и явления воспринимаются верно, но особенности данного конкретного объекта не увязываются с прошлым опытом (напр., больной не может узнать предметов собственной одежды, хотя знает, для чего они служат и как ими пользоваться); в происхождении А. а. имеет значение локальное поражение корковых полей и состояние торможения в центральных отделах зрительного анализатора.

Агнозия вкусовая – агнозия, проявляющаяся расстройством узнавания веществ по их вкусовым качествам.

Агнозия зрительная – агнозия, характеризующаяся расстройством узнавания предметов и явлений при сохранении их зрительного восприятия; А. з. развивается при поражении наружной поверхности левой затылочной доли.

Агнозия обонятельная – агнозия, проявляющаяся расстройством узнавания предметов или веществ по их запаху.

Агнозия осязательная – неспособность узнавать предметы на ощупь; А. о. наблюдается при поражении верхней теменной доли.

Агнозия пальцевая – изолированное нарушение узнавания, выбора и дифференцированного показа пальцев рук, как собственных, так и пальцев других людей.

Агнозия пространственная – неспособность ориентироваться в пространстве, оценивать пространственные соотношения и воспроизводить последовательные действия в сложных двигательных актах.

Агнозия симультанная – зрительная агнозия, при которой сохранено узнавание отдельных объектов, но отсутствует способность воспринимать группу объектов (изображений) как целое или ситуацию в целом.

Агнозия слуховая – неспособность различать звуки речи, узнавать предметы и явления по характерным для них звукам (напр., часы по тиканью); причина А. с. – поражение височной доли головного мозга.

Агонисты – содружественные мышцы, участвующие в осуществлении какого-либо движения.

Аграмматзм – нарушение психофизиологических процессов, обеспечивающих грамматическую упорядоченность речевой деятельности; при А. наблюдается опускание предлогов, неправильное согласование слов в роде, числе, «телеграфный стиль» и пр.; А. возникает обычно в связи с афазией или алалией.

Аграмматизм импрессивный – непонимание значения грамматических форм в воспринимаемой устной речи и (или) при чтении.

Аграмматизм экспрессивный – неумение грамматически правильно изменять слова и строить предложения в своей активной устной и (или) письменной речи.

Аграфия – нарушение психофизиологических процессов, обеспечивающих закономерную связь звукового и письменного аспектов речевой деятельности, приводящее к полной неспособности овладеть процессом письма или к потере этого навыка; А. заключается в неосознании букв как графем, неумении соединять их в слова; возможность списывания при А., как правило, сохраняется; А. обычно является следствием общего недоразвития речи, связанного с органическим поражением мозга.

Акустический – слуховой; относящийся к слуху.

Акустический образ звука – слуховое представление; слуховой образ звука как единица фонологической системы языка, мыслимая вне зависимости от ее фактических звуковых воспроизведений.

Акустическое смещение – подмена сходными звуками неправильно воспринятых на слух звуков неизвестного слова.

Алалия импрессивная – см. *Алалия сенсорная*.

Алалия моторная – недоразвитие экспрессивной речи, выраженное затруднениями в овладении активным словарем и грамматическим строем языка при достаточно сохранном понимании речи; в основе А. м. лежит расстройство или недоразвитие аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора, выраженное, в частности, заменой тонких и сложных артикуляционных дифференцировок более грубыми и простыми; причина – поражение коркового конца речедвигательного анализатора (Брока центр) и его проводящих путей.

Алалия сенсорная – недоразвитие импрессивной речи, когда наблюдается разрыв между смыслом и звуковой оболочкой слов; у ребенка нарушается понимание речи окружающих, несмотря на хороший слух и сохранные способности к развитию активной речи; причиной А. с. является поражение коркового конца слухоречевого анализатора (Вернике центр) и его проводящих путей.

Алексия – полная неспособность или потеря способности овладения процессом чтения.

Амбидекстрия – способность одинаково хорошо владеть правой и левой рукой может быть врожденной или выработанной в результате тренировок.

рующим влиянием на центральную нервную систему; усиливает жизнедеятельность организма, повышает умственную и физическую работоспособность.

Анализ – операция мысленного или реального расчленения целого (вещи, явления, свойства или отношения между предметами) на составные элементы, выполняемая в процессе познания или практической деятельности; А. неразрывно связан с синтезом.

Анализ и синтез – противоположные и неразрывно связанные логические приемы; А. и С. находят себе широкое применение в дидактике; А., разлагая сложную проблему на ее составные части, упрощает ее и облегчает ученикам понимание данного явления, а С. дает возможность не только связать раз-

розненные начала изучаемого предмета и понять его в целом, но и постигнуть связь этого целого с остальными предметами человеческого знания.

Анализ синтаксический – разложение предложения на его члены, определение типа предложения, разложение сложного предложения на составляющие и т. п., производимые для учебных или научных целей.

Анализатор – термин, введенный И.П. Павловым для обозначения нервного аппарата, обеспечивающего восприятие и анализ внешних и внутренних раздражителей и формирующего специфические для данного А. ощущения; каждый А. состоит из воспринимающего раздражения прибора – рецептора, проводящего пути и центрального отдела в коре головного мозга.

Анализатор вестибулярный – анализатор, обеспечивающий анализ информации о положении и перемещениях тела в пространстве.

Анализатор вкусовой – анализатор, обеспечивающий восприятие и анализ химических раздражителей при воздействии их на рецепторы языка и формирующий вкусовые ощущения.

Анализатор двигательный – анализатор, обеспечивающий «восприятие и анализ положения тела в пространстве, а также движений отдельных частей тела.

Анализатор звуковой – см. Анализатор слуховой.

Анализатор зрительный – анализатор, обеспечивающий восприятие и анализ светового излучения окружающей среды и формирующий зрительные ощущения и образы.

Анализатор кожный – анализатор, обеспечивающий восприятие и анализ информации, поступающей через поверхность кожи, с формированием температурных, тактильных и болевых ощущений.

Анализатор обонятельный – анализатор, обеспечивающий восприятие и анализ информации о веществах, соприкасающихся со слизистой оболочкой носовой полости, и формирующий обонятельные ощущения.

Анализатор речедвигательный – анализатор, обеспечивающий восприятие и анализ информации от органов речи, в частности от мышц, изменяющий напряжение положение органов дыхания, голоса и артикуляции.

Анализатор слуховой – анализатор, обеспечивающий восприятие и анализ звуковых раздражений и формирующий слуховые ощущения и образы.

Анализаторы внутренние – анализаторы, рецепторы которых находятся во внутренних органах (интероцепторы) и воспринимают внутриорганические изменения.

Аналитико-синтетическая деятельность коры головного мозга – в коре головного мозга происходит замыкание временных связей, которое связано с выделением раздражителя, на который образуется рефлекс; таким образом, происходит как анализ, так и синтез, т. е. осуществляется аналитико-синтетическая деятельность.

Апраксия – нарушение целенаправленного действия при сохранности составляющих его элементарных движений.

Апраксия амнестическая – нарушение произвольных действий при сохранении подражательных.

Апраксия графическая – утрата способности воспроизводить написание тех или иных букв, забывание их графического изображения; при А. г. списывание букв и слов с печатного текста вызывает большие трудности.

Апраксия кинестетическая – апраксия, которая возникает при постцентральных нижнетеменных поражениях доминантного (левого) полушария мозга и выражается в недостаточной точности отдельных произвольных движений.

Апраксия кинетическая – апраксия, связанная с поражением заднелобных прецентральных отделов доминантного полушария; характеризуется недостаточной плавностью автоматизированных двигательных навыков, т. к. они распадаются у больных на составляющие их отдельные компоненты, причем больные с трудом переключаются с одного компонента на следующий, дерсеверируя (повторяя) его.

Апраксия конструктивная – невозможность составить целый предмет из его отдельных частей.

Апраксия моторная – невозможность осуществить сложный двигательный акт при сохранении способности наметить план последовательности действий, необходимых для его выполнения.

Апраксия оральная – моторная апраксия лицевой мускулатуры с расстройством сложных движений губ и языка, приводящим к нарушению речи.

Апраксия пространственная – апраксия, проявляющаяся нарушением ориентировки в пространстве (апатия, равнодушие, безразличие); А. н. могут возникнуть в связи с функциональными и органическими заболеваниями центральной нервной системы, у детей нередко возникают вследствие неправильного воспитания.

Асфиксия – удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислого газа в крови и тканях.

Афферентация – поток нервных импульсов, поступающих от экстеро- и интерорецепторов в центральную нервную систему.

Афферентация обратная – термин, предложенный П.К. Анохиным для обозначения принципа работы функциональных систем организма, заключающегося в постоянной оценке полезного приспособительного результата путем сопоставления его параметров с параметрами акцептора результата действия.

Брока центр – участок коры головного мозга, расположенный в задней трети нижней лобной извилины левого полушария (у правшей), обеспечивающий моторную организацию речи.

Вернике центр – область коры головного мозга в заднем отделе верхней височной извилины доминантного полушария, при поражении которой возникает синдром сенсорной афазии.

Гнозис слуховой – узнавание предмета по характерному для него звуку.

Дизонтогенез – нарушение индивидуального развития организма.

Дыхание – 1) совокупность процессов, осуществляющихся благодаря функции различных органов и систем, обеспечивающих поступление в организм кислорода из окружающей среды, использование его в биологическом окислении и удаление из организма продукта окисления – углекислого газа; 2) совокупность дыхательных движений.

Дыхание брюшное – дыхание, осуществляемое преимущественно за счет сокращения диафрагмы и брюшных мышц.

Дыхание грудное – дыхание, осуществляемое преимущественно за счет сокращения наружных и внутренних межреберных мышц.

Дыхание диафрагмальное – см. *Дыхание брюшное*.

Дыхание поверхностное – патологическое дыхание, характеризующееся малым дыхательным объемом.

Дыхание речевое – дыхание в процессе речи, отличающееся от обычного более быстрым вдохом и замедленным выдохом, значительным увеличением дыхательного объема, преимущественно ротовым типом дыхания, максимальным расхождением голосовых складок на вдохе и сближением их почти до соприкосновения на выдохе.

Дыхательная гимнастика – система упражнений, направленных на развитие дыхания, в том числе речевого; на дифференциацию ротового и носового дыхания и т. п.

Дыхательные пути – полые органы, проводящие воздух к легочным альвеолам; разделяют верхние Д. п. (наружный нос, полость носа, глотка) и нижние Д. п. (гортань, трахея, бронхи),

Дыхательный аппарат – совокупность органов, обеспечивающих газообмен между вдыхаемым воздухом и кровью, а также очищение от пылевых частиц, увлажнение и согревание вдыхаемого воздуха.

Дыхательный объём – объем воздуха, вдыхаемого или выдыхаемого при одном дыхательном цикле.

Лексика – вся совокупность слов, входящих в состав к.-л. языка или диалекта.

Лексико-грамматический – характеризующийся единством лексических и грамматических свойств, соединяющий те и другие свойства.

Лепет – голосовые реакции ребёнка на раздражители положительного характера; появляются на втором месяце жизни в виде разнообразных несложных комплексов звуков (гуление) и постепенно усложняется (многократное повторение слогов); при тяжёлых речевых нарушениях обнаруживается у детей с опозданием и в более позднем возрасте.

Негативизм – один из симптомов некоторых психических заболеваний, выражающийся в противодействии всякому вмешательству извне: больной не отвечает на вопросы, не позволяет исследовать себя и т.п.

Негативизм детский – форма протеста ребёнка против реально существующего или воспринимаемого как реальное неблагоприятного отношения к нему со стороны сверстников или взрослых; при длительном эмоциональном неблагополучии ребёнка негативные реакции могут стать качествами его личности.

Нейроинфекция – общее название инфекционных болезней, характеризующихся преимущественной локализацией возбудителей инфекции в центральной нервной системе.

Нервные волокна афферентные – центростремительные чувствительные нервные волокна, по которым возбуждение проводится от рецепторов к центральной нервной системе.

Нервные волокна эфферентные – центробежные двигательные волокна, по которым передается возбуждение от центральной нервной системы ко всем органам тела.

Нистагм – непроизвольные ритмические судорожные движения глазных яблок.

Обвитие пуповины – обматывание пуповиной частей плода (шеи, конечностей, туловища), в результате чрезмерной подвижности плода и большой длины пуповины. О.п. вокруг шеи может вызвать асфиксию плода.

Онтогенез – развитие индивида в отличие от развития вида (филогенеза).

Оральный – относящийся ко рту, расположенный в полости рта.

Органы речи активные – подвижные органы речи, производящие основную работу, необходимую для образования звука (язык, губы, мягкое небо, маленький язычок, надгортанник).

Органы речи пассивные – неподвижные органы речи, неспособные к самостоятельной работе при образовании звуков служащие точкой опоры для активных органов (зубы, альвеолы, твёрдое небо, глотка, полость носа, гортань).

Отражённая речь – повторное произнесение (индивидуально или хором) отдельных слов, фраз вслед за кем-либо.

Охранительное торможение – один из видов безусловного торможения; возникает при сильном или очень длительном раздражительном процессе; примером этого вида торможения является сон.

Память – форма психического отражения действительности, заключающаяся в запоминании, сохранении и воспроизведении индивидуумом данных прошлого опыта.

Память ассоциативная – память, при которой элементы запоминаемого связаны между собой ассоциативно: по смежности (в пространстве или времени), сходству или контрасту.

Память двигательная – память на координацию и последовательность движений.

Память долговременная – память, способная хранить информацию в течение практически неограниченного срока.

Память кратковременная – память, способная хранить информацию в течение короткого промежутка времени (в среднем около 20 секунд без повторения); в П. к. сохраняется не полный, а лишь обобщенный образ воспринятого, его наиболее существенные элементы.

Память логическая – память, при которой элементы запоминаемого связаны между собой определенной логической связью (как род и вид, причина и следствие, сущность и явление и т. д.); содержанием П. л. являются мысли, воплощенные в различную языковую форму.

Память мгновенная – память, связанная с удержанием точной и полной картины только что воспринятого органами чувств, без какой бы то ни было

переработки полученной информации; длительность П. м. в среднем от 0,1 до 0,5 секунд.

Память механическая (не связанный с сознанием, совершающийся без участия воли человека) – память, при котором элементы запоминаемого не связаны между собой к.-л. связью (ассоциативной или логической).

Память произвольная – память, при которой отсутствует специальная цель что-то запомнить или вспомнить.

Память образная – память на определенные образы (вкусовые, зрительные, обонятельные, осязательные, слуховые).

Память оперативная – память, рассчитанная на хранение в течение определенного, заранее заданного срока, в диапазоне от нескольких секунд до нескольких дней; срок хранения сведений этой памяти определяется задачей, вставшей перед человеком и рассчитана только на решение данной задачи.

Память произвольная – память, при которой ставится специальная цель что-то запомнить или вспомнить.

Этиология – 1) учение о причинах и условиях возникновения болезней; 2) причина возникновения болезни или патологического состояния.

Эффекторы речевые – часть речевого анализатора, исполняющая речедвижения, заданные из центрального управления.

Эфферентные нервные волокна – центробежные нервные волокна — нервные волокна, по которым возбуждение передается от центральной нервной системы к рабочему органу (эффектору).

Эфферентный – направленный от чего-то (органа, нервного центра).

Эхолалия – произвольное повторение слышимых звуков, слов и фраз.

Таблица 1

Разграничение моторной и сенсорной алалии

Критерии сравнения	Моторная алалия	Сенсорная алалия
Восприятие речи	сохранно на перцептивном уровне	грубо нарушено
Понимание речи	Относительно сохранно	Нарушено, может незначительно улучшаться при зрительном восприятии артикуляции говорящего
Слуховое внимание	сохранно	нарушено
Эхолалия	отсутствует	присутствует
Повторение услышанного	затрудняются повторить слово, фразу	повторяют, не понимая смысла проговоренного слова
Коммуникация	отмечается стремление к языковой коммуникации (невербальной и вербальной)	нежелание (и невозможность) вступить в общение
Мимико-жестикуляторная речь	активное использование жестов, выразительная мимика	отсутствие жестов и амимичность или невыразительность мимики
Наличие компенсаторных средств	как компенсаторные средства выступают мелодика, звукоподражания, «звуковые жесты»	отсутствие компенсаторных средств
Динамика улучшения речи	отмечается динамика в овладении речью при ее спонтанном и направленном формировании	крайне низкий темп при направленном формировании речи

Таблица 2

Разграничение моторной алалии и нарушений слуха

Критерии сравнения	Моторная алалия	Нарушения слуха
Слуховая функция	сохранна	нарушена
Спонтанное овладение речью	некоторая возможность спонтанного усвоения речи хотя ограниченная и в целом дефектно проявляющаяся	вне специального обучения речь не формируется
Экспрессивная речь	наличие отдельных словкорней, псевдослов, звукоподражаний	отсутствие экспрессивной речи
Просодические компоненты речи	просодика (мелодика речи, ритм, паузация, ударение) сохранна	просодика нарушена
Мимика-жестовая речь	сопровождается словами, звукокомплексами, невербальными вокализациями	активно используется, но вербально не сопровождается.

Таблица 3

Разграничение моторной алалии и задержки речевого развития

Критерии сравнения	Моторная алалия	Задержка речевого развития
Темп овладения речью	задержка темпа нормального овладения речью сочетается с патологическими проявлениями – нарушениями структурно-функциональной стороны речи	задержка темпа речевого развития, его скачкообразность
Спонтанное усвоение языка	самостоятельно ребенок не может овладеть лексико-грамматическими обобщениями	возможность самостоятельного усвоения ребенком некоторых норм родного языка
Импрессивная речь	затруднено понимание грамматических изменений слов, смешивает квазиомонимы (похоже звучащие слова)	хорошо понимает обращенную речь, отсутствуют смешения в понимании значений сходно звучащих слов
Экспрессивная речь	нарушена программа высказывания, стойкие грубые нарушения структуры слова, фразы, (телеграфный стиль), аграмматизм, с накоплением словаря усиливается аграмматизм	есть программа речевого высказывания, отсутствуют грубые нарушения структуры слова и фразы и аграмматизм
Особенности динамики в коррекционной работе	не может без коррекционного воздействия преодолеть дефект; возможны остаточные явления в школьном возрасте	Способны к самостоятельному овладению речевыми обобщениями, речевую недостаточность преодолевают спонтанно, коррекция направлена на звуковую сторону речи, к школе преодолевают речевую недостаточность
Анатомо-физиологические особенности	нарушения ЦНС носят стойкий органический характер	носят обратимый нейродинамический характер или не наблюдаются
Особенности психической деятельности	иногда нуждаются в преодолении речевого негативизма	сформирована мотивация деятельности, нет речевого негативизма

Таблица 4

Разграничение моторной алалии и анартрии (дизартрии)

Критерии сравнения	Моторная алалия	Анартрия (дизартрия)
Речевая моторика	моторный уровень речеобразования полностью или относительно сохранен и потенциально позволяет осуществлять артикуляционный акт	нарушения артикуляционного компонента речи составляет суть данной патологии
Системность нарушения)	нарушается вся языковая система (произношение, лексика, грамматика)	нарушается одна из подсистем – фонетическая. Нарушения артикуляционного компонента речи составляет суть данной патологии
Нарушения звукопроизношения	<p>наблюдается достаточная сохранность моторного уровня работы артикуляторного механизма.</p> <p>Характерны преимущественно фонематические нарушения. Наиболее заметно они проявляются на знаковом уровне функционирования артикуляторного механизма.</p> <p>Многие звуки, подверженные нарушениям: искажению, заменам, пропускам, могут одновременно и правильно произноситься в речи</p> <p>Преобладают разнотипные нарушения произношения того или иного звука, одновременно может быть замена, искажение и пропуск.</p> <p>В нарушениях звукопроизношения доминируют замены звуков.</p>	<p>наблюдаются выраженные нарушения моторного уровня работы артикуляторного механизма.</p> <p>Характерны преимущественно фонетические (артикуляторные) нарушения, которые проявляются одинаково на уровне произвольной и на уровне непроизвольной речи.</p> <p>Только единичные из неправильно произносимых звуков имеют одновременно и правильное произношение</p> <p>Преобладают однотипные нарушения – только искажение, замена, либо пропуск</p> <p>В нарушениях звукопроизношения доминируют искажения звуков.</p>

Критерии сравнения	Моторная алалия	Детская моторная афазия
Анамнез	Действие патологических факторов наблюдается в пренатальный и ранний постнатальный период (до 3 лет)	Воздействие патологических факторов происходит в возрасте после 3 лет
Механизм нарушения	Недоразвитие речи как системы	Избирательность в поражении какой-либо из подсистем речи (лексической, грамматической, фонематической)
Необходимость коррекционного воздействия	Необходимо целенаправленная речевая коррекция	Возможно спонтанное восстановление речи
Нарушения ЦНС	Симптомы поражения головного мозга не ярко выражены	Симптомы локального поражения головного мозга
По определению	Речевая патология	Особая психическая аномалия, нарушено формирование эмоционального контакта с окружающим миром
Раннее развитие речи	Речь развита не полноценно	Раннее речевое развитие – норма, по темпу может обгонять сверстников При утрате речи разговаривает сам с собой и во сне

Таблица 5

Разграничение моторной алалии и РДА (ранний детский аутизм)

Критерии сравнения	Моторная алалия	Аутизм (Синдром Каннера)
По определению	Речевая патология	Особая психическая аномалия, нарушено формирование эмоционального контакта с окружающим миром
Раннее развитие речи	Речь развивается неполноценно	Раннее речевое развитие – норма, по темпу может обгонять сверстников При утрате речи разговаривает сам с собой и во сне
Реакция на обращенную речь	Речь развивается неполноценно	Не реагирует на обращенную речь, но процесс понимания речи не нарушен
Психопатологические симптомы	Отсутствуют	Отмечаются психопатологические симптомы, фобии и непредсказуемые реакции
Особенности психического развития	Может наблюдаться ЗПР, дефицитное развитие	Могут наблюдаться умственная отсталость и неравномерное искажение психических процессов
Экспрессивная речь	Активно используют зачатки речи (вербальной и невербальной), состояние речи не зависит от окружающей обстановки	Одновременное употребление лепетных и сложно организованных, правильных по языковой структуре высказываний, не употребляют слова ДА и Я, стойкий аграмматизм в незнакомой обстановке
Мимико-жестовая речь	Активно используют в общении	Не использует жесты и мимику (распад)
Эхолалия	Не отмечается	Встречаются непосредственные и отставленные во времени эхолалии
Просодика	Не нарушена	Своеобразные нарушения просодической стороны речи – замедлений темпа, скандированное и рифмованное произношение, высокая тональность голоса
Общение	Стремление к контактам (кроме случаев речевого негативизма)	Отказ от общения
Эмоционально-волевая сфера	Адекватность эмоций	Неадекватность эмоциональных реакций
Моторика	Относительно сохранная (исключения)	Стереотипия в движениях и действиях, своеобразие походки, ходьбы по лестнице, трудности пространственной ориентировки, потряхивания тела, аутостимуляция

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава I. Онтогенез и дизонтогенез речевого развития	5
Тема 1. Этапы развития речи в норме и раннее проявление дизонтогенеза	5
Тема 2. Специфика процесса усвоения родного языка при нарушенном развитии детской речи	17
Глава II. Нарушения фонационного (внешнего) оформления высказывания («ринолалия», «дизартрия»)	29
Тема 3. Общая характеристика ринолалии как нарушения речи. Формы ринолалии (открытая, закрытая, смешанная)	29
Тема 4. Раннее общее и речевое развитие детей с ринолалией. Характеристика устной и письменной речи детей с ринолалией	43
Тема 5. Общая характеристика дизартрии как нарушения речи. Этиопатогенетические механизмы дизартрии. Классификации дизартрии	51
Тема 6. Клинические формы дизартрии	57
Тема 7. Система коррекционно-педагогической работы при дизартрии	73
Глава III. Системные нарушения речи (общее недоразвитие речи, алалия)	83
Тема 8. Общее недоразвитие речи у детей	83
Тема 9. Алалия. Общая характеристика нарушения речи	103
Тема 10. Классификация алалии. Направления и содержание обследования и организации коррекционной работы при алалии.....	117
Тема 11. Дифференциальная диагностика алалии от других патологий в развитии (РДА, снижение слуха, умственная отсталость)	139
Глава IV. Особенности развития речи у детей с нарушением интеллектуального развития	141
Тема 12. Характеристика нарушений интеллектуального развития ...	141
Тема 13. Общие сведения о развитии речи детей с интеллектуальной недостаточностью	145
Тема 14. Особенности логопедической работы с детьми с нарушениями интеллектуального развития	162
Словарь терминов	170
Приложение	177

Учебное издание

Ирина Дмитриевна Емельянова,
Светлана Витальевна Маркова

РАЗВИТИЕ РЕЧИ В УСЛОВИЯХ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Учебное пособие

Техническое исполнение – В. М. Гришин

Технический редактор – О.А. Ядыкина

Печатается в авторской редакции

Формат 60 x 84 /16. Гарнитура Times. Печать трафаретная.

Печ.л. 11,4 Уч.-изд.л. 10,9

Тираж 300 экз. Заказ 153

Отпечатано с готового оригинал-макета на участке оперативной полиграфии
Елецкого государственного университета им. И. А. Бунина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина»

399770, г. Елец, ул. Коммунаров, 28,1