

ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

Учебно-методические материалы (опорные конспекты лекций, планы практических и семинарских занятий) для самоподготовки слушателей специальности переподготовки 1-03 03 76 Интегрированное обучение и воспитание в дошкольном образовании

Составитель:

Казаручик Г.Н.

Опорные конспекты лекций

Лекция 1 (2 часа) Логопедия как наука

1. Логопедия как отрасль коррекционной педагогики. Предмет, объект, цели и задачи логопедии.
2. Принципы и методы логопедии как науки.
3. Понятийно-категориальный аппарат логопедии.

1. Логопедия как отрасль коррекционной педагогики. Объект, предмет, цель и задачи логопедии. Логопедия – отрасль коррекционной педагогики, специальная педагогическая наука о нарушениях речи, методах их выявления, устранения и предупреждения средствами специального обучения и воспитания.

Объект логопедии – педагогический процесс выявления, устранения и предупреждения нарушений речи.

Предмет логопедии – нарушения речи и методы их выявления, устранения и предупреждения.

Цель логопедии – разработка научно обоснованной системы обучения, воспитания, перевоспитания лиц с нарушениями речи, а также предупреждения речевых расстройств.

Задачи логопедии:

1. Выявление нарушений речи и их дифференцированное изучение в контексте междисциплинарного подхода.
2. Установление этиологии, механизмов, структуры и проявлений речевых нарушений.
3. Определение общих и специфических закономерностей развития лиц с нарушениями речи в ходе сопоставительного анализа данных речевого онто- и дизонтогенеза; выявление взаимообусловленной связи речевых расстройств с состоянием психических, моторных и иных функций человека.
4. Систематизация и классификация данных о видах, формах, степенях проявления нарушений речи.
5. Обоснование и реализация методов, принципов, подходов и содержания логопедической работы по преодолению нарушений речи.
6. Осуществление профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения речевых нарушений и их последствий.
7. Изучение вариативных проявлений нарушений речевой деятельности у лиц с особенностями психофизического развития (ОПФР) (при слуховой и зрительной депривации, нарушениях функций опорно-двигательного аппарата, интеллектуальной недостаточности, трудностях в обучении, нарушениях эмоционального развития).
8. Разработка методов и совершенствование содержания дифференциальной диагностики речевых нарушений.

9. Обеспечение комплекса педагогических условий, определяющих эффективную реализацию логопедической помощи.

2. Принципы и методы логопедии как науки. Логопедия опирается на следующие основные принципы:

Принцип развития – учет общих и специфических закономерностей развития детей с ОПФР.

Онтогенетический принцип – учет возрастной последовательности появления форм и функций речи, а также видов деятельности ребенка.

Принцип комплексности – медико-психолого-педагогический характер изучения и устранения речевых нарушений.

Принцип системности – опора на представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии.

Принцип обходного пути – опора на представление о компенсации нарушенных речевых и неречевых функций, перестройки деятельности функциональных систем.

Этиопатогенетический принцип – учет этиологии механизмов речевого нарушения при осуществлении его изучения.

Важное место при изучении и коррекции речевых нарушений занимают *общедидактические принципы*: наглядность, доступность, сознательность, индивидуальный подход и др.

Методы логопедии были сформулированы и систематизированы Л.С. Волковой. Современное переосмысление научных взглядов позволяет представить следующие группы методов:

Первая группа — организационные методы: сравнительный, лонгитюдный (изучение в динамике), комплексный.

Вторая группа – эмпирические методы: наблюдение, экспериментальное изучение (лабораторный, естественный психолого-педагогический эксперимент (констатирующий, формирующий, контрольный этапы)), компьютерно-аппаратное исследование, психодиагностическое изучение (тестирование, анкетирование, интервьюирование), анамнестическое изучение (сбор и анализ данных персонального характера, медицинских и психолого-педагогических данных).

Третья группа – количественно-качественные методы обработки данных (математические и статистические, корреляционные и прогнозирующие).

Четвертая группа – интерпретационные методы, позволяющие выявить взаимосвязи между проявлениями и компонентами речевых и неречевых расстройств, между проявлениями и компонентами речевых и неречевых расстройств, между общим и частным в структуре речевого нарушения.

Пятая группа – методы специального обучения, воспитания и стимулирования лиц с нарушениями речи: словесные, наглядные, практические, репродуктивные, поисковые, исследовательские, проблемные, индуктивные и дедуктивные, интерактивные, а также методы обходного пути с учетом структуры нарушения и потенциальных возможностей развития/компенсации речевых функций.

3. Понятийно-категориальный аппарат логопедии. Обязательным условием выделения и функционирования любой науки является наличие в ней собственного понятийно-категориального аппарата.

Важным в логопедии является различение понятий нормы и нарушений речи.

Норма речи – общепринятые варианты употребления языка в процессе речевой деятельности. При нормальной речевой деятельности являются сохраненными психофизиологические механизмы речи.

Нарушение речи – отклонение в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, обусловленное расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности. С точки зрения коммуникативной теории нарушение речи есть нарушение вербальной коммуникации. Расстроены оказываются взаимоотношения, объективно существующие между индивидуумом и обществом и проявляющиеся в речевом общении.

Речевые нарушения характеризуются следующими особенностями:

1. Они не соответствуют возрасту говорящего;
2. Не являются диалектизмами, безграмотностью речи и выражением незнания языка;
3. Связаны с отклонениями в функционировании психофизиологических механизмов речи;
4. Часто оказывают отрицательное влияние на дальнейшее психическое развитие ребенка;
5. Носят устойчивый характер и самостоятельно не исчезают;
6. Требуют определенного логопедического воздействия в зависимости от их характера.

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

Для обозначения нарушений речи используются термины «расстройства речи», «недостатки речи», «речевая патология», «речевые отклонения».

Различают понятия «недоразвитие речи» и «нарушение речи».

Недоразвитие речи – качественно более низкий уровень сформированности той или иной речевой функции или речевой системы в целом.

Нарушение речи – отклонение от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности. Например, при недоразвитии грамматического строя речи наблюдается более низкий уровень усвоения морфологической системы языка, синтаксической структуры предложения. Нарушение грамматического строя речи характеризуется его аномальным формированием, наличием аграмматизмов.

В логопедии разграничиваются понятия «нарушения речевого развития» и «задержка речевого развития». В отличие от нарушения речевого развития, при котором искажается сам процесс речевого онтогенеза, *задержка речевого раз-*

вития – это замедление темпа, при котором уровень речевого развития не соответствует возрасту ребенка.

В логопедии используется понятие «распад речи».

Распад речи – утрата имевшихся речевых навыков и коммуникативных умений вследствие локальных или диффузных поражений головного мозга.

К понятиям, характеризующим нарушения речи, относятся: «симптом нарушения речи», «симптоматика нарушений речи», «механизм нарушения речи», «патогенез нарушений речи», «структура речевого нарушения».

Симптом нарушения речи — это признак (проявление) какого-либо нарушения речевой деятельности.

Симптоматика нарушений речи — это совокупность признаков (проявлений) нарушения речевой деятельности.

Механизм нарушения речи – характер отклонений в функционировании процессов и операций, обуславливающих возникновение и развитие нарушений речевой деятельности.

Патогенез нарушений речи – это патологический механизм, обуславливающий возникновение и развитие нарушений речевой деятельности.

Структура речевого нарушения – совокупность (состав) речевых и неречевых симптомов данного нарушения речи и характер их связей. В структуре речевого нарушения выделяется первичное, ведущее нарушение (ядро) и вторичные нарушения, которые находятся в причинно-следственных отношениях с первыми, а также системные последствия. Различная структура речевого нарушения находит свое отражение в определенном соотношении первичных и вторичных симптомов, что во многом определяет специфику целенаправленной логопедической работы.

При устранении речевых нарушений используются понятия: «логопедическая работа», «коррекция нарушений речи», «компенсация», «развитие», «обучение», «воспитание», «перевоспитание», «восстановительное обучение», «профилактика нарушений речи».

Логопедическая работа – процесс, направленный на коррекцию и компенсацию нарушений речевой деятельности, на воспитание и развитие ребенка с речевым нарушением.

Коррекция нарушений речи – это исправление речи или ослабление симптоматики нарушений речи (устранение, преодоление речевых нарушений).

Компенсация – сложный, многоаспектный процесс перестройки психологических функций при нарушении или утрате каких-либо функций организма. Компенсаторная перестройка включает восстановление или замещение утраченных или нарушенных функций, а также их изменение. Важнейшую роль в компенсации играет центральная нервная система. Развитие и восстановление несформировавшихся и нарушенных речевых и неречевых функций осуществляются на основе специальной системы логопедической работы, в процессе которой формируются компенсации.

Развитие – процесс становления личности человека под влиянием внешних и внутренних, управляемых и неуправляемых социальных и природных факторов

Обучение – это двусторонний управляемый процесс, включающий активную познавательную деятельность детей по усвоению знаний, умений и навыков и педагогическое руководство этой деятельностью. Процесс обучения выполняет образовательную, воспитательную и развивающую функцию в их органическом единстве.

Воспитание — это целенаправленное, систематическое, организованное управление процессом формирования личности или отдельных ее качеств в соответствии с потребностями общества.

Перевоспитание – коррекция и компенсация личностных особенностей лиц с нарушениями речевой деятельности.

При локальных поражениях головного мозга в логопедической работе используется понятие «восстановительное обучение».

Восстановительное обучение – восстановление нарушенных речевых и неречевых функций. В основе этого обучения лежит опора на сохранное звено функции и перестройка всей функциональной системы.

Профилактика нарушений речи – устранение причин, которые могут приводить к речевым нарушениям.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что является предметом изучения логопедии?
2. В чем заключается сущность этиопатогенетического принципа?
3. Чем отличаются понятия «нарушения речевого развития» и «задержка речевого развития»?

Литература:

1. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – С. 6–27.
2. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – С. 7–16.
3. Пятница, Т. В. Логопедия в таблицах, схемах, цифрах : учебное пособие / Т. В. Пятница. – Изд., 8-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2016. – С. 5–13.

Лекция 2 (2 часа)

Дислалия

1. Понятие, причины, классификация дислалии.
2. Термины обозначения нарушений отдельных групп звуков, их виды.
3. Цели, задачи, принципы, этапы логопедической работы при дислалии.
4. Примерный порядок работы по коррекции нарушений звукопроизношения.
5. Структура логопедических занятий по устранению дислалии. Содержание и распределение речевого материала при автоматизации и дифференциации звуков.
6. Недостатки произношения свистящих и шипящих звуков и приемы их устранения.
7. Недостатки произношения сонорных звуков и приемы их устранения.
8. Недостатки произношения заднеязычных звуков и приемы их устранения.

1. Понятие, причины, классификация дислалии. *Дислалия* (от греч. *dis* – приставка, означающая частичное расстройство, и *lalio* – говорю) – *нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.*

В зависимости от локализации нарушения и причин, обуславливающих нарушение звукопроизношения, выделяют *две основные формы дислалии: функциональную и механическую.*

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

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

Функциональная дислалия. К ней относятся нарушения воспроизведения звуков речи (фонем) при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата.

Причины возникновения функциональной дислалии – биологические и социальные: общая физическая ослабленность ребенка вследствие соматических заболеваний, особенно в период активного формирования речи; задержка психического развития (минимальные мозговые дисфункции), запоздалое развитие речи, избирательное нарушение фонематического восприятия; неблагоприятное социальное окружение, препятствующее развитию общения ребенка (ограниченность социальных контактов, подражание неправильным образцам речи, а также недостатки воспитания, когда родители культивируют несовершенное

детское произношение, задерживая тем самым у него развитие звукопроизношения).

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

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

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

Явление, при котором звук не опознается, выпадает называется *пропуск (элизия) звуков*.

В современных логопедических исследованиях, опирающихся на положения лингвистики, различные виды нарушений звукопроизношения подразделяются на две разноуровневые категории. *Замены и смешения звуков квалифицируются как фонологические (Ф.Ф. Рау), или (что то же самое) фонематические (Р.Е. Левина) нарушения*, при которых нарушена система языка. *Искажения звуков квалифицируются как антропофонические (Ф.Ф. Рау), или фонетические нарушения*, при которых нарушена произносительная норма речи. Такое разделение углубляет представление о структуре речевого нарушения и направляет внимание на поиски адекватных методов его преодоления.

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

С учетом преимущественного поражения фонетического (артикуляторного) или фонематического компонентов речевой функциональной системы, Б.М. Гриншпун в своей классификации выделил три основные формы дислалии: *акустико-фонематическая, артикуляторно-фонематическая, артикуляторно-фонетическая*.

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

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

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

При акустико-фонематической дислалии у ребенка нет нарушений слуха. Расстройство сводится к тому, что у него избирательно не формируется функция слухового различения некоторых фонем.

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

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

При втором варианте нарушения артикуляторная база оказывается полностью сформированной. Усвоены все артикуляторные позиции, необходимые для производства звуков, но при отборе звуков принимается неправильное ре-

шение, вследствие чего звуковой облик слова становится неустойчивым (ребенок может произнести слова правильно и неправильно). Это приводит к смешениям звуков в силу их недостаточной дифференциации, к неоправданному их употреблению.

Замены и смешения при этой форме дислалии осуществляются на основе артикуляционной близости звуков. Но, как и в предыдущей группе нарушений, эти явления наблюдаются преимущественно между звуками или классами звуков, различающихся по одному из признаков: свистящими и шипящими *с – ш, з – ж* (*крыса – «крыша»*), между взрывными шумными переднеязычными и заднеязычными *т – к, д – г* (*Толя – «Коля», гол – «дол»*), между парными по артикуляции язычными твердыми и мягкими фонемами *с – с', л – л', т – т'* (*сад – «сядь», лук – «люк», тук – «тюк»*) и др. Эти явления могут наблюдаться среди звуков, одинаковых по способу образования, между аффрикатами *ц* и *ч* («курича» – *курица*, «крицать» – *кричать*), сонорами *р* и *л* («лыба» – *рыба*, «рапа» – *лапа*).

При этой форме дислалии фонематическое восприятие у ребенка чаще всего сформировано полностью. Он различает все фонемы, узнает слова, в том числе и слова-паронимы. Ребенок осознает свое нарушение и пытается преодолеть его. Во многих случаях такая самокоррекция под управлением слухового контроля проходит успешно.

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

Артикуляторно-фонетическая дислалия. К этой форме относятся нарушения звукового оформления речи, обусловленные неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями.

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

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

Нарушаются не все звуки: так, при различных индивидуальных особенностях произнесения акустический эффект при произнесении губных (взрывных и сонорных) согласных, а также переднеязычных взрывных и сонорных соглас-

ных оказывается в пределах нормы. Почти не встречаются искажения губно-зубных $\phi - \phi$, $\psi - \psi$.

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

Переднеязычные не взрывные согласные представляют собой сложные по артикуляции звуки, овладение их правильным укладом требует тонких дифференцированных движений. При произношении ребенок не может опереться на те движения, которые у него сформировались ранее в связи с биологическими актами, например, при овладении губными согласными или взрывными переднеязычными. Эти звуки формируются у него позже других, потому что он должен овладеть новыми комплексами движений, предназначенных для произношения.

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

По количеству нарушенных звуков дислалии подразделяются на простые и сложные. К *простым* относят дислалии, при которых нарушено произношение от 1 до 4 звуков, к *сложным* – 5 и более звуков.

По характеру нарушений дислалии подразделяются на *мономорфные* (если нарушены звуки одной фонетической группы, например, шипящие звуки) и *полиморфные* (если нарушены звуки разных фонетических групп, например, шипящие, свистящие и сонорные).

2. Термины обозначения нарушений отдельных групп звуков, их виды.
Для обозначения искаженного произношения и пропуска звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса *-изм*: *ротацизм* – нарушение произношения сонорных звуков p и p' , *лямбдацизм* – l и l' , *сигматизм* – свистящих и шипящих звуков, *йотацизм* – йот (j), *каппацизм* – k и k' , *гаммацизм* – g и g' , *хитизм* – x и x' . В тех случаях, когда отмечается замена и смешение звуков, то к названию нару-

шения прибавляют приставку *пара-*: *параротацизм, парасигматизм* и др. (см. таблицу).

Таблица – Термины обозначения нарушений отдельных групп звуков

№ п/п	Группа звуков в русском языке	Базовый звук группы	Название в греческом алфавите	Виды нарушений звуков и их названий	
				Пропуск, искажение	Замена, смешение
1	Свистящие звуки [с], [с'], [з], [з'], [ц]	[с]	сигма	сигматизм	парасигматизм
2	Шипящие звуки [ш], [ж], [щ], [ч]	[ш]	этого звука в греческом алфавите нет	сигматизм группы шипящих звуков	парасигматизм группы шипящих звуков
3	Сонорные звуки [л], [л']	[л]	ламбда	ламбдацизм	параламбдацизм
4	Сонорные звуки [р], [р']	[р]	ро	ротацизм	параротацизм
5	Сонорный звуки йот [ј]	[ј]	йот	йотацизм	парайотацизм
6	Заднеязычные звуки [к], [к']	[к]	каппа	каппацизм	каракаппацизм
7	Заднеязычные звуки [г], [г']	[г]	гамма	гаммацизм	парагаммацизм
8	Заднеязычные звуки [х], [х']	[х]	хита	хитизм	парахитизм
9	Звонкие – глухие звуки [б] – [п], [б'] – [п'], [в] – [ф], [в'] – [ф'], [г] – [к], [г'] – [к'], [д] – [т], [д'] – [т'], [ж] – [ш], [з] – [с], [з'] – [с']	Озвончение является дифференциальным признаком для русского языка	Для этой группы звуков пропуски, искажения не характерны	Нарушения озвончения	
10	Твердые – мягкие звуки [б] – [б'], [в] – [в'], [г] – [г'], [д] – [д'], [з] – [з'], [к] – [к'], [л] – [л'], [м] – [м'], [н] – [н'], [п] – [п'], [р] – [р'], [с] – [с'], [т] – [т'], [ф] – [ф'], [х] – [х']	Смягчение является дифференциальным признаком для русского языка	Для этой группы звуков пропуски, искажения не характерны	Нарушения смягчения	

3. Цели, задачи, принципы, этапы логопедической работы при дислалии. Цель логопедической работы – формирование умений и навыков правильного произнесения звуков речи.

Задачи логопедической работы:

1. Подготовить речеслуховой и речедвигательный анализаторы к правильному восприятию и воспроизведению звуков.

2. Сформировать необходимый артикуляционный уклад.

3. Сформировать первичные произносительные умения навыки на специально подобранном речевом материале.

4. Развить у ребёнка способность в его собственной речи различать звук поставленный и его прежний субститут на специально подобранном речевом материале.

5. Закрепить сформированные речевые умения и навыки в различных коммуникативных ситуациях.

Принципы логопедической работы:

1. Общедидактические: научности, доступности, наглядности, сознательности и активности, индивидуальности, дифференцированного подхода, прочности усвоения, систематичности и системности, воспитывающего обучения, развивающего обучения.

2. Специальные: системности, комплексности, развития, обходного пути, деятельностного подхода, онтогенетический, этиопатогенетический, учета симптоматики нарушения и структуры речевого дефекта, рассмотрения нарушения речи во взаимосвязи с другими сторонами психического развития ребенка, учета ведущей деятельности, личностно-ориентированного подхода, смены различных видов деятельности, задействования всех анализаторов.

Этапы логопедической работы:

1. Подготовительный этап.

Цель подготовительного этапа – включить ребенка в целенаправленный логопедический процесс.

Задачи подготовительного этапа:

- формирование у ребенка положительной мотивации на занятия;
- формирование произвольных форм деятельности и осознанного отношения к занятиям;

- развитие произвольного внимания, памяти, мыслительных операций;

- формирование умения опознавать (узнавать) и различать фонемы;

- формирование артикуляторных (речедвигательных) умений и навыков.

2. Этап формирования первичных произносительных умений и навыков.

Цель этапа формирования первичных произносительных умений и навыков – сформировать у ребенка первоначальные умения правильного произнесения звука на специально подобранном речевом материале.

Задачи этапа формирования первичных произносительных умений и навыков:

- постановка звуков;

- формирование навыков правильного использования звуков в речи (автоматизация умений);

- формирование умений отбирать звуки, не смешивая их между собой (дифференцировать звуки).

3. Этап формирования коммуникативных умений и навыков.

Цель этапа формирования коммуникативных умений и навыков – сформировать у ребенка умения и навыки безошибочного употребления звуков речи во всех ситуациях общения.

На занятиях широко используются тексты, а не отдельные слова, применяются различные формы и виды речи, используются творческие упражнения, подбирается материал, насыщенный теми или иными звуками.

4. Примерный порядок работы по коррекции нарушений звукопроизношения. Порядок работы по коррекции нарушений звукопроизношения должен прежде всего отвечать дидактическому принципу последовательного перехода от более легкого к более трудному. Установлено, что исправлять недостатки произношения свистящих согласных значительно легче, чем шипящих. Поэтому, если у ребенка имеются нарушения в произношении и тех и других согласных, начинать надо с работы над звуками *с, с', з, з', ц*. Исходя из того же принципа сначала работают над постановкой звука *л*, а потом *р*.

Следует пояснить, что не только возможна, но и необходима параллельная работа над двумя звуками. Однако при этом соблюдаются следующие *требования*.

1. Прежде всего нельзя брать для одновременной работы те звуки, артикуляция которых характеризуется прямо противоположным укладом речевых органов. Так, например, нецелесообразно одновременно работать над исправлением бокового произнесения звука *с* и с постановкой звука *л*. В данном случае для правильной артикуляции фонемы *с* нужно добиваться широкого уклада языка с желобком посередине, а для *л* – совершенно противоположного (язык узкий – «жалом»), желобок отсутствует, а воздух проходит по боковым щелям между языком и коренными зубами). Параллельная работа над этими звуками может привести к взаимному торможению движений, необходимых для их произнесения.

2. Нельзя одновременно работать над так называемыми «трудными» звуками, т.е. теми, произнесение которых вызывает у ребенка наибольшую затрату энергии. Так, например, одновременная работа над звуками *р* и *ш*, требующими большого напряжения дыхательных органов, может привести к быстрому утомлению вплоть до головокружения.

3. Если у ребенка нарушено произношение парных согласных звуков, то в первую очередь работают над глухими звуками, например, над *ш*, затем усложняют артикуляцию, прибавляя к ней голос, и получают звук *ж*.

4. Учет индивидуальных особенностей ребенка, в первую очередь податливость тех или иных нарушений к устранению. Поэтому в процессе обследования ребенка учитель-логопед должен точно установить, какие звуки легче поддаются исправлению, и при составлении плана работы включить их в первую очередь.

5. Структура логопедических занятий по устранению дислалии. Содержание и распределение речевого материала при автоматизации и дифференциации звуков. Структура логопедических занятий по устранению дислалии:

1. Вводная часть.
2. Основная часть:
 - подготовительный этап,

- формирующий этап,
- этап самостоятельной работы.

3. Заключительная часть.

При постановке звуков следует широко использовать *опору на различные анализаторы* (слуховой, зрительный, кожный и двигательный), облегчающую воспроизведение требуемой артикуляции по образцу и контроль над ней.

По мере автоматизации навыков правильного произношения звука необходимость в зрительном контроле отпадает. Дальнейшая работа ведется с опорой на слуховой и кинестетический самоконтроль.

С самого начала работы над звуком необходимо развивать у ребенка слуховой самоконтроль. Для этой цели логопед привлекает внимание ребенка к неправильному произношению звука и предлагает сравнить его с правильным. Целесообразно, чтобы сам логопед имитировал искаженное произношение, чередуя его с нормальным, а ребенок сравнивал оба варианта и воспроизводил нужный. Следует постоянно напоминать детям о необходимости вслушиваться в то, как они произносят. На первых порах полезно утрированное произнесение ребенком звука. Так ему будет легче приобрести навыки слухового контроля.

К автоматизации поставленного звука можно переходить лишь тогда, когда ребенок произносит его изолированно совершенно правильно и четко при продолжительном или многократном повторении. *Ни в коем случае не следует вводить в слоги и слова звук, который произносится еще недостаточно отчетливо*, так как это приведет лишь к закреплению неправильных навыков и не даст улучшения в произношении.

Автоматизация поставленного звука должна проводиться в строгой последовательности:

- 1) автоматизация изолированного звука (в звукоподражаниях);
- 2) автоматизация звука в слогах (прямых, обратных, интервокальных, со стечением согласных);
- 3) автоматизация звука в словах (в начале слова, середине, конце);
- 4) автоматизация звука в предложениях;
- 5) автоматизация звука в чистоговорках и стихах;
- 6) автоматизация звука в коротких, а затем длинных рассказах;
- 7) автоматизация звука в разговорной речи;
- 8) автоматизация звука в скороговорках.

Речевой материал, подбираемый логопедом для автоматизации звуков (равно как и для дифференциации), должен отвечать специальным фонетическим *требованиям*:

1. В речевом материале должно содержаться максимальное количество закрепляемых звуков.

2. В речевом материале не должно быть неправильно произносимых ребенком звуков, т. е. тех, которыми он еще не овладел. Иначе у него будет закрепляться неправильное произношение.

3. Необходимо учитывать смысловую доступность лексического материала.

4. Логопед должен стремиться к тому, чтобы в процессе работы над автоматизацией любого звука смысловой речевой материал преобладал над чисто слоговыми упражнениями.

5. Постепенное и систематическое повышение темпа речевых упражнений. От неторопливого, утрированного произнесения слогов ребенок должен постепенно переходить к более быстрому проговариванию слов, затем к еще более ускоренному произнесению предложений и, наконец, скороговорок. Только в таком случае осуществляется быстрое и прочное закрепление правильного произношения поставленного звука.

6. Требование соблюдения строгой последовательности в работе над автоматизацией звука предусматривает постепенное усложнение лексического материала, переход от простых видов речевой деятельности к более сложным – от элементарного повторения слов за логопедом к называнию предметов, действий, описанию простейших ситуаций, изображенных на картинке, воспроизведению по памяти стихов, чистоговорок, скороговорок и далее к пересказу коротких рассказов, составлению рассказов по серии картин и, наконец, к свободному речевому общению.

Дифференциация звуков устанавливается в следующей последовательности:

1. Дифференцировки звуков, принадлежащих к разным фонетическим группам (*м – ш, р – с* и т.п.).

2. Дифференцировки звуков, принадлежащих к одной фонетической группе (*ш – с, п – б* и т.д.).

Логопедическая работа по дифференциации смешиваемых звуков включает пять этапов:

1) этап слуховой и произносительной дифференциации смешиваемых звуков;

2) этап произносительной дифференциации смешиваемых звуков в слогах;

3) этап произносительной дифференциации смешиваемых звуков в словах;

4) этап произносительной дифференциации смешиваемых звуков в предложениях;

5) этап произносительной дифференциации смешиваемых звуков в текстах.

6. Недостатки произношения свистящих и шипящих звуков и приемы их устранения. К свистящим звукам относятся: *с, с', з, з', ц*. Пропуск и искажение этих звуков называется *сигматизмом*, замена и смешение – *парасигматизмом*.

Правильный уклад органов артикуляции при произношении свистящих звуков см. в источниках 1 (с. 42–43) и 2 (с. 117–118).

Основные виды сигматизма и парасигматизма:

1. *Межзубный сигматизм* наиболее распространен в данной группе нарушений. Характерный для звука *с* свист отсутствует. Вместо него слышится более низкий и слабый шум, обусловленный положением языка, просунутого между зубами: круглая щель при этом заменяется плоской. Этот же недостаток распространяется на парный звонкий *з* и аффрикат *ц*.

2. *Губно-зубной сигматизм*. При нем в образовании щели участвует, кроме языка, нижняя губа, которая сближается с верхними резцами (как при образо-

вании звука *ф*), поэтому акустический эффект при искажении *с* близок к звуку *ф*. Подобный дефект наблюдается при произнесении остальных свистящих.

3. *Боковой сигматизм*. Выдыхаемая струя воздуха проходит не по средней линии языка, а через боковую щель, одностороннюю или двустороннюю, так боковые края языка не прилегают к коренным зубам. Кончик языка и передняя часть спинки образуют смычку с резцами и альвеолами. При такой артикуляции вместо *с* слышится шум. Такой же шум, только озвученный голосом, слышится при произнесении *з*. С боковой артикуляцией может произноситься и *ц*. Дефект распространяется и на соответствующие парные мягкие свистящие звуки.

4. *Призубный парасигматизм*. Язык приобретает переднюю смычную артикуляцию вместо щелевой, слышится звук типа взрывного *т* или, при звонком, – *д*. При звуке *ц* артикуляция его упрощается, и он становится одноэлементным, произносится как *с* или как *т*.

5. *Шипящий парасигматизм*. Язык принимает артикуляцию, характерную для *ш*, или артикуляцию смягченного шипящего звука, напоминающего укороченный *щ*.

Приемы постановки свистящих звуков.

Постановка обычно начинается с глухого твердого *с*.

При губно-зубном сигматизме нужно снять губную артикуляцию. Это достигается демонстрацией правильной позы губ при артикулировании этого звука, либо с механической помощью (шпателем или пальцем отводят нижнюю губу от зубов). В других случаях ребенка просят улыбнуться, оттянуть несколько углы рта так, чтобы были видны зубы, и подуть на кончик языка для получения свистящего шума, типичного для *с*. Можно воспользоваться механической помощью. Ребенок произносит многократно слог *та*, логопед вводит зонд (или приспособление его заменяющее, например, ватную палочку) между альвеолами и кончиком (а также передней частью спинки языка) и слегка нажимает им вниз. Образуется круглая щель, проходя через которую выдыхаемая струя воздуха производит свистящий шум. Управляя зондом, логопед может изменять величину щели до получения нужного акустического эффекта.

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

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

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

Звук *ц* ставится от звука *т* при опущенном кончике языка к нижним резцам и прижатой к верхним резцам передней части спинки языка. Ребенка просят произнести звук *т* с сильным выдохом. При этом как бы последовательно

произносят *t* и *s*. Элемент свистящего звука оказывается протяженным. Чтобы получить слитный звук с укороченным свистящим элементом, ребенку предлагают произносить обратный слог с гласным *a*. При произнесении слышится как бы сочетание *ats*. Затем нужно теснее сблизить переднюю часть спинки языка с зубами (до соприкосновения одновременно с верхними и нижними резцами) и вновь произнести сочетание *ats* с сильным выдохом в момент перехода от *a* к *ts*. В тех случаях, когда ребенку трудно удержать кончик языка у нижних резцов, применяется механическая помощь. Шпателем или зондом логопед удерживает кончик языка у нижних резцов или помещает зонд между передней частью спинки языка и зубами и просит ребенка произнести с сильным выдохом слог *ta*. В момент произнесения ребенком взрывного элемента слога логопед слегка нажимает на язык. Слышится фрикативный шум, присоединяющийся без интервала к взрывному шуму, в результате слышится слитный звук *ц*.

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

К шипящим звукам относятся: *ш, щ', ж, ч'*. Пропуск и искажение этих звуков называется *сигматизмом шипящих звуков*, замена и смешение – *пара-сигматизмом шипящих звуков*.

Правильный уклад органов артикуляции при произношении шипящих звуков см. в источниках 1 (с. 44–45) и 2 (с. 120–121).

Недостатки произношения шипящих звуков ш, ж, щ, ч в ряде случаев аналогичны недостаткам свистящих: *межзубное, щечное, боковое* произношение. Кроме этого наблюдаются дефекты, присущие произнесению только шипящих звуков.

Основные виды нарушений звуков ш и ж. Среди нарушений этих звуков отмечается несколько видов искаженного произношения.

«Щечное» произношение ш и ж. Язык не принимает участия в артикуляции, выдыхаемая струя воздуха встречает препятствие не между языком и губами, а между сближенными (иногда сжатыми) между собой зубами и прижатыми к ним с боков углами рта. Образуется «тупой» шум, а при произнесении звонкого *ж* к шуму прибавляется голос; произнесение звука сопровождается раздуванием щек.

«Нижнее» произношение ш и ж. Щель образуется не сближением кончика языка с твердым нёбом, а передней частью его спинки. При таком артикулировании шипящие приобретают мягкий оттенок, напоминая звук, *щ*, произносимый без присущей ему долготы. В некоторых случаях при таком артикулировании может произноситься твердый звук.

Заднеязычное произношение ш к ж. Щель образуется сближением задней части спинки языка с твердым нёбом. В этом случае шум, напоминающий шум при звуке *х* или звонком фрикативном *г*, как в южнорусских областях.

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

Приемы постановки звуков *ш* и *ж*. Сначала ставится звук *ш*, а затем на его базе ставится *ж*.

Постановка звука *ш* осуществляется рядом приемов.

Ребенок несколько раз произносит слог *са* и во время его произнесения постепенно (плавно) поднимает кончик языка по направлению к альвеолам. По мере подъема языка меняется характер шума согласного звука. В момент появления шипящего шума, соответствующего акустическому эффекту нормированного *ш*, логопед фиксирует внимание ребенка с помощью зеркала на этой позе. Затем просит сильно подуть на кончик языка, присоединяя к выдоху звук *а* (в результате слышится слог *ша*). Ребенок произносит слог *са* при верхнем положении языка и внимательно прислушивается к тому, какой звук при этом получается.

Ребенок произносит несколько раз слог *са*, и логопед вводит под язык зонд. С его помощью переводит кончик языка в верхнее положение и регулирует степень его подъема до появления нормально звучащего *ш*. Логопед фиксирует зонд в этом положении, просит ребенка вновь произнести тот же слог и внимательно вслушаться. После нескольких тренировок в произнесении *ша* с помощью зонда логопед фиксирует внимание ребенка на положении языка и выясняет, может ли он самостоятельно поставить язык в нужную позицию.

При ненарушенном произнесении *р* можно поставить *ш* и *ж* от этого звука. Ребенок произносит слог *ра* и в этот момент логопед прикасается шпателем или зондом к нижней поверхности его языка, чтобы затормозить вибрацию. При шепотном произнесении *ра* слышится *ша*, а при громком — *жа*.

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

Среди *недостатков произношения звука ш* имеется *укороченное произношение* (длительность такого звука такая же, как при *ш*), *замена мягким свистящим звуком с*, а также *произнесение ш с аффрикативным элементом* в завершающей фазе, как сочетание *шч* («шчука» вместо *щука*).

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

Если правильно произносится звук *ч*, то от него легко получить звук *ш*, протянув завершающий звук *ч* фрикативный элемент. Слышится долгий звук *ш*,

который в дальнейшем без труда отделяется от взрывного элемента. Звук сразу же вводится в слоги, а затем в слова.

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

Звук *ч* можно поставить от мягкого *т*, произносимого в прямом слоге (*т'и*) или обратном (*ат'*). Ребенок произносит несколько раз какой-нибудь из этих слогов с некоторым усилением выдоха на согласном элементе. В момент произнесения логопед с помощью шпателя или зонда слегка отодвигает назад кончик языка (как для артикуляции *ц*). Тот же акустический эффект может быть получен при введении зонда под язык. В момент произнесения логопед слегка приподнимает язык и одновременно несколько отодвигает его назад. Звук *ч* легче вызывается в обратных слогах.

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

7. Недостатки произношения сонорных звуков и приемы их устранения. Из группы сонорных звуков чаще нарушаются *р*, *р'*, *л*, *л'*, реже – *ж* (йот). Пропуск и искажение звуков *р*, *р'* называется *ротацизмом*, замена и смешение – *параротацизмом*. Правильный уклад органов артикуляции при произношении звуков *р*, *р'* см. в источниках 1 (с. 47) и 2 (с. 112–113).

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

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

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

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

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

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

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

Приемы постановки звука r.

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

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

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

Постановка r в два этапа. На первом этапе ставится фриктивный *r* без вибрации от звука *ж* при его протяжном произнесении без округления губ и с перемещением переднего края языка несколько вперед, к деснам верхних зубов или альвеолам. При этом звук произносится со значительным напором воздуха (как при произнесении глухого звука) и минимальной щелью между передним краем языка и деснами.

Полученный фриктивный звук закрепляется в слогах. Можно, не закрепляя звук в слогах, перейти ко второму этапу постановки: с механической помощью, применяя шариковый зонд. Его вводят под язык и, прикасаясь к нижней поверхности передней части языка, быстрыми движениями зонда вправо и влево вызывают колебания языка, передние его края попеременно смыкаются и размыкаются с альвеолами. Эти движения можно осуществлять и обычным плоским шпателем (деревянным или пластмассовым). Домашние тренировки ребенок может проводить с помощью черенка чайной ложки или чистого указательного пальца. Во время тренировок выдыхаемая струя должна быть сильной.

Описанным приемом пользуются в тех случаях, когда шипящие звуки у ребенка не нарушены. Данный прием приводит к положительным результатам. Однако его недостатки в том, что звук оказывается раскатистым, произносится

изолированно и ребенок с трудом овладевает переходом от него к сочетаниям звука с гласными.

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

При постановке мягкого *p'* применяется тот же прием, но с помощью слога *zi*, а в дальнейшем *ze*, *zy*, *zё*, *zyo*.

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

Пропуск и искажение звуков *l*, *l'* называется *ламбдацизмом*, замена и смешение – *параламбдацизмом*. Правильный уклад органов артикуляции при произношении звуков *l*, *l'* см. в источниках 1 (с. 46) и 2 (с. 115–116).

Среди нарушений *l* распространено искажение звука, при котором произносится двугубый сонорный звук, наподобие краткого *u*, встречающегося в некоторых диалектах, или звука *w*, свойственного фонетическому строю английского языка. Более многочисленными являются случаи параламбдацизма в виде замен его кратким гласным *ы*, фрикативным *z* (как в южнорусских диалектах), мягким и полумягким *l*, *j* (йот), изредка встречается замена звуком *p* и некоторыми другими.

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

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

Можно воспользоваться и другим приемом. Используя в качестве базового звука мягкий *l*, попросите ребенка несколько раз повторить слог *ля*, затем введите зонд так, чтобы он оказался между твердым нёбом и средней частью спинки языка; нажмите зондом на язык вниз – вправо или влево, и попросите ребенка произнести несколько раз сочетание *ля*. В момент произнесения регулируйте движение зондом, пока не будет получен акустический эффект твердого *л*. Основная трудность в постановке звука *л* заключается в том, что, произнося звук

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

Пропуск и искажение звука *ј* называется *йотацизмом*, замена и смешение – *парайотацизмом*. Правильный уклад органов артикуляции при произношении звука *ј* см. в источниках 1 (с. 48) и 2 (с. 124).

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

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

Другим примером постановки звука *ј* (йот) является постановка его от мягкого *з* с механической помощью. Ребенок произносит слог *за* (*зя*), повторяя его несколько раз. Во время произнесения логопед шпателем нажимает на переднюю часть языка и отодвигает его несколько назад до получения нужного звучания.

8. Недостатки произношения заднеязычных звуков и приемы их устранения. К заднеязычным звукам относятся *г*, *г'*, *к*, *к'*, *х*, *х'*. Пропуск и искажение звуков *г*, *г'* называется *гаммацизмом*, замена и смешение – *парагаммацизмом*. Правильный уклад органов артикуляции при произношении звуков *г*, *г'* см. в источниках 1 (с. 50) и 2 (с. 125–126).

Недостатки произношения звука *г* заключаются в том, что в одних случаях вместо *г* слышится гортанный щелчок, в других – южнорусский *г*, представляющий собой как бы озвонченный *х*, в третьих – гортанный, звонкий фрикативный звук, образуемый сближением и вибрацией голосовых связок (украинский звук *г*).

Встречается также – чаще у детей дошкольного возраста – парагаммацизм в виде замены *г* звуком *д* («дуси», «рода» вместо *гуси*, *рога*).

Если ребенок правильно произносит звук *к* (изначально или в результате исправления каппацизма), то первая попытка *устранения гаммацизма* должна состоять в показе и объяснении отличия звука *г* от его глухой пары. При этом полезно приложить руку ребенка к шее (выше гортани) и дать ему возможность ощутить вибрацию гортани и движение передней стенки глотки, которое возникает под давлением воздуха, скапливающегося в ней до взрыва воздуха.

Можно взять в качестве аналогов такие пары слогов, как *афа-ава*, *аса-аза*, *аша-ажа*, *апа-аба*, *ата-ада*, и на этой основе получить пару *ака-ага*. Ребенок должен произнести эти слоги вслед за логопедом, контролируя и у себя, и у него звонкость парных фонем с помощью руки, приложенной к шее.

Если описанные приемы не приведут к цели, следует воспользоваться механическим способом постановки звука *г* от *д*. Ребенка побуждают произнести слоги *да-да-да*. Повторному произнесению тех же слогов предшествует нажим шпателя на переднюю часть спинки языка и удержание ее за нижними резцами. При таких условиях вместо *да* получается *дя*. Далее упражнение продлевается при несколько более глубоком нажиме на язык, в результате чего вместо *да* должно получиться *гя*. Наконец, шпатель продвигается еще глубже и получается чистый *г*.

За первичной постановкой звука *г* следуют упражнения на материале слогов, слов и фраз, которые в случае парагаммацизма, выражающегося в замене звука *г* на *д*, должны быть направлены как на закрепление звука, так и на его дифференциацию с прежним заменителем.

Пропуск и искажение звуков *к*, *к'* называется *каппацизмом*, замена и смешение – *паракаппацизмом*. Правильный уклад органов артикуляции при произношении звуков *к*, *к'* см. в источниках 1 (с. 49) и 2 (с. 125–126).

Встречается три основных вида нарушения произношения звуков *к*, *к'*. Особенность первого вида (каппацизм) состоит в том, что вместо звука *к* слышится характерный негромкий гортанный щелчок. Он возникает в результате того, что голосовые связки плотно смыкаются, действием дыхательных мышц под ними создается повышенное давление воздуха, после чего смычка взрывается и воздух с шумом прорывается через голосовую щель.

Ко второму виду относится паракаппацизм в виде замены звука *к* на звук *т* («тапуста», «рета», «паут»).

В третьем случае взрывной звук *к* заменяется фрикативным *х* («хапуста», «реха», «пах»), что опять-таки характеризует нарушение как паракаппацизм.

Аномалией в строении речевого аппарата, предрасполагающей к возникновению каппацизма, является неправильная форма твердого неба, когда оно оказывается слишком узким и высоким, затрудняющим образование плотной язычно-небной смычки.

Исправление каппацизма. Если не удастся исправить *к* на основе подражания с показом артикуляции перед зеркалом, прибегают к механическому способу постановки *к* от *т* с помощью шпателя. Ребенка побуждают произнести слоги *та-та-та*. Повторному произнесению тех же слогов предшествует нажим шпателя на переднюю часть спинки языка и удержание ее за нижними резцами. При таких условиях вместо *да* получается *тя*. Далее упражнение продлевается при несколько более глубоком нажиме на язык, в результате чего вместо *та* должно получиться *кя*. Наконец, шпатель продвигается еще глубже и получается чистый *к*.

Проводя упражнения на закрепление звука *к* в слогах и словах, логопед должен следить за тем, чтобы перед гласными переднего ряда (*ке*, *ки*) смычка языка с небом перемещалась вперед. В противном случае не будет получено правильное звучание этих слогов, в которых твердый *к* переходит в мягкий *к'*.

Добившись правильного произношения звука *к*, можно затем без затраты каких-либо дополнительных усилий получить его мягкую пару – *к'*. В тех случаях, когда исправляют паракаппацизм, выражающийся в замене звука

к на *t* или *x*, упражнения на материале слогов, слов и фраз должны быть направлены и на закрепление звука к, и на дифференциацию этого звука с его прежним заместителем.

Пропуск и искажение звуков *x*, *x'* называется *хитизмом*, замена и смешение – *парахитизмом*. Правильный уклад органов артикуляции при произношении звуков *x*, *x'* см. в источниках 1 (с. 50) и 2 (с. 125–126).

В случае хитизма вместо *x* обычно слышится ослабленный гортанный шум, который возникает вследствие того, что выдыхаемый воздух встречает на своем пути щель, образуемую не языком и небом, а сближенными голосовыми складками. Вместо *халва*, *муха*, *мох* слышится тогда «халва», «муха», «мох». Такое образование *x*, вполне нормальное для многих языков (в том числе украинского), несвойственно русскому языку. Во втором случае язык активно участвует в артикуляции, однако вместо щели образует с небом смычку.

Исправление хитизма и парахитизма. В обоих случаях следует прежде всего попытаться получить правильное произношение *x* исходя из звука *k* и сопровождая артикуляцию придыханием. Результатом должна быть своеобразная язычно-задненебная аффриката, нечто вроде *kx*. В дальнейшем остается лишь отделить фрикативную часть такого сочетания от взрывной и закрепить полученную артикуляцию упражнением.

Если такой прием не приведет к цели, следует воспользоваться другим. Он заключается в постановке *x* от *c* механическим способом, аналогичным тому, с помощью которого ставится *k* от *t* (см. выше). Ребенка побуждают произнести слог *ca*, протягивая согласный звук – *ссса*. Повторному воспроизведению того же слога предшествует нажим шпателем на переднюю часть спинки языка и удерживание ее за нижними резцами. При таких условиях вместо *ca* получается нечто среднее между *ся* и *ща*. Дальнейшее продвижение шпателя в глубь рта приводит к превращению слога *ca* в *хя*, а при еще более глубоком нажиме получается *ха*.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие формы дислалии выделяются в зависимости от преимущественного поражения фонетического (артикуляторного) или фонематического компонентов речевой функциональной системы?
2. Какие термины используются для обозначения нарушений произношения сонорных звуков [л], [л']?
3. Назовите цели и задачи каждого этапа логопедической работы по устранению дислалии.
4. Назовите требования, которые необходимо соблюдать при проведении параллельной работы над двумя звуками.
5. Как распределяется речевой материал при автоматизации и дифференциации звуков?
6. С какого звука чаще всего начинается постановка свистящих звуков.
7. Перечислите разновидности ротацизма и параротацизма.
8. Как исправляется каппацизм?

Литература:

1. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – С. 38–62.
2. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – С. 86–129.
3. Пятница, Т. В. Логопедия в таблицах, схемах, цифрах : учебное пособие / Т. В. Пятница. – Изд., 8-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2016. – С. 44–51.

Лекция 3 (2 часа)

Ринолалия

1. Понятие, причины, механизм и классификация ринолалии.
2. Характеристика открытой механической врожденной ринолалии. Структура нарушения.
3. Характеристика речевого и психического развития ребенка с врожденной расщелиной неба. Нарушения письменной речи при ринолалии.

1. Понятие, причины, механизм и классификация ринолалии. Ринолалия (от греч. *rhinos* – нос, *lalia* – речь) – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Сочетание нарушений артикуляции звуков с нарушениями тембра голоса позволяет отличать ринолалию от дислалии и ринофонии. Ринофония – нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи.

При ринолалии механизм артикуляции, фонации и голосообразования имеет существенные отклонения от нормы и обусловлен нарушением участия носового и ротоглоточного резонаторов. При нормальной фонации у человека во время произнесения всех звуков речи, кроме носовых, происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой.

Эти полости разделяются небно-глоточным смыканием, осуществляемым сокращением мышц мягкого неба и боковой и задней стенок глотки.

Одновременно с движением мягкого неба при фонации происходит утолщение задней стенки глотки, которое также способствует контакту задней поверхности мягкого неба с задней стенкой глотки.

Уровень контакта мягкого неба со стенкой глотки может варьироваться и зависит от длины мягкого неба.

Во время речи мягкое небо непрерывно опускается и поднимается на разную высоту в зависимости от произносимых звуков и беглости речи. Сила небно-глоточного смыкания зависит от произносимых звуков. Установлено, что для гласных затвор меньше, чем для согласных. Гласные с назальным оттенком появляются в том случае, если между задним краем мягкого неба и задней стенкой глотки остается пространство около 6 мм.

Самое слабое небно-глоточное смыкание наблюдается при согласном *в*, самое сильное – при согласном *с* (в 6–7 раз сильнее, чем при гласном *а*). При произнесении носовых звуков *м*, *м'*, *н*, *н'* воздушная струя свободно проникает в пространство носового резонатора.

В зависимости от характера нарушения функции небно-глоточного смыкания выделяются различные виды ринолалии.

Различают три вида ринолалии:

1. Открытая ринолалия.
2. Закрытая ринолалия.
3. Смешанная ринолалия.

Механизм открытой ринолалии. Для нормальной фонации характерно наличие затвора между ротовой и носовой полостями, когда голосовая вибра-

ция проникает только через ротовую полость. Если же разделение между носовой полостью и ротовой неполное, вибрирующий звук проникает и в носовую полость. В результате нарушения преграды между ротовой и носовой полостью увеличивается голосовой резонанс. При этом изменяется тембр звуков, особенно гласных. Наиболее заметно изменяется тембр гласных звуков *и* и *у*, при артикуляции которых ротовая полость больше всего сужена. Менее заметно звучат гласные звуки *э* и *о*, и еще меньше нарушен гласный *а*, так как при его произношении ротовая полость широко раскрыта.

Кроме тембра гласных звуков, при открытой риноплазии нарушается тембр некоторых согласных. При произнесении шипящих звуков и фрикативных *ф*, *в*, *х* прибавляется хриплый звук, возникающий в носовой полости. Взрывные звуки *п*, *б*, *д*, *т*, *к* и *г*, а также сонорные *л* и *р* звучат неясно, так как в ротовой полости не может образовываться воздушное давление, необходимое для их точного произношения. При длительной открытой риноплазии (особенно механической) воздушная струя в ротовой полости настолько слаба, что недостаточна для колебания кончика языка, которое необходимо для образования звука *р*.

Открытая риноплазия может быть механической и функциональной.

Механическая открытая риноплазия бывает врожденной и приобретенной.

Причины врожденной механической открытой риноплазии:

- расщелины мягкого и твердого неба;
- укорочение мягкого неба.

Причины приобретенной механической открытой риноплазии:

- травмы неба;
- парезы, параличи мягкого неба;
- опухоли неба.

Причины возникновения функциональной открытой риноплазии могут быть разными. Например, она бывает при фонации у детей с вялой артикуляцией мягкого неба. Функциональная открытая форма проявляется при истерии, иногда как самостоятельное нарушение, иногда как раздражительное.

Одна из функциональных форм – привычная открытая риноплазия, наблюдаемая, например, после удаления больших аденоидных разрастаний, возникает в результате длительного ограничения подвижности мягкого неба.

Закрытая риноплазия может быть механической и функциональной.

Механическая закрытая риноплазия бывает передней и задней.

Механизм закрытой риноплазии характеризуется пониженным физиологическим носовым резонансом во время произношения звуков речи. Самый сильный резонанс в норме наблюдается при произнесении носовых *м*, *м'*, *н*, *н'*. В процессе артикуляции этих звуков носоглоточный затвор остается открытым и воздух проникает в носовую полость. Если же носовой резонанс отсутствует, эти фонемы звучат как ротовые *б*, *б'*, *д*, *д'*.

Кроме произношения носовых согласных звуков при закрытой риноплазии нарушается произношение гласных. Оно приобретает неестественный, мертвый оттенок.

Причинами закрытой риноплазии чаще всего являются органические изменения в носовом пространстве или функциональные расстройства небно-

глоточного смыкания. *Органические изменения* бывают вызваны болезненными явлениями, в результате которых уменьшается проходимость носа и затрудняется носовое дыхание.

Передняя механическая закрытая риноплазия возникает при хронической гипертрофии слизистой носа, главным образом задних отделов нижних раковин, при полипах в носовой полости, при искривлении перегородки носа и при опухолях носовой полости.

Задняя механическая закрытая риноплазия у детей чаще всего является следствием больших аденоидных разрастаний, изредка носоглоточных полипов, фибромы или других носоглоточных опухолей.

Функциональная закрытая риноплазия встречается у детей часто, но не всегда правильно распознается. Она характерна тем, что возникает при хорошей проходимости носовой полости и ненарушенном носовом дыхании. При функциональной закрытой риноплазии тембр носовых и гласных звуков может быть нарушен сильнее, чем при органической. *Причина* заключается в том, что мягкое небо при фонации и произношении носовых звуков поднимается выше нормы и закрывает звуковым волнам доступ к носоглотке. Подобные явления чаще наблюдаются при невротических расстройствах у детей.

Смешанная риноплазия – состояние речи, характеризующееся пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра (назализованного голоса). *Причиной* является сочетание непроходимости носа и недостаточность нёбно-глоточного контакта функционального и органического происхождения.

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

Состояние речи может ухудшиться после аденотомии, так как возникает нёбно-глоточная недостаточность и проявляются признаки открытой риноплазии.

2. Характеристика открытой механической врожденной риноплазии.
Структура нарушения. Серьезную проблему для логопедии и целого ряда наук медицинского цикла (хирургической стоматологии, ортодонтии, оториноларингологии, медицинской генетики и др.) представляет открытая механическая врожденная риноплазия, обусловленная расщелинами губы и неба.

При врожденной расщелине губы и неба в большей или меньшей степени нарушается питание ребенка, его физиологическое и фонационное дыхание, изменяется характер лицевой мускулатуры, снижается физический слух, закрепляется патологическое положение языка в ротовой полости, нарушается работа нёбно-глоточного затвора. Естественно, все это оказывает влияние на формирование речи ребенка.

А.Г. Ипполитова (1983) охарактеризовала *структуру нарушения* при открытой механической врожденной риноплазии у детей с расщелинами неба,

прооперированных в поздние сроки, своеобразным комплексом возможных симптомов. Рассмотрим подробно каждый из них.

1. *Изменение положения и активности языка.* Закрепляется следующее положение языка: все тело его оттянуто кзади (западает назад, к глотке), а корень и спинка с силой приподняты кверху (отмечается повышенный тонус языковых мышц). Кончик языка вялый, плохо развит, не участвует в артикуляции. В результате оказываются доступными только самые элементарные движения, которые между собой мало дифференцированы. Изменение положения языка является своеобразным приспособлением ребенка к своему нарушению.

2. *Нарушение небно-глоточного смыкания.* Функция всех мускулов, поднимающих мягкое небо и образующих разделение носовой и ротовой полостей, резко ограничена не только при речи, но и при актах жевания и глотания. Мягкое небо либо пассивно, либо недостаточно подвижно и не выполняет своей функции разделения ротовой и носовой полости. У детей с открытой механической врожденной ринолалией может нарушаться переплетение мышц неба по средней линии и их физиологическое натяжение, а также отмечаться асимметрия мышц мягкого неба слева и справа. Эта асимметрия проявляется к 4–5 годам и с возрастом прогрессирует. При этом слизистая оболочка глотки становится бледной, вялой, атрофичной, смыкание мягкого неба и задней стенки глотки не осуществляется.

3. *Дискоординация мышц органов артикуляционного аппарата.* Прежде всего обращает на себя внимание нарушение взаимосвязи артикуляторных и мимических мышц, что выражается в излишних движениях лицевых мышц в процессе артикуляции.

У поздно прооперированных детей с врожденной расщелиной даже после хирургического вмешательства трудности в этом плане не исчезают. После хейлопластики остаются рубцы, ограничивающие подвижность мышц. Чем значительнее деформации губы, тем больше вовлекаются в артикуляцию звуков лицевые и мимические мышцы, что вырабатывает у ребенка стойкий стереотип напряженности речи.

Нарушение взаимодействия между артикуляционными и дыхательными мышцами приводит к специфическим проявлениям особенностей речевого дыхания.

4. *Нарушение дыхания.* Отдельные исследования разных авторов показывают, что при открытой механической ринолалии дыхание поверхностное и учащенное. Это связано с тем, что количество воздуха, выдыхаемого через нос, возрастает до 70–80 % от всего количества выдыхаемого воздуха. Выдыхаемый при речи воздух расходуется поверхностно, неэкономно и ускоренно: длительность выдоха – около 1,5–1,8 секунды.

В целом дыхание в потоке речи Л.И. Вансовская (1974) охарактеризовала как чрезвычайно хаотическое и со стертостью фаз вдоха и выдоха. Вдох во время речи осуществляется через рот. Поднятая грудная клетка сразу опускается и вызывает форсированное и неравномерное распределение выдоха на протяжении произносимого слова и фразы. Уже к середине слова выдох иссякает (В.Н. Яковенко, 1962), звуки получаются слабые и смазанные.

В случаях искусственного устранения утечки воздуха через нос (зажимание крыльев носа) повышается количество воздуха, выдыхаемого через рот, но спирометрические показатели при этом так и не достигают нормы (Т.Н. Воронцова, 1966).

Страдает направленность и плавность выдоха, а также ритмичность речевого дыхания. Чаще всего дыхание при открытой ринолалии оказывается поверхностным, нарушается соотношение между вдохом и выдохом. Такой тип дыхания создает особые трудности для реализации речи.

5. *Тотальное нарушение звукопроизношения.* Акустическая характеристика гласных искажается за счет носового резонанса, который усиливается вследствие изменения формы резонаторов и подъема спинки языка. Исследования Л.И. Вансовской (1974) показывают, что выраженность носового оттенка каждой гласной связана с плотностью небно-глоточного смыкания, степенью сужения губ и изменением формы глотки. Наименьший объем глотки наблюдается при артикуляции фонемы *a*, а наибольший – при *u* и *y*. Расширение глотки при отсутствии, укорочении или ограничении подвижности мягкого неба приводит к увеличению просвета между его краем и задней стенкой глотки. Клинически это выражается увеличением носового оттенка от *a* к *y* в последовательности *a-o-э-u-y*. И хотя гласные по сравнению с согласными имеют более высокую разборчивость, обнаруживается изменение всех трех признаков гласных: ряда, подъема и лабиализации, они произносятся более закрыто, с потерей ряда и подъема, с излишней лабиализацией.

Артикуляция согласных звуков сдвигается к задней глоточной стенке, в результате чего звуки искажаются и приближаются к храпящему звучанию, иногда напоминающему отдельные звуки. Реже отмечаются звуковые замены, причем звуки-субституты являются также искаженными. Значительно нарушенными оказываются те согласные, которые требуют наиболее высокого ротового давления.

Утечка воздуха в нос приводит к понижению давления в полости рта, в результате чего снижаются кинестезии и резко затрудняется образование направленной воздушной струи, необходимой для произнесения всех согласных. Часто направленная воздушная струя отсутствует и ее заменяет глоточный выдох.

Рубцы, образующиеся после хейлопластики, плотное прикрепление верхней губы к альвеолярному отростку, различные нарушения прикуса, зубного ряда, укороченная подъязычная связка, уменьшающая объем движений языка – все это мешает формированию полноценного звукопроизношения.

Ослабление направленной воздушной струи, патологическая позиция языка, изменение в строении артикуляционного аппарата приводят к развитию компенсаторного искаженного звукообразования, при котором артикуляция щелей и смычек происходит на уровне глотки (фарингеальные артикуляции (от лат. *pharynx* – глотка)) или даже гортани (ларингеальные артикуляции (от лат. *larynx* – гортань)).

Губно-губные *n*, *n'*, *b*, *b'*, бывают беззвучными или заменяются выдохом, или артикулируются таким сильным носовым резонансом, что превращаются

соответственно в *м, м'*, или образуются на уровне глотки, превращаясь в звуки, сходные с *к, г*.

Заднеязычные не формируются из-за невозможности образования смычки спинки языка с небом. Чаще всего они образуются путем смыкания корня языка с задней стенкой глотки. Звук *г* бывает также фрикативным глоточным. Звук *х* получается путем сближения корня языка с задней стенкой глотки.

Переднеязычные *т, т', д, д'* могут отсутствовать, заменяться на *н, н'* или на глоточную смычку.

Фрикативные согласные подавляющее большинство детей заменяют глоточными, очень сходными по звучанию образованиями. Изредка встречаются боковые или двугубные замены. М. Зеeman (1962) отмечал, что при открытой ринолалии дети в качестве определенного компенсаторного средства образуют сужение на пути выдыхаемого воздуха в области гортани. При этом шипящие и свистящие звуки произносятся с резким неприятным оттенком. Звуки получаются резкими из-за трения воздуха о край напряженных голосовых складок, между которыми образуется шум при резком и коротком выдохе.

Нарушение носового *н* при ринолалии выражается чаще всего в замене неоформленной вокализацией. Звуки *м, м', н'* практически всегда сохранены.

Звук *л* бывает двугубным, заменяется на *й, н*, а его мягкая пара *л'* чаще других звуков русского языка произносится правильно, но может заменяться на *й* или *н'* или совсем пропускается.

Согласные звуки *р, р'* почти никогда не достигают нормального звучания, поскольку для вибрации кончика языка нужен слишком сильный напор выдыхаемой воздушной струи, которого, как правило, достигнуть не удается. Поэтому звук пропускается, заменяется одноударным, проторным, велярным или увулярным.

И.И. Ермакова (1990) и многие другие авторы отмечают, что при ринолалии часто нарушается озвончение согласных, особенно фонем *б, б', д, д', з, з', ж, г, г'*. Они заменяются глухими парообразованиями.

б. Открытый носовой оттенок голоса. Причины *гиперназализации*, выраженного открытого носового оттенка гласных и звонких согласных, при ринолалии трактуются по-разному. Для создания нормального ротового и носового резонанса и направленного воздушного потока при речи необходимо полноценное небно-глоточное смыкание – быстрое координированное чередование фаз смыкания и размыкания мягкого неба и структур глотки. Большинство исследователей склонны считать, что гиперназализация зависит от недостаточности небно-глоточного затвора, что приводит к чрезмерному резонированию носовой полости по сравнению с ротовой. Функциональная недостаточность небно-глоточного кольца проявляется не только в виде гиперназализации, но и в сопровождающей ее носовой эмиссии (слышимой утечке воздуха через носовые ходы при произношении звуков, требующих его давления в ротовой полости).

Однако, как показывают исследования, зависимость между гиперназализацией и небно-глоточной недостаточностью – не линейная. При небольшом нарушении небно-глоточного смыкания вообще не должно возникать открыто-

го носового оттенка голоса. Это подтверждают и самонаблюдения пациентов, которые при небольшой небно-глоточной недостаточности совершенно правильно артикулируют. Экспериментальные исследования Д.К. Вильсон (1990) свидетельствуют также, что носовой резонанс не должен увеличиваться при наличии остаточного отверстия в небно-глоточном кольце от 3 до 6 мм.

Таким образом, кроме нарушений в работе небно-глоточного затвора на резонанс влияют и другие факторы. Этим дополнительным фактором является взаимосвязь объемов полостей рта, зева и носа, изменяющихся положением языка. Если язык находится сзади и наверху, то поток воздуха устремляется больше в носовую полость, чем в полость рта. При этом носовой резонанс увеличивается и одновременно меняется его характер. Если язык лежит свободно, то ротовая полость увеличивается, при артикуляции выдыхаемый поток воздуха идет больше через рот, чем через нос, и этим ограничивается степень назальности.

7. Нарушения голоса. Помимо тембральных изменений возникают и другие отклонения в развитии голоса. В литературе голос при врожденных расщелинах неба описан как глухой, сдавленный, сиплый, хриплый, слабый, приглушенный, непонятный.

Многлетние наблюдения И.И. Ермаковой (1984) показывают, что по всем качествам, за исключением выраженного носового оттенка, голос детей с расщелиной неба примерно до 7 лет не отличается от голоса детей с нормальным строением верхней челюсти. Результаты электроглоттографических исследований у детей этого возраста подтверждают нормальную двигательную функцию гортани, а проведение миографии – нормальную реакцию мускулатуры глотки на действие раздражителей даже при обширных дефектах неба.

В случае поздних операций, после 7 лет голос детей с врожденными расщелинами неба начинает ухудшаться: уменьшается его сила, появляется истощаемость, осиплость, прекращается расширение диапазона. При миографии выявляется несимметричная реакция мускулатуры глотки, визуально наблюдается истончение слизистой оболочки и снижение глоточного рефлекса, а на электромиограмме появляются изменения, свидетельствующие о неравномерной работе правой и левой голосовых складок. Таким образом, имеются все признаки расстройства двигательной функции голосового аппарата, который окончательно формируется и закрепляется к подростковому возрасту.

Ларингостробоскопическое и электроглоттографическое исследования, проводимые И.И. Ермаковой (1984), Д.К. Вильсон (1990) позволяют установить, что свыше 80 % подростков и взрослых с расщелиной неба, прооперированных в поздние сроки, имеют различные расстройства голосового аппарата. Наиболее распространенными из которых являются фонастения и хронический ларингит, однако часто встречаются также парезы внутренних мышц гортани. Голос у таких пациентов тихий, истощенный, хриплый или сиплый, диапазон его сужен.

8. Нарушения интонационной стороны речи. По данным Е.С. Алмазовой (1975), дети с ринолалией не умеют пользоваться ни интонированием, ни высотными, силовыми модуляциями голоса. Отмечая влияние слабости, недоста-

точной модулированности голоса на интонационную сторону речи, Т.Н. Воронцова (1966) указывала на снижение коммуникативных возможностей речи вследствие ее монотонности, неэмоциональности.

9. *Нарушение фонематического восприятия.* Фундаментальных работ, посвященных изучению фонематической компетенции детей с ринолалией, нет. Но специалисты, занимающиеся коррекцией речи данного контингента, указывают на определенные особенности развития и состояния фонематического слуха и восприятия у некоторых детей после пластики неба. По данным И.И. Ермаковой (1996), патологические, стереотипные артикуляции, порождающие одинаковые кинестезии даже акустически контрастных фонем, препятствуют развитию слуховых дифференцировок у детей с ринолалией, что говорит о том, что уровень развития фонематического слуха прямо связан с глубиной поражения фонетической стороны экспрессивной речи.

Однако, на практике встречаются и другие дети. Их фонематический слух, несмотря на врожденную расщелину неба и наличие ринолалии, развивается соответственно возрасту. Такие дети слышат отличие неправильного звукопроизношения от нормы. В процессе логопедического обучения они довольно быстро начинают применять сформированные навыки без ошибок, хорошо себя контролируя.

Исходя из выше изложенного, можно сделать вывод, что врожденная расщелина верхней губы и неба является причиной формирования патологических механизмов дыхания, звукопроизношения, голосообразования и не позволяет в полной мере ребенку использовать речь как средство общения, что приводит к осложнению адаптации детей с данной патологией в обществе.

3. Характеристика речевого и психического развития ребенка с врожденной расщелиной неба. Нарушения письменной речи при ринолалии. 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.

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 (Т.В. Волосовец, 1995).

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

Отмечается позднее начало речи, значительный временной интервал между появлением первых слогов, слов и фраз уже в ранний период, являющийся сензитивным для формирования не только звукового, но и смыслового ее содержания, т. е. начинается искаженный путь развития речи в целом. В наибольшей степени расстройство 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 нарушения 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 нарушений. 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 (c^h или $ш^c$);
- отсутствие вибранта *p* 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 *ф* без изменения способа артикуляции. Характерно понижение разборчивости звуков в стечении согласных в конечной позиции.

Взаимосвязь назализации речи и искажений в артикуляции отдельных звуков весьма разнообразна.

Нельзя установить прямого соответствия между величиной нёбного дефекта и степенью искажения речи. Слишком разнообразны компенсаторные приемы, которыми пользуются дети для производства звуков. 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 разборчива.

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

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.

Особенности устной речи детей с ринолалией во многих случаях являются причиной отклонения в формировании других речевых процессов.

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

Вторично обусловленные особенности восприятия речевых звуков являются основным препятствием к овладению правильным письмом.

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

Дисграфические ошибки, которые наблюдаются в письменных работах детей с расщелинами нёба, разнообразны.

Специфическими для ринолалии являются замены *п, б*, на *м, т*; *д* на *н* и обратные замены *н – д*; *т, м – б, п*, обусловленные отсутствием фонологического противопоставления соответствующих звуков в устной речи. Например: *придет* – «принет», *дал* – «нал», *ландыш* – «ланныш», «ладныш», *огненные* – «огнедные» и т. д.

Выявляются пропуски, замены, употребление лишних гласных: «в сенем» – *в синем*, «крельца» – *крыльца*, «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 на *р, л* 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.

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.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что является причиной смешанной ринолалии?
2. Какой гласный звук приобретает наибольшую назализацию при открытой механической врожденной ринолалии?
3. От чего зависит степень нарушения письма у детей с открытой механической врожденной ринолалией?

Литература:

1. Балакирева, А. С. Логопедия. Ринолалия : учеб. пособие для вузов / А. С. Балакирева. – Изд. 2-е, испр. и доп.. – М. : В. Секачев, 2014. – С. 27–36.
2. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – С. 63–76.
3. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – С. 131–142.

Лекция 4 (2 часа)

Дизартрия

1. Понятие и причины дизартрии.
2. Речевые и неречевые симптомы в структуре дизартрии и их соотношение. Совокупность синдромов при дизартрии.
3. Классификация дизартрии.
4. Характеристика различных форм дизартрии.
5. Обследование детей с дизартрией. Дифференциальная диагностика.
6. Методика логопедической работы при дизартрии.

1. Понятие и причины дизартрии. *Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.*

Ведущим нарушением при дизартрии является расстройство звукопроизводительной 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.

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

При тяжелых поражениях центральной нервной системы речь становится невозможной из-за полного паралича речедвигательных мышц. Такие нарушения называются *анартрией* (*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 меж-

ду 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.

2. Речевые и неречевые симптомы в структуре дизартрии и их соотношение. Совокупность синдромов при дизартрии. Основными признаками (симптоматика) дизартрии являются нарушения звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с расстройствами речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания. При дизартрии, в отличие от дислалии, может нарушаться произношение как согласных, так и гласных звуков. Нарушения гласных классифицируются по рядам и подъемам, нарушения согласных – по их четырем основным признакам: наличию и отсутствию вибрации голосовых складок, способу и месту артикуляции, наличию или отсутствию дополнительного подъема спинки языка к твердому нёбу.

В зависимости от типа нарушений все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на: а) антропофонические (искажение звука) и б) фонологические (отсутствие звука, замена, недифференцированное произношение, смешение). При фонологических нарушениях наблюдается недостаточность противопоставлений звуков по их акустическим и артикуляторным характеристикам. Поэтому наиболее часто отмечаются нарушения письменной речи.

Для всех форм дизартрии характерны нарушения артикуляционной моторики, которые проявляются рядом признаков. Нарушения мышечного тонуса, характер которых зависит прежде всего от локализации поражения мозга. Выделяют следующие его формы в артикуляционной мускулатуре: спастичность артикуляционных мышц – постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, в лицевой и шейной мускулатуре. Повышение мышечного тонуса может быть более локальным и распространяться только на отдельные мышцы языка.

При выраженном повышении мышечного тонуса язык напряжен, оттянут кзади, спинка его изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Напряженная спинка языка, приподнятая к твердому нёбу, способствует смягчению согласных звуков. Поэтому особенностью артикуляции при спастичности мышц языка является палатализация, что может способствовать фонематическому недоразвитию. Так, произнося одинаково слова *пыл* и *пыль*, *мол* и *моль*, ребенок может затрудняться в дифференцировке их значений.

Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта. Активные движения при этом ограничены. Невозможность или ограничение объема движения языка

вперед может быть связано со спастичностью подбородочно-язычной, челюстно-подъязычной и двубрюшной мышц, а также мышц, прикрепляющихся к подъязычной кости.

Все мышцы языка иннервируются подъязычными нервами, за исключением язычно-нёбных мышц, которые иннервируются языко-глоточными нервами.

Повышение мышечного тонуса в мышцах лица и шеи еще более ограничивает произвольные движения в артикуляционном аппарате.

Следующим видом нарушения мышечного тонуса является гипотония. При гипотонии язык тонкий, распластаный в полости рта, губы вялые, отсутствует возможность их полного смыкания. В силу этого рот обычно полуоткрыт, выражена *гиперсаливация*.

Особенностью артикуляции при гипотонии является назализация, когда гипотония мышц мягкого нёба препятствует достаточному движению нёбной занавески вверх и прижатию ее к задней стенке зева. Струя воздуха выходит через нос, а струя воздуха, выходящая через рот, чрезвычайно слаба. Нарушается произношение губно-губных смычных шумных согласных *п, п, б, б*. Затруднена палатализация, в связи с чем произношение глухих смычных согласных нарушено, кроме того, при образовании глухих смычных необходима более энергичная работа губ, которая также отсутствует при гипотонии. Легче произносятся губно-губные смычные носовые сонаты *м, м*, а также губно-зубные щелевые шумные согласные, артикуляция которых требует неплотного смыкания нижней губы с верхними зубами и образования плоской щели, *ф, ф, в, в*.

Нарушается произношение и переднеязычных смычных шумных согласных *т, т, д, д*; искажается артикуляция переднеязычных щелевых согласных *ш, ж*.

Нередко наблюдаются различные виды сигматизма, особенно часто межзубный и боковой.

Нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре при дизартрии могут проявляться также в виде дистонии (меняющегося характера мышечного тонуса): в покое отмечается низкий мышечный тонус в артикуляционном аппарате, при попытках речи – тонус резко нарастает. Характерной особенностью этих нарушений является их динамичность, непостоянство искажений, замен и пропусков звуков.

Нарушение артикуляционной моторики при дизартрии является результатом ограничения подвижности артикуляционных мышц, которое усиливается нарушениями мышечного тонуса, наличием непроизвольных движений (гиперкинезов, тремора) и дискоординационными расстройствами.

При недостаточной подвижности артикуляционных мышц нарушается звукопроизношение. При поражении мышц губ страдает произношение как гласных, так и согласных звуков. Особенно нарушается произношение лабиализованных звуков (*о, у*), при их произнесении требуются активные движения губ: округление, вытягивание. Нарушается произношение губно-губных смычных звуков *п, п, б, б, м, м*. Ребенок затрудняется вытянуть губы вперед, округлить их, растянуть углы рта в стороны, поднять вверх верхнюю губу и опустить

нижнюю и выполнить целый ряд других движений. Ограничение подвижности губ нередко нарушает артикуляцию в целом, так как эти движения меняют размер и форму преддверия рта, оказывая тем самым влияние на резонирование всей ротовой полости.

Может отмечаться ограниченная подвижность мышц языка, недостаточность подъема кончика языка вверх в полости рта. Обычно это связано с нарушением иннервации шило-язычной и некоторых других мышц. В этих случаях страдает произношение большинства звуков.

Ограничение движения языка вниз связано с нарушением иннервации ключично-подъязычной, щитовидно-подъязычной, челюстно-подъязычной, подбородочно-язычной и двубрюшной мышц. Это может нарушать произношение шипящих и свистящих звуков, а также гласных переднего ряда (*и, э*) и некоторых других звуков.

Ограничение движения языка назад может зависеть от нарушений иннервации подъязычно-глоточной, лопаточно-подъязычной, шило-подъязычной, двубрюшной (заднее брюшко) и некоторых других мышц. При этом нарушается артикуляция заднеязычных звуков (*г, к, х*), а также некоторых гласных, особенно среднего и нижнего подъема (*э, о, а*).

При парезах мышц языка, нарушениях их мышечного тонуса часто оказывается невозможным изменение конфигурации языка, его удлинение, укорочение, выдвигание, оттягивание назад.

Нарушения звукопроизношения утяжеляются ограниченной подвижностью мышц мягкого нёба (натягивающих и поднимающих его: нёбно-глоточных и нёбно-язычных мышц). При парезах этих мышц подъем нёбной занавески в момент речи затрудняется, происходит утечка воздуха через нос, голос приобретает носовой оттенок, искажается тембр речи, недостаточно выражены шумовые признаки звуков речи. Иннервация мышц мягкого нёба осуществляется веточками тройничного, лицевого и блуждающего нервов.

Парезы мышц лицевой мускулатуры, часто наблюдаемые при дизартрии, также влияют на звукопроизношение. Парезы височных мышц, жевательной мускулатуры ограничивают движения нижней челюсти, в результате чего нарушается модуляция голоса, его тембр. Эти нарушения становятся особенно выраженными, если имеется неправильное положение языка в полости рта, недостаточная подвижность нёбной занавески, нарушения тонуса мышц дна полости рта, языка, губ, мягкого нёба, задней стенки глотки.

Характерным признаком нарушений артикуляционной моторики при дизартрии являются дискоординационные расстройства. Они проявляются в нарушении точности и соразмерности артикуляционных движений. Особенно нарушено выполнение тонких дифференцированных движений. Так, при отсутствии выраженных парезов в артикуляционной мускулатуре произвольные движения выполняются неточно и несоразмерно, часто с *гиперметрией* (чрезмерной двигательной амплитудой). Например, ребенок может выполнить движение языком вверх, касаясь им почти кончика носа, и одновременно не может поместить язык над верхней губой в место, точно обозначенное логопедом. Эти нарушения обычно сочетаются с трудностями в чередовании движений, напри-

мер, хоботок – оскал и др., а также с трудностями сохранения определенных артикуляционных поз за счет появления насильственных движений – *тремора* (мелкого дрожания кончика языка).

При дискоординационных расстройствах звукопроизношение расстраивается больше не на уровне произношения изолированных звуков, а при произнесении автоматизированных звуков в слогах, словах и предложениях. Это связано с запаздыванием включения некоторых артикуляционных движений, необходимых для произнесения отдельных звуков и слогов. Речь становится замедленной и сканированной.

Существенным звеном в структуре нарушений артикуляционной моторики при дизартрии является патология *реципрокной иннервации*.

Роль ее в осуществлении произвольных движений впервые экспериментально была показана Шерингтоном (1923, 1935) на животных. Было установлено, что в произвольном движении наряду с возбуждением нервных центров, приводящих к сокращению мышц, большую роль играет торможение, возникающее в результате индукции и уменьшающее возбудимость центров, контролирующей группу мышц-антагонистов — мышц, выполняющих противоположную функцию.

Во многих мышцах языка наряду с волокнами, выполняющими основное движение, имеются антагонистические группы, совместная работа тех и других обеспечивает точность и дифференцированность движений, необходимых для нормального звукопроизношения. Так, для высовывания языка из полости рта и особенно для поднимания кончика языка вверх должны быть сокращены нижние пучки подбородочно-язычной мышцы, но расслаблены ее же волокна, тянущие язык назад и вниз. Если этой избирательной иннервации не происходит, то нарушается выполнение данного движения и звукопроизношение ряда переднеязычных звуков.

При движении же языка кзади и книзу должны быть расслаблены нижние пучки этой мышцы. Средние пучки подбородочно-язычной мышцы являются анатагонистами волокон верхней продольной мышцы, выгибающей спинку языка вверх.

В движении языка вниз подъязычно-язычная мышца является анатагонистом шило-язычной мышцы, но в движении языка назад обе мышцы работают синхронно, как агонисты. Боковые движения языка в одну сторону происходят только при расслаблении парных мышц другой стороны. Для симметричных движений языка по средней линии во всех направлениях (вперед, назад, вверх, вниз) мышцы правой и левой сторон должны работать как агонисты, иначе язык будет отклоняться в сторону.

Изменение конфигурации языка, например, его сужение, требует сокращения волокон поперечных мышц языка при одновременном расслаблении волокон вертикальных мышц и пучков подъязычно-язычных и шило-язычных мышц, участвующих в уплотнении и расширении языка.

Наличие насильственных движений и оральных синкинезий в артикуляционной мускулатуре – частый признак дизартрии. Они искажают звукопроизношение, делая речь малопонятной, а в тяжелых случаях — почти невозможной;

обычно усиливаются при волнении, эмоциональном напряжении, поэтому нарушения звукопроизношения различны в зависимости от ситуации речевого общения. При этом отмечаются подергивания языка, губ иногда в сочетании с гримасами лица, мелкое дрожание (тремор) языка, в тяжелых случаях — непроизвольное открывание рта, выбрасывание языка вперед, насильственная улыбка. Насильственные движения наблюдаются и в покое, и в статических артикуляционных позах, например при удержании языка по средней линии, усиливаясь при произвольных движениях или попытках к ним. Этим они отличаются от синкинезий — непроизвольных сопутствующих движений, которые возникают только при произвольных движениях, например при движении языка вверх часто сокращаются мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, а иногда напрягается вся шейная мускулатура и ребенок выполняет это движение одновременно разгибанием головы. Синкинезий могут наблюдаться не только в речевой мускулатуре, но и в скелетной, особенно в тех ее отделах, которые анатомически и функционально наиболее тесно связаны с речевой функцией. При движении языка у детей с дизартрией нередко возникают сопутствующие движения пальцев правой руки (особенно часто большого пальца).

Характерным признаком дизартрии является *нарушение проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата*. Дети слабо ощущают положение языка, губ, направление их движений, они затрудняются по подражанию воспроизвести и сохранить артикуляционный уклад, что задерживает развитие артикуляционного праксиса.

Частым признаком дизартрии является недостаточность артикуляционного праксиса (*диспраксия*), которая может быть как вторичной за счет нарушений проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата, так и первичной в связи с локализацией поражения мозга. На основе работ А.Р. Лурия выделяют два типа диспраксических расстройств: кинестетический и кинетический. При кинестетическом отмечаются трудности и недостаточность в развитии обобщений артикуляционных укладов, главным образом согласных звуков. Нарушения непостоянны, замены звуков неоднозначны.

При кинестетическом типе диспраксических расстройств отмечается недостаточность временной организации артикуляционных укладов. При этом нарушается произношение как гласных, так и согласных звуков. Гласные нередко удлиняются, их артикуляция приближается к нейтральному звуку *а*. Начальные или конечные согласные произносятся с напряжением или удлинением, отмечаются специфические их замены: щелевых звуков на смычке (*з – д*), имеют место вставки звуков или призвуков, упрощения аффрикат и пропуски звуков при стечениях согласных.

При дизартрии могут выявляться рефлекс орального автоматизма в виде сохранившихся сосательного, хоботкового, поискового, ладонно-головного и других рефлексов, характерных в норме для детей раннего возраста. Их наличие затрудняет произвольные ротовые движения.

Нарушения артикуляционной моторики, сочетаясь между собой, составляют *первый важный синдром дизартрии – синдром артикуляционных расстройств*, который видоизменяется в зависимости от тяжести и локализации

поражения мозга и имеет свои специфические особенности при различных формах дизартрии.

При дизартрии за счет нарушения иннервации дыхательной мускулатуры нарушается речевое дыхание. Ритм дыхания не регулируется смысловым содержанием речи, в момент речи оно обычно учащенное, после произнесения отдельных слогов или слов ребенок делает поверхностные судорожные вдохи, активный выдох укорочен и происходит обычно через нос, несмотря на постоянно полуоткрытый рот. Рассогласованность в работе мышц, осуществляющих вдох и выдох, приводит к тому, что у ребенка появляется тенденция говорить на вдохе. Это еще больше нарушает произвольный контроль над дыхательными движениями, а также координацию между дыханием, фонацией и артикуляцией.

Второй синдром дизартрии — синдром нарушений речевого дыхания.

Следующей характерной особенностью дизартрии является нарушение голоса и мелодико-интонационные расстройства. Нарушения голоса связаны с парезами мышц языка, губ, мягкого нёба, голосовых складок, мышц гортани, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением их подвижности.

Спастическое сокращение мышц голосового аппарата может полностью исключить возможность вибрации голосовых складок, что будет резко нарушать процесс образования звонких согласных.

Вибрация голосовых складок нарушается также при слабости и паретичности мышц голосового аппарата, сила голоса в этих условиях становится минимальной.

При дизартрии нарушения голоса крайне разнообразны, специфичны для разных ее форм. Наиболее часто они характеризуются недостаточной силой голоса (голос слабый, тихий, иссякающий в процессе речи), нарушениями тембра голоса (глухой, назализованный, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый; может быть гортанным, форсированным, напряженным, прерывистым и т. д.), слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона).

Таким образом, основные симптомы дизартрии – нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи – определяются характером и степенью выраженности проявлений артикуляционных, дыхательных и голосовых расстройств. При дизартрии нарушается низший фонологический уровень языка.

Поражение фонологического уровня языка в период интенсивного развития речевой функции в некоторых случаях может приводить к сложной дезинтеграции и патологии всего речевого развития ребенка. В связи с этим у отдельных детей с дизартрией имеет место задержка темпов речевого развития, речевая инактивность, вторичные нарушения лексико-грамматического строя речи.

При дизартрии наряду с речевыми выделяют и неречевые нарушения. Это проявления бульбарного и псевдобульбарного синдромов в виде расстройств сосания, глотания, жевания, физиологического дыхания в сочетании с нарушениями общей моторики и особенно тонкой дифференцированной моторики

пальцев рук. Диагноз дизартрия ставится на основе специфики речевых и неречевых нарушений.

3. Классификация дизартрии. Основаниями для классификации дизартрии являются:

- принцип локализации мозгового поражения,
- синдромологический подход,
- степень понятности речи для окружающих.

При классификации дизартрии по *принципу локализации мозгового поражения* различают следующие ее формы: бульбарную, псевдобульбарную, экстрапирамидную (или подкорковую), мозжечковую, корковую (О.В. Правдива).

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 детским церебральным параличом: спастико-паретическую, спастико-ригидную, спастико-гиперкинетическую, спастико-атактическую, атактико-гиперкинетическую (И.И. Панченко, 1979).

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

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

Однако в ряде случаев при тесной взаимосвязи в работе логопеда и врача-невропатолога может быть целесообразным сочетание обоих подходов к выделению различных форм дизартрии. Например: осложненная форма псевдобульбарной дизартрии; спастико-гиперкинетический или спастико-атактический синдром и т. д.

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

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

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

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

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

Под *анартрией* понимается полное или частичное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речевых 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).

4. Характеристика различных форм дизартрии. Кортиковая дизартрия представляет собой группу моторных расстройств речи разного патогенеза, связанных с очаговым поражением коры головного мозга.

Первый вариант корковой дизартрии обусловлен односторонним или чаще двусторонним поражением нижнего отдела передней центральной извилины. В этих случаях возникает избирательный центральный парез мышц артикуляционного аппарата (наиболее часто языка). Избирательный корковый парез отдельных мышц языка приводит к ограничению объема наиболее тонких изолированных движений: движения кончика языка вверх. При этом варианте нарушается произношение переднеязычных звуков.

Для диагностики корковой дизартрии необходим тонкий нейролингвистический анализ, позволяющий определить, какие из переднеязычных звуков страдают в каждом конкретном случае и каков механизм их нарушений.

При первом варианте корковой дизартрии среди переднеязычных звуков в первую очередь нарушается произношение так называемых какуминальных согласных, которые образуются при поднятом и слегка загнутом вверх кончике языка (*ш, ж, р*). При тяжелых формах дизартрии они отсутствуют, при более легких – заменяются другими переднеязычными согласными, наиболее часто дорсальными, при произнесении которых передняя часть спинки языка поднимается горбом к нёбу (*с, з, с', з', т, д, к*).

Трудными для произношения при корковой дизартрии являются и апикальные согласные, образующиеся при сближении или смычке кончика языка с верхними зубами или альвеолами (*л*).

При корковой дизартрии может нарушаться также произношение согласных по способу их образования: смычных, щелевых и дрожащих. Наиболее часто – щелевых (*л, л'*).

Характерно избирательное повышение мышечного тонуса, главным образом в мышцах кончика языка, что еще более ограничивает его тонкие дифференцированные движения.

В более легких случаях нарушается темп и плавность этих движений, что проявляется в замедленном произнесении переднеязычных звуков и слогов с этими звуками.

Второй вариант корковой дизартрии связан с недостаточностью кинестетического праксиса, что наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного (обычно левого) полушария мозга в нижних постцентральных отделах коры.

В этих случаях страдает произношение согласных звуков, особенно шипящих и аффрикатов. Нарушения артикуляции непостоянны и неоднозначны. Поиск нужного артикуляционного уклада в момент речи замедляет ее темп и нарушает плавность.

Отмечается трудность ощущения и воспроизведения определенных артикуляционных укладов. Наблюдается недостаточность лицевого гнозиса: ребенок затрудняется в четкой локализации точечного прикосновения к определенным участкам лица, особенно в области артикуляционного аппарата.

Третий вариант корковой дизартрии связан с недостаточностью динамического кинетического праксиса, это наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного полушария в нижних отделах премоторных областей коры. При нарушениях кинетического праксиса затруднено произнесение сложных аффрикатов, которые могут распадаться на составные части, наблюдаются замены целевых звуков на смычные ($z - d$), пропуски звуков в стечениях согласных, иногда с избирательным оглушением звонких смычных согласных. Речь напряженная, замедленная.

Отмечаются трудности при воспроизведении серии последовательных движений по заданию (по показу или по словесной инструкции).

При втором и третьем вариантах корковой дизартрии особенно затруднена автоматизация звуков.

Псевдобульбарная дизартрия возникает при двустороннем поражении двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола.

Для псевдобульбарной дизартрии характерно повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре по типу спастичности – спастическая форма псевдобульбарной дизартрии. Реже на фоне ограничения объема произвольных движений наблюдается незначительное повышение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах или понижение мышечного тонуса – паретическая форма псевдобульбарной дизартрии. При обеих формах отмечается ограничение активных движений мышц артикуляционного аппарата, в тяжелых случаях — почти полное их отсутствие.

При отсутствии или недостаточности произвольных движений отмечается сохранность рефлекторных автоматических движений, усиление глоточного, нёбного рефлексов, а также в ряде случаев сохранение рефлексов орального автоматизма. Имеются синкинезии. Язык при псевдобульбарной дизартрии напряжен, оттянут кзади, спинка его закруглена и закрывает вход в глотку, кончик языка не выражен. Произвольные движения языка ограничены, ребенок обычно может высунуть язык из полости рта, однако амплитуда этого движения ограничена, он с трудом удерживает высунутый язык по средней линии; язык отклоняется в сторону или опускается на нижнюю губу, загибаясь к подбородку.

Боковые движения высунутого языка отличаются малой амплитудой, замедленным темпом, диффузным перемещением всей его массы, кончик при всех его движениях остается пассивным и обычно напряженным.

Особенно трудным при псевдобульбарной дизартрии является движение высунутого языка вверх с загибанием его кончика к носу. При выполнении движения видно повышение мышечного тонуса, пассивность кончика языка, а также истощаемость движения.

Во всех случаях при псевдобульбарной дизартрии нарушаются в первую очередь наиболее сложные и дифференцированные произвольные артикуляционные движения. Непроизвольные, рефлекторные движения обычно сохранены. Так, например, при ограниченности произвольных движений языка ребенок во время еды облизывает губы; затрудняясь в произнесении звонких звуков, ребенок их производит в плаче, он громко кашляет, чихает, смеется.

Диссоциацией в выполнении произвольных и непроизвольных движений при псевдобульбарной дизартрии определяются характерные нарушения звукопроизношения – избирательные трудности в произношении наиболее сложных и дифференцированных по артикуляционным укладам звуков (*р, л, ш, ж, ц, ч*). Звук *р* утрачивает вибрирующий характер, звонкость, часто заменяется щелевым звуком. Для звука *л* характерно отсутствие определенного фокуса образования, активного прогибания спинки языка вниз, недостаточная приподнятость краев языка и отсутствие или слабость смычки кончика с твердым нёбом. Все это определяет звучание *л* как плоскощелевого звука.

Таким образом, при псевдобульбарной дизартрии, также как и при корковой, нарушается произношение наиболее сложных по артикуляции переднеязычных звуков, но в отличие от последней нарушение носит более распространенный характер, сочетается с искажением произношения и других групп звуков, нарушениями дыхания, голоса, интонационно-мелодической стороны речи, часто – слюноотделением.

Особенности звукопроизношения при псевдобульбарной дизартрии в отличие от корковой в значительной степени также определяются смещением спастически напряженного языка в задний отдел полости рта, что искажает звучание гласных, особенно передних (*и, э*).

При диффузной спастичности мышц речевого аппарата отмечается озвончение глухих согласных звуков (в основном при спастической псевдобульбарной дизартрии). При этом же варианте спастическое состояние мышц речевого аппарата и шеи нарушает резонаторные свойства глотки с изменением величин глоточно-ротового и глоточно-носового отверстий, что наряду с чрезмерным напряжением глоточной мускулатуры и мышц, поднимающих мягкое нёбо, способствует появлению носового оттенка при произношении гласных, особенно заднего ряда (*о, у*), и твердых сонорных (*р, л*), твердых шумных (*з, ш, ж*) и аффрикаты *ц*.

При паретической псевдобульбарной дизартрии страдает произношение смычных губных звуков, требующих достаточных мышечных усилий, особенно двугубных (п, б, м) язычно-альвеолярных, а также нередко и ряда гласных звуков, особенно тех, которые требуют подъема спинки языка вверх (и, ы, у). От-

мечается носовой оттенок голоса. Мягкое нёбо провисает, подвижность его при произношении звуков ограничена.

Речь при паретической форме псевдобульбарной дизартрии медленная, афоничная, затухающая, плохо модулированная, выражены слюнотечение, гипомимия и амимия лица. Часто имеет место сочетание спастической и паретической форм, т. е. наличие спастико-паретического синдрома.

Бульварная дизартрия представляет собой симптомокомплекс речедвигательных расстройств, развивающихся в результате поражения ядер, корешков или периферических отделов VII, IX, X и XII черепно-мозговых нервов. При бульварной дизартрии имеет место периферический парез речевой мускулатуры. В детской практике наибольшее значение имеют односторонние избирательные поражения лицевого нерва при вирусных заболеваниях или при воспалениях среднего уха. В этих случаях развиваются вялые параличи мышц губ, одной щеки, что приводит к нарушениям и нечеткости артикуляции губных звуков. При двусторонних поражениях нарушения звукопроизношения наиболее выражены. Грубо искажается произношение всех губных звуков по типу приближения их к единому глухому щелевому губно-губному звуку. Все смычные согласные также приближаются к щелевым, а переднеязычные — к единому глухому плоскощелевому звуку, звонкие согласные оглушаются. Эти нарушения произношения сопровождаются назализацией.

Разграничение бульбарной дизартрии от паретической псевдобульбарной проводится в основном по следующим критериям:

- характер пареза или паралича речевой мускулатуры (при бульбарной – периферической, при псевдобульбарной – центральный);
- характер нарушения речевой моторики (при бульбарной нарушены произвольные и произвольные движения, при псевдобульбарной – преимущественно произвольные);
- характер поражения артикуляционной моторики (при бульбарной дизартрии – диффузный, при псевдобульбарной – избирательный с нарушением тонких дифференцированных артикуляционных движений);
- специфика нарушений звукопроизношения (при бульбарной дизартрии артикуляция гласных приближается к нейтральному звуку, при псевдобульбарной – отодвинута назад; при бульварной – гласные и звонкие согласные оглушены, при псевдобульбарной – наряду с оглушением согласных наблюдается их озвончение);
- при псевдобульбарной дизартрии даже при преобладании паретического варианта в отдельных мышечных группах отмечаются элементы спастичности.

Экстрапирамидная дизартрия. Экстрапирамидная система автоматически создает тот фон предуготовности, на котором возможно осуществление быстрых, точных и дифференцированных движений. Она имеет важное значение в регуляции мышечного тонуса, последовательности, силы и двигательности мышечных сокращений, обеспечивает автоматизированное, эмоционально выразительное выполнение двигательных актов.

Нарушения звукопроизношения при экстрапирамидной дизартрии определяются:

- изменениями мышечного тонуса в речевой мускулатуре;
- наличием насильственных движений (гиперкинезов);
- нарушениями проприцептивной афферентации от речевой мускулатуры;
- нарушениями эмоционально-двигательной иннервации. Объем движений

в мышцах артикуляционного аппарата при экстрапирамидной дизартрии, в отличие от псевдобульбарной, может быть достаточным. Особые трудности ребенок испытывает в сохранении и ощущении артикуляционной позы, что связано с постоянно меняющимся мышечным тонусом и насильственными движениями. Поэтому при экстрапирамидной дизартрии часто наблюдается кинестетическая диспраксия. В спокойном состоянии в речевой мускулатуре могут отмечаться легкие колебания мышечного тонуса (дистония) или некоторое его снижение (гипотония), при попытках к речи в состоянии волнения, эмоционального напряжения наблюдаются резкие повышения мышечного тонуса и насильственные движения. Язык собирается в комок, подтягивается к корню, резко напрягается. Повышение тонуса в мышцах голосового аппарата и в дыхательной мускулатуре исключает произвольное подключение голоса, и ребенок не может произнести ни одного звука.

При менее выраженных нарушениях мышечного тонуса речь смазанная, невнятная, голос с носовым оттенком, резко нарушена просодическая сторона речи, ее интонационно-мелодическая структура, темп. Эмоциональные оттенки в речи не выражены, речь монотонная, однообразная, немодулированная. Наблюдается затухание голоса, переходящее в неясное бормотание.

Особенностью экстрапирамидной дизартрии является отсутствие стабильных и однотипных нарушений звукопроизношения, а также большая сложность в автоматизации звуков.

Экстрапирамидная дизартрия нередко сочетается с нарушениями слуха по типу нейросенсорной тугоухости, при этом прежде всего страдает слух на высокие тона.

Мозжечковая дизартрия. При этой форме дизартрии имеет место поражение мозжечка и его связей с другими отделами центральной нервной системы, а также лобно-мозжечковых путей.

Речь при мозжечковой дизартрии замедленная, толчкообразная, скандированная, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы. Отмечается пониженный тонус в мышцах языка и губ, язык тонкий, распластаный в полости рта, подвижность его ограничена, темп движений замедлен, отмечается трудность удержания артикуляционных укладов и слабость их ощущений, мягкое нёбо провисает, жевание ослаблено, мимика вялая. Движения языка неточные, с проявлениями гипер- или гипометрии (избыточности или недостаточности объема движения). При более тонких целенаправленных движениях отмечается мелкое дрожание языка. Выражена назализация большинства звуков.

5. Обследование детей с дизартрией. Дифференциальная диагностика. Обследование строится на общем системном подходе, разработанном в советской логопедии, с учетом специфики описанных выше речевых и неречевых нарушений, общего психоневрологического состояния ребенка и возраста. Чем

меньше ребенок и чем ниже общий уровень его речевого развития, тем большее значение в диагностике имеет анализ неречевых нарушений.

В настоящее время на основе оценки неречевых нарушений разработаны приемы ранней диагностики дизартрии.

Наиболее частым первым проявлением дизартрии является наличие псевдобульбарного синдрома, первые признаки которого можно отметить уже у новорожденного. Это – слабость крика или его отсутствие (афония), нарушения сосания, глотания, отсутствие или слабость некоторых врожденных безусловных рефлексов (сосательного, поискового, хоботкового, ладонно-рото-головного). Крик у таких детей длительное время остается тихим, плохо модулированным, нередко с носовым оттенком, иногда в виде отдельных всхлипываний, которые производятся в момент вдоха.

Дети плохо берут грудь, вяло сосут, при сосании захлебываются, синеют, иногда молоко вытекает из носа. В тяжелых случаях дети в первые дни жизни вообще не берут грудь, их кормят через зонд, отмечаются и нарушения глотания. Дыхание поверхностное, нередко учащенное и аритмичное.

Эти нарушения сочетаются с асимметрией лица, подтеканием молока из одного угла рта, отвисанием нижней губы, что препятствует захвату соски или соска.

По мере роста все больше выявляется недостаточная интонационная выразительность крика, голосовых реакций. Звуки гуления, лепета отличаются однообразием и появлением в более поздние сроки. Ребенок длительное время не может жевать, кусать, давиться твердой пищей, не может пить из чашки.

Врожденные безусловные рефлексы, которые были угнетены в период новорожденности, проявляются в значительной степени, затрудняя развитие произвольной артикуляционной моторики.

По мере роста ребенка в диагностике дизартрии все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: стойкие нарушения произношения, недостаточность произвольных артикуляционных движений, голосовых реакций, неправильное положение языка в полости рта, его насильственные движения, нарушения голосообразования и речевого дыхания, задержанное развитие речи.

Особую сложность представляет диагностика стертых или минимальных проявлений дизартрии.

Основные критерии диагностики:

- наличие слабо выраженных, но специфических артикуляционных нарушений в виде ограничения объема наиболее тонких и дифференцированных артикуляционных движений, в частности недостаточность загибания кончика языка вверх, а также асимметричное положение вытянутого вперед языка, его тремор и беспокойство в этом положении, изменения конфигурации;

- наличие синкинезий (движение нижней челюсти при движении языка вверх, движений пальцев рук при движениях языка);

- замедленный темп артикуляционных движений;

- трудность удержания артикуляционной позы;

- трудность в переключении артикуляционных движений;

- стойкость нарушений звукопроизношения и трудность автоматизации поставленных звуков;
- наличие просодических нарушений.

В ряде случаев для диагностики минимальных проявлений дизартрии помогают функциональные пробы.

Проба 1. Ребенка просят открыть рот, высунуть язык вперед и удерживать его неподвижно по средней линии и одновременно следить глазами за перемещающимся в боковых направлениях предметом. Проба является положительной и свидетельствует о дизартрии, если в момент движений глаз отмечается некоторое отклонение языка в эту же сторону.

Проба 2. Ребенка просят выполнять артикуляционные движения языком, положив при этом руки на его шею. При наиболее тонких дифференцированных движениях языка ощущается напряжение шейной мускулатуры, а иногда и видимое движение с закидыванием головы, что свидетельствует о дизартрии.

Диагноз ставится совместно врачом и логопедом. Важно правильно описать речевые и неречевые проявления дизартрии, отметить особенности общего речевого развития, определить уровень речевого развития, а также дать качественную характеристику структуры дефекта, отметив, является ли у ребенка дефект только фонетическим или фонетико-фонематическим. В школьном возрасте отмечается влияние речедвигательного дефекта на письменную речь, наличие фонематической или артикуляционно-акустической дисграфии.

В речевой карте ребенка с дизартрией, наряду с клиническим диагнозом, который ставит врач, отражая по возможности и форму дизартрии, необходимо логопедическое заключение, основанное на принципе системного подхода к анализу речевых нарушений. Например:

1. Псевдобульбарная дизартрия. Фонетическое нарушение речи.
2. Псевдобульбарная дизартрия. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи.

У школьника может быть такой вариант: Псевдобульбарная дизартрия. Фонетико-фонематическое недоразвитие. Артикуляторно-акустическая дисграфия.

3. Псевдобульбарная дизартрия. Общее недоразвитие речи (III уровень).

При обследовании детей с дизартрией особое внимание обращается на состояние артикуляционной моторики в покое, при мимических и общих движениях, прежде всего артикуляционных. При этом отмечаются не только основные характеристики самих движений (их объем, темп, плавность переключения, истощаемость и т. д.), но и точность и соразмерность движений, состояние мышечного тонуса в речевой мускулатуре, наличие насильственных движений и оральных синкинезий.

Состояние артикуляционной моторики соотносится с общими моторными возможностями ребенка, отмечаются даже незначительные двигательные расстройства.

Дифференциальная диагностика дизартрии проводится в двух направлениях: отграничение дизартрии от дислалии и от алалии.

Отграничение от дислалии проводится на основании выделения *трех ведущих синдромов* (синдромы артикуляторных, дыхательных и голосовых расстройств), наличия не только нарушения звукопроизношения, но и расстройств просодической стороны речи, специфических нарушений звукопроизношения с трудностью автоматизации большинства звуков, а также с учетом данных неврологического обследования (наличие признаков органического поражения ЦНС) и особенностей анамнеза (указания на наличие перинатальной патологии, особенности доречевого развития, крика, голосовых реакций, сосания, глотания, жевания и т. д.).

Для дифференциальной диагностики дизартрии и дислалии необходимо сопоставить произношение звуков в словах при назывании дошкольником картинок, школьником при дополнении слов и предложений, а также при чтении отраженно вслед за логопедом в словах и изолированно в звуках и сопоставить эти данные с особенностями спонтанного произношения. Логопед определяет характер нарушений артикуляционных движений, приводящих к неправильному звукопроизношению. Наиболее частыми нарушениями при дизартрии являются: недостаточный подъем кончика языка, нарушенная скорость в образовании смычки, неправильные структуры, используемые в контакте, недостаточное напряжение, короткая продолжительность контакта, замедленное ослабление или выход из контакта, неправильное направление воздушного потока.

Запись кинетического анализа представлена в таблице.

Таблица – Запись кинетического анализа

Ошибки фонетические	Кинетический анализ
в — б	недостаточное натяжение губ
в — ч	скольжение губ вместо скольжения языка
б — м	слабое сокращение мягкого нёба
п — ф	слабое сокращение мышц губ

Подобная оценка позволяет определить моторный механизм нарушенного звукопроизношения и обосновать дифференцированные приемы артикуляционной гимнастики и массажа.

Нарушения звукопроизношения оцениваются в зависимости от характера коммуникативного материала, скорости произношения и ситуации общения. Они сопоставляются с особенностями фонематического восприятия и звукового анализа.

Важно отметить, определяет ли ребенок нарушения звукопроизношения в чужой и в собственной речи, как он дифференцирует на слух нормально и дефектно произносимые им звуки (в словах, слогах и изолированно).

Обследование лексико-грамматической стороны речи проводится общепринятыми в логопедии приемами.

Логопедическое обследование позволяет выявить структуру и тяжесть фонетико-фонематического нарушения, сопоставив его с тяжестью поражения ар-

тикуляционной и общей моторики, а также общим психическим и речевым развитием ребенка.

Отграничение от алалии проводится на основе отсутствия первичных нарушений языковых операций, что проявляется в особенностях развития лексико-грамматической стороны речи.

6. Методика 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».

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

Артикуляционная гимнастика. При ее проведении большое значение имеет тактильно-проприоцептивная стимуляция, развитие статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезии.

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

Перед работой по развитию подвижности речевой мускулатуры проводят упражнения для мимических мышц лица. Уже с дошкольного возраста у ребенка развивают произвольность и дифференцированность мимических движений и контроль за своей мимикой. Ребенка учат по инструкции закрывать и открывать глаза, хмурить брови, надувать щеки, проглатывать слюну, закрывать и открывать рот.

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

Артикуляционная гимнастика языка начинается с воспитания активного прикосновения 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.

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.

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 *a* на твердой атаке. Упражнения проводятся перед зеркалом, под счет. Используются следующие приемы: стимуляция задней части языка и нёба легкими хлопывающими 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 колодец, 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.

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. 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.

Развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса. Для развития двигательной-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.

Необходима тренировка следующих артикуляторно-сенсорных схем (по Г.В. Чиркиной):

- двугубная: губы пассивно смыкаются, удерживаются в этом положении. Внимание ребенка фиксируется на сомкнутых губах, затем его просят дуть через губы, разрывая их контакт;

- губно-зубная: указательным пальцем левой руки логопед приподнимает верхнюю губу ребенка, обнажая верхние зубы, указательным пальцем правой руки поднимает нижнюю губу до уровня верхних резцов и просит ребенка дуть;

- язычно-зубная: язык помещается и удерживается между зубами;

- язычно-альвеолярная: кончик языка прижимается и удерживается у альвеолярного отростка, ребенка просят дуть, разрывая контакт;
- язычно-нёбная: голова ребенка несколько закидывается назад, задняя часть языка приподнимается к твердому нёбу, ребенка просят производить кашлевые движения, фиксируя его внимание на ощущениях языка и нёба.

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

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

Перед вызыванием и постановкой звуков важно добиваться их различия 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.

При работе над звукопроизношением опираются на знание артикуляционных укладов родного языка, анализ структуры нарушений звукопроизношения у каждого ребенка (кинетический 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 диффе-

ренциации 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 – письмо 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 ног.

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) фор-

мах 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.

Для профилактики дизартрии имеют значение профилактические осмотры детей первых лет жизни с перинатальной патологией, а также детей группы риска, т. е. детей, не имеющих признаков поражения мозга, но у которых отмечалась патология со стороны нервной системы в первые месяцы жизни или которые родились в асфиксии, от патологически протекавшей беременности и т. д. Врач и логопед дают обоснованные рекомендации родителям по лечению, обучению, воспитанию детей, по развитию артикуляционной моторики.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какое нарушение является ведущим при дизартрии?
2. Перечислите неречевые симптомы в структуре дизартрии.
3. Какие формы дизартрии выделяются по принципу локализации мозгового поражения?
4. При какой форме дизартрии нарушается произношение смычных губных звуков.
5. На основании каких синдромов проводится отграничение дизартрии от дислалии?
6. Назовите этапы логопедической работы при дизартрии.

Литература:

1. Белякова, Л. И. Логопедия. Дизартрия : учебное пособие для вузов спец. 050715.65(031800) – «Логопедия» / Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова. – М. : ВЛАДОС, 2013. – 287 с.
2. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – С. 156–194.
3. Пятница, Т. В. Логопедия в таблицах, схемах, цифрах : учебное пособие / Т. В. Пятница. – Изд., 8-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2016. – С. 5–13.

Лекция 5 (2 часа)

Заикание

1. Понятие и симптоматика заикания.
2. Клинические формы заикания.
3. Схема логопедического обследования ребенка с заиканием.

1. Понятие и симптоматика заикания. Заикание – нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. В настоящее время условно выделяются две группы симптомов заикания, находящихся в тесной взаимосвязи: биологические (физиологические) и социальные (психологические).

К физиологическим симптомам относятся речевые судороги, нарушения ЦНС и физического здоровья, общей и речевой моторики. К психологическим – речевым запинки и другие нарушения экспрессивной речи, феномен фиксированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психологические особенности.

Основным внешним симптомом заикания являются судороги в процессе речевого акта. Их длительность в средних случаях колеблется в пределах от 0,2 секунд до 12,6 секунд. В тяжелых случаях достигают 90 секунд. Судороги различаются по форме (тонические, клонические и смешанные), по локализации (дыхательные, голосовые, артикуляционные и смешанные) и по частоте. При *тонических судорогах* наблюдается короткое толчкообразное или длительное спазматическое сокращение мышц – тонус: «т-ополь». При *клонических судорогах* наблюдается ритмическое, с менее резко выраженным напряжением повторение одних и тех же судорожных движений мышц – клонус: «то-то-тополь». Такими судорогами обычно поражается весь дыхательно-голосово-артикуляционный аппарат, так как его функция управляется целостно работающей центральной нервной системой и он, следовательно, в процессе речи работает как нерасчленимое целое. В зависимости от преобладания судорог в тех или иных органах речи различают *дыхательные, голосовые и артикуляционные*.

Отмечаются три формы нарушения дыхания при заикании: *экспираторная* (судорожный выдох), *инспираторная* (судорожный вдох, иногда со всхлипыванием) и *респираторная* (судорожные вдох и выдох, нередко с разрывом слова).

Судороги в голосовом аппарате характеризуются следующим образом: *смыкательная* (судорожно-сомкнутые голосовые складки не могут своевременно разомкнуться – голос внезапно прерывается, или же образуется клоническая или затяжная судорога – получается блеющий прерывающийся («А-а-аня») или толчкообразный гласный звук («а. а. а.»); *размыкательная* (голосовая щель остается открытой – при этом наблюдается полное безмолвие или шепотная речь); *вокальная*, свойственная детям (впервые выделена И.А. Сикорским). Дети протягивают гласные в словах.

В артикуляционном аппарате различаются судороги – *губные, язычные и мягкого нёба*. Чаще и резче они проявляются при произнесении согласных

взрывных звуков (*к, г, п, б, т, д*); реже и менее напряженно – щелевых. На звонких, как более координационно сложных, судороги проявляются чаще, чем на глухих, особенно при их сочетании с гласными, а также в начале слова, возглавляющего фразу, синтагму или абзац. Следовательно, помимо затруднений, обусловленных фонетической природой самих трудных звуков, большую роль играют грамматические факторы: положение слова во фразе, структура текста и т. п. При этом надо учитывать содержание высказывания, так как известно, что заикание усиливается по мере семантического и эмоционального усложнения произносимого: заикаются реже при простом повествовании о хорошо известных вещах, чем при трудных рассуждениях и спорах. Ученики меньше заикаются при пересказе хорошо подготовленного учебного материала. Известное значение в отношении частоты заикания имеет ритм речи.

В экспрессивной речи заикающихся детей отмечаются фонетико-фонематические и лексико-грамматические нарушения. Распространенность фонетико-фонематических нарушений заикающихся дошкольников составляет 66,7 %, среди младших школьников – 43,1 %, средних – 14,9 % и старших – 13,1 %. Среди заикающихся дошкольников, помимо нарушений звукопроизношения, в 34 % случаев отмечаются отклонения в развитии речи, в сроках появления слов, формирования фразовой речи.

Нарушаются словесное ударение, интонация, ритм. Речь прерывиста, с необоснованными паузами, повторениями, изменяются громкость и темп произношения, сила, высота и тембр голоса, связанные с речевым намерением, эмоциональным состоянием заикающегося.

Изучение нестабильной частотности пароксизмов заикания позволяет обосновать понятие о сохранных участках правильной речи, об определении уровня сохранной речи в зависимости от разной степени сложности речевой деятельности и речевых ситуаций. Выявление уровня сохранной речи имеет определяющее значение для основных коррекционных задач на каждом этапе последовательной логопедической работы.

В проявлениях заикания характерными являются также различные нарушения речевой и общей моторики, которые могут быть насильственными (речевые судороги, тики, миоклонусы в мышцах лица, шеи) и произвольными уловками. К уловкам относятся вспомогательные движения, к которым прибегают заикающиеся, чтобы замаскировать или облегчить свою трудную речь.

Нередко отмечается общее моторное напряжение, скованность движений или двигательное беспокойство, расторможенность, дискоординация или вялость, переключаемость и пр. Некоторые исследователи указывают на связь заикания с амбидекстрией (леворукостью).

Еще в начале XX в. Т. Гепфнер и Э. Фрешельс подчеркивали, что «специфической основой заикания» является то психическое состояние, на основании которого возникает «сознание расстройства речи». Впоследствии Ф. Штоккерт, Ю.А. Флоренская, М.И. Пайкин, М.Е. Хватцев, А.М. Смирнова, Н.А. Власова, Н.И. Жинкин и другие также отмечали усугубляющую роль зафиксированного внимания заикающихся на своем дефекте.

Одним из основных явлений, из которых развивается невротическое расстройство, является чувство собственной неполноценности. И чем больше фиксируется больным внимание на своем болезненном симптоме, тем более упорным он становится. Так образуется порочный круг, из которого больной никак не в состоянии выбраться: болезненный симптом заставляет его фиксировать на нем свое внимание, а вследствие этого симптом еще усиливается и еще более приковывает к себе внимание больного. Н.И. Жинкин, рассматривая заикание как расстройство речевой саморегулировки, отмечает, что чем больше возрастает опасение за исход речи и чем в большей мере произнесение оценивается как дефектное, тем сильнее нарушается речевая саморегуляция. Это состояние через несколько повторений превращается в патологический условный рефлекс и возникает все чаще, теперь уже перед началом речи. Процесс становится циркулярным, так как дефект на приеме усиливает дефект на выходе.

Исследователи заикания в понятие фиксированности на дефекте вкладывают разное содержание: особое свойство внимания (устойчивое, застревающее, навязчивое, концентрированное), осознание дефекта, представление о нем, разное эмоциональное отношение к нему (переживание, тревожность, боязливость, страх).

Опираясь на опыт работы с заикающимися разного возраста и общие принципы системного подхода в психологии (Л.С. Выготский, С.Я. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, Б.Ф. Ломов, А.В. Петровский, П.Я. Гальперин, В.Д. Небылицын, Д.Б. Эльконин и др.), можно представить психологическую модель возникновения и развития феномена фиксированности с позиции интегрального взаимодействия психических процессов, состояний, свойств и действий у заикающихся. Различие между заикающимися и свободно говорящими выражается не в степени продуктивности той или иной деятельности, а в специфике ее протекания. От первого непроизвольного эмоционального реагирования на дефект у заикающихся детей постепенно формируется свое отношение к нему, связанное с эмоциональными переживаниями и отражается в волевых усилиях (действиях и поступках) в самостоятельной и безуспешной борьбе с заиканием.

Понятие феномена фиксированности в данном случае можно определить так: это есть отражение объективно существующего речевого дефекта (речевых судорог) во всей психической деятельности заикающегося человека. Это результат процессов получения и переработки информации о речевых трудностях (или помехах) и связанных с ними неприятностях, трансформированных в психических процессах, состояниях и свойствах заикающегося и проявляющихся в его взаимодействии с окружающей социальной средой.

Важно найти критерии, которые характеризуют нарастающую сложность разных уровней (степеней) фиксированности на дефекте. В качестве такого критерия могут быть использованы 3 варианта эмоционального отношения заикающихся к своему нарушению (безразличное, умеренно-сдержанное и безнадежно-отчаянное) и 3 варианта волевых усилий в борьбе с ним (их отсутствие, наличие и перерастание в навязчивые действия и состояния). В связи с этим

оправдано введение рабочего термина «болезненная фиксация» для выделения соответственно трех групп заикающихся:

1. Нулевая степень болезненной фиксации: дети не испытывают ущемления от сознания нарушения либо вовсе не замечают его. Отсутствуют элементы стеснения, обидчивости за свою неправильную речь, какие-либо попытки к преодолению дефекта.

2. Умеренная степень болезненной фиксации: старшие школьники и подростки переживают свое нарушение, стесняются его, скрывают, прибегают к различным уловкам, стараются меньше общаться. Они знают о своем заикании, испытывают от этого ряд неудобств, стараются замаскировать свой недостаток.

3. Выраженная степень болезненной фиксации: у заикающихся переживания по поводу нарушения выливаются в постоянно тягостное чувство неполноценности, когда каждый поступок осмысливается через призму речевой неполноценности. Это чаще подростки. Они концентрируют внимание на речевых неудачах, глубоко переживают их, для них характерен уход в болезнь, болезненная мнительность, страх перед речью, людьми, ситуациями и пр.

Изучение феномена фиксированности заикающихся на своем нарушении позволило установить следующее:

1. Фиксированность является одним из основных факторов, усложняющих структуру нарушения и эффективность его преодоления.

2. Имеется прямая зависимость его от возраста детей (или стажа заикания). Это объясняется наличием неблагоприятных факторов окружающей среды, совершенствованием и усложнением психической деятельности в связи с формированием личности детей, появлением сдвигов в нервной и эндокринной системах, связанных с пубертатным периодом.

3. Отмечается связь с усложняющимся характером моторных нарушений. Тоническая судорога иногда может рассматриваться как попытка заикающегося бороться со своим недугом. Характер моторных нарушений у заикающихся обычно связан с эмоциональным отношением ребенка к дефекту.

4. Эффективность логопедической работы с заикающимися детьми находится в зависимости от разной степени их фиксированности на нарушении: чем больше фиксированность, тем ниже результаты логопедической работы, и наоборот.

Осознание речевого нарушения, неудачные попытки избавиться от него или хотя бы замаскировать порождают у заикающихся различные психологические особенности: уязвимость, незащитность, боязливость, робость, внушаемость и многое другое.

В настоящее время делаются попытки не только глубже изучать индивидуальные психологические особенности заикающихся, но и комплектовать по этому признаку группы для обоснованной психотерапевтической направленности логопедической работы с ними.

В зависимости от благоприятных социальных условий, в которых растет и воспитывается ребенок, а также от его преморбидных особенностей психические явления могут в разной степени и кратковременно проявляться или закрепляться и перерасти в стойкие психические состояния и свойства лично-

сти, определяя в целом уже психологические особенности заикающихся. Попытки замаскировать речевые трудности порождают у заикающихся различные неречевые и речевые уловки, которые наблюдаются в общей моторике (движения руками, ногами, корпусом, головой и др.); реже – в речевой моторике (покусывания кончика языка, нижней губы, облизывание губ, причмокивание, беззвучное артикулирование звуков и т. д.) в виде вспомогательных звуков их сочетаний или слов (эмболы): *э, и ну, вот, да* и т. д.

Различают три степени заикания: легкая – заикаются лишь в возбужденном состоянии и при стремлении быстро высказаться. В этом случае задержки легко преодолеваются, заикающиеся говорят, не стесняясь своего дефекта; средняя – в спокойном состоянии и в привычной обстановке говорят легко и мало заикаются; в эмоциональном состоянии проявляется сильное заикание; тяжелая – заикаются в течение всей речи, постоянно, с сопутствующими движениями.

Выделяются следующие типы течения заикания: постоянный – заикание, возникнув, проявляется относительно постоянно в различных формах речи, ситуациях и т. д.; волнообразный – заикание то усиливается, то ослабевает, но до конца не исчезает; рецидивирующий – исчезнув, заикание появляется вновь, т. е. наступает рецидив, возврат заикания после довольно длительных периодов свободной, без запинки речи.

2. Клинические формы заикания. С 70-х гг. в клинических исследованиях утверждается положение о необходимости разграничения заикания на невротическую и неврозоподобную формы.

Невротическое заикание (логоневроз) – острое реактивное состояние, возникающее вследствие острых психических травм на фоне предрасполагающих факторов (невротическая предрасположенность, соматическая ослабленность, неблагоприятный речевой климат в семье и перегрузка информацией).

Для невротической формы заикания характерны следующие особенности:

1. До появления заикания отмечается тенденция к раннему речевому развитию.
2. Наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения.
3. Наличие характерологических особенностей (впечатлительность, тревожность и т.п.).
4. Преимущественно психогенное начало речевой патологии (психическая острая или хроническая травматизация).
5. Заикание может появиться в возрасте от 2 до 6 лет.
6. Большая зависимость степени судорожных запинок от эмоционального состояния заикающегося и условий речевого общения.
7. Возможность плавной речи при определенных условиях (речь наедине с собой, в условиях эмоционального комфорта, при отвлечении активного внимания от процесса говорения и пр.).

Неврозоподобное заикание – состояние, напоминающее по своим признакам невроз, но возникающее на фоне органического поражения ЦНС в связи с различными проявлениями мозговой дисфункции.

Для неврозоподобной формы заикания характерны следующие особенности:

1. До появления заикания отмечается тенденция к некоторой задержке речевого развития, нарушение звукопроизношения.

2. Отмечается патология моторных функций разной степени выраженности.

3. Судорожные запинки появляются у детей в возрасте 3–4 лет.

4. Появление судорожных запинок совпадает с фазой развития фразовой речи.

5. Начало заикания постепенное, вне связи с психотравмирующей ситуацией.

6. Отсутствие периодов плавной речи и малая зависимость качества речи от речевой ситуации.

7. Привлечение активного внимания заикающихся к процессу говорения облегчает речь; физическое или психическое утомление ухудшают качество речи.

3. Схема логопедического обследования ребенка с заиканием. Схема обследования ребенка с заиканием разработана Е.А. Логиновой и С.Б. Яковлевым.

Анкетные данные

Фамилия, имя _____

Дата рождения _____

Национальность _____

(Для школьника: № школы, класс) _____

Поступил(а) из _____

Дата и № протокола _____

Логопедическое заключение ПМПК _____

Сведения о семье

Мать _____

Отец _____

Наследственные заболевания _____

Характеристика речи окружающих ребенка людей _____

Материально-бытовые условия в семье _____

Общий анамнез

Какая по счету беременность _____

Особенности протекания беременности _____

Особенности течения родов _____

Вес и рост ребенка при рождении _____

После выписки из родильного дома:

– особенности сна _____

– особенности бодрствования _____

Особенности грудного вскармливания _____

Перенесенные заболевания, травмы, случаи пребывания в больнице:

– до одного года _____

– после одного года _____

Психомоторное развитие

Стал(а):

– держать голову с _____

- сидеть с _____
- стоять с _____
- ходить с _____

С какого времени стал(а):

- раздеваться _____
- одеваться _____
- шнуровать ботинки _____
- застегивать пуговицы _____

Особенности моторики:

- излишне подвижен _____
- излишне заторможен _____

Развитие речи

Время появления:

- гуления _____
- лепета _____
- первых слов _____
- фразы _____

Особенности речевого развития (нарушения звукопроизношения, нарушения слоговой структуры слов и т. д.) _____

Течение заикания (постоянное, прогрессирующее, волнообразное) _____

Меняется ли речь в зависимости от времени суток, года _____

Возможные причины ухудшения или улучшения речи _____

Бывают ли периоды плавной речи _____

Ситуации, когда заикание наиболее выражено _____

Как говорит в настоящее время в следующих ситуациях:

- в семье _____
- в общении со сверстниками _____
- в детском саду (или при ответе в классе) _____
- в незнакомой обстановке _____

Для школьников:

- как шло усвоение школьного материала _____
- влияет ли заикание на успеваемость в школе _____

Отношение ребенка к заиканию _____

Есть ли страх речи _____

Отношение в семье, в школе к заиканию ребенка _____

Занятия с логопедом:

- где _____
- когда _____
- по какой методике _____
- как долго занимался _____
- результат _____

Причина рецидива _____

Особенности характера, эмоционально-волевой сферы, поведения, общительности и взаимоотношений ребенка с другими людьми, с детьми (со слов родителей, учителя) _____

Школьнику можно предложить для самостоятельного ответа следующие вопросы:

- Где труднее говорить: в школе, в магазине и т. п.? _____
- Какова речь со сверстниками, родителями, незнакомыми людьми? _____
- Имеется ли волнение, страх речи в незнакомой обстановке? _____
- Как влияет волнение на речь? _____
- Сохраняется ли заикание, когда тебя никто не слышит? _____
- Влияет ли твоя речь на успеваемость в школе? _____
- Если ты занимался с логопедом, то пользуешься ли изученными прежде приемами? _____

Данные объективного обследования

Состояние слуховой функции

1. Слуховое внимание _____

2. Восприятие речи _____

Состояние моторных функций

Общая моторика

1. Наблюдение за естественными движениями (а также за осанкой, походкой) _____

2. Выполнение заданий (ходьба, бег, прыжки, игра с мячом и др.) _____

В выводе, характеризуя особенности общей моторики, отметить объем движений, точность, координацию, темп, переключаемость, сопутствующие движения, двигательную активность ребенка.

Мелкая моторика

1. Кинестетическая основа движений пальцев (праксис «позы») _____

2. Кинетическая основа движений пальцев (последовательно организованные движения) _____

3. Манипуляции с мелкими предметами _____

Конструктивный праксис _____

Навыки работы с карандашом, ручкой _____

4. Для школьников: состояние графомоторных навыков _____

5. Наличие леворукости _____

Мимика и артикуляторная моторика

1. Мимические движения _____

Особенности мимики при речи _____

2. Одиночные движения и серии движений органов артикуляции _____

Строение органов артикуляционного аппарата

Состояние импрессивной речи

1. Пассивный словарь _____

2. Понимание логико-грамматических конструкций _____

Состояние экспрессивной речи

1. Звукопроизношение и звуко-слоговая структура слов _____

2. Активный словарь _____

3. Грамматический строй речи _____

Состояние фонематических функций

1. Фонематическая дифференциация _____
2. Фонематический анализ _____
3. Фонематический синтез _____
4. Фонематические представления _____

У школьников проверяются также навыки слогового анализа и синтеза, анализа и синтеза предложений.

Состояние дыхательной функции

1. Тип дыхания _____
2. Ритмичность дыхания _____
3. Характер вдоха при речи _____
4. Продолжительность речевого выдоха _____

Состояние просодических компонентов речи

1. Темп речи _____

Ритм речи _____

Правильность употребления пауз в процессе речевого высказывания _____

2. Характеристика логоса:

Сила голоса _____

Высота голоса _____

Тембр голоса _____

Особенности модуляций _____

3. Интонированность речи (употребление основных видов интонации) _____

4. Внятность речи _____

Симптоматика заикания

А. Внешняя (физическая) симптоматика заикания

I. Проявление заикания в различных формах речи (на материале беседы, чтения коротких стихов, воспроизведения небольших рассказов и сказок, рассказа по картине и др.)

1. Шепетная речь _____

2. Сопряженная речь _____

3. Отраженная речь _____

4. Вопросно-ответная речь _____

5. Пересказ прослушанного текста:

– с опорой на сюжетную картинку _____

– без опоры на сюжетную картинку _____

6. Рассказ по серии картинок, по картинке _____

7. Самостоятельный рассказ _____

8. Для школьников: отражение заикания на письме

– репродуктивное письмо _____

– самостоятельное письмо _____

9. Проявление заикания при чтении _____

В выводе зафиксировать данные о сохранных речевых возможностях; частоту, силу, длительность и степень выраженности судорог, зависимость судорог от речевого материала: места во фразе, слове; при произношении отдельных слов, звуков; зависимость судорог от звуко-слоговой структуры слов, длины фразы и др.; зависимость судорог от формы речи, от громкости речи.

II. Форма судорог (тонические, клонические, смешанные)_____

Локализация судорог:

– дыхательные (экспираторные, инспираторные, респираторные)_____

– голосовые (смыкательные, размыкательные, вокальные)_____

– артикуляционные (губные, язычные, мягкого неба)_____

– смешанные_____

III. Наличие непроизвольных движений, тела, лица_____

Б. Внутренняя (психическая) симптоматика заикания

I. Наличие или отсутствие логофобий (страх речи в определенных ситуациях, страх произнесения отдельных слов, звуков и др.)_____

II. Наличие или отсутствие защитных приемов (уловок), частота и эффективность их использования:

1. Моторных_____

2. Речевых:

а) произнесение отдельных звуков и междометий_____

б) произнесение слов и словосочетаний_____

3. Изменение стиля речи_____

III. Степень фиксированности на заикании (нулевая, умеренная, выраженная)_____

Индивидуально-психологические особенности ребенка

1. Контактность с окружающими и характер общительности, взаимоотношений_____

2. Особенности психических процессов: памяти, внимания, мышления_____

3. Динамика психической деятельности и поведения ребенка:

– активность или вялость психической деятельности, движений, речи (в игре, в учебной деятельности)_____

– устойчивость и преобладающий фон настроения_____

– степень эмоциональной возбудимости_____

4. Другие особенности_____

5. Другие нарушения речи_____

Логопедическое заключение

Форма и локализация судорог_____

Степень тяжести заикания_____

Выраженность внешней и внутренней симптоматики заикания_____

Степень фиксированности на заикании_____

Индивидуально-психологические особенности ребенка_____

Другие нарушения устной и письменной речи_____

Дата окончания обследования_____

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите основной внешний симптом заикания.

2. Какая форма заикания возникает на фоне органического поражения ЦНС?

3. По каким параметрам оценивается состояние импрессивной речи у детей с заиканием?

Литература:

1. Белякова, Л. И. Логопедия. Заикание : учеб. пособие для студ. дефектологических факультетов высших пед. учеб. заведений. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – М. : В. Секачев, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 53–145.
2. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – С. 257–272.
3. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – С. 252–277.

Лекция 6 (2 часа)

Алалия

1. Понятие, причины и формы алалии.
2. Сущность, причины, механизм моторной (экспрессивной) алалии.
3. Симптоматика моторной алалии.
4. Обследование детей с алалией.
5. Методика логопедической работы при моторной алалии.
6. Сущность, причины, механизм сенсорной алалии.
7. Симптоматика сенсорной алалии.
8. Система логопедической работы при сенсорной алалии.

1. Понятие, причины и формы алалии. *Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.*

В течение длительного периода изучения алалии высказывались разные предположения по поводу причин ее возникновения. Так, Р. Коэн (1888), А. Гутцман (1924), Э. Фрешельс (1931), М. Зеeman (1962) и другие утверждали, что ведущим началом при этом нарушении являются воспалительные или алиментарно-трофические обменные патологические процессы, происходящие во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

А. Трейтель (1901) считал алалию следствием недостаточности внимания и памяти. А. Либман (1901) связывал неполноценность речи при алалии с интеллектуальной недостаточностью. А. Ивинг (1963) указывал на отсутствие у детей моторного образа слова как ведущего проявления в картине речевой неполноценности при нарушениях мозга. М. Зеeman (1962) подчеркивал, что речь не развивается из-за нарушений мозговых центров речи (мозговых зон речи). Р. Лухзингер (1970), М. Берри (1957), М.Б. Эйдинова (1961), В.А. Ковшиков (1985) и другие отмечали ведущую роль в возникновении алалии природных черепно-мозговых травм и асфиксии новорожденных. Родовые травмы и асфиксии в ряде случаев являются следствием внутриутробной патологии. Это вызывает хроническое кислородное голодание и приводит к снижению функции дыхательного центра. Клетки мозга, и в первую очередь третьего слоя коры, более молодого в филогенетическом отношении, являются наиболее чувствительными к кислородному голоданию. Третий слой коры мозга дает начало сложной системе ассоциативных связей, обеспечивающих формирование высших корковых функций человека, в первую очередь – речи и психики.

Среди этиологических факторов выделяются также внутриутробные энцефалиты, менингиты, неблагоприятные условия развития, интоксикация плода, врожденная отягощенность, внутриутробные или ранние прижизненные травмы мозга, болезни раннего детства с осложнением на мозг и т. д.

Внутриутробная патология приводит к диффузному поражению вещества мозга, родовые черепно-мозговые травмы и асфиксия новорожденных вызывают более локальные нарушения. Поражения различных областей коры головного

го мозга вызывают нарушения развития речевых и неречевых функциональных систем. Е. М. Мастюкова (1981), характеризуя алалию, с позиций нейроонтогенеза, подчеркивает, что при действии любого вредного фактора в пренатальном или раннем постнатальном периоде, когда кора головного мозга находится еще в стадии формирования, трудно точно определить наличие локального дефекта, ибо поражение чаще носит более распространенный, диффузный характер. У ребенка в таком случае отмечается ММД — минимальная мозговая дисфункция.

По наблюдениям С.С. Корсакова и Н.И. Красногорского, алалия бывает следствием соматического заболевания, вызывающего истощение центральной нервной системы, в первую очередь гипотрофии. Ю.А. Флоренская подчеркивала, что в патогенезе алалии имеют место рахит, нарушения питания и сна в раннем детстве, часто повторяющиеся заболевания дыхательных путей. Эта точка зрения разделяется не всеми авторами. По-видимому, соматические заболевания лишь усугубляют воздействие патологических причин неврологического характера, которые являются ведущими.

Некоторые авторы (Р. Коэн, 1888; М. Зеeman, 1961; Р. Лухзингер, А. Салей, 1977, и др.) подчеркивают роль наследственности, семейной предрасположенности в этиологии алалии. Однако убедительных научных данных о роли наследственности в происхождении алалии в литературе не приводится. В последние годы в возникновении алалии подчеркивается значительная роль минимальных мозговых повреждений (минимальной мозговой дисфункции). В большинстве случаев в анамнезе ребенка с алалией выделяется, как правило, не один, а целый комплекс патологических факторов.

В настоящее время большинством исследователей принято выделять три формы алалии: моторную, сенсорную и смешанную, в соответствии с которыми проводится дифференциальная диагностика и коррекция.

2. Сущность, причины, механизм моторной (экспрессивной) алалии.
Моторная (экспрессивная) алалия – это системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций.

Сторонники данной концепции объясняют речевую несформированность моторной недостаточностью (Р. Коэн, Г. Гутцман, Р.А. Белова-Давид, Н.Н. Трауготт, Ф.К. Орфинская и др.). Большинство авторов связывают алалию с кинетической или кинестетической апраксией и выделяют в связи с этим *эфферентную* и *афферентную* формы.

При афферентной алалии механизм нарушения речи сводится к кинестетической апраксии, при эфферентной – к кинетической апраксии (по аналогии с афазией). Есть сведения, что последняя из названных форм является преобладающей в 9–10 раз.

В свете современных представлений о речи как о много уровневой деятельности моторные концепции вызывают определенные возражения. Апраксией можно объяснить различного рода артикуляционные расстройства (нарушения звукопроизношения, звукослоговой структуры слова). Одна ко языковые

нарушения, которые являются ведущими при алалии, не могут быть объяснены моторной недостаточностью. Кроме того, и моторная недостаточность отмечается только у половины детей с алалией.

Согласно психологическим концепциям, механизм моторной алалии составляют нарушения психических процессов (мышления, памяти), а также соотношения отдельных этапов речевой деятельности.

И.Т. Власенко, В.В. Юртайкин (1981) подчеркивают, что выявляется диссоциация между структурными компонентами, составляющими речевую деятельность таких детей: у одних имеет место несформированность целевых установок при сохранности операционных возможностей, у других – недостатки в операционном звене деятельности при наличии достаточно стойкой мотивации. Страдает и контрольное звено за исполнительской деятельностью; нет возможности сличения результатов с исходными установками.

Современный психолингвистический подход нашел отражение в языковых концепциях (Е.Ф. Соботович, В.А. Ковшиков, Б.М. Гриншпун, В.К. Воробьева и др.).

В.А. Ковшиков (1985) полагает, что ядром нарушения при этой форме алалии является несформированность языковых операций производства высказывания (лексических, грамматических, фонетических) при относительной сохранности смыслового и моторного уровня порождения высказывания. Это дает основание интерпретировать алалию как преимущественно языковое нарушение. При моторной алалии может отмечаться и нарушение внутреннего программирования (глубинных синтаксических структур) в сочетании с несформированностью отбора слов, словосочетаний, с несформированностью речевых действий по построению фраз и текста.

Е.Ф. Соботович (1985) отмечает, что основным при моторной алалии является нарушение овладения знаковой формой языка, т. е. правилами сочетания и использования знаков в процессе порождения речи. У детей не формируются операции программирования, отбора, синтеза языкового материала в процессе порождения высказывания; могут быть несформированными как операции выбора, так и операции комбинирования, следствием чего оказывается нарушенным языковое (и речевое) оформление высказывания. Нарушаются все аспекты лексико-грамматического структурирования: выбор слов и порядок их расположения, грамматическое маркирование и звуковое оформление высказывания. В целом это может быть охарактеризовано как несформированность психофизиологических механизмов, обеспечивающих усвоение, воспроизводство и адекватное восприятие знаков языка.

У ребенка с алалией заметно ограничены возможности овладения системой языковых знаков и самим инвентарем языковых средств различных уровней. Оказываются несформированными операции порождения, оформления высказывания, в частности, наряду с отбором фонем, нарушается внутрислоговое и межслововое программирование (т. е. артикуляторная программа), и операции, реализующие глубинно-синтаксический и глубинно-семантический уровень, т. е. уровень внутренней речи.

В работах нейрофизиологического плана анализируется взаимосвязь нарушений субстрата мозга с характером речевого недоразвития. В работах психологического и лингвистического плана анализируются взаимоотношения нарушений речевых и общепсихологических функций, а также состояние речевой деятельности в структуре проявления нарушения. В связи с различиями в подходах одни и те же явления получают различную интерпретацию.

3. Симптоматика моторной алалии. Моторная алалия представляет собой сложный синдром, комплекс речевых и неречевых симптомов, отношения между которыми являются неоднозначными. В структуре речевого дефекта при моторной алалии ведущими являются языковые нарушения.

Речевая симптоматика. Недоразвитие речи при моторной алалии носит системный характер, охватывая все ее компоненты: фонетико-фонематическую и лексико-грамматическую стороны. По преобладающим признакам можно выделить группу детей с преобладающим фонетико-фонематическим недоразвитием (их меньшинство) и группу с преобладающим лексико-грамматическим недоразвитием. Предполагается, что первая из групп обусловлена ведущим поражением нижних отделов в центральной моторной области коры доминантного полушария, где концентрируются раздражения от мышц, связок, возникающие при выполнении артикуляционных движений, или в общей мускулатуре (при выполнении прочих движений). Вторая группа обусловлена поражением передних отделов моторной области коры мозга (нижние отделы моторно-премоторной зоны и активная речевая зона, располагающаяся в задних отделах нижней лобной извилины).

Развитие системы произношения у детей с алалией характеризуется качественным и количественным своеобразием, которое выявляется в той или иной мере у всех детей и на каждом из этапов речевого развития.

В работах нейрофизиологического плана артикуляторные нарушения прослеживаются в связи с затруднениями из-за недоразвития определенных зон коры мозга, обуславливающих затруднения тонких артикуляционных дифференцировок и приводящих к несформированности как самих звуков, так и слоговой структуры слова (Р.А. Белова-Давид, Н.Н. Трауготт).

В работах психолого-педагогического плана (Р.Е. Левина, В.К. Орфинская, А.К. Маркова, Е.Г. Корицкая, В.А. Минашина, Е.Ф. Собонович, О.Н. Усанова и др.) фонетические нарушения рассматриваются в тесной связи с особенностями лексического и грамматического развития детей с алалией. Развитие фонетической стороны в значительной степени зависит от развития словаря и даже определяется им. Звуки появляются в ряде случаев спонтанно под влиянием развития словаря, однако их использование в составе слова сопряжено со значительными затруднениями. Об этом свидетельствуют многочисленные ошибки при воспроизведении звукового состава слова детьми даже при условии правильного произнесения ими изолированных звуков.

В одних случаях расширение словаря стимулирует появление новых звуков, в других – сначала формируются отдельные артикуляции, а затем они закрепляются в словах. Отмечаются трудности возможного комбинирования отдельных элементов речи в единое целое. При алалии с трудом усваиваются

сложные двигательные дифференцировки, не формируется динамический артикуляционный стереотип – затруднено слияние звуков при их правильном или неправильном проговаривании, отмечаются, по словам А.Р. Лурия, трудности денервации предыдущих артикуляций и плавного переключения от одной артикуляции к другой. Это приводит к перестановкам звуков и слогов, к упрощению и искажению структуры слов.

Признавая в целом, что при современном состоянии знаний точная локализация при алалии нарушенных звеньев невозможна, исследователи, тем не менее, описывают ряд нарушений речедвигательного и общедвигательного характера, которые лежат в основе речевых нарушений и обуславливают их. У ребенка с алалией не формируются тонкие двигательные координации речевого аппарата. Нарушение аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора носит различный характер: оральная апраксия, нарушение последовательности, переключаемости и т. д. Наблюдаются поиски артикуляции, неумение выполнить определенное артикуляционное движение или действие (комплекс последовательных движений), трудности усвоения последовательности и переключаемости. Ведущим в этих случаях является нарушение двигательного характера, оно и определяет речевое артикуляторное расстройство. При этом вследствие кинетической или кинестетической апраксии страдают фонетическая и фонематическая системы.

В нормальных условиях артикуляционные движения и связанные с ними кинестетические импульсы, идущие от речевого аппарата в кору головного мозга, играют значительную роль в процессе звукового анализа и синтеза, помогают уточнить звуковой состав слова, сохранить нужную последовательность звукового ряда. При алалии ребенок не может найти правильную последовательность звуков в слове, слов во фразе, не может переключиться от одного слова к другому. Это ведет к обилию парафразий, перестановок, персеверации и свидетельствует о нарушении подвижности основных нервных процессов, о застойных очагах возбуждения или торможения в речедвигательном анализаторе. Как следствие этого, у ребенка с моторной алалией при хорошем слухе и достаточном понимании речи, при отсутствии параличей и грубых парезов артикуляционной мускулатуры не развивается самостоятельная речь, долгое время она остается на уровне отдельных звуков, слов.

Чем больше степень недоразвития коры мозга, тем более глубокой, грубой оказывается несформированность речевой функции. Прослеживается прямая связь между нарушениями артикуляционного праксиса и организацией речевых движений, а, следовательно, фонетической системы речи, с одной стороны, и с восприятием, пониманием речи – с другой.

Нарушение в случаях алалии тонких артикуляционных движений вследствие ослабления тонуса мозгового конца речедвигательного анализатора затрудняет или даже делает невозможным восприятие слабых и тонких кинестетических импульсов, воспринимаются и анализируются корой только более грубые кинестезии. Как результат этого, при моторной алалии иногда наблюдается недостаточное восприятие обращенной речи, замедленность и затрудненность понимания грамматических форм и развернутого текста. По данным Н.Н.

Трауготт, 70% детей с моторной алалией полностью хорошо понимают обращенную речь, 20% имеют некоторое незначительное снижение понимания и 10% – плохо понимают, однако собственная речь детей в этих случаях всегда оказывается хуже их понимания.

Нередко дети из-за нечеткости звукового восприятия улавливают только отдельные элементы фразы и не могут связать их в единую смысловую структуру. Эта ограниченность понимания является вторичным проявлением основного дефекта – недоразвития собственной речи. Имея крайне бедный активный словарь, дети могут обладать достаточным пассивным словарем. На первый взгляд, понимание речи может не вызвать сомнения, но некоторые затруднения при понимании усложненных вариантов речи все-таки имеются. Выявлены разные уровни понимания: от почти полного непонимания грамматических форм для отдельных затруднений в понимании единичных грамматических конструкций.

Диффузность фонематических представлений, нечеткость звукового восприятия и воспроизведения, слабая ориентация в звуковом и слоговом составе слова у детей наблюдаются на фоне структурной несформированности слов и фраз, недостаточной вариативности в использовании грамматических средств.

При алалии 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 слов с паузированием между слогами и словами, с равно- и разноударностью. Речь носит характер скандированности (между одинаковыми по величине речевыми отрезками есть равной длительности паузы) или фрагментарности (разные речевые отрезки разрываются разновеликими интервалами). Несформированность ритмической структуры и слова, и фразы сопровождаются нарушением мелодики, темпа, ритма речи. Дети не улавливают ритм и не могут воспроизвести предложенный ритмический рисунок выстукиванием, похлопыванием.

При отраженном проговаривании ребенок продуцирует только приблизительный контур, неясный звуковой комплекс вместо слова, употребляет несколько вариантов искажения одного и того же слова: «пидора», «мидора» – *помидор*; «кубыка», «пузыка», «пузувиса», «кубиска» – *пуговица*; «фраль», «вираль», «фараль» – *февраль* и т. д. По мере увеличения словарного запаса трудности детей в овладении структурой слова становятся более заметными. Количество подобных искажений резко возрастает и на протяжении одного занятия, если ребенок утомляется. В речевом потоке много оговорок, на которые дети обращают внимание и исправляют ошибочно сказанное только при уже относительно развитой речи и контроле за ней.

Словарный запас у детей с моторной алалией развивается медленно, искаженно, используется в речевой практике неправильно. Бедность лексико-семантических средств приводит к разнообразным заменам по сходству, смежности, по контрасту (*стирает – моет, топор – молоток, чашка – стакан* и т. д.). Чаще выявляются замены по внешним признакам предмета, реже – основанные на функции (внутренних признаках). Замены слов по значению обычно

характеризуют более высокий уровень развития речи ребенка. Как установлено В.К. Воробьевой (1985), чаще диффузность значения и замены проявляется при употреблении глаголов, чем существительных. Дети не умеют пользоваться синонимами, антонимами, обобщающими словами. Узок и однообразен у них запас прилагательных, наречий. На всех этапах развития речи выявляются трудности актуализации словаря, неумение детей отбирать из лексического запаса и правильно употреблять слова, наиболее уместные и точные для данного высказывания.

Словарный запас детей ограничен рамками обиходно-бытовой тематики, качественно неполноценен (выявляется неправомерное расширение и сужение значений слов, отмечаются многочисленные ошибки в их употреблении), ребенок не может объяснить значение слов, не умеет пользоваться средствами словообразования.

Речь долгое время остается бедной, поражает оборотами, не свойственными родному языку. По выражению Н.Н. Трауготт, ребенок как бы перерастает свои речевые возможности: оформление его мыслей соответствует оформлению мыслей детей более младшего возраста, хотя сами мысли, их содержание находятся на стадии более высокого развития.

Особенности нарушения грамматического строя речи представлены в работах Н.Н. Трауготт, Р.Е. Левиной, Б.М. Гриншпуна, С.Н. Шаховской, Е.Ф. Собонович, В.А. Ковшикова и других исследователей.

Дети затрудняются при именном и глагольном управлении, при согласовании, не используют предлоги и союзы, в их речи нет четкости родовых и числовых окончаний и т. д. Неправильно используются смыслоразличительные приставки. Преобладают корневые слова, лишённые флексий, отмечается морфологическая неоформленность высказывания. У детей с алалией недостаточная вариативность в использовании грамматических средств; различение и употребление практически всех грамматических форм затруднено. Дети не могут наблюдать, анализировать и обобщать языковые явления, производить мыслительные операции над языковым материалом, понимать и правильно использовать языковой знак – соотносить определенную морфему, слово с конкретным предметом, или явлением. Они затрудняются при овладении числовыми формами существительных, глаголов, пользуются неизменяемыми словами, без форм и флексий («Книга, Таня!» и жест просьбы).

Такие аморфные фразы, без оформления четких грамматических сочетаний, требующих флексий, союзов и других средств, делаются понятными только в определенной ситуации.

Процесс формирования предложений у детей с алалией выявляет ряд особенностей на всех этапах развития. Отмечаются разные виды аграмматизма (экспрессивный аграмматизм – нарушение грамматического строя собственной речи, импрессивный – затруднения при понимании грамматических конструкций): структурный аграмматизм, семантический аграмматизм и аграмматизм, связанный с неправильным оформлением связей слов в предложении.

Под структурным аграмматизмом понимается нарушение количества и динамической линейной последовательности слов в предложении, нарушение по-

рядка слов. Чаще этот вид аграмматизма отмечается при более тяжелой речевой несформированности. Ребенок отвечает одним-двумя словами в сочетании с жестом. При недостаточности лексико-грамматических и фонетических средств у ребенка отмечается развитие мимико-жестикуляторной формы общения. Для выражения мысли он употребляет преимущественно номинативную форму существительного в правильном или искаженном падежном варианте. Грамматический строй развивается при алалии замедленно и неравномерно, отмечаются недостатки формообразования и формоизменения, не усваиваются грамматические категории, синтаксические конструкции отличаются примитивностью.

Характерным является сочетание бедности использования лексико-грамматической вариативности слов и грамматических конструкций. Отсутствие набора семантических эквивалентов и доступных грамматических средств приводит к смысловым замещениям, к ограниченности выбора из ряда слов и грамматических моделей, необходимых для данного контекста.

Несформированность структуры предложения является при алалии следствием незрелости внутренних речевых операций – операций выбора слов и построения плана высказывания. Кроме того, ребенка затрудняет и сам процесс реализации отдельных слов и их сочетаний. Несформированность речевых операций (замысел, программирование, отбор и синтез речевого материала) выражается в том, что ребенок не умеет лексически и грамматически правильно оформить мысль. Лексико-семантическая и лексико-грамматическая организация предложения неправильная, в ней отражается неполноценность предметных связей, воспринимаемых ребенком в окружающем. Это расценивается как семантический аграмматизм: диффузное расширение значения слова, замены ассоциативного характера и т. д.

Из-за ограничения возможностей овладения системой языковых знаков и дефицита самого инвентаря языковых средств различных уровней при моторной алалии страдают и номинативная, и предикативная функции речи, нарушается в целом коммуникативная деятельность, а также регулирующая и познавательная (когнитивная) функции. Речь при алалии не является полноценным средством коммуникации, организации поведения и индивидуального развития.

Отмечается системность недоразвития всех сторон и функций речи при алалии. Выявляются трудности построения фразы и усвоения грамматического строя, недостаточность развития подражательной (в том числе и подражательно-речевой) деятельности, неполноценность всех форм произвольной речи. У детей отсутствует возможность оперирования языковыми единицами, которые могут иметься в пассивном запасе.

Отмечая несовершенство всех операций в процессе порождения высказывания, исследователи подчеркивают нарушение системы опережения и обратной связи в механизме речевой деятельности, нарушение и внутреннего программирования, и внешней реализации высказывания.

Значительные трудности выявляются у детей при объединении предложений в связные высказывания, у них обнаруживается несформированность умения строить контекст, который требует сложной аналитико-синтетической дея-

тельности. Речь сбивчивая, непонятная, страдает временная и причинно-следственная связь.

Дети испытывают затруднения в овладении связной контекстной речью даже в случаях достаточного развития диалогической формы общения. В отличие от диалогической формы речи монологическая является инициативной, она требует от ребенка определенного уровня сформированности умственных действий необходимых для правильного отбора мыслей и языковых средств. Для овладения связной речью предполагается наличие у ребенка внутренней речи, в которой осуществляется отбор слов, расположение их в определенной системе, составление плана речевого сообщения.

Контекстная речь требует развития у ребенка не только внутренней, но и внешней речи: формирование высказывания начинается с мотивации (речевого импульса, побуждения к речи, мотива речевой деятельности), затем мотив подкрепляется замыслом как источником активности, через звено внутренней речи осуществляется внешнее развернутое высказывание. Формирование контекстной речи при алалии нарушено, в тяжелых случаях спонтанная речь полностью невозможна, в более легких – изложение лишено цельности, связности, последовательности.

На начальных этапах формирования речи у ребенка с алалией отсутствует потребность общения в связной форме, это обусловлено нарушением общей и речевой активности (мотивационной активности), не формируется весь подготовительный этап, необходимый для реализации монологической речи. Взамен отсутствующей речи используются паралингвистические средства: жест, мимика, пантомима, интонация. Дети прибегают к перефразировкам, не оканчивают фраз, затрудняются при выражении главной мысли. При более развитой речи причиной несформированности контекста является несформированность деятельности программирования, затруднения в операциях перевода мысли в развернутое высказывание. При передаче содержания последовательных картинок дети нарушают логическое продолжение рассказа: одни не могут их правильно разложить, другие затрудняются при оречевлении даже правильно расположенных.

Несформированность контекстной речи связана с неправильной реализацией внутреннего плана во внешнюю речь. Наблюдаются фрагментарность, разорванность высказывания, нарушение линейной последовательности, пропуск одного или нескольких логических звеньев ситуации, разброс мысли.

Возможной причиной нарушения последовательности рассказа является эмоциональный фактор: на первое место в ситуации выдвигается наиболее яркий элемент, связанный с прошлым опытом ребенка. А.Р. Лурия характеризует это явление не как собственно речевой первичный дефект, а как нарушение общей активности деятельности программирования.

Большие затруднения испытывает ребенок при овладении сложными логико-грамматическими конструкциями, отражающими пространственные отношения предметов. Выявляется хаотичность рассказа, бедность выразительности оформления, однотипность и примитивность средств связи. Дети не умеют от-

бирать факты, важные для раскрытия темы, находить нужные слова, застревают на второстепенных деталях, забывают основное содержание.

По мере развития речевых возможностей, овладения причинно-следственными отношениями монологическое высказывание становится более развернутым и правильным, растет и усложняется словарь, улучшается звуко-слоговая структура слов и предложений, появляются все более сложные предложения с использованием разных видов связей.

Таким образом, у детей с алалией недоразвитие речи сочетается с несформированностью мотивации общения, с нарушением активности разных компонентов деятельности. Отсутствие стремления к общению связано с трудностями общения и усугубляет их.

Наблюдается многообразие вариантов недоразвития речи: от полного безречья до частичного отсутствия речи. На этапах более высокого развития затруднения выявляются в развернутой речи, при усложнении ситуации общения, при выполнении специально подобранных заданий, в письменной речи. Недостаточная прочность навыка связной речи маскируется у ребенка предельным лаконизмом, скудностью речевых проявлений или, наоборот, многоречьем, тавтологией, перефразировкой.

Моторная алалия неоднородна по своим проявлениям: иногда отмечается преимущественная несформированность операций отбора языковых средств, т. е. фонематических, лексических и грамматических элементов, в других случаях преобладающее нарушение – несформированность операций комбинирования. Выявляется неравномерность нарушений языковой системы: алалии с преимущественной несформированностью фонематического или грамматического уровня языковой системы и алалии с относительно равномерной несформированностью всех языковых систем. Наблюдаются различия в возможностях речевой реализации тех языковых средств, которыми владеют дети.

Различия в проявлениях речевого недоразвития некоторыми авторами рассматриваются как разные степени проявления одного и того же нарушения, и они дифференцируют алалию по уровням речевого недоразвития, полагая, что ребенок в процессе своего развития проходит ряд этапов, для каждого из которых характерна своя картина нарушения.

Речевая симптоматика моторной алалии. У детей с алалией выявляется несформированность не только речевой деятельности, но и ряда моторных и психических функций. При моторной алалии наблюдается неврологическая симптоматика различной степени выраженности: от стертых проявлений мозговой дисфункции и единичных знаков повреждения центральной нервной системы до выраженных неврологических расстройств (парезы), особенно пирамидной и экстрапирамидной систем. Оральная апраксия, по Н. Н. Трауготт, встречается у 10% детей с алалией. У них отмечается физическая недостаточность, соматическая ослабленность.

Выявляется общая моторная неловкость детей, неуклюжесть, дискоординация движений, замедленность или расторможенность движений. Отмечается понижение моторной активности, недостаточная ритмичность, нарушение динамического и статического равновесия (не могут стоять и прыгать на одной

ноге, ходить на носках и на пятках, бросать и ловить мяч, ходить по бревну и т. д.). Особенно затруднена мелкая моторика пальцев рук. Имеются данные о преобладании у детей с моторной алалией левшества и амбидекстрии. Одни дети расторможены, импульсивны, хаотичны в деятельности, гиперактивны, другие, наоборот, вялые, заторможенные, инертные, аспонтанные.

У детей отмечается недоразвитие многих высших психических функций (памяти, внимания, мышления и др.), особенно на уровне произвольности и осознанности.

При алалии имеются особенности памяти: сужение ее объема, быстрое угасание возникших следов, ограниченность удержания словесных раздражителей и т. д. Особенно страдает вербальная память – произвольная, опосредованная, включающая память на слова, фразы, целостные тексты. Вербальная память является специфической человеческой памятью в отличие от двигательной, образной, эмоциональной. При зрительном подкреплении дети запоминают материал легче, речезрительная память оказывается более развитой. Трудности в подборе слов вместе с забыванием слов и затруднениями в воспроизведении их структуры резко ограничивают возможности произвольного высказывания ребенка. Отмечается снижение активной направленности в процессе припоминания сюжетной линии, последовательности событий, недостаточная активность наблюдательности, дети как бы скользят взором по картинке, не видя, не улавливая существенных деталей.

В ряде случаев у них развиваются патологические качества личности, невротические черты характера. Как реакция на речевую недостаточность у детей отмечаются замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обидчивость, склонность к слезам и т. д. Иногда дети пользуются речью только в эмоционально окрашенных ситуациях. Боязнь ошибиться и вызвать насмешку приводит к тому, что они стараются обойти речевую трудность, отказываются от общения речью, охотнее используют жесты.

Особенности личности ребенка связаны с недоразвитием центральной нервной системы и являются результатом того, что речевая неполноценность выключает ребенка из детского коллектива и с возрастом все больше травмирует его психику. Отмечаются трудности формирования гнозиса, праксиса, пространственного и временного синтеза, опосредованных речью, ограниченность и неустойчивость внимания, восприятия, продуктивной деятельности.

Специфические особенности в протекании познавательной предметно-практической деятельности детей с алалией различны по содержанию, степени обобщенности способов деятельности, по уровню выполнения. И.Т. Власенко, В.В. Юртайкин (1981), отмечая отставание в усвоении школьной программы у таких детей, говорят о несформированности у них обобщений, планирующей и регулирующей функции речи.

Вопрос об интеллекте детей с алалией решается исследователями неоднозначно. М.В. Богданов-Березовский (1909), Р.А. Белова-Давид (1972) и другие считают, что мышление у таких детей первично нарушено. Именно это приводит к недоразвитию языковой способности. М.В. Богданов-Березовский гово-

рил, что детские афазии (алалии) не только связаны с нарушением определенных участков мозга и следствием этого имеют расстройство во всей речевой функции, но также обязательно находят свое отражение в общей сфере интеллекта.

Н.Н. Трауготт (1940, 1965), Р.Е. Левина (1951), М.Е. Хватцев, С.С. Ляпидевский, Н.А. Никашина и другие подчеркивают, что интеллект у детей вторично изменен в связи с состоянием речи, хотя положительной корреляции между уровнем недоразвития языка и интеллекта ими прямо не устанавливается. У детей есть познавательный интерес, достаточно развита предметно-практическая и трудовая деятельность, но отмечается замедление темпа мыслительных процессов, несформированность понятий и т. д.

При алалии своеобразно формируется речевое мышление, для которого необходимы полноценные языковые обобщения.

У детей с алалией отмечается бедность логических операций, снижение способности к символизации, обобщению и абстракции, нарушение орального и динамического праксиса, акустического гнозиса, т. е. у них снижены интеллектуальные операции, требующие участия речи. Снижение уровня обобщений проявляется в игровых действиях, несформированности ролевого поведения, навыков совместной (особенно сюжетно-ролевой) игры детей.

Импульсивность, хаотичность в деятельности, пассивность, утомляемость, особенности предметно-практической деятельности выражаются в том, что детям легче выполнить задание, если оно предлагается в наглядном, а не в речевом плане, не по словесной инструкции. У детей возникают трудности в формировании пространственно-временных отношений, нарушены восприятие и словесные обозначения временных и пространственных особенностей предметов, память, восприятие, мыслительные операции (анализ, синтез, сравнение, обобщения), не сформирован достаточный уровень логического абстрактного мышления, но дети точно сохраняют заданный способ рассуждения, используют помощь в работе. Ряд исследователей (Н.М. Уманская, Л.Р. Давидович) говорят о первичной сохранности интеллекта детей с алалией, подчеркивая положительную динамику, возможности достаточной социально-трудовой адаптации.

У детей отмечается психофизическая расторможенность или заторможенность, пониженная наблюдательность, недостаточность мотивационной и эмоционально-волевой сферы. Дети долго не включаются в выполнение задания, поверхностно оценивают проблемную ситуацию, имеют нестойкость интересов, интеллектуальную пассивность, пробелы в знаниях, связанные с отсутствием речевого опыта и ограниченной познавательной деятельностью, специфическое поведение и ряд других особенностей.

Малая речевая активность ограничивает запас общих понятий. Однако в большинстве случаев в картине своеобразия высшей нервной деятельности детей с алалией интеллектуальные расстройства являются вторичными. Речевые процессы и явления всегда рассматриваются в контексте представлений о системном строении психической деятельности человека, при которой познавательные, волевые и мотивационные процессы находятся в неразрывном един-

стве. Интеллектуальное развитие ребенка в известной мере лимитируется состоянием речи. Но наличие речевого нарушения, в частности алалии, не говорит об умственной отсталости.

Неполноценность речи или ее отсутствие при алалии обуславливает ряд особенностей психического развития ребенка, оказывает влияние на протекание психических процессов, вызывая их своеобразие. У детей с алалией речь не является ведущим средством познания окружающей действительности, поэтому в ряде случаев не обеспечивается и нормальное развитие интеллекта. Недоразвитие речи тормозит полноценное развитие познавательной деятельности.

Вопрос о состоянии мышления детей с алалией должен решаться дифференцированно, так как встречается многообразие вариантов речевого недоразвития, при котором отмечается различная выраженность интеллектуальной недостаточности: от легкой вторичной задержки умственного развития до умственной отсталости.

Дифференциальная диагностика детей с алалией и умственно отсталых очень сложна, особенно в случаях разового обследования ребенка в раннем возрасте. Практические наблюдения выявляют у детей с алалией большой запас сведений, представлений, понимание жестов, мимики, внеречевой ситуации, инструкций, навык ориентировки в окружающем; дети учитывают изменения в ситуации, критичны к своей речи, переживают ее неполноценность, лучше, чем умственно отсталые, используют помощь в работе. По мнению Н.И. Жинкина, на стыке олигофрении и алалии лежит многовековая проблема о соотношении мышления и речи. Принимать за умственную отсталость результаты запущенного речевого состояния, даже при значительных соматических дефектах, как подчеркивает Н.И. Жинкин (1972), нельзя.

Характер синдрома при алалии обусловлен сложным комплексом различных факторов: степенью речевого недоразвития, характером и локализацией процесса, общим состоянием ребенка, его возрастом, типом высшей нервной деятельности, состоянием интеллекта, системой медико-педагогического воздействия. Во всех случаях при алалии имеются несформированность навыков общения, пробелы в речевом развитии, нарушение речевой и неречевой деятельности.

Разные исследователи называют различные степени тяжести алалии. Р.Е. Левина выделяет 3 уровня речевого недоразвития (отсутствие общеупотребительной речи, начатки общеупотребительной речи и развернутая речь с элементами недоразвития во всей речевой системе), Н.Н. Трауготт, Л.В. Мелехова называют 4 периода (этапа) в формировании речи ребенка с алалией, О.В. Правдина называет также 4, но других этапа. Принципиальных разногласий по этому поводу нет: первые из названных авторов более подробно рассматривают начальные периоды формирования речи, выделяя полное безречье или отдельные лепетные проявления, эмоциональные возгласы и т. д. О.В. Правдина считает целесообразным выделить в особый период появление у ребенка первой фразы.

С возрастом и интеллектом ребенка указанные уровни ни в коем случае прямо не соотносятся: более старший может иметь худшую речь. Последова-

тельная суммация всех уровней показывает условный путь развития речи каждого отдельного ребенка.

Деление на уровни не всегда может быть достаточно четким, так как между ними нет твердой границы, иногда только примерно можно говорить об отнесении речи ребенка к одному из названных уровней недоразвития. Полностью безречевые дети – явление достаточно редкое, чаще встречаются случаи недоразвития речи, проявляющегося в той или иной степени. Четкая периодизация в развитии речи ребенка при моторной алалии отсутствует, выявляются запаздывание появления речи, непропорциональность формирования отдельных компонентов речи, устойчивое застревание ошибок.

Высокая интенсивность разнообразных ошибок при спонтанном развитии речи является одним из существенных признаков алалии.

Своеобразие нарушения проявляется уже в период лепета: он отсутствует или характеризуется крайним однообразием, бедностью лепетных проявлений. Первые слова и фразы появляются со значительной задержкой, и на всех этапах развития речи при алалии выявляется нарушение всех ее сторон.

В процессе развития речи детей с алалией прослеживается определенная положительная динамика: они переходят по состоянию речи с одного уровня на другой, более высокий. Они приобретают те или иные речевые навыки и умения, перестают быть неговорящими, но остаются детьми с недоразвитой речью. В ходе этого очень замедленного по темпам, но тем не менее поступательного развития у детей обнаруживаются дефекты, которые почти не поддаются спонтанной компенсации и с трудом преодолеваются при направленной коррекции. Большинство детей имеет общие дефекты, характерные для всех форм алалии; несформированность системы значений слов, дефекты грамматического структурирования, семантические дефекты. У детей нарушается структурно-семантическое оформление как отдельных высказываний, так и связной речи.

В процессе школьного обучения обнаруживаются многочисленные затруднения в формировании умений и навыков письменной речи; из-за бедной речевой практики, несформированности языковых обобщений у детей не формируется готовность к овладению грамотой и изучению грамматики.

Наряду с общими для моторной алалии дефектами наблюдаются проявления, характерные для ее определенной формы. Именно эти дефекты и составляют ядро нарушений, которые на начальных этапах развития речи не всегда удается обнаружить сразу, так как они оказываются замаскированными сопутствующими нарушениями.

4. Обследование детей с алалией. При обследовании принимается во внимание ряд факторов, которые помогают разграничить детей с алалией от детей, страдающих другими речевыми нарушениями. При сборе анамнестических сведений обращает на себя внимание отсутствие или резкое ограничение лепета. Родители отмечают молчаливость, характеризуют детей как понимающих, но не желающих говорить. Отсутствие возможности общения родители в ряде случаев ошибочно расценивают как проявление упрямства и лени.

Вместо речи развиваются мимика и жестикауляция, которыми дети пользуются избирательно в эмоционально окрашенных ситуациях общения.

Первые слова появляются поздно, фразовая речь в большинстве случаев начинает формироваться только после 5–6 лет. Родители подчеркивают, что, кроме отставания в речи, дети в остальном развиваются нормально.

Обследование обычно не заканчивается разовой встречей с ребенком, особенно, если он мал и негативистичен, а продолжается параллельно с начатой логопедической работой. Устанавливается, как ребенок вступает в контакт, есть ли у него негативные реакции общего и речевого характера, в чем они проявляются и как преодолеваются. Обращается внимание на отношение ребенка к ходу и материалу занятий, его реакции на изменения ситуации. Отмечается наличие или отсутствие критичности к своему состоянию, возможности внеречевого и речевого общения, наличие у ребенка стремления к общению и желания исправить свою речь.

Выявляются интересы к игрушкам, играм, книгам, у школьника – учебные интересы; учитывается активность и работоспособность ребенка при обследовании; уточняется характер игровой и учебной деятельности (может ли развернуть игру, включиться в подражание игровым действиям, продолжить их, способен ли выполнить задание, в какой степени обучаем и т. д.). Устанавливается запас сведений, представлений о величине, форме, месте расположения предметов и т. д.

Для изучения состояния словаря, грамматического строя и фонетико-фонематической стороны речи используется общепринятая в логопедии схема обследования и специально подготовленные пособия, применяются речевые упражнения, задания на словообразование и словоизменение. Ведется длительное динамическое наблюдение за детьми в процессе выполнения ими разных видов деятельности.

Уточняется состояние слуха и понимания, это важно для отграничения детей с сенсорной алалией от слабослышащих и глухих, а также от детей с преимущественным нарушением восприятия, а не собственной речи. Уточняются особенности гнозиса, праксиса. Обращается внимание на четкость латералиты (латерализация – преобладание левого или правого в парных органах), состояние мелкой моторики и общедвигательной сферы. Выявляется степень владения практическими навыками: самообслуживание, бытовые действия, предметно-практическая деятельность.

Специальными упражнениями в игровой форме исследуется артикуляционная моторика – возможность выполнения определенных движений, удержания артикуляционных поз, выполнения последовательных действий с переключением, способность ребенка подражать артикуляционным движениям и возможность отраженного проговаривания слов и сочетаний.

Крайне затруднено обследование неговорящих детей, вывод о состоянии речи может быть сделан только в ходе динамического наблюдения за ними. Дифференциальная диагностика позволяет разграничить алалию с временной задержкой речевого развития, дизартрическими нарушениями, с нарушениями слуха и умственной отсталостью.

5. Методика логопедической работы при моторной алалии. Алалия – медико-психолого-педагогическая проблема. Областью логопедии является

определение принципов и методов коррекционного воздействия, направленного на развитие речи и личности ребенка. Систематическая длительная логопедическая работа дает в ряде случаев средства, достаточные для речевого общения ребенка, но иногда – только самую элементарную речь. В зависимости от характера нарушения эта задача решается дифференцированно применительно к моторной и сенсорной алалии.

Комплексный подход к формированию речи при алалии направляет внимание на становление всех функций речи, способствующих ее развитию и улучшению познавательной деятельности.

Ведется комплексная системная работа над речью и личностью в целом, при этом учитываются закономерности развития речевой функции в онтогенезе и закономерности строения языка.

Систематическая логопедическая работа направляется на восполнение пробелов в речевом развитии и подготовку к дальнейшему школьному обучению по специальным программам, или она ведется параллельно со школьным обучением в дополнение к нему. Преодоление речевого недоразвития строится так, чтобы в ходе работы возникла готовность к усвоению школьных знаний. Эффективной логопедическая работа может быть только в том случае, если она проводится комплексно на фоне активного медикаментозного и психотерапевтического лечения, проводимого врачом-психоневрологом (невропатологом, психиатром).

При работе используются разные приемы, методы, которые следует рассматривать не изолированно, а в комплексе, как имеющие общую направленность в коррекционно-воспитательном воздействии; задачи и содержание работы определяются в зависимости от речевых возможностей ребенка.

Работа направляется в первую очередь на создание механизмов речевой деятельности: формируется мотив, коммуникативное намерение, внутренняя программа высказывания, его лексическая разверстка, отбор лексико-грамматических средств, грамматическое структурирование. Для обогащения речевой практики развиваются умения в сознательном использовании знаний, вырабатывается овладение моделированием речевых операций.

В работах Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия, А.В. Запорожца, П.Я. Гальперина и других исследователей разработана общая теория деятельности и ее положения: о внешней предметной деятельности как генетически исходной ее форме, о возникновении внутренних умственных действий из внешних процессов, об активном управляемом процессе формирования психической деятельности через изменение строения внешней. Исходя из этого, в работе используются коррекционные возможности предметно-практической деятельности, практических действий, имеющих познавательное значение.

Недопустима стандартизация методических приемов; отбор языкового и дидактического материала, определение его последовательности — вариативны.

Учитывается не только специфика речевого недоразвития, но и особенности личности каждого ребенка, его интересы, компенсаторные возможности. Устраняются воспитательным воздействием невротические наслоения в харак-

тере ребенка, ведется работа по воспитанию сознательной целенаправленной личности. Устраняется травмирующее ребенка воздействие окружающей среды, вырабатывается правильное отношение ребенка к речевому недоразвитию и к работе по его преодолению. Речь совершенствуется в комплексе с развитием сенсорных и общедвигательных возможностей.

Обращается внимание на развитие мелкой моторики: детей учат линовать, раскрашивать, штриховать, завязывать узелки, выкладывать узоры из мозаики и геометрического материала и т. д. Установлено, что если дети отстают в развитии движений пальцев рук, то они отстают и в развитии речи. По мере тренировки движений руки совершенствуется состояние речи.

На начальных этапах работы формируется психофизиологическая основа речи, вырабатываются установки на деятельность и коммуникацию, ребенок подводится к необходимости общения, развивается потребность в нем. Важно сформировать у ребенка мотивационную основу высказывания, развивать речевую и психическую активность, функции подражательной деятельности и отраженной (репродуцированной) речи.

Воспитание мотива деятельности и организация программы высказывания создают необходимую базу, ключевые звенья для развития речи, которые сами у ребенка с алалией не формируются. Основными из этих звеньев являются развитие предикативной системы и овладение элементами грамматического строя.

Преодолеваются не только речевые, но и неречевые нарушения; развиваются процессы анализа, синтеза, внимания, восприятия, обобщения, противопоставления, которые в совокупности составляют необходимый фундамент для речевого развития. Ребенка учат различать, называть и систематизировать предметы по форме, величине, цвету, для этого используются различные игры. Ведется обучение выделению и называнию положения предмета по отношению к окружающим (*вверху, посередине* и т. д.). При преодолении несформированности зрительного восприятия и пространственного сличения, формировании временных и пространственных представлений используют игры с активным перемещением ребенка в пространстве, перестраивания, направленную ходьбу и т.д. Ведется работа по различению деталей фигур и их целостного облика, анализируются сложные фигуры с большим количеством элементов, развивается осмысление конструкций и способность конструировать. Операции анализа, синтеза, обобщения неречевого материала (сравнение, сопоставление, противопоставление, выявление сходства и различия предметов, сравнение по признакам – цвет, величина, форма), установление причинно-следственных взаимоотношений создают необходимые предпосылки для формирования речи.

Эффективным для развития речи оказывается использование ритмики и логоритмики, когда музыка, слово и движение, сочетаясь в разных упражнениях, формируют двигательную и речедвигательную деятельность, память, обеспечивают восполнение пробелов в ритмическом, речевом и личностном развитии детей.

Для развития речи необходима практика общения на доступном для ребенка уровне: операции с отдельными словами (*покажи, повтори, назови*), с фра-

зами, не объединенными смысловым контекстом (понимание вопросов, ответы на них в развернутой форме), с фразовым материалом, объединенным смысловым контекстом на фоне эмоциональной и семантически значимой для ребенка ситуации (попросить игрушку, выбрать вид занятий и т. д.), со знакомой картинкой, играми с использованием диалогической и затем монологической речи, с опорой на наглядность и без нее и т. д. Постепенно увеличиваются объем и трудность лексико-грамматического материала.

Работа над речью связана с предметно-практической деятельностью ребенка и опирается на нее. Вырабатывается осознание ребенком собственных действий (*я сижу, иду, несу*) и действий других (*Вова сидит, идет, несет; мяч упал; лампа горит*). По мере развития речевых возможностей ребенка учат строить связные и полные объяснения по ходу выполняемых действий, по поводу выполненных (отчет) и предстоящих (планирование) действий.

Воспитывая активное внимание, понимание, логопед приучает ребенка внимательно дослушивать фразу до конца, понимать оттенки лексико-грамматических форм, вопросы, в которых скрыты разнообразные предметные отношения (Чем едят? Что едят? Из чего едят? Кто моет руки? У кого будут чистые руки? Зачем моют руки? Чем моют? и т. д.). У детей вырабатывается сознательная наблюдательность над употреблением лексико-грамматических форм, интонаций, закрепляется понимание флективных отношений, связи слов в разнообразных сочетаниях, последовательности словесных и грамматических структур.

Важным считается привлечение разных анализаторов — слухового, зрительного, тактильного. Ребенок должен пронаблюдать, прослушать название предмета или действия, изобразить жестом обозначения или назначения, назвать сам и т. д. В результате этого в сознании ребенка возникают дополнительные связи, материал закрепляется прочнее.

С опорой на деятельность многих анализаторов используются сопоставления и противопоставления, которые И.П. Павлов рекомендовал как основные методы формирования дифференцировок. В работе используются дополнительные опоры, в том числе символика и моделирование, знаково-символические средства.

Используется преимущественно игровая форма работы, так как она возбуждает интерес, вызывает потребность в общении, способствует развитию речевого подражания, моторики, обеспечивает эмоциональность воздействия, однако и игре в ряде случаев таких детей приходится специально обучать, так как игровые действия у них могут быть не сформированы.

Эффективность работы зависит от оснащенности занятий наглядным материалом. Используются символика, материал окружающей среды, картинки, оречевления действий и т. д.

Вне зависимости от этапа работы воздействие направляется на всю систему речи: расширение, уточнение словаря, формирование фразовой и связной речи, коррекция звукопроизношения, но на каждом из этапов выделяются специфические задачи и особенности содержания работы.

На первом этапе работы основным является воспитание речевой активности, формирование пассивного и активного словаря, доступного пониманию и воспроизведению. Ведется работа над диалогом, небольшим простым рассказом, нераспространенными, затем распространенными предложениями, формируются психофизиологические предпосылки речевой деятельности и первоначальные навыки в ситуации общения.

На втором этапе формируется фразовая речь на фоне усложнения словаря и структуры фразы. Ведется работа над распространением предложений, их грамматическим оформлением, над диалогом и рассказом описательного характера, формируются высказывания как основные единицы речевого действия.

На третьем этапе основным является формирование связной речи — особо сложной коммуникативной деятельности, коммуникативных умений, автоматизация грамматических структур. На каждом из этапов формируются все стороны речевой деятельности.

Путем практических упражнений дети подводятся к пониманию связи слов в предложении и учатся правильно отражать их в речи. При формировании речевых умений — морфологических, грамматических и фонематических обобщений и противопоставлений — важно, не допуская механических тренировок, для осознания связей, смысла больше внимания уделять анализу, учить наблюдать, анализировать и обобщать языковой материал разного уровня. Постепенно повышается уровень интеллектуализации речевых высказываний путем обозначения в речи действий, качеств, свойств предметов и их элементов, отношений и связей. Из наглядной ситуации ребенком выделяются предметы, действия и на этой основе сравниваются формы слов, конструируются различные предложения. Сначала сравниваются резко контрастные признаки предметов, а затем — более сходные.

Используются различные приемы словарной работы: натуральные (демонстрация предметов, действий, картинок, ситуации), словесные (соотнесение слова с известными словами по сходству, противоположности) и др. Накапливается словарь разных частей речи. Виды работы над словарем: подбор предметов к действию (*кто летает, бегаёт*), название частей целого (*колесо, фара*), подбор однокоренных слов (*лес — лесник*), отгадывание предмета по описанию, подбор синонимов, антонимов, составление уменьшительно-ласкательных слов и т. д. Параллельно с усвоением словаря по темам (игрушки, овощи, семья и т. д.) вырабатывается умение употреблять определенную грамматическую форму слов (единственное и множественное число, падежные формы и др.).

Выполняя действия с предметами, дети оречевляют их: *лью молоко, наливаю молоко в бутылку, дую на молоко* и т. д. У них вырабатывается умение отвечать на вопросы и задавать их, придумывать предложения по слову, опорным словам, по серии картинок, составлять загадки о предметах, давать сопоставительное описание двух или более предметов и т. д. Поощряется многообразие вариантов ответов, что способствует активному выбору необходимой грамматической формы подходящего слова, воспитывает интерес к слову и средствам речевой выразительности.

При формировании грамматических навыков используются разные виды упражнений: репродукция словосочетаний, имитационные, подстановочные и трансформационные упражнения. Такие упражнения носят коммуникативный характер, они близки к процессу общения. Для автоматизации грамматических структур последовательно отрабатываются разные модели предложений: им. п. и согласованный глагол (*Вова сидит*); им. п., согласованный глагол и прямое дополнение (*Мальчик читает книгу*); им. п., согласованный глагол и два зависимых падежа (*Мама дала девочке книгу* – дат и вин. п.); им. п., согласованный глагол и два других зависимых падежа (*Девочка рисует дом карандашом*) (вин. п. и тв. п.) и т. д.

Разумеется, ребенку не сообщается никаких сведений по грамматике, работа предусматривает практическое знакомство с наиболее частотными моделями словоизменения и словообразования, построения предложений. Общий порядок работы над любой грамматической категорией следующий: сначала ребенок наблюдает, как конструирует определенную модель логопед, затем включается в подражательную речевую деятельность, употребляя и изолированную грамматическую форму, и грамматическую форму в развернутой речи. Аграмматизм в собственной речи сглаживается при упреждающем преодолении импрессивного аграмматизма.

Процесс практического усвоения детьми грамматики имеет специфические особенности, так как формирование понятий осуществляется на основе особых форм анализа и синтеза, приводящих к абстракциям и обобщениям. Грамматические понятия характеризуются большей отвлеченностью, так как имеются в виду не отдельные слова и предложения, а то общее, что лежит в основе их образования, сочетания и изменения. Владение грамматическим строем идет одновременно с обогащением словаря и практическим освоением предложения как единицы речи. Усвоение грамматического строя – это дифференциация (разделение, вычленение, расчленение) по слуху и запоминание языковых представлений о том, как и когда используются в речи определенные элементы (суффиксы, приставки, предлоги, окончания и т. д.). Используются беседы, наблюдения за предметом и действием, игры, опора на вербальный образец и т. д. Средствами обучения языку являются дидактический материал, языковой материал педагога, организация упражнений, выбор бытовых ситуаций для использования в целях развития практики общения детей, речевое общение при играх и др.

Постоянно имеется в виду основная задача работы – формирование процесса и средств общения у ребенка. От диалога в межличностном общении постепенно переходят к монологической речи, развивая побуждения к монологической речи (сообщить важную новость, беседа о виденном и т. д.); используется интерес ребенка к окружающему, вырабатывается активное речевое поведение в ситуативном общении. При этом всегда учитывается уровень общей ориентировки ребенка в окружающем и степени развития речевых возможностей, развивается контактность и потребность в общении. Инициатива речевого общения постепенно переходит от логопеда к ребенку.

Обеспечение речевой практики предваряется работой по сознательному различению, выделению и обобщению морфологических элементов и синтаксических конструкций. Обращается внимание ребенка на изменение значения и звучания: *погладь руку – погладь рукой, нарисуй карандаш – нарисуй карандашом* и др.

При работе над предложением выделяется главная мысль, логическое ударение, используется изменение его места, задания предусматривают ответы на вопросы, распространение и реконструирование предложений. Используя прием синонимизации, предлагают сказать по-другому, выразить ту же мысль, но иными языковыми средствами. Подобные упражнения вырабатывают у ребенка чувство языка, обеспечивают активизацию лексического запаса, закрепляют грамматико-синтаксические модели.

Работа над связной речью начинается с формирования мотива деятельности и организации развернутой программы высказывания. В качестве плана высказывания используются серии сюжетных картин, символика, подстановочные картинки с изображением отдельных эпизодов или отдельных предметов. Дети раскладывают картинки в нужной последовательности, отвечают на вопросы по отдельным эпизодам, составляют рассказ по опорным словам сначала с помощью логопеда, затем самостоятельно. При формировании связной монологической речи закрепляется умение детей строить и отдельные предложения, и целостный текст.

Сравнительно рано начинают обучать детей с алалией грамоте, это расширяет их речевые возможности. Прочитанный и записанный материал лучше закрепляется, обеспечивает формирование речевой деятельности. Грамота помогает ребенку осваивать структуру слов и фраз, через чтение и письмо он контролирует и корригирует свою речь. Обучение грамоте таких детей требует удлинения сроков и использования специальных приемов. При овладении письменной речью выявляется вторичная дисграфия и дислексия.

Для детей с алалией школьного возраста требуется особая организация обучения, которая осуществляется в условиях школы для детей с тяжелыми речевыми нарушениями. Обучение родному языку проводится по специальной программе (К.В. Комаров, 1982; Н.А. Никашина, Л.Ф. Спирина, О.А. Токарев и др.). В специальной школе обеспечивается воспитание и обучение детей, хотя глубокое отставание в развитии речи ограничивает их устное общение и создает серьезное препятствие в овладении основами наук.

Дети с легко выраженным недоразвитием речи могут обучаться, хотя и со значительными затруднениями, в общеобразовательной школе, а параллельно заниматься на логопедическом пункте.

На логопедических занятиях восполняются пробелы в речевом развитии детей, проводится работа по совершенствованию коммуникативной и обобщающей функции их речи. Поскольку у некоторых учащихся из-за трудностей в обучении и ситуаций неуспеха возникает иногда отрицательное отношение к учению, на логопедических занятиях стимулируется развитие их познавательной активности и учебной деятельности.

Для подготовки детей к школьному обучению служит организация специализированных дошкольных и медицинских учреждений (логопедические группы или детские сады для детей с тяжелыми нарушениями речи, стационары, санатории). В каждом из учреждений проводится согласованная работа медико-педагогического персонала, направленная на формирование речи у детей, обеспечивается единый речевой режим. Воспитатели ведут подготовку к логопедической работе или закрепляют ее (формирование понятий, обогащение словаря, развитие и уточнение речевых оборотов, развитие связной речи и т. д.). На логопедических занятиях дети практически овладевают моделями словообразования и словоизменения, построением предложений и связного текста, у них формируется фонематическое восприятие и звуковой анализ.

Многие дети с алалией получают начальную помощь у логопедов в детских поликлиниках и психоневрологических диспансерах.

Обучение речи наиболее тяжелых детей идет успешнее в условиях стационара, где есть возможность целенаправленно осуществлять весь комплекс: медико-психолого-педагогических мероприятий, направленных на развитие речи и личности ребенка с алалией, обеспечить контакт в работе логопеда, воспитателя, врача.

Логопедическая работа эффективна только при систематическом специфическом лечении ребенка.

Мощным источником речевого развития таких детей является их общение с нормально говорящими людьми. Хотя общение и не считается единственным фактором, определяющим уровень развития речи и познавательной активности, наиболее эффективным оказывается формирование речи в процессе коммуникации на основе максимального развития активности общения и познавательных возможностей детей.

Работа производится преимущественно в группе, при этом используется детская подражательность, создается эмоциональный фон, эффект соревнования, у детей формируется навык коллективной работы, что важно для предстоящего школьного обучения и социальной адаптации.

Работа строится индивидуализированно в зависимости от речевых и личностных особенностей детей. Дифференцированные приемы работы делают коррекционное воздействие наиболее результативным.

Дети овладевают речевыми навыками неравномерно даже при относительно одинаковых условиях обучения и воспитания. Отмечен неравномерный темп усвоения речевого материала разными детьми. Авторы называют различные сроки ликвидации алалии: одни считают, что достаточно нескольких месяцев (Либманн, 1924), другие полагают, что работа должна вестись годами и прогноз неопределенный (М. В. Богданов-Березовский, 1909). По мнению В.К. Орфинской, Л.В. Мелеховой, вопрос о сроках начала работы и продолжительности ее должен решаться в каждом случае особо, исходя из характера и степени речевого недоразвития, из индивидуальных особенностей ребенка и других факторов. Наиболее благоприятным возрастом для начала работы являются 3–4 года, когда у ребенка появляется стремление к знаниям, необходимые для работы активность, осознанность, заинтересованность, критичность.

Положительная динамика при алалии выявляется при учете следующих факторов: раннее распознавание недоразвития, своевременное предупреждение вторичных отклонений, учет нормального онтогенеза, системность воздействия на все компоненты речи с преимущественным акцентом на преодоление лексико-грамматического недоразвития, дифференцированный подход к детям, формирование речи с одновременным воздействием на сенсорно-интеллектуальную и аффективно-волевою сферу, единство формирования речевых процессов, мышления и познавательной активности и др.

6. Сущность, причины, механизм сенсорной алалии. Основным симптомом сенсорной алалии является нарушение понимания речи вследствие нарушения работы речеслухового анализатора, что возникает при преимущественном поражении височной доли доминантного полушария. Это приводит к недостаточному анализу и синтезу звуковых раздражителей, поступающих в кору головного мозга, как следствие этого не формируется связь между звуковым образом и обозначаемым им предметом. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь, так как у него не развиваются слуховые дифференцировки в воспринимающем механизме речи.

Возникающие под влиянием звучащего слова возбуждения не передаются в другие анализаторы из-за недоразвития мозговых клеток, и вся сложная динамическая структура, связанная со словом, не возбуждается. При сенсорной алалии имеется тяжелое нарушение аналитико-синтетической деятельности коркового конца речеслухового анализатора (в клетках верхневисочной извилины – петля Гешля), в которой происходит первичный анализ речевых звуков. У детей не формируется фонематическое восприятие, не дифференцируются фонемы и не воспринимается слово целиком, отмечаются несформированность акустико-гностических процессов, понижение способности к восприятию речевых звуков.

Сенсорная алалия менее изучена, чем моторная алалия. В некоторой степени это связано с тем, что количество детей с таким нарушением относительно невелико, а его распознавание и дифференциальная диагностика с другими видами нарушений затруднены. Проблема сенсорной алалии на протяжении всей истории ее изучения вызывала острые дискуссии. С течением времени менялись требования к диагностике, понимание нарушения то сужалось, то неоправданно расширялось. Существование сенсорной алалии как самостоятельного нарушения и сейчас у отдельных исследователей вызывает сомнения, иногда полагают, что диагноз ставится без необходимых оснований.

При отсутствии или недостаточности понимания речи прежде всего возникает вопрос о состоянии слуха человека. Как показали многократные специальные исследования, в подавляющем большинстве случаев дети с сенсорной алалией имеют некоторое незначительное снижение тонального (физического) слуха, но оно не столь серьезно, чтобы быть тормозом в развитии понимания речи. Например, Н.Н. Трауготт сообщает о детях, которые слышали обращенную к ним речь на расстоянии 6 м. — это нормальный уровень восприятия речи средней громкости при нормальном слухе, но смысл слышимого оставался детям непонятным, хотя при этом они не были умственно отсталыми. По мнению

исследователей, если и есть при сенсорной алалии снижение слуха, то оно не является ведущим в картине речевого недоразвития. Неполюценность восприятия объясняется не снижением слуха, а специфическим состоянием коры головного мозга.

Ю.А. Флоренская отмечала, что при сенсорной алалии (сенсорно-акустическом синдроме) имеется особое состояние акустической невозбудимости и истощаемости слуховой функции. Это приводит к неустойчивости слуховых реакций, трудностям образования слуховых дифференцировок, неполноценности слухового анализа и синтеза.

Проверка слуха у детей с сенсорной алалией очень трудна, при исследовании на специальной электроакустической аппаратуре обнаруживается слуховая неустойчивость: сигналы одинаковой частоты и громкости то воспринимаются, то не воспринимаются.

Особенности слухового внимания и восприятия при сенсорной алалии, их замедленность, неустойчивость, колебания (непостоянство слуховых реакций ребенка на звуковые раздражители) затрудняют правильную оценку состояния слуха. Реакция на звук прямо не зависит от его интенсивности. Отмечается нарушение произвольного слухового внимания: дети не слушают, не вслушиваются в звуки, быстро утомляются, отвлекаются, теряют интерес к звучаниям, слуховая функция истощается. Аудиометрические исследования бывают более убедительными, когда их проводят неоднократно и только после того, как ребенок свыкнется с ситуацией и правильно будет понимать задания.

Окончательный вывод о состоянии слуха ребенка делают только после сопоставления нескольких аудиограмм, взяв за предполагаемые показатели наиболее близкие совпадения данных 8—10 исследований.

При сохранности звукопроводящей функции слухового анализатора у детей отмечается неспособность локализовать звук в пространстве, выявляется нарушение слуховой памяти, индифферентность к звуковым раздражителям. Обращенный сигнал (речь взрослого) оказывается слишком слабым, чтобы вызвать понимание, интерес и ответ. Невключение внимания и его быстрая истощаемость – типичные проявления в картине недостаточности.

Н.Н. Трауготт, С.И. Кайданова (1975) отмечают у детей с сенсорной алалией понижение слуха на тоны высокой частоты и своеобразие нарушения tonального (неречевого) и речевого слуха: у детей избирательно затруднено образование условных связей на звуковые раздражители достаточной для ребенка громкости.

При нормальном развитии понимание начинается с того, что происходит различение воспринимаемых слов, их узнавание, при этом вырабатываются нервные связи, благодаря которым разные звукосочетания связываются в слова. Звуки произносятся и воспринимаются в слове в определенном порядке. Между звучанием и значением устанавливаются связи, вырабатывается система связей. Постепенно возникают и закрепляются ассоциации звуковых комплексов со зрительными, осязательными и другими ощущениями.

При сенсорной же алалии связь между словом и предметом (действием), который он обозначает, не формируется. Это явление исследователи называют

замыкательной акупатией. Неполноценность слуха при сенсорной алалии исследователи объясняют обширностью очага недоразвитых или пораженных клеток коры головного мозга, отсутствием узлокалолизованного характера поражения в детском мозгу.

Иногда дети с сенсорной алалией безосновательно направляются в специальные учреждения для глухих и слабослышащих детей. Н.Н. Трауготт (1940), исследовав 200 глухих учащихся специальной школы, у 8 из них обнаружила сенсорные нарушения, которые ошибочно квалифицировались как нарушение слуха.

Нарушение понимания при сенсорной алалии существенно отличается от нарушения, вызванного снижением слуха. Наблюдения показывают, что обычно у слабослышащих бывает достаточно стабильный, устойчивый порог восприятия, ниже которого дифференциация звуковых сигналов становится невозможной. Сенсорное же нарушение отличается от сниженного слуха отсутствием четкого порога восприятия, у ребенка отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции: сигналы одинаковой громкости то воспринимаются, то не воспринимаются. Это зависит от повышенной возбудимости или заторможенности ребенка, от его соматического и нервного состояния, от психической активности, особенностей окружающей среды, обстановки обследования, способов подачи сигналов и ряда других факторов. Недоразвитие или раннее поражение мозга приводит к снижению работоспособности незрелых мозговых клеток, в которых не могут нормально протекать высшие нервные процессы.

Иногда дети лучше воспринимают речь окружающих утром — после ночного сна рабочая функция коры мозга выше, а к вечеру по мере нарастающего утомления понимание речи ухудшается. В других случаях дети лучше воспринимают речь вечером, так как, видимо, утром еще продолжает действовать тормозной фон после ночного сна, а к вечеру, по мере тренировки, восприятие несколько улучшается, клетки мозга как бы включаются в рабочий ритм.

Увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание слабослышащих детей и приводит к обратному эффекту у детей с сенсорной алалией. Сверхсильные раздражители вызывают запредельно охранительное торможение в коре головного мозга, и недоразвитые клетки впадают при этом в состояние функциональной блокады, повышается тормозной процесс, клетки выключаются из деятельности. Более тихую спокойную речь ребенок с сенсорной недостаточностью обычно воспринимает лучше, чем речь повышенной громкости, крик. Использование слуховых аппаратов улучшает восприятие слабослышащих и не приводит к улучшению восприятия при сенсорной алалии.

Хотя однозначного мнения о состоянии слуха у детей с сенсорной алалией нет, в отдельных исследованиях установлено, что может отмечаться незначительное снижение слуха на всем диапазоне частот, повышенная истощаемость слухового внимания и восприятия.

Возможность восприятия при сенсорной алалии находится в зависимости от темпа поступления звуковых раздражителей, наличия интервала между ними, качества звуков, предъявляемых для восприятия. Чистые тоны воспринимаются обычно хуже.

В отличие от слабослышащих дети с сенсорной алалией часто имеют *гиперакузию* – повышенную чувствительность к звукам, безразличным для окружающих: шум сминаемой бумаги, шуршание спичек в коробке, звук капающей воды, тихий скрип и т. д. Слабослышащие эти сигналы не воспринимают. Здоровые люди слышат такие звуки, но относятся к ним индифферентно, не реагируют на них, за исключением моментов утомления, раздражения, психической дискомфорта, повышенной нервозности. Дети с сенсорной алалией воспринимают такие звуки обостренно, дают на них болезненную реакцию: проявляют беспокойство, плачут, жалуются на боль в ушах и голове, на другие неприятные ощущения. Это является лишним свидетельством сохранности у ребенка слуха и показателем того, «что непривычные звучания иногда становятся сверхсильным раздражителем для незрелых клеток коры мозга. Иногда на незнакомые звуки любой громкости дети с сенсорной алалией не реагируют совсем.

Дети с сенсорной алалией спонтанно могут повторить отдельные слоги, звукосочетания, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего, без специального обучения, хотя повторение их является нестойким. Дети с нарушенным слухом в тяжелой степени самостоятельно обычно почерпнуть слова и фразы из окружающего не могут. Подражание звукам при сенсорной алалии непостоянно и во многом зависит от ситуации. Сенсорное нарушение характеризуется тем, что дети не могут образовывать связи между предметом и его названием, у них не формируется предметная соотнесенность слышимых и произносимых ими слов. Пассивный словарь ребенка неустойчив и заметно отстает от активного. Часто ребенок называет предмет в любой ситуации, а узнает его название только избирательно в определенных условиях. У детей с нарушением слуха в результате специального обучения быстро устанавливается связь между словом и предметом и эта связь устойчивая.

Состояние голоса у слабослышащего и ребенка с сенсорной алалией различно. Так, у слабослышащих он лишен звучности, звонкости, громкости, речь их недостаточно интонирована, лишена эмоциональной выразительности. А у детей с сенсорной алалией голос нормальный, они продуцируют звуки и слова с нормальными модуляциями и интонациями.

Слабослышащие дети более контактны, чем дети с сенсорной алалией. Эти и некоторые другие признаки помогают педагогам правильнее квалифицировать имеющееся у детей нарушение. Правильное диагностирование обеспечивает выбор наиболее действенных методических средств в системе коррекционно-воспитательного воздействия.

7. Симптоматика сенсорной алалии. Степени недоразвития речеслухового анализатора, как и речедвигательного, бывают различными, отсюда и многообразие проявлений недостатков понимания. В более грубых случаях ребенок совсем не понимает речь окружающих, относится к ней как к шуму, лишённому смысла, не реагирует даже на собственное имя, не дифференцирует звуки речи и шумы неречевого характера, безразличен к любым речевым и неречевым звуковым раздражителям.

В других случаях ребенок понимает отдельные обиходные слова, но теряет их понимание на фоне развернутого высказывания. Иногда понимание изолированных слов затрудняет ребенка больше, чем понимание смысла фразы. Улавливая в обращении к нему не все слова и их оттенки, ребенок дает неправильную реакцию.

Встречаются дети, которые относительно легко выполняют требуемое простое задание, но при этом не понимают слов инструкции вне конкретной ситуации, т. е. общий смысл фразы воспринимается легче изолированных слов. Постепенно ребенок начинает прислушиваться к звукам, в том числе и речевым, но внимание его долгое время остается неустойчивым и истощаемым. Фонематическое восприятие развивается замедленно и надолго остается несформированным.

Большую роль для детей с сенсорной алалией играет ситуация. Дети часто понимают содержание высказываний только в определенном контексте. Их затрудняет понимание смысла слов при изменении форм и порядка слов, не воспринимается ими смысл грамматических конструкций.

В ряде случаев дети не понимают слегка усложненные задания, не отличают ошибочно сказанное от правильного варианта. Некоторые не понимают речь при изменении темпа высказывания, путают слова с однотипной акцентно-слоговой структурой, близкие по звучанию слова воспринимают как тождественные. Иногда дети просят повторить обращенную к ним речь и понимают только то, что проговаривается несколько раз, так как одноразовый раздражитель оказывается недостаточным для восприятия. При подкреплении слухового раздражителя процесс восприятия улучшается.

Отмечаются трудности включения, переключения и распределения внимания. Ребенок не сразу воспринимает звук, обращенную к нему речь, отвлекается внешними раздражителями и без них. Обращает на себя внимание замедленность слухового восприятия.

Не поняв что-то, ребенок может разобраться, если одно и то же будет повторено несколько раз в неизменном виде или пересказано другими словами. Иногда затруднено узнавание и знакомых слов. Встречаются дети, которые понимают только то, что могут проговорить сами, и понимают только после такого проговаривания. Проговаривание в момент восприятия приводит к улучшению понимания, видимо, потому, что оно подкрепляется кинестезиями от собственного произнесения. Часто дети смотрят в лицо говорящего. В этом случае понимание улучшается за счет подкрепления слухового впечатления со стороны зрительного анализатора — чтения с лица; включение в восприятие зрительного раздражения усиливает акустические впечатления.

На всех этапах развития ребенка с сенсорной алалией у него отмечаются колебания слухового внимания и восприятия: трудности включения и концентрирования внимания, устойчивости и распределения его, повышенная отвлекаемость, истощаемость, прерывистость внимания.

Иногда ребенок понимает только одного человека — мать, педагога и не понимает, когда тоже самое говорит кто-то другой. При этом реакция на звуки не зависит от громкости звучания.

В работах В. К. Орфинской, Н. Н. Трауготт и других исследователей показано, что при сенсорной алалии страдает различение фонем, фонематический анализ и анализ морфологического состава слов. Именно это и составляет специфику данного нарушения.

В.К. Орфинская (1963), Н.И. Жинкин (1972) выделяют особую семантическую алалию, при которой сохранно восприятие речи, но нарушено ее понимание.

А.Р. Лурия разграничивает случаи расстройства слышания звуков речи и неправильное слышание слов, а также расстройство понимания сложных речевых структур. Своеобразие слуховых реакций ребенка в этих случаях в том, что он, хотя и слышит звуки, не различает их, у него не формируется предметная соотнесенность слов. Ребенок не понимает смысла слов и инструкций. Отмечается нарушение фонематического восприятия, с которым связано отсутствие единства звука и смысла слов, непонимание смысловой стороны речи.

С.С. Мнухин называет разные виды сенсорно-афатических (афазических) расстройств у детей: сенсорную афазию (не разграничивая афазию и алалию), акустическую агнозию (отчуждение звучания от источника, неузнавание источника звучания), нарушение акустических установок (невнимательность к звуковым раздражителям), сочетание нарушения акустической установки и акустической агнозии. Вне зависимости от характера нарушения в этих случаях отмечается нарушение понимания в той или иной степени.

В.К. Орфинская выделяет различные варианты сенсорных нарушений, подчеркивая, что чаще встречаются нарушения дифференциации отдельных звуков или звуковых рядов, нарушение восприятия последовательности звуков в слове при относительной возможности дифференциации звуков и их сочетаний.

Н.И. Красногорский указывал, что если слова как языковые раздражители, слышимые ребенком, систематически совпадают в речеслуховом и речекинестетическом анализаторах с каким-либо раздражителем первой сигнальной системы, то последние замыкаются с ними и образуют условнорефлекторные связи. Раздражители первой сигнальной системы приобретают речевые обозначения, заменяются ими. По наблюдениям исследователей, смысловая связь у нормально развивающегося ребенка устанавливается после 3—5-кратного совпадения. У детей же с сенсорной неполноценностью эта связь устанавливается с большим замедлением: осмысленная условнорефлекторная реакция появляется в среднем после 20-25 совпадений.

У детей с сенсорной алалией при отсутствии понимания становится невозможной или грубо искажается и собственная речь. В тяжелых случаях у безречевого непонимающего ребенка отмечается двигательное беспокойство, имеются выраженные трудности поведения: ребенок играет, прыгает, кричит, стучит, хаотичен в деятельности. Но иногда такие дети бывают ласковыми, стеснительными, в какой-то мере осознающими свой дефект.

Дети пользуются для общения жестами, мимикой. Слушают музыку, избирательно относятся к мотивам. Тишина успокаивает детей, громкие же разговоры, крик раздражают. Они правильно реагируют на изменение интонации, не

понимая при этом слов-обращений. Игру сопровождают модулированным лепетом. Постепенно лепет перерастает в активный словарь, но слова произносятся искаженно в звуковом и структурном отношении, понимание смысла слов затруднено.

Постепенно ребенок начинает прислушиваться к окружающим звукам, осмыслять некоторые из них, соотносить с определенными явлениями окружающей жизни. Как реакция на речевое окружение у ребенка с сенсорной недостаточностью появляются обрывки слов, эмоциональные восклицания, прямо не связанные с ситуацией, а свидетельствующие о его речевой активности. Затем в ходе развития постепенно появляется ситуационное, более устойчивое понимание и употребление отдельных слов и простых словосочетаний. В лепете различаются отдельные слова или их обрывки, междометия, которые продуцируются вне связи с ситуацией. Значение слов, проговариваемых ребенком, неустойчиво. Наличие слов в активном словаре превышает пассивный словарь.

При искажениях звуковой и слоговой структуры слов отмечаются многочисленные поиски, ребенок не уверен в своей речевой продукции, ищет адекватные кинестезии: *слон* — «сон», «вылон», «сылон», «салон» и т. д. Диффузное недифференцированное восприятие звуков приводит к недифференцированному проговариванию. Постепенно у ребенка вырабатывается осознание ошибок: «Нет, я не так сказал».

Иногда наблюдается бессвязное воспроизведение всех известных ребенку слов своеобразная логоррея, отмечаются персеверации услышанного или произнесенного слова и словосочетания; повторяются слова, воспринимаемые в данное время или воспринятые ранее — *эхолалия*. Не улавливая смысла, ребенок проговаривает, отражая как эхо, слова и словосочетания. Эхолалически произнесенное не осмысляется и не закрепляется.

В словах отмечаются многочисленные ошибки ударения, соскальзывания со звуков, разнообразные звуковые замены, искажения структуры слов. В большинстве случаев искажения и замены носят не фиксированный характер, при каждом новом воспроизведении ребенок допускает новый вариант искажения. Эквиваленты слов (звуковые комплексы) не всегда соотносятся с предметами. Искажения в экспрессивной речи обусловлены неполноценностью восприятия собственной речи и речи окружающих.

При наличии собственной речи дети с сенсорной алалией говорят легко, плавно, без напряжения, не задумываются при подборе слов о точном выражении мысли и о построении предложений, не замечают допущенных ими ошибок. Речевая продукция детей остается вне их собственного контроля, встречается неадекватность высказываемого, проговариваются слова и обороты, не связанные с ситуацией, лишены смысла. Отмечается фрагментарность речи, но это связано не с моторными затруднениями ребенка, а с малым объемом восприятия, с трудностями поиска правильного варианта высказывания.

Высказывания ребенка не точны по содержанию и ошибочны по форме, часто бывает трудно понять, о чем так горячо и интонированно он говорит. Проговаривание характеризуется как бы приблизительностью, выявляется обилие парафразий (замен), элизий (пропусков звуков, частей слова) персевераций,

контаминации (часть одного слова соединяется с частью другого слова). В целом речь ребенка с сенсорной алалией может быть охарактеризована как повышенная речевая активность на фоне пониженного внимания к речи окружающих и отсутствия контроля за своей речью. Грубо искаженная речь при сенсорной алалии не может ребенком использоваться как средство общения. Вне зависимости от степени нарушения понимания и собственной речи у ребенка с сенсорной алалией отмечаются нарушения личности; разнообразные трудности поведения, особенности эмоционально-волевой сферы, вторичная задержка умственного развития. Речь не является регулятором и саморегулятором поведения и деятельности такого ребенка.

Неустойчивость значений слов, нечеткость произношения приводят к тому, что дети действуют по словесной инструкции неуверенно, смотрят друг на друга, ищут помощи и поддержки при затруднениях в понимании. При выполнении заданий и при обиходном общении дети ориентируются на лексические значения и игнорируют грамматические. У них ограниченные возможности при организации ролевой игры, часто она сопровождается бессвязным проговариванием недифференцированных звуковых комплексов и неадекватно употребляемых слов и словосочетаний.

Дети не могут длительно слушать, когда им читают или рассказывают. Не понимая содержания, они теряют интерес и перестают слушать. Новые слова и структуры ребенок осваивает медленно. К речи не критичен, в поведении хаотичен, действует часто импульсивно.

Сенсорная алалия в чистом виде встречается сравнительно редко. Чаще в практике специальных дошкольных и школьных учреждений встречаются дети с сенсорно-акустической неполноценностью (синдром сенсорно-акустической недостаточности) как вторичным проявлением какой-либо другой речевой патологии. Например, при дислалии, ринолалии, дизартрии, когда первичным является нарушение звуковой системы (фонетическая недостаточность). Из-за первично нарушенной экспрессивной речи оказывается недостаточно развитым и понимание, снижается уровень акустического внимания, восприятия и понимания. Это связано с тем, что моторные речевые дифференцировки, не развиваясь в должной степени, препятствуют нормальному возникновению кинестезии, которые, по словам И. П. Павлова, являются базальным компонентом (базой, базисом, основой) второй сигнальной системы — речи, так как они обеспечивают перевод всех неосознанных движений в план осознанных, приводящих к выработке динамического артикуляционного стереотипа, навыка правильной речи.

Недостаточность речи при моторной алалии приводит к некоторому снижению понимания вторичного характера, и поэтому в большинстве случаев встречается не чистая форма алалии, а смешанная — моторная алалия с сенсорным компонентом или сенсомоторная алалия. Снижение понимания может быть вторичным проявлением в структуре различных речевых нарушений, общим для которых является неполноценность экспрессивной речи. Первичная же сенсорная недостаточность отмечается при сенсорной алалии и сенсорной афазии, хотя практически разграничивать деятельность речедвигательного и рече-

слухового анализаторов нельзя, поэтому и отмечаются случаи комбинированных, а не чистых форм нарушений. Тщательное наблюдение за состоянием речевой и неречевой деятельности ребенка и специальное углубленное обследование помогают уточнить природу и характер дефекта, установить ведущую неполноценность (сенсорной или моторной сферы) в структуре дефекта и определить адекватные пути коррекционно-воспитательного воздействия.

8. Система логопедической работы при сенсорной алалии. При сенсорной алалии логопедическое воздействие направляется на воспитание сознательного анализа состава речи, развитие фонематического восприятия, понимания речевых структур.

При обучении детей с сенсорной алалией применяются специальные методы, направленные на развитие деятельности, формирование звукового и морфологического анализа и смысловой стороны речи. При этом учитывается уровень недоразвития понимания, собственной речи, познавательной деятельности, общих особенностей личности ребенка.

Основным принципом работы является последовательное и систематическое воздействие на все стороны речевой деятельности ребенка в их взаимосвязи. Работа оказывается результативной только при проведении врачом специфического лечения, нормализующего деятельность центральной нервной системы: стимулирующего созревание клеток коры головного мозга.

До начала работы целесообразно ознакомиться с условиями жизни, быта ребенка, его окружением, близкими людьми, игрушками, это поможет выявить круг его интересов и возможностей, наметить пути контакта и определить программу предстоящей работы.

Уточняются объем и характер обращений к ребенку, употребляемых в семье. Педагог и родители составляют список точно сформулированных (стандартизированных) инструкций-побуждений обиходно-бытового характера, которые употребляются в неизменном виде и на занятиях, и в повседневной жизни ребенка дома. Уточняется степень восприимчивости его к звукам неречевого характера в условиях полной тишины и при наличии шумового фона. Речевое общение на первых порах ограничивается, беспорядочная речь ребенка затормаживается.

Работа начинается со строгой организации звукового и речевого режима ребенка, так как излишняя беспорядочная слуховая нагрузка задерживает развитие понимания и самой речи. Детям предоставляют часы и дни отдыха, спокойствия, их ограждают от излишних обращений к ним окружающих. Из обихода исключаются звуковые аппараты: звонки, радио, телевизор и т. д. Создается щадящий звуковой режим, ограничивается поступление речевых и неречевых сигналов. Э. Фрешельс рекомендовал создавать вокруг ребенка не только тишину, но и ситуацию зрительного голода: не показывать картинок, игрушек и т. д. И только на фоне такого успокоения можно приступать к работе, это способствует повышению восприимчивости ребенка к звукам.

Постепенно уточняется состояние восприятия, понимания, после чего ведется целенаправленная работа по их развитию, расширению и углублению.

Для привлечения внимания ребенка стараются попасть в поле его зрения, вернуть его к себе, взять за руку и т. д.

Основными задачами работы являются: пробуждение интереса к звукам окружающей жизни, к речевым звукам, развитие потребности, желания и возможности подражать им, дифференциации неречевых и речевых звуков.

Общепедагогическая работа направлена на формирование психофизиологической основы речи, ведущих основных видов деятельности, развитие произвольного внимания, зрительных и акустических установок и дифференцировок. Начинается работа не с речевых звуков, а с различения шумов, звуков неречевого характера. Но это становится доступным ребенку только тогда, когда он уже достаточно организован и у него есть элементарное сосредоточение и воспитана возможность продуктивной деятельности.

Для развития направленного внимания и работоспособности используют различные пособия: вкладки, разрезные картинки (простые и усложненные), палочки (выкладывание узоров, геометрических фигур из счетных палочек), мозаика – и действия с ними: сортировка, классификация раздаточного материала по цвету, форме, величине и т. д. Работа по восприятию звуков оказывается возможной только при достаточной организованности ребенка, концентрации его внимания, сформированности элементарных видов деятельности.

Уделяется внимание развитию деятельности на основе зрительной подражательности, сложность заданий постепенно возрастает. Речевое комментирование заданий исключается, так как ребенок обращенную речь на данном этапе развития не понимает.

На фоне воспитания деятельности и контроля за ней проводится работа по направленному формированию речевой деятельности: развитие потребности общения, его мотивационной основы. Ребенка учат фиксировать внимание на речи, расширяют и уточняют фонематическое восприятие.

При достаточном развитии внимания, подражательности и работоспособности ребенка переходят к обучению различению ряда неорганизованных звуков разного характера, начиная с более яркого, сильно выраженного звучания, с выработки более грубых дифференцировок: звон монет в кошельке, стук карандашей в стакане, звук от соприкосновения металлических предметов и т. д. Постепенно переходят к различению и более тихих, менее интенсивных звуков, более близких между собой: шум сминаемой бумаги, шуршание спичек в коробке и т. д. То есть постепенно переходят к выработке более тонких акустических дифференцировок.

Используются сигналы игрушек и инструментов. Полезно, чтобы ребенок подержал игрушку в руке, ощутил вибрацию в момент звучания. Сначала он наблюдает, как педагог производит те или иные звуки, пробует вызвать их сам. Затем логопед жестом предлагает ребенку закрыть глаза или отвернуться (возможно помещение предметов, которые производят звуки, за экран, ширму), и ребенок только по звучанию должен различить соответствующие предметы – источники звуков.

В работе избегают хлопков в ладоши, топая по полу, стучания по столу, так как в этих случаях воспринимается не звучание, а колебание, вибрация по костной проводимости.

Постепенно звуковой, шумовой ряд усложняется и разнообразится, в него включаются новые звуки, сначала далекие и непохожие, затем все более близкие, требующие тонкой акустической работы. Так расширяется и упорядочивается поле слышимости ребенка. По мере успешности этой работы в шумовой ряд вводится сильный речевой звук (*a, p, y* и др.), который связывается с предметом или явлением. Если ребенок быстро утомляется, становится отвлекаемым, повышенно раздражительным, беспокойным или, затормаживаясь, начинает зевать, работа теряет свою продуктивность. Нужно дать ребенку отдохнуть или изменить виды деятельности. Такие упражнения проводятся на всем протяжении работы, но на каждом занятии необходимо строго дозировать акустическую нагрузку. Целесообразно несколько раз возвращаться на одном занятии к подобным упражнениям, но проводить за один раз их в крайне ограниченном количестве, не допуская переутомления ребенка. Объем активного слухового внимания увеличивается медленно.

Параллельно с этой работой продолжается воспитательное воздействие, направленное на нормализацию поведения, работоспособности, деятельности ребенка: его учат правильно сидеть, смотреть, копировать, подчиняться неречевым инструкциям, учитывать реакцию (одобрения или неодобрения) педагога на выполнение им инструкций, доводить начатую работу до конца и т. д. Акустическое внимание и восприятие улучшаются по мере развития усидчивости, памяти, предметно-практической деятельности.

Каждый речевой звук, который ребенок начинает воспринимать, выделять, дифференцировать от неречевых, а затем и от других речевых звуков, связывается с предметом, картинкой, действием, с конкретной ситуацией, становится их обозначением. На начальных этапах работы для выработки условной связи звучания и предмета выбираются слова-эквиваленты, звуковые комплексы (*y – паровоз, машина; p – самолет, рычащая собака; му – корова* и т. д.) в одном из строго фиксированных значений, устанавливается и закрепляется связь звука или сочетаний звуков с предметом или его изображением.

После дифференциации некоторого количества звуков переходят к различению слогов, опять-таки в связи с конкретным предметом или действием, и простых слов со строгой предметной соотнесенностью. Наиболее легкими являются сочетания двух гласных, гласной и согласной – *ya, ay, am*, согласной и гласной в открытом слоге *ma, na, na, ta* и др. Проводится дифференциация изолированных гласных, затем гласных в начале слов. В работе избегают трудных для слухового опознавания звуко сочетаний и слов (два-три согласных в сочетании: *kt, te, ств* и т. д.). Слова, которые ребенок учится различать первыми, должны быть далекими, не похожими ни по смыслу, ни по структуре, ни по звучанию. Каждое слово при его восприятии получает двигательное, зрительное или тактильное подкрепление. Широко используются зрительный, зеркальный контроль, чтение с лица. Первые слова, воспринимаемые ребенком, произносятся с неизменной интонацией. Подчеркнутая интонация, опора на нее по-

могает ребенку ориентироваться в общении, интонационная окраска является ведущей опорой при определении смысла обращений к ребенку. Проводится планомерная работа по накоплению пассивного словаря, одновременно идет и развитие собственной речи.

По называнию ребенок показывает картинки, имитирует выполнение движений. Разучивается комплекс движений, которые ребенок постепенно привыкает выполнять сначала по заученному порядку при речевом сопровождении педагога, а позднее вразбивку по словесной инструкции: «Руки вверх, в стороны» и т. д.

На эмоционально-игровом фоне воспитывается интерес к звукам. Ребенок не только учится определять характер звука, показывая на соответствующий источник звучания, но и локализовывать его в пространстве, определять место, где спрятана звучащая игрушка. В играх ребенок постепенно приучается различать силу, длительность и интенсивность звукового сигнала, избирательно реагируя на определенные звуки.

При накоплении понимаемых ребенком слов важно, чтобы он одновременно слышал слово, видел, трогал предмет, произносил с ним какое-то действие. Связь между словом и предметом устанавливается при неоднократном совпадении слуховых и зрительных ощущений. Важным считается не подавлять реакции детей на то, что они видят, слышат, а усиливать их, проявлять удивление, интерес и т. д. Не только названия предметов, но и представления о них формируются легче, если ребенок имеет возможность манипулировать с ними. Для превращения слова в понятие, для приобретения словом обобщающего значения важна не просто повторяемость а выработка возможно большего числа условных связей, преимущественно двигательных. Ребенок в ходе предметно-практических действий должен овладеть умением выполнять с предметом по словесной инструкции как можно больше заданий: *выпей молоко, налей молоко из бутылки, подуй на молоко* и т. д. Аналогичные упражнения на сопровождение речью действий учат ребенка усваивать грамматические стандарты родного языка.

По возможности раньше учат ребенка воспринимать словосочетания и фразы. Первые из них обычно бывают стандартизированными: слова произносятся в определенном порядке, с неизменной интонацией. Инструкции, с которыми обращаются к ребенку, носят обиходно-бытовой характер. Сначала он привыкает понимать только одного человека, а затем по мере нарастающих возможностей ребенка к этой работе привлекаются окружающие его взрослые.

Фраза понимается не сама по себе, а как часть более общего воздействия на нервную систему ребенка. Учитывается, что понимание фраз сначала только ситуационно, зависит от определенных деталей, поэтому и менять порядок слов, интонацию при проговаривании фраз не рекомендуется.

Ребенок учится понимать инструкции типа: «открой дверь», «возьми платок», «достань книгу» и другие, связанные с бытовыми ситуациями и с ходом занятия. Работа по обучению пониманию таких инструкций строится с опорой на мимику, жест, что помогает ребенку осознать всю комплексную наглядно-образно-действенную ситуацию в сочетании с речью.

Возможность восприятия развивается медленно, понимание становится возможным только после того, как оно будет подготовлено со стороны зрительного и тактильно-вибрационного анализатора: ощущение голосовых складок при фонации, силы и направленности выдыхаемой воздушной струи и т. д.

Постепенно уточняются слуховые и двигательные дифференцировки, воспитывается понимание и собственная речь ребенка. Первыми исчезают акустические неточности, позднее изживаются ошибки собственной речи. Формирование собственной речи становится возможным по мере развития фонематического восприятия, тонких акустических дифференцировок.

Основной акцент на протяжении всей работы делается на воспитании у ребенка сознательного анализа и синтеза речи.

Н.И. Жинкин (1972) рекомендовал не повторять и не заучивать с ребенком слова, а постоянно ставить его в ситуации мыслительных задач, когда надо производить осознанный выбор. Работа проводится в условиях узких микротем, которые постепенно расширяются и объединяются. Это приводит к осознанию ребенком собственной речевой продукции и речи других. После успехов с предметно-словесными комбинациями переходят к работе с рассказами и пересказами.

У ребенка формируется понимание логических, грамматических и тематических групп слов: посуда; мебель; мытье рук, мыло, полотенце, вода, мыть, вытирать; летит – летят и т. д. Ведется работа над пониманием постепенно усложняющихся фраз, детализированных заданий, инструкций, над сознательным анализом и синтезом состава собственной речи и речи окружающих. Ребенок учится дослушивать фразу до конца, вникать в ее содержание, а не действовать импульсивно, по первому, часто ошибочному впечатлению. Понимание ребенком речи долгое время зависит от ситуации, контекста, его общего состояния, эмоциональной настроенности на занятие и от ряда других факторов. Речевой поток при работе сначала расчленяется, а затем проговаривается целостно.

От обобщений в работе идут с конкретизации: цвет – красный, синий; вкус – кислый, сладкий и т. д. Выработка четких акустических дифференцировок (слушай-покажи) обеспечивает понимание грамматических конструкций, преодоление отчуждения смысла слов, различение близких по звучанию. При поиске ребенком правильной звуко-слоговой структуры слова идет сличение слышимого звукосочетания с тем эталоном слова, который закреплен в упражнениях. Воспитывается внимание к речи окружающих, контроль за своей речью, критическое отношение к ней.

Ребенок все больше прислушивается к звукам окружающей среды, проявляет к ним интерес, пытается подражать им. Это часто совпадает со спокойными моментами его жизни, например, утром при пробуждении.

В более легких случаях сенсорной неполноценности ребенок учится дифференцировать слова, близкие по звучанию, отличающиеся одной фонемой, слова с одинаковой ударностью, с одинаковыми опорными звукосочетаниями, с разным количеством слогов (слоговым размером), учится определять последовательность звуков в слове.

Слова и предложения закрепляются через их употребление ребенком в ходе создания соответствующих ситуаций общения. Используются различные тренировочные упражнения, направленные на совершенствование восприятия и дифференциацию звуков на слух и в собственном проговаривании.

Постоянно проверяется, правильно ли ребенок понял слово, фразу, смысл прослушанного рассказа. С этой целью используются различные картинки, графические схемы слов и предложений, цветные фишки для закрепления структурного и звукового состава речи, с помощью символики иллюстрируется изменение морфологического значения слова, структура предложений.

Дети с сенсорной алалией способны к овладению грамотой, хотя чтение и письмо их оказываются нарушенными. Грамоте начинают обучать детей по возможности раньше. Исследователи отмечают большую легкость овладения письменной речью и понимания ее ребенком по сравнению с речью устной, а также преобладание зрительного восприятия речи в таких случаях над слуховым. Через грамоту у ребенка расширяется и уточняется понимание, проводится работа по развитию собственных лексико-грамматических и фонетических возможностей. При обучении грамоте детей с сенсорной алалией эффективным оказывается не звуко-буквенный путь, опирающийся на аналитико-синтетическую деятельность ребенка в связи со звуками, слогами, словами и предложениями, а глобальное чтение, овладев которым он расширяет свои артикуляционные и акустические возможности, а затем уже продолжается углубленная аналитико-синтетическая работа с воспринимаемой и произносимой речью.

Обучают грамоте ребенка и тогда, когда у него еще нет некоторых звуков, это, как показывают исследования и практический опыт, не является серьезным препятствием для запоминания букв и овладения техникой звукослияния. Прослушав звук, слог, слово, ребенок показывает букву или табличку со слогом, словом, складывает слог, слово из разрезной азбуки. Так постепенно у ребенка вырабатывается связь фонемы, графемы и артикулемы.

Возможность полной ликвидации сенсорной алалии исследователями ставится под сомнение. Прогноз достаточно неопределенный, он зависит от ряда факторов: состояния слуховой чувствительности, времени и характера проводимого лечения, коррекционно-воспитательного воздействия, возраста и интеллекта ребенка и т. д.

Отмечается неоднородность вариантов нарушения, и хотя в большинстве случаев наблюдается поступательное развитие понимания собственной речи, с уверенностью говорить о прогнозе трудно.

На начальных этапах работы и в более тяжелых случаях эффект в работе достигается только в результате длительной систематической работы с ребенком, преимущественно индивидуальной, в других случаях возможно объединение детей в маленькие группы когда им уже нужна организация активной речевой практики. При коррекционной работе в условиях специализированного стационара частичная компенсация дефекта возникает быстрее. Работа с такими детьми сложна, в разных случаях по-разному эффективна. По мнению А.Г. Ипполитовой, за первые 3–4 месяца работы в самых тяжелых случаях полного

непонимания и безречья ребенка удастся добиться понимания 8–10 слов, но только 2–4 слова появятся в его активном словаре. Возникает вопрос о целесообразности работы, если эффективность столь невелика. Но М.Е. Хватцев, подчеркивая значимость работы в самых тяжелых случаях, говорил, что 1–2 слова для непонимающего и неговорящего ребенка так же много, как тысячи слов для нормально развивающегося ребенка.

Детей с сенсорной алалией в отдельном учреждении мало, контакт с ними затруднен, поведение их специфично, интеллект, как правило снижен. Темпы работы в связи с этим медленны, паузы длительны. Дозировка занятий различная в зависимости от состояния ребенка – от 3–5 до 20–30 минут 2–3 раза в день в условиях специализированного стационара, специального детского сада. В дальнейшем при амбулаторной работе ребенок занимается 2–3 раза в неделю по 20–30 минут при ежедневной закрепительной домашней работе.

Диагностика сенсорной алалии сложна, чаще заключение ставят предположительно. Дальнейшее изучение детей с сенсорной алалией и создание целостной системы коррекционно-воспитательной работы с ними – актуальная проблема теории и практики логопедии.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие этиологические факторы вызывают алалию?
2. Какое нарушение является основным при моторной алалии?
3. В чем особенность речевых и неречевых проявлений при моторной алалии?
4. Раскройте систему обследования ребенка с алалией.
5. Какое направление является основным на первом этапе логопедической работы при моторной алалии?
6. Что такое замыкательная акупатия?
7. Что такое эхолалия?
8. Каков прогноз при сенсорной алалии?

Литература:

1. Логинова, Е. А. Общее недоразвитие речи. Алалия : учебно-методическое пособие для студентов вузов по направлениям 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование» (бакалавриат), по профилю подготовки «Логопедия», и 44.04.03 «Специальное (дефектологическое) образование» (магистратура) / Е. А. Логинова, О. В. Елецкая. – М. : ИНФРА-М, 2016. – 64 с.
2. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – С. 174–213.
3. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – С. 331–385.

Лекция 7 (2 часа)
Общее недоразвитие речи (ОНР)

1. Понятие ОНР. Характеристика детей с ОНР.
2. Периодизация ОНР.
3. Обследование детей с ОНР.
4. Методика логопедической работы с детьми дошкольного возраста с ОНР.

***1. Понятие ОНР. Характеристика детей с ОНР.** Общее недоразвитие речи – различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.*

Впервые теоретическое обоснование ОНР было сформулировано в результате многоаспектных исследований различных форм речевой патологии у детей дошкольного и школьного возраста, проведенных Р.Е. Левиной и коллективом научных сотрудников НИИ дефектологии (Н.А. Никашина, Г.А. Каше, Л.Ф. Спирова, Г.И. Жаренкова и др.) в 50–60-х годах XX в. Отклонения в формировании речи стали рассматриваться как нарушения развития, протекающие по законам иерархического строения высших психических функций. С позиций системного подхода был решен вопрос о структуре различных форм патологии речи в зависимости от состояния компонентов речевой системы.

Правильное понимание структуры ОНР, причин, лежащих в его основе, различных соотношений первичных и вторичных нарушений необходимо для отбора детей в специальные учреждения, для выбора наиболее эффективных приемов коррекции и для предупреждения возможных осложнений в школьном обучении.

ОНР может наблюдаться при наиболее сложных формах детской речевой патологии: алалии, афазии, а также ринолалии, дизартрии – в тех случаях, когда выявляются одновременно недостаточность словарного запаса, грамматического строя и пробелы в фонетико-фонематическом развитии.

Несмотря на различную природу расстройств, у этих детей имеются типичные проявления, указывающие на системное нарушение речевой деятельности. Одним из ведущих признаков является более позднее начало речи: первые слова проявляются к 3–4, а иногда и к 5 годам. Речь аграмматична и недостаточно фонетически оформлена. Наиболее выразительным показателем является отставание экспрессивной речи при относительно благополучном, на первый взгляд, понимании обращенной речи. Речь этих детей малопонятна. Наблюдается недостаточная речевая активность, которая с возрастом, без специального обучения, резко падает. Однако дети достаточно критичны к своему дефекту.

Неполноценная речевая деятельность накладывает отпечаток на формирование у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сферы. Отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограниченные возможности его распределения. При относительно сохранной смысловой, логической памя-

ти у детей снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. Они забывают сложные инструкции, элементы и последовательность заданий.

У наиболее слабых детей низкая активность припоминания может сочетаться с ограниченными возможностями развития познавательной деятельности.

Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обуславливает специфические особенности мышления. Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением.

Наряду с общей соматической ослабленностью им присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризуется плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости выполнения. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции.

Дети с ОНР отстают от нормально развивающихся сверстников в воспроизведении двигательного задания по пространственно-временным параметрам, нарушают последовательность элементов действия, опускают его составные части. Например, перекачивание мяча с руки на руку, передача его с небольшого расстояния, удары об пол с попеременным чередованием; прыжки на правой и левой ноге, ритмические движения под музыку.

Отмечается недостаточная координация пальцев, кисти руки, недоразвитие мелкой моторики. Обнаруживается замедленность, застревание на одной позе.

Правильная оценка неречевых процессов необходима для выявления закономерностей атипичного развития детей с общим недоразвитием речи и в то же время для определения их компенсаторного фона.

Детей с ОНР следует отличать от детей, имеющих сходные состояния – временную задержку речевого развития. При этом следует иметь в виду, что у детей с общим недоразвитием речи в обычные сроки развивается понимание обиходно-разговорной речи, интерес к игровой и предметной деятельности, эмоционально избирательное отношение к окружающему миру.

Одним из диагностических признаков может служить диссоциация между речевым и психическим развитием. Это проявляется в том, что психическое развитие этих детей, как правило, протекает более благополучно, чем развитие речи. Их отличает критичность к речевой недостаточности. Первичная патология речи тормозит формирование потенциально сохранных умственных способностей, препятствуя нормальному функционированию речевого интеллекта. Однако по мере формирования словесной речи и устранения собственно речевых трудностей их интеллектуальное развитие приближается к норме.

Чтобы отграничить проявление ОНР от замедленного речевого развития, необходимы тщательное изучение анамнеза и анализ речевых навыков ребенка.

В большинстве случаев в анамнезе не содержится данных о грубых нарушениях центральной нервной системы. Отмечается лишь наличие негру-

бой родовой травмы, длительные соматические заболевания в раннем детстве. Неблагоприятное воздействие речевой среды, просчеты воспитания, дефицит общения также могут быть отнесены к факторам, тормозящим нормальный ход речевого развития. В этих случаях обращает на себя внимание, прежде всего, обратимая динамика речевой недостаточности.

У детей с задержкой речевого развития характер речевых ошибок менее специфичен, чем при общем недоразвитии речи.

Преобладают ошибки типа смешения продуктивной и непродуктивной форм множественного числа («стулы», «листы»), унификация окончаний родительного падежа множественного числа («карандашов», «птичков», «деревов»). У этих детей отстает от нормы объем речевых навыков, для них характерны ошибки, свойственные детям более младшего возраста.

Несмотря на определенные отклонения от возрастных нормативов (в особенности в сфере фонетики), речь детей обеспечивает ее коммуникативную функцию, а в ряде случаев является достаточно полноценным регулятором поведения. У них более выражены тенденции к спонтанному развитию, к переносу выработанных речевых навыков в условия свободного общения, что позволяет скомпенсировать речевую недостаточность до поступления в школу.

2. Периодизация ОНР. Р.Е. Левиной и сотрудниками (1969) разработана периодизация проявлений ОНР: от полного отсутствия речевых средств общения до развернутых форм связной речи с элементами фонетико-фонематического и лексико-грамматического недоразвития.

Выдвинутый Р.Е. Левиной подход позволил отойти от описания лишь отдельных проявлений речевой недостаточности и представить картину аномального развития ребенка по ряду параметров, отражающих состояние языковых средств и коммуникативных процессов. На основе поэтапного структурно-динамического изучения аномального речевого развития раскрыты также специфические закономерности, определяющие переход от низкого уровня развития к более высокому.

Каждый уровень характеризуется определенным соотношением первичного дефекта и вторичных проявлений, задерживающих формирование зависящих от него речевых компонентов. Переход с одного уровня на другой определяется появлением новых языковых возможностей, повышением речевой активности, изменением мотивационной основы речи и ее предметно-смыслового содержания, мобилизацией компенсаторного фона.

Индивидуальный темп продвижения ребенка определяется тяжестью первичного дефекта и его формой.

Наиболее типичные и стойкие проявления ОНР наблюдаются при алалии, дизартрии и реже – при ринолалии и заикании.

Р.Е. Левиной выделено *три уровня речевого развития*, отражающие типичное состояние компонентов языка у детей дошкольного и школьного возраста с ОНР.

Первый уровень речевого развития. Речевые средства общения крайне ограничены. Активный словарь детей состоит из небольшого количества нечетко произносимых обиходных слов, звукоподражаний и звуковых комплексов.

Широко используются указательные жесты, мимика. Дети пользуются одним и тем же комплексом для обозначения предметов, действий, качеств, интонацией и жестами, обозначая разницу значений. Лепетные образования в зависимости от ситуации можно расценить как однословные предложения.

Дифференцированное обозначение предметов и действий почти отсутствует. Названия действий заменяются названиями предметов (открывать – «древ» (дверь), и наоборот – названия предметов заменяются названиями действий (кровать – «пат»). Характерна многозначность употребляемых слов. Небольшой запас слов отражает непосредственно воспринимаемые предметы и явления.

Дети не используют морфологические элементы для передачи грамматических отношений. В их речи преобладают корневые слова, лишённые флексий. «Фраза» состоит из лепетных элементов, которые последовательно воспроизводят обозначаемую ими ситуацию с привлечением поясняющих жестов. Каждое используемое в такой «фразе» имеет многообразную соотнесенность и вне конкретной ситуации понято быть не может.

Пассивный словарь детей шире активного. Однако исследованием Г.И. Жаренковой (1967) показана ограниченность импрессивной стороны речи детей, находящихся на низком уровне речевого развития.

Отсутствует или имеется лишь в зачаточном состоянии понимание значений грамматических изменений слова. Если исключить ситуационно ориентирующие признаки, дети оказываются не в состоянии различить формы единственного и множественного числа существительных, прошедшего времени глагола, формы мужского и женского рода, не понимают значения предлогов. При восприятии обращенной речи доминирующим оказывается лексическое значение.

Звуковая сторона речи характеризуется фонетической неопределенностью. Отмечается нестойкое фонетическое оформление. Произношение звуков носит диффузный характер, обусловленный неустойчивой артикуляцией и низкими возможностями их слухового распознавания. Число дефектных звуков может быть значительно большим, чем правильно произносимых. В произношении имеются противопоставления лишь гласных – согласных, ротовых – носовых, некоторых взрывных – фрикативных. Фонематическое развитие находится в зачаточном состоянии.

Задача выделения отдельных звуков для ребенка с лепетной речью в мотивационном и познавательном отношении непонятна и невыполнима.

Отличительной чертой речевого развития этого уровня является ограниченная способность восприятия и воспроизведения слоговой структуры слова.

Второй уровень речевого развития. Переход к нему характеризуется возросшей речевой активностью ребенка. Общение осуществляется посредством использования постоянного, хотя все еще искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов.

Дифференцированно обозначаются названия предметов, действий, отдельных признаков. На этом уровне возможно пользование местоимениями, а иногда союзами, простыми предложениями в элементарных значениях. Дети могут

ответить на вопросы по картине, связанные с семьей, знакомыми событиями окружающей жизни.

Речевая недостаточность отчетливо проявляется во всех компонентах. Дети пользуются только простыми предложениями, состоящими из 2–3, редко 4 слов. Словарный запас значительно отстает от возрастной нормы: выявляется незнание многих слов, обозначающих части тела, животных и их детенышей, одежды, мебели, профессий.

Отмечаются ограниченные возможности использования предметного словаря, словаря действий, признаков. Дети не знают названий цвета предмета, его формы, размера, заменяют слова близкими по смыслу.

Отмечаются грубые ошибки в употреблении грамматических конструкций:

- смешение падежных форм («едет машину» вместо *на машине*);
- нередко употребление существительных в именительном падеже, а глаголов в инфинитиве или форме 3-го лица единственного и множественного числа настоящего времени;
- в употреблении числа и рода глаголов, при изменении существительных по числам («два каси» – *два карандаша*, «де тун» – *два стула*);
- отсутствие согласования прилагательных с существительными, числительных с существительными.

Много трудностей испытывают дети при пользовании предложными конструкциями: часто предлоги опускаются вообще, а существительное при этом употребляется в исходной форме («книга идет то» – *книга лежит на столе*); возможна и замена предлога («гиб лятет на далевим» – *гриб растет под деревом*). Союзы и частицы употребляются редко.

Понимание обращенной речи на втором уровне значительно развивается за счет различения некоторых грамматических форм (в отличие от первого уровня), дети могут ориентироваться на морфологические элементы, которые приобретают для них смыслоразличительное значение.

Это относится к различению и пониманию форм единственного и множественного числа существительных и глаголов (особенно с ударными окончаниями), форм мужского и женского рода глаголов прошедшего времени. Затруднения остаются при понимании форм числа и рода прилагательных.

Значения предлогов различаются только в хорошо знакомой ситуации. Усвоение грамматических закономерностей в большей степени относится к тем словам, которые рано вошли в активную речь детей.

Фонетическая сторона речи характеризуется наличием многочисленных искажений звуков, замен и смешений. Нарушено произношение мягких и твердых звуков, шипящих, свистящих, аффрикат, звонких и глухих («пат книга» – *пять книг*; «папутька» – *бабушка*; «дупа» – *рука*). Проявляется диссоциация между способностью правильно произносить звуки в изолированном положении и их употреблением в спонтанной речи.

Типичными остаются и затруднения в усвоении звуко-слоговой структуры. Нередко при правильном воспроизведении контура слов нарушается звуко-наполняемость: перестановка слогов, звуков, замена и уподобление слогов

(«морашки» – *ромашки*, «кукика» – *клубника*). Многосложные слова редуцируются.

У детей выявляется недостаточность фонематического восприятия, их неподготовленность к овладению звуковым анализом и синтезом.

Третий уровень речевого развития характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Характерным является недифференцированное произнесение звуков (в основном это свистящие, шипящие, аффрикаты и соноры), когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной или близкой фонетической группы.

Например, мягкий звук *с'*, сам еще недостаточно четко произносимый, заменяет звук *с* («сяпоги»), *ш* («сюба» вместо *шуба*), *ц* («сяпля» вместо *цапля*), *ч* («сяйник» вместо *чайник*), *щ* («сетка» вместо *щетка*); замены групп звуков более простыми по артикуляции. Отмечаются нестойкие замены, когда звук в разных словах произносится по-разному; смешения звуков, когда изолированно ребенок произносит определенные звуки верно, а в словах и предложениях их взаимозаменяет.

Правильно повторяя вслед за логопедом трех-четырёхсложные слова, дети нередко искажают их в речи, сокращая количество слогов (*Дети слетили снеговика*. – «Дети сипили новика»). Множество ошибок наблюдается при передаче звуконаполняемости слов: перестановки и замены звуков и слогов, сокращения при стечении согласных в слове.

На фоне относительно развернутой речи наблюдается неточное употребление многих лексических значений. В активном словаре преобладают существительные и глаголы. Недостаточно слов, обозначающих качества, признаки, состояния предметов и действий. Неумение пользоваться способами словообразования создает трудности в использовании вариантов слов, детям не всегда удается подбор однокоренных слов, образование новых слов с помощью суффиксов и приставок. Нередко они заменяют название части предмета названием целого предмета, нужное слово другим, сходным по значению.

В свободных высказываниях преобладают простые распространенные предложения, почти не употребляются сложные конструкции.

Отмечается аграмматизм: ошибки в согласовании числительных с существительными, прилагательных с существительными в роде, числе, падеже. Большое количество ошибок наблюдается в использовании как простых, так и сложных предлогов.

Понимание обращенной речи значительно развивается и приближается к норме. Отмечается недостаточное понимание изменений значения слов, выражаемых приставками, суффиксами; наблюдаются трудности в различении морфологических элементов, выражающих значение числа и рода, понимание логико-грамматических структур, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения.

Описанные пробелы в развитии фонетики, лексики и грамматического строя у детей школьного возраста проявляются более отчетливо при обучении в

школе, создавая большие трудности в овладении письмом, чтением и учебным материалом.

Исследование уровней развития речи при ОНР было продолжено Т. Б. Филичевой (1999), что позволило автору выделить четвертый уровень речевого развития. К нему, по мнению Т. Б. Филичевой, «относятся дети с нерезко выраженными остаточными проявлениями лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития речи»

Четвертый уровень речевого развития характеризуется остаточными проявлениями недоразвития элементов лексико-грамматических и фонетико-фонематических компонентов языковой системы. Речь таких детей лишь на первый взгляд производит относительно благополучное впечатление.

При тщательном обследовании с использованием специально подобранных заданий стало возможным выявить незавершенность формирования всех сторон речи. Так, необходимость воспроизвести слова, сложные по смыслу или звуко-слоговому оформлению, приводит к появлению таких типичных для ребенка затруднений, как пропуски звуков, нарушение наполняемости слогов и слов (экскурсовод – *экурвод*).

Типичной для детей на этом уровне будет несколько вялая, смазанная артикуляция, недостаточная выразительность и интонационная бедность речи. Эти явления, наряду со сложностями дифференциации фонем (*т', с', ц*) указывают на незавершенность процессов фонемообразования в целом. Вследствие этого можно с большой долей вероятности прогнозировать соответствующие трудности в овладении фонетическим принципом русского письма.

При передаче сюжета нередко наблюдается смешение главных и второстепенных событий. Характерным является неточность, ограниченность изложения сюжетной линии, нарушенная взаимосвязь частей текста, пропуск элементов повествования, пропуск союза или союзного слова, неправильное их употребление или замещение, а также отсутствие логической связи в высказывании (*идет дождь, потому что лужи*).

Е.Ф. Собонович, Г.В. Чиркина, исследовав речь детей с ОНР 7-го года жизни, пришли к выводу о том, что диспропорция в формировании лексической и синтаксической систем приводят к тому, что структура сложного предложения усваивается позже, даже при наличии достаточного словарного запаса.

Недостаточное владение навыками словообразования проявляется в том, что дети допускают много ошибок при употреблении приставочных глаголов с тонкими оттенками действий (*уезжает* – едет, *приезжает* – едет, *открывает* – закрывает), профессий мужского и женского рода (*убиралка* – уборщица, *ткач* – ткачиха), при образовании сложных слов, редко употребляемых в повседневной жизни (*цветочник* – цветовод).

Возникают также сложности при подборе антонимов (*друг* – не друг, *горе* – нету горя).

Ограниченность словарного запаса проявляется в невозможности правильного употребления существительных с суффиксами, придающими уменьшительно-ласкательное или увеличительное значение, а образование прилагательных

тельных от существительных с суффиксами *-лив*, *-чив*, как правило, детям практически недоступно.

Характерным для данных детей является то, что они не используют помощь взрослых: образец правильного ответа, одноразовая поддержка не дает должного результата (в отличие от нормы), требуется серия тренировочных упражнений, чтобы нормативная форма была детьми усвоена.

Помимо изложенного, для детей с ОНР 4 уровня характерны отдельные нарушения смысловой стороны речи. Это выражается в трудностях понимания как отдельных слов, так и целых смысловых отрезков, выраженных предложениями и текстами. Так, дети неточно понимают слова, редко встречающиеся в разговорной практике: названия некоторых зверей, насекомых, птиц (тюлень, саранча, чибис и т. д.), растений (черемуха, ясень), профессий (закройщик, маляр), частей тела человека и животных (туловище, чешуя).

Остаются ошибки в употреблении предлогов *перед*, *между*, *над*, *из-за*, *из-под*, а также в согласовании прилагательных и числительных с существительными в наиболее сложных конструкциях. Вызывают трудности объяснение значения слов (подушка – спать), пословиц и поговорок (ежовые рукавицы – у ежа).

Нарушение понимания предложений и текстов, в свою очередь, выражается в ограниченных возможностях владения диалогической и монологической речью. Дети склонны к стереотипным высказываниям, не могут адекватно передать завязку, кульминацию и смысловую развязку сюжетной линии.

У многих детей с 4 уровнем речевого развития в ряде случаев отмечается низкая мотивационная готовность к обучению в школе, недостаточность оптико-пространственных отношений, неустойчивость внимания, ограниченный объем памяти, снижены работоспособность, они быстро утомляются.

3. Обследование детей с ОНР. Логопед выявляет объем речевых навыков, сопоставляет его с возрастными нормативами, с уровнем психического развития, определяет соотношение дефекта и компенсаторного фона, речевой и познавательной активности.

Необходим анализ взаимодействия между процессом овладения звуковой стороной речи, развитием лексического запаса и грамматического строя. Важно определить соотношение развития экспрессивной и импрессивной речи ребенка; выявить компенсирующую роль сохранных звеньев речевой способности; сопоставить уровень развития языковых средств с актуальным их использованием в речевом общении.

Выделяются три этапа обследования.

Первый этап — ориентировочный. Логопед заполняет карту развития ребенка со слов родителей, изучает документацию, беседует с ребенком.

На втором этапе проводится обследованием компонентов языковой системы и на основе полученных данных делается логопедическое заключение.

На третьем этапе логопед проводит динамическое наблюдение за ребенком в процессе обучения и уточняет проявления дефекта.

В беседе с родителями выявляются предречевые реакции ребенка, в том числе гуление, лепет (модулированный). Важно выяснить, в каком возрасте по-

явились первые слова и каково количественное соотношение слов в пассивной и активной речи.

Диссоциация между количеством произносимых слов и пассивным словарем у детей с первичной речевой патологией (за исключением редких случаев сенсорной алалии) сохраняется без специального обучения длительное время.

Во время беседы с родителями важно выявить, когда появились двухсловные, многословные предложения, не прерывалось ли речевое развитие (если да, то по какой причине), какова речевая активность ребенка, его общительность, стремление к установлению контактов с окружающими, в каком возрасте родителями обнаружено отставание в развитии речи, каково речевое окружение (особенности естественной речевой среды).

В процессе беседы с ребенком логопед устанавливает контакт с ним, нацеливает его на общение. Ребенку предлагаются вопросы, помогающие выяснить его кругозор, интересы, отношение к окружающим, ориентировку во времени и пространстве. Вопросы задаются таким образом, чтобы ответы были развернутыми, рассуждающего характера. Беседа дает первые сведения о речи ребенка, определяет направление дальнейшего углубленного обследования различных сторон речи. Особенно тщательно обследуются звуко-слоговая структура слов, грамматический строй и связная речь. При обследовании связной речи выясняется, как ребенок самостоятельно может составить рассказ по картине, серии картин, пересказ, рассказ-описание (по представлению).

Установление сформированности грамматического строя языка – один из ведущих моментов логопедического обследования детей с общим недоразвитием речи. Выявляется правильность употребления детьми категории рода, числа, падежа существительных, предложных конструкций, умение согласовывать существительное с прилагательным и числительным в роде, числе, падеже. Материалом обследования являются картинки, изображающие предметы и их признаки, действия. Для выявления умения пользоваться морфологическими формами слов проверяется образование множественного числа от существительных в единственном числе и, наоборот, образование уменьшительной формы существительного от данного слова, а также глаголов с оттенками действий.

Основными приемами могут быть следующие:

- а) закончить начатую фразу по наводящим вопросам;
- б) составить предложения по картине или демонстрации действий;
- в) вставить пропущенный предлог или слово в нужной падежной форме.

При обследовании словарного запаса выявляется умение ребенка соотносить слово (как звуковой комплекс) с обозначаемым предметом, действием и правильно употреблять его в речи.

Основными приемами могут быть следующие:

- нахождение (показ) детьми предметов и действий, названных логопедом (*Покажи: кто моет, а кто подметает* и т. д.);
- выполнение названных действий (*нарисуй дом – раскрась дом*);
- самостоятельное название детьми показанных предметов, действий, явлений, признаков и качеств (*Кто нарисован на картинке? Что делает мальчик? Из чего он лепит шарик?*);

- называние детьми видовых понятий, входящих в какую-либо обобщающую тему (*Скажи, какую ты знаешь летнюю одежду, зимнюю обувь*);
- объединение предметов в обобщающую группу (*Как можно одним словом назвать шубу, пальто, платье, юбку?* и т. д.).

Обследование строения артикуляционного аппарата и его моторики имеет важное значение для определения причин дефекта звуковой стороны речи ребенка и для планирования коррекционных упражнений. Оценивается степень и качество нарушений двигательных функций органов артикуляции и выявляется уровень доступных движений.

Для обследования звукопроизношения подбираются слоги, слова и предложения с основными группами звуков русского языка.

Для выявления уровня фонематического восприятия, возможности запоминания и воспроизведения слогового ряда ребенку предлагается повторить сочетания из 2–3–4 слогов. Сюда входят слоги, состоящие из звуков, различающихся по артикуляции и акустическим признакам (*ба-па-ба, да-да-да, са-ша-са*).

Для определения наличия звука в слове слова подбираются так, чтобы заданный звук находился в разных позициях (в начале, середине и в конце слова), чтобы наряду со словами, включающими данный звук, были слова без этого звука и со смешиваемыми звуками. Это позволит в дальнейшем установить степень смешения как далеких, так и близких звуков.

Для обследования слоговой структуры и звуконаполняемости подбираются слова с определенными звуками, с разным количеством и типом слогов; слова со стечением согласных в начале, середине, в конце слова. Предлагается отраженное и самостоятельное называние картинок: предметных и сюжетных.

Если у ребенка выявляются трудности в воспроизведении слоговой структуры слова, его звуконаполняемости, то предлагается повторить ряды слогов, состоящих из разных гласных и согласных звуков (*па-ту-ко*); из разных согласных, но одинаковых гласных звуков (*па-та-ка-ма* и т. д.); из разных гласных, но и одинаковых согласных звуков (*па-по-пы., ту-та-то*); из одинаковых гласных и согласных звуков, но с разным ударением (*па-па-па*); отстучать ритмический рисунок слова.

При этом становится возможным установить границы доступного уровня, с которого следует в последующем начинать коррекционные упражнения.

При обследовании общей и мелкой моторики логопед обращает внимание на общий вид ребенка, его осанку, походку, навыки самообслуживания (завязать бант, заплести косу, застегнуть пуговицы, зашнуровать ботинки и т. д.), особенности бега, выполнение упражнений с мячом, прыжки в длину на точность приземления. Проверяется умение сохранить равновесие (стояние на левой, правой ноге), попеременно постоять (попрыгать) на одной ноге, выполнить упражнения на переключаемость движений (правую руку к плечу, левую — на затылок, левую руку на пояс, правую — за спину и т. д.).

Оценивается точность воспроизведения задания по пространственно-временным параметрам, удерживанию в памяти составных частей и последова-

тельности элементов структуры действия, наличие самоконтроля при выполнении заданий.

Логопедическое заключение базируется на всестороннем анализе результатов изучения ребенка, на достаточно большом количестве примеров детской речи и на динамическом наблюдении в процессе коррекционно-педагогической работы.

Результаты комплексного обследования обобщаются в виде логопедического заключения, где указывается уровень речевого развития ребенка и форма речевой аномалии. Примерами логопедических заключений могут быть следующие: ОНР третьего уровня у ребенка с дизартрией; ОНР второго уровня у ребенка с алалией; ОНР второго-третьего уровня у ребенка с открытой ринолалией и т. п.

Логопедическое заключение раскрывает состояние речи и нацеливает на преодоление специфических трудностей ребенка, обусловленных клинической формой речевой аномалии. Это необходимо для правильной организации индивидуального подхода на фронтальных и в особенности на подгрупповых занятиях.

4. Методика логопедической работы с детьми дошкольного возраста с ОНР. Основы коррекционного обучения разработаны в психолого-педагогических исследованиях ряда авторов (Р.Е. Левина, Б.М. Гриншпун, Л.Ф. Спинова, Н.А. Никашина, Г.В. Чиркина, Н.С. Жукова, Т.Б. Филичева, А.В. Ястребова и др.).

Формирование речи основывается на следующих положениях:

- распознавание ранних признаков ОНР и его влияние на общее психическое развитие;
- своевременное предупреждение потенциально возможных отклонений на основе анализа структуры речевой недостаточности, соотношения дефектных и сохранных звеньев речевой деятельности;
- учет социально обусловленных последствий дефицита речевого общения;
- учет закономерностей развития детской речи в норме;
- взаимосвязанное формирование фонетико-фонематических и лексико-грамматических компонентов языка;
- дифференцированный подход в логопедической работе с детьми, имеющими ОНР различного происхождения;
- единство формирования речевых процессов, мышления и познавательной активности;
- одновременное коррекционно-воспитательное воздействие на сенсорную, интеллектуальную и афферентно-волевую сферу.

Дети с ОНР не могут спонтанно стать на онтогенетический путь развития речи, свойственный нормальным детям (Л.Ф. Спинова, 1980). Коррекция речи для них длительный процесс, направленный на формирование речевых средств, достаточных для самостоятельного развития речи в процессе общения и обучения.

Эта задача реализуется различно в зависимости от возраста детей, условий их обучения и воспитания, уровня развития речи.

Обучение детей первого уровня речевого развития предусматривает: развитие понимания речи; развитие самостоятельной речи на основе подражательной деятельности; формирование двусоставного простого предложения на основе усвоения элементарных словообразований.

Логопедические занятия с безречевыми детьми проводятся небольшими подгруппами (2–3 человека) в форме игровых ситуаций, что помогает постепенно формировать мотивационную основу речи. При этом используются персонажи кукольного театра, заводные игрушки, теневой театр, фланелеграф и т. д.

Работа по расширению понимания речи базируется на развитии у детей представлений о предметах и явлениях окружающей действительности, понимания конкретных слов и выражений, отражающих знакомые детям ситуации и явления.

С первых моментов логопедической работы детей ориентируют на понимание словосочетаний, подкрепленных наглядным действием. Логопед говорит короткими фразами из 2–4 слов, употребляя одни и те же слова в разных грамматических формах, повторяя отдельные словосочетания.

Дети усваивают в импрессивной речи названия предметов, действий, совершаемых самим ребенком, постепенно приучаются различать признаки предметов. Материалом для проведения таких занятий являются игрушки, одежда, посуда, продукты питания и т. д.

Одновременно дети обучаются пониманию некоторых грамматических значений. Особое внимание обращается на умение различать грамматические формы единственного и множественного числа существительных и глаголов; обращения-повеления к одному или нескольким лицам (*сядь – сядьте*); глаголы, близкие по звучанию (*везут – несут; купается – катается*); действия, близкие по сходству ситуации (*шьет, вяжет, вышивает, лежит, спит*), а также противоположные по значению (*надень – снимь, включи – выключи*) и т. д. Формирование пассивной речи способствует преодолению конкретности и недифференцированности словесных понятий. Точное понимание речевых инструкций контролируется ответным действием ребенка. Важно правильно организовать предметную ситуацию, подобрать соответствующий дидактически и игровой материал. При этом необходимо использовать музыкальные занятия, изобразительную деятельность, экскурсии, прогулки и т. д. Упражнения проводятся при хорошем эмоциональном контакте с ребенком, устойчивости его произвольного внимания.

Развитие самостоятельной речи является необходимым условием для формирования активного лексического запаса у детей. Логопед называет те слова, словосочетания и фразы, которые хотел бы включить в экспрессивную речь ребенка.

Создается ситуация, которая вызывает коммуникативно-познавательную потребность в речи. Появившиеся звуковые комплексы или лепетные слова в

игровой форме нужно неоднократно повторить в разной тональности, темпе, с разной интонацией.

Перед ребенком не ставится задача правильного фонетического оформления. На этом этапе детей учат называть: близких людей (*мама, папа, баба*); простые имена (*Тата, Ната, Коля, Оля*); выражать просьбы (*иди, на, да*) в сопровождении жеста и т. д.

После того как у детей появилась возможность подражать слову взрослого, добиваются воспроизведения ударного слога, а затем ритмико-интонационного рисунка одно-двух-трехсложных слов (*мак, киса, машина*). Детей учат приращивать одинаковые слоги из доступных звуков в конце слова (*ру-ка, нож-ка, пап-ка*).

Лепетные слова необходимо использовать в простых предложениях, содержащих обращение и повеление (*мама, дай*); указательные слова и именительный падеж существительного (*тут киса*); повеление и прямое дополнение (*дай мяч*).

При обучении детей употреблению формы повелительного наклонения 2-го лица единственного числа первоначально можно ограничиться воспроизведением лишь ударного слога, а затем – двух слогов и более.

Детей учат грамматически правильно строить предложения типа: именительный падеж существительного + согласованный глагол 3-го лица настоящего времени. Рекомендуются предварительно повторить глаголы повелительного наклонения 2-го лица единственного числа, а затем к основе глагола «наращивать» звук *t* (*сиди — сидит*).

Логопед вовлекает детей в речевое общение и приучает к пользованию такой элементарной формой устной речи, как краткий ответ на вопрос. Это является переходной ступенью к овладению простым диалогом.

Работа по формированию звуковой стороны речи в этот период заключается прежде всего в развитии восприятия речи. Рекомендуются различные специальные упражнения:

- выделение заданного слова в ряду других слов. Логопед называет: *машина, собака, кошка*, а ребенок должен поднять флажок, если услышит слово *собака*;
- различение слов, близких по звучанию, но разных по смыслу (*уточка — удочка*); различение сходных по звуковому составу предложений (показать картинку: кто купается, а кто катается).

Для расширения объема слуховой памяти и удержания последовательности слов детям предлагается ряд занятий на выполнение двух-трехступенчатых инструкций, запоминание ряда из 3–4 картинок и т. д.

Формирование звукопроизношения на данном этапе не является самостоятельной задачей. Однако отдельные артикуляционные упражнения, уточнение правильного произношения имеющихся у детей звуков позволяет создавать благоприятные условия для вызывания отсутствующих. Формирование произношения тесно связано также с усвоением слов разной слоговой структуры. Детей обучают неосознанному членению слов на слоги, послоговому проговариванию слова. Воспроизведение слова сопровождается отхлопыванием с соблю-

дением соответствующего ритма. Проговариваются прямые одинаковые слоги (*да-да, да-да*), слоги с разными согласными звуками (*ма-па, па-ма*), закрытые в обратные слоги (*пап-ан*).

В процессе проведения занятий с детьми первого уровня последовательно формируется активное отношение ребенка к языковой действительности.

Стержневым моментом на этом этапе обучения является специально организованная эмоциональная игра с определенной учебно-речевой задачей.

Мотивы, цель и ситуация игры конкретизируются в зависимости от направленности на овладение словарным запасом, начатками грамматических значений.

В результате многоаспектного воздействия на речевую деятельность дети переходят на новую ступень развития. Они начинают использовать начатки разговорной речи в различных ситуациях в связи с разными видами деятельности. Заметно повышается их познавательная и речевая активность.

Обучение детей второго уровня предполагает несколько направлений:

- интенсивная работа по развитию понимания речи, направленная на различение форм слова;
- развитие элементарных форм устной речи на базе уточнения и расширения словарного запаса, практического усвоения простых грамматических категорий;
- овладение правильным произношением и различением звуков, формирование ритмико-слоговой структуры слова.

Материалом для обогащения речи детей служит окружающая действительность, изучение которой происходит на основе тематического цикла. Уточняются и накапливаются конкретные понятия, формируется предметная соотнесенность слова, выделение и называние действий, признаков и называние действий, признаков, качеств и т. д.

Систематическая работа по расширению пассивного и активного словаря, развитие сознательного восприятия речи позволяет наращивать и обобщать языковые наблюдения над смысловыми, звуковыми, морфологическими и синтаксическими сторонами речи.

В целях дальнейшего развития понимания речи детей учат различать значение приставок в страдательных причастиях; по окончанию глагола прошедшего времени определять лицо, к которому принадлежит совершаемое действие; определять взаимоотношения действующих лиц по синтаксической конструкции (например, предъявляются парные картинки, на одной из которых изображена «нестандартная» ситуация: «заяц убегает от девочки», «девочка убегает от зайца»); понимать пространственные отношения предметов, выраженных предлогами; объединять предметы по их общему назначению (*отбери все, что тебе нужно для шитья*); различать падежные окончания (*покажи книжку карандашом, карандаш, – ручкой*), существительные в уменьшительно-ласкательной форме (*себе возьми гриб, дай мне грибок*).

Вводятся вопросы, требующие понимания изменения форм слов и их связей в предложении.

Развитие элементарных форм устной речи на данном этапе предусматривает практическое употребление предложений из нескольких слов.

Обязательным условием успешного обучения детей на данном этапе является понимание ими значения каждого члена предложения.

Детей учат отвечать на вопросы, составлять предложения по моделям.

Их учат слушать и сопоставлять существительные винительного, творительного (с ударными окончаниями), дательного падежей с именительным. Предложения с данными формами слов четко произносит сначала логопед, а затем неоднократно повторяет ребенок. В это время в речь детей вводятся простые определения, обозначающие признаки предметов по величине, цвету, вкусу и т. д.

Организуются вопросно-ответные беседы по поводу знакомых ситуаций и предметов.

Практическое усвоение грамматических форм подготавливается развитием слухового восприятия, пассивного и активного словаря, звукопроизношения.

Как только дети научатся отвечать на вопросы, составлять предложения по демонстрации действий к картинкам, можно приступить к воспитанию умения объединять предложения в маленький рассказ. Широко используется заучивание коротких стихов.

Овладение правильным произношением включает использование разнообразных упражнений по развитию артикуляции, вызыванию звуков, различению на слух поставленных фонем.

Логопедическая работа с детьми третьего уровня речевого развития предусматривает:

- практическое усвоение лексических и грамматических средств языка;
- формирование полноценной звуковой стороны речи (воспитание артикуляционных навыков, правильного звукопроизношения, слоговой структуры и фонематического восприятия);
- подготовка к грамоте; овладение элементами грамоты;
- дальнейшее развитие связной речи.

Формирование речевой практики как основы усвоения элементарных закономерностей языка осуществляется на базе развивающегося фонематического восприятия, правильного произношения звуков и правильного восприятия структуры слова; практического умения различать, выделять и обобщать значимые части слова; на основе наблюдений над связью слов в предложении.

Путем планомерного накопления наблюдений над смысловыми, звуковыми, морфологическими, синтаксическими сторонами речи у детей развивается чутье языка и происходит овладение речевыми средствами, на основе которых возможен переход к самостоятельному развитию и обогащению речи в процессе свободного общения.

Выполнение этих задач тесно связано с развитием познавательной деятельности детей, с выработкой у них умения наблюдать, сравнивать и обобщать явления окружающей жизни.

Успешная коррекция речевого недоразвития осуществляется в результате многоаспектного воздействия, направленного на речевые и внеречевые процес-

сы, на активизацию познавательной деятельности дошкольников (И.Т. Власенко).

В условиях специального дошкольного учреждения (специальной группы для детей с ТНР) весь комплекс перечисленных задач решается четкой организацией жизни детей и правильным распределением коррекционных и воспитательных мероприятий. Их выполнению служит бытовая деятельность детей, целенаправленные наблюдения за природой, жизнью людей и животных, собственные действия с предметами, игрушками, различные виды игр.

Продолжается работа по развитию понимания речи. Детей учат вслушиваться в обращенную речь, выделять названия предметов, действий, признаков, понимать обобщенное значение слова, выбирать из двух слов наиболее подходящее к данной ситуации (*ломает – рвет, мажет – клеит, прыгает – скачет*). В это время их учат понимать текст с усложненной, конфликтной ситуацией.

Формируется умение выделять части предмета. Предметный лексический материал связан с изучением предметов, окружающих детей. На основе понимания признаков предметов они учатся их группировать в практической деятельности. Уточняется значение существительных с уменьшительно-ласкательными суффиксами.

Особое внимание обращается на точное понимание смысла предложений, включающих слова, сходные по своему звуковому составу, но разные по значению. В этих предложениях употребляются личные и возвратные глаголы (*покажи, где мальчик катается на санках, где мальчика катают на санках*), существительные в косвенных падежах (*покажи, где малыши надевает шубу, где малышу надевают шубу*), притяжательные прилагательные (*дай Коле карандаш – дай Колин карандаш*).

На основе уточненного пассивного речевого запаса организуется устная речевая практика, в которой последовательно закрепляют лексические и грамматические знания.

В процессе усвоения предметного словаря продолжается знакомство детей с различными способами словообразования.

Первоначально детям предлагаются упражнения аналитического характера, способствующие формированию ориентировки в морфологическом составе слов: выбрать родственные слова из контекста, сопоставить их по длине и содержанию, вычленив одинаково и различно звучащие элементы слов.

Постепенно, на основе предметно-графических схем происходит знакомство с универсальными способами образования слов: суффиксальным – для имен существительных и прилагательных, префиксальным – для глаголов. У детей развиваются навыки складывания нового слова из 2-х частей, одна из которых равна корню, а другая — аффиксу: *гриб + ник, сапож + ник, при + шел, при + нес, при + плыл*.

Привлекая внимание к общности корневой части среди цепочки родственных слов (*лес, лесной, лесник*), логопед формирует у детей интуитивное представление о системе словообразовательных связей языка. (Т.В. Туманова, 1997.).

Одновременно детей учат понимать обобщенное значение слова. Только после этого предлагается самостоятельно образовать относительные прилагательные от существительных со значениями ответственности с продуктами питания (*молочный, шоколадный*), растениями (*дубовый, сосновый*). Детей учат вслушиваться в окончания прилагательных, отвечать на вопросы типа: «Про какой предмет можно сказать деревянный, -ая, -ое?».

Одновременно у детей воспитывается умение образовывать прилагательные от наречий, от существительных, а также разные их степени.

Развивая умение правильно передавать в речи оттенки слов, дети учатся образовывать уменьшительные названия качеств предметов.

Учитывая, что детям с ОНР свойственны трудности в узнавании сходства и различия слов, близких по звучанию и значению, особое внимание уделяется этому различию. Сначала нужно внимательно вслушаться в эти слова. Например, показывая щепотку чая, спрашивают: «Что это?» — *Чай*. При этом поясняется что его заваривают в *чайнике*, а посуда, из которой пьют чай, называется *чайной*. Интонационно выделяется значимая часть слова. На следующих занятиях различаются родственные слова при показе других предметов (*соль – солонка, сахар – сахарница*).

Особое внимание уделяется образованию признака от названия предмета, действия или состояния (*мыло – мыльный – мылить – мыльница*).

Важно, чтобы у детей происходило не формальное накопление родственных слов, а подготавливалось сознательное их использование в самостоятельной речи.

Необходимым условием уточнения и расширения словаря детей является практическое усвоение наиболее распространенных случаев многозначности слов.

Целесообразно начать с существительных, у которых перенос основан на конкретных, наглядных признаках (*шляпка девочки, шляпка гвоздя, шляпка гриба*).

При показе предметов внимание детей обращается на то общее, что их объединяет. После ряда подобных упражнений дети самостоятельно подбирают многозначные слова (например: *ножка ребенка – ножка стола, стула, кресла, дивана, гриба* и т. п.) и составляют с ними предложения.

На логопедических занятиях проводятся упражнения по вычленению разного значения в многозначных глаголах. Детям предлагают подбирать разные существительные к глаголам (*лети птица, муха, самолет, шарик; идет человек, слон, поезд, дождь; плывет рыба, утка, человек, облако*).

Из слов с переносным значением наиболее доступны пониманию часто употребительные, образные выражения, в которых это значение противопоставляется основному. Так, например, обратив внимание на раскрасневшееся лицо одного из детей, можно сказать: «У Вовы лицо румяное, как яблоко». Также привлекается внимание детей к словосочетаниями типа: *сердитый человек – сердитый ветер, мороз; трусливый, как заяц, хитрый как лиса*.

Лучшему пониманию переносного смысла значения слов помогает слушание специально подобранных стихов и прозаических отрывков.

Подготовительным этапом ознакомления детей со словами-антонимами является проверка и уточнение известных детям слов – названий признаков предметов и действий. Подбираются пары предметов с ярко выраженными признаками и сравниваются по вкусу, цвету, размеру и т. д. Интонационно подчеркивается их качественная противоположность (*острый – тупой карандаш*).

Одновременно с обогащением словарного запаса происходит грамматическое его оформление. Специально созданные ситуации, использование режимных моментов помогают в практическом плане усваивать значения предметов, различать окончания падежных форм, правильно согласовывать прилагательные и числительные с существительными. Вся работа по формированию грамматически правильной речи обязательно опирается на реальные представления ребенка и постоянно совершенствующееся слуховое восприятие. Новая грамматическая форма закрепляется в упражнениях по словоизменению и словообразованию, по составлению словосочетаний и предложений.

Усвоение лексических значений и грамматических способов выражения различных отношений дает возможность более широкого использования самостоятельных высказываний детей. С этой целью проводятся специальные занятия по формированию разговорной и описательной речи. Основой для организации речевой практики детей служат практические действия с предметами, участие в различных видах деятельности, активные наблюдения за жизненными явлениями.

Составляя предложения по описанию различных действий, по содержанию картин, дети подготавливаются к умению связно рассказывать об увиденном. Разнообразные приемы и способы обучения детализируют в соответствии со структурой дефекта. Дети учатся рассказывать о последовательно воспроизводимых действиях, составлять простые рассказы по следам выполненной серии действий. В процессе обучения различным видам рассказов-описаний проводятся упражнения в сравнении предметов.

Практическое усвоение грамматических категорий сочетается с умением составлять распространенные предложения, сравнивать и сопоставлять слова по их смысловому значению и грамматическим признакам (число, род, падеж). Детей обучают тому, что одну и ту же мысль можно выражать различными языковыми средствами. Это побуждает их употреблять сложные предложения с придаточными разных видов.

Формируется также умение противопоставлять однородные члены предложения, пользоваться союзами (*а, и* и др.).

Сначала логопед предьявляет образец правильного построения сложного предложения, далее дети повторяют его, а затем и самостоятельно составляют аналогичные конструкции (*Дети надели плащи, потому что пошел дождь*).

Необходимо приучить детей повседневно использовать приобретенные речевые умения и навыки в самостоятельных связных высказываниях. С этой целью используется ряд специальных заданий на привлечение их внимания к составу предложения и связи слов в предложении.

Обучение рассказыванию занимает большое место в общей системе логопедических занятий. В это время уделяется внимание закреплению навыка сво-

бодного пользования в речи поставленными звуками, а также их дифференциации, как и на слух, так и в произношении. На протяжении всего коррекционного обучения эта работа сочетается с развитием четкости речи и устранением затруднений в воспроизведении слов, сложных по слоговому составу и звуконаполняемости. Включаются специальные упражнения, направленные на развитие выразительности речи. Продолжается работа по обучению детей грамоте.

По следам звукового анализа и синтеза дети складывают слоги, слова, простые предложения. Они должны уметь преобразовать слово (*рак – лак, сок – сук* и т. д.), членить предложения на слова, овладевать навыком сознательного послогового чтения. Все это подготавливает необходимую основу для их успешного обучения в школе, а также предупреждает возможность возникновения специфических ошибок при письме и чтении.

Обучение детей с четвертым уровнем речевого развития предусматривает направления работы, связанные с комплексной подготовкой их к школе.

1. Совершенствование лексико-грамматических средств языка: расширение лексического запаса в процессе изучения новых слов и лексических групп (панцирь, скорлупа, бивни, музей, театр, выставка), активизация словообразовательных процессов (сложные слова: белоствольная береза, длинноволосая черноглазая девочка; прилагательные с различным значением соотнесенности: плетеная изгородь, соломенная крыша, марлевая повязка; приставочные глаголы с оттеночными значениями: выползть – вползть, подъехать – объехать), развитие навыков подбора синонимов и антонимов, умение дать им объяснения (скупой – жадный, добрый – милосердный, неряшливый – неаккуратный, смешливый – веселый, веселый – грустный и др.), объяснение переносного значения слов и целых выражений (сгореть со стыда, широкая душа), преобразование названий профессий мужского рода в названия женского рода (портной – портниха, повар – повариха, скрипач – скрипачка), преобразование одной грамматической категории в другую (читать – читатель – читательница – читающий).

2. Развитие самостоятельной развернутой фразовой речи: закрепление навыка употребления предложений по опорным словам, расширения объема предложений путем введения однородных членов предложений.

3. Совершенствование связной речи: закрепление навыков рассказа, пересказа с элементами фантазийных и творческих сюжетов.

4. Совершенствование произносительной стороны речи: закрепление навыков четкого произношения и различения поставленных звуков, автоматизирование их правильного произношения в многосложных словах и самостоятельных высказываниях, воспитание ритмико-интонационной и мелодической окраски речи.

5. Подготовка к овладению элементарными навыками письма и чтения: закрепление понятий «звук», «слог», «слово», «предложение»; обучение анализу и синтезу обратных и прямых слогов, односложных и 2–3-сложных слов; составление из букв разрезной азбуки слогов, слова и их чтение, развитие оптико-пространственных и моторно-графических навыков; подготовка к беглому послоговому чтению с осознанием смысла прочитанного.

В результате логопедической работы речь дошкольников должна максимально приблизиться к возрастным нормам. Это проявляется в свободном, безошибочном владении диалогической и монологической речью, а именно: в умении адекватно формулировать вопросы и отвечать на вопросы окружающих, подробно и логично рассказывать о событиях реального мира, пересказывать близко к оригиналу художественные произведения, осуществлять творческое рассказывание и т.д. Соответственно с этим у детей сформирован лексико-грамматический строй языка. Так, дети адекватно понимают и употребляют различные части речи, простые и сложные предлоги, владеют в полном для указанного возраста объеме навыками словообразования и словоизменения. Фонетическое оформление речи детей должно в полной мере соответствовать нормам родного языка. Кроме того, у детей достаточно сформированы операции звуко-слогового анализа и синтеза и элементарные навыки грамоты (чтение и печатание некоторых букв, слогов, коротких слов).

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите причины ОНР?
2. Чем отличается III уровень речевого развития от IV?
3. Что включает в себя логопедическое обследование детей с I – IV уровнями речевого развития?
4. Выделите основные задачи и направления коррекционного обучения дошкольников с I уровнем речевого развития?

Литература:

1. Жукова, Н. С. Логопедия. Основы теории и практики / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – М. : Эксмо, 2016. – 288 с.
2. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – С. 317–373.
3. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – С. 614–646.

Лекция 8 (2 часа)

Афазия

1. Понятие, этиология и патогенез афазии.
2. Нейропсихологическая классификация афазий А.Р. Лурия.
3. Принципы, организация, содержание, методы и приемы обследования при афазии.

1. Понятие, этиология и патогенез афазии. Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Этиология афазии отражена на схеме:



Взгляды на патогенез афазии определяются тем, что она понимается как следствие локального поражения мозга, но не сводится к симптоматике, обусловленной непосредственно очагом поражения («эффект очага»), а включает, помимо нее, и системные расстройства. Это объясняется тем, что речевая функция – сложная система, вследствие чего нарушение одной ее стороны неизбежно приводит к расстройствам других, что выливается в сложный синдром.

Такое понимание патогенеза отличается от того, которое имело место во времена П. Брока и К. Вернике, определяющими речевой дефект, ориентируясь непосредственно на очаг поражения, локализованный либо в центре моторной, либо в центре сенсорной речи.

Благодаря разработанному А.Р. Лурией факторному анализу в структуре речевого нарушения, стало принято выделять *первичную* симптоматику, связанную непосредственно с очагом поражения, и симптоматику *вторичного* характера, обусловленную неполноценностью функционирования зон мозга, не пораженных, но оказавшихся задействованными в патологическом процессе.

Подобная трактовка патогенеза афазии соответствует положению Х. Джексона о том, что локализовать поражение и симптом – не одно и то же. Поражение мозга в одном месте может нарушить функционирование других областей. Например, известно, что симптомы дисграфии и дислексии, входящие в структуру нарушения практически всех форм афазии, трудности понимания логико-грамматических конструкций и некоторые другие расстройства речи возникают при разных по локализации очагах поражения, поскольку являются не прямым следствием поражения какого-либо определенного участка мозга, а носят системный характер.

Для понимания афазии как синдрома важны положения невролога К. Монакова о *диашизе* – явлении охранительного торможения, возникающего в пораженной области мозга и распространяющегося на его здоровые участки, обуславливающего изменения *нейродинамики*.

2. Нейропсихологическая классификация афазий А.Р. Лурия. А.Р. Лурия выделил 7 форм афазий:

1. Эфферентная моторная афазия.
2. Афферентная моторная афазия.
3. Динамическая афазия.
4. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия.
5. Акустико-мнестическая афазия.
6. Семантическая афазия.
7. Амнестическая афазия.

В логопедической практике рассматриваются первые шесть форм афазий. Седьмая, амнестическая форма афазии, в чистом виде в клинике мозговых поражений встречается крайне редко, чаще она встречается в виде симптома акустико-мнестической афазии. При амнестической афазии все виды и формы речи практически не нарушаются. Сохранно чтение и письмо.

Характеристика разных форм афазий представлена в таблице:

Передние формы афазии		Задние формы афазии			
Эфферентная моторная афазия	Динамическая афазия	Афферентная моторная афазия	Семантическая афазия	Акустико-мнестическая афазия	Сенсорная (акустико-гностическая) афазия
Поражение мозга					
Поражение заднелобных отделов коры мозга – 44 поле (м. б. 45), или зона Брока	Поражение отделов мозга, располагающихся кпереди от зоны Брока, и дополнительной речевой «зоны Пенфилда» – поля 10, 45, 46	Поражение задних постцентральных отделов двигательного анализатора, нижних теменных отделов – поля 7 и 40	Поражение теменно-затылочной области доминантного полушария – поле 39	Поражение средней височной извилины – поля 21 и 37.	Поражение задней трети верхней височной извилины – поле 22, зона Вернике
Центральный механизм					
Артикуляционная кинестическая апраксия	Нарушение внутренней речи	Артикуляционная кинестическая апраксия	Нарушение симультанного пространственного восприятия	Нарушение слухоречевой памяти, сужение объема акустического восприятия, нарушение зрительных предметных	Нарушение акустического анализа и синтеза звуков речи

				образов- представ- лений	
Центральное нарушение					
Патологиче- ская инерт- ность артику- ляторных ак- тов, персеве- рации, пре- пятствующие свободному переключе- нию с одной артикуляци- онной позы на другую	Нарушение продуктивной активной ре- чи, невозмож- ность актив- ного высказы- вания при со- хранности ма- лопродуктив- ной стерео- типной речи	Нарушение тонких арти- куляторных движений, проявляюще- еся в невоз- можности найти нуж- ные положе- ния губ, язы- ка при произ- несении зву- ков и слов	Нарушение понимания логико- грамматиче- ских кон- струкций	Нарушение понимания речи, по- вторения	Нарушение фонематиче- ского слуха
Нарушение вида речи					
Экспрессивная речь		Импрессивная речь			
Нарушение способа организации речи					
Синтагматический		Парадигматический			

3. Принципы, организация, содержание, методы и приемы обследования при афазии. Принципы обследования при афазии: развития, системного подхода, связи речи с другими сторонами психического развития, деятельностного подхода, оценки коммуникативного поведения, комплексности и всесторонности, целостности и конкретности, индивидуального подхода в установлении контакта, изучения в процессе обучения, выявления положительных возможностей, онтогенетический.

Процедура обследования трудоемка и требует последующего системного (факторного) анализа выявленной симптоматики, ее дифференциации на первичные и вторичные симптомы. В момент обследования пациент должен быть в ясном сознании с уровнем бодрствования достаточным для выполнения инструкций и с отсутствием выраженных психических расстройств.

Обследование проводится деликатно, чтобы не травмировать больного. Человек с афазией (больной) должен уйти от логопеда приободренным, не переутомленным, поэтому первичное обследование проводится редуцированно.

В ходе обследования применяется нейропсихологический подход. Нейропсихологическое исследование основано на концепции А.Р. Лурия. А.Р. Лурия рассматривал психические функции как сложные функциональные системы, которые состоят из иерархически связанных между собой звеньев. Такая методологическая предпосылка позволила А.Р. Лурии сформулировать теорию мозговой системной динамической локализации высших психических (корковых) функций. Согласно этой теории, всякая психическая функция обеспечивается совместной интегративной работой различных мозговых зон, каждая из которых вносит свой специфический вклад в реализацию определенного звена в составе функциональной системы. Место нейропсихологического исследования в клинко-инструментальном диагностическом комплексе

определяется тем, что качество жизни и социальная реадaptация больных, перенесших инсульт, ЧМТ, опухоль, в решающей степени зависит от сохранности психической сферы. Аномальное функционирование отдельных участков мозга вследствие его травматического, опухолевого, сосудистого поражения может приводить к дефициту в психических процессах, затрагивая различные уровни и звенья их обеспечения.

Нейропсихологическая методика, предложенная А.Р. Лурия, позволяет исследовать различные симптомы и синдромы, закономерные сочетания симптомов, возникающие при поражении тех или иных структур мозга. Применение этой методики позволяет не только делать заключение о наличии той или иной формы афазии, но и диагностировать место поражения головного мозга. Им показано, что при любой форме афазии нарушается реализация речевой деятельности.

Содержание обследования включает изучение всех высших корковых функций:

1. Обследование всех видов праксиса и гнозиса (неречевого праксиса и гнозиса, орального и лицевого праксиса).
2. Обследование речевых функций (импрессивной и экспрессивной речи).
3. Обследование состояния чтения и письма.
4. Обследование счетных операций.
5. Обследование внимания, памяти, пространственных функций и мышления.

Цели и задачи нейропсихологического обследования

Цели:

1. Разносторонняя оценка состояния высших психических функций: различных видов праксиса и гнозиса, речи и счета, внимания и памяти, пространственных функций и мышления.
2. Достижение полноты определения заключения у лиц с распадом речи.

Задачи:

1. Топическая диагностика в клинике локальных поражений мозга.
2. Тщательное и подробное описание имеющихся нарушений психической деятельности и их динамики.
- 3 Полнота и системность определения речевых нарушений у лиц с афазией.

В содержании нейропсихологического обследования выделяется 2 блока: клинический и логопедический.

Клинический блок: компьютерная томография головного мозга, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая доплерография, магнитно-резонансная ангиография.

Логопедическое обследование проводится по схеме, разработанной А.Р. Лурия [1, с. 260–262].

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите причины возникновения афазии.

2. При каких формах афазии нарушается парадигматический способ организации речи?

3. В чем заключается сущность нейропсихологического подхода в ходе обследования при афазии?

Литература:

1. Логопедия. Методическое наследие : пособие для логопедов и студ. дефектолог. фак. пед. вузов : в 5 кн. / авт.-сост.: С. Н. Шаховская, М. К. Шохор-Троцкая ; ред. Л. С. Волкова. – М. : ВЛАДОС. – 2003. – Кн. 3 : Системные нарушения речи : Алалия. Афазия. – С. 260–262.

2. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – С. 223–242.

3. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – С. 389–417.

Планы практических занятий

Практическое занятие № 1 (2 часа)

Дислалия

Вопросы для обсуждения:

1. Недостатки произношения свистящих и шипящих звуков (разные виды сигматизмов, парасигматизмов) и приемы их устранения.
2. Недостатки произношения сонорных звуков (ротацизмы и параротацизмы, ламбдацизмы и параламбдацизмы, йотацизм и парайотацизмы) и приемы их устранения.
3. Недостатки произношения заднеязычных звуков (каппацизм и паракаппацизм, гаммацизм и парагаммацизм, хитизм и парахитизм) и приемы их устранения.
4. Нарушения смягчения и озвончения, приемы их коррекции.

Практические задания:

1. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 1–4: составить план-конспект занятия с ребенком дошкольного возраста с сигматизмом.
2. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 5–8: составить план-конспект занятия с ребенком дошкольного возраста с сигматизмом шипящих звуков.
3. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 9–12: составить план-конспект занятия с ребенком дошкольного возраста с ротацизмом.
4. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 13–16: составить план-конспект занятия с ребенком дошкольного возраста с ламбдацизмом.
5. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 17–20: составить план-конспект занятия с ребенком дошкольного возраста с йотацизмом.
6. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 21–23: составить план-конспект занятия с ребенком дошкольного возраста с каппацизмом.
7. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 24–25: составить план-конспект занятия с ребенком дошкольного возраста с гаммацизмом.
8. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 26–27: составить план-конспект занятия с ребенком дошкольного возраста с хитизмом.
9. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 1–14: подготовить игру на дифференциацию твердых и мягких согласных звуков.
10. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 15–27: подготовить игру на дифференциацию звонких и глухих согласных звуков.

Литература:

1. Акентьева, Е. А. Ворон и вороненок. Индивидуальное занятие по коррекции звукопроизношения для ребенка 6–7 лет / Е. А. Акентьева // Логопед. – 2018. – № 2. – С. 49–53.
2. Бобылева, Е. В. Невероятное путешествие в сказку. Занятие по дифференциации звуков [с], [с'] для детей 4–5 лет / Е. В. Бобылева // Логопед. – 2017. – № 1. – С. 44–47.
3. Вятчина, Т. Н. Звуковой ринг. Занятия на автоматизацию звука [Л] для детей 5–7 лет / Т. Н. Вятчина // Логопед. – 2017. – № 10. – С. 55–58.
4. Гальская, Н. В. Звоночек : Автоматизация звуков в играх: Пособие для логопедов и родителей / Н. В. Гальская. – Минск : Аверсэв, 2001. – 160 с.
5. Горелова, В. В. Страна Шуршания. Занятие в подготовительной к школе группе на автоматизацию звука [ш] / В. В. Горелова // Логопед. – 2017. – № 4. – С. 38–41.
6. Гулидова, Е. Е. Жужжалочка и Шипелочка. Подгрупповое занятие на дифференциацию звуков [ж] – [ш] / Е. Е. Гулидова // Логопед. – 2017. – № 5. – С. 54–57.
7. Долганова, О. А. Постановка, автоматизация и дифференциация звуков [к], [к'] / О. А. Долганова // Логопед. – 2018. – № 2. – С. 107–110.
8. Марченко, И. В. Особенности коррекции заднеязычных звуков / И. В. Марченко // Логопед. – 2017. – № 8. – С. 94–108.
9. Мухамадиева, А. Ф. Поможем лесным животным. Занятие по автоматизации звука [р] / А. Ф. Мухамадиева // Логопед. – 2017. – № 4. – С. 41–45.
10. Никитина, Е. М. Загадочные острова. Занятие на закрепление звука [Л] у детей семи лет / Е. М. Никитина // Логопед. – 2017. – № 7. – С. 104–106.
11. Перегудова, Т. С. Вводим звуки в речь. Карточка для автоматизации звуков [л], [л'] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2015. – 160 с.
12. Перегудова, Т. С. Вводим звуки в речь. Карточка для автоматизации звуков [р], [р'] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2013. – 192 с.
13. Перегудова, Т. С. Вводим звуки в речь. Карточка для автоматизации звуков [с], [з], [ц] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2015. – 144 с.
14. Перегудова, Т. С. Вводим звуки в речь. Карточка для автоматизации звуков [ш], [ж] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2015. – 96 с.
15. Перегудова, Т. С. Вводим звуки в речь. Карточка заданий для автоматизации звуков [ч], [щ] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2015. – 96 с.
16. Рощина, Ж. В. Веселая рыбалка. Подгрупповое занятие на автоматизацию звука [р] / Ж. В. Рощина // Логопед. – 2017. – № 6. – С. 50–55.

17. Шайдулина, Н. Г. Автоматизация звука [ш]. Дидактическое пособие с использованием технологии лэпбук для детей 4–7 лет / Н. Г. Шайдулина // Логопед. – 2017. – № 7. – С. 16–20.

Практическое занятие № 2 (2 часа)

Заикание

Вопросы для обсуждения:

1. Традиционная методика преодоления заикания у дошкольников (Н.А. Власова, Е.Ф. Рау).
2. Методики исправления заикания у дошкольников, разработанные представителями психологической школы Р.Е. Левиной (Н.А. Чевелева, С.А. Миронова и др.).
3. Система преодоления заикания в процессе игры (Г.А. Волкова).
4. Логопедическая работа с заикающимися детьми преддошкольного возраста (Л.М. Крапивина).
5. Воспитание плавной речи детей на занятиях по ознакомлению с окружающим миром, изобразительной деятельности; логоритмических занятиях.

Практическое задание:

Составьте конспект логопедического занятия по устранению заикания у детей дошкольного возраста.

Литература:

1. Белякова, Л. И. Логопедия. Заикание : учеб. пособие для студ. дефектологических факультетов высших пед. учеб. заведений. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – М. : В. Секачев, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 320 с.
2. Волкова, Г. А. Логопедическая ритмика : учебник для вузов / Г. А. Волкова. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 272 с.
3. Коррекционная работа с детьми с заиканием. Программа для учреждений, обеспечивающих получение дошкольного образования. – Минск : Национальный институт образования, 2010. – 231 с.
4. Логопедия. Методическое наследие : пособие для логопедов и студ. дефектолог. фак. пед. вузов : в 5 кн. / под ред. Л. С. Волковой. – М. : ВЛАДОС, – 2003. – Кн. II : Нарушения темпа и ритма речи : Заикание. Брадилалия. Тахилалия. – С. 221–244.
5. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – 608 с.
6. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – 703 с.
7. Программа коррекционных занятий «Логоритмические занятия» учебного плана специального дошкольного учреждения для детей с тяжелыми нарушениями речи (заикание). I–IV годы обучения, 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://asabliva.by/ru/main.aspx?guid=8515>. – Дата доступа: 25.07.2017.
8. Селиверстов, В. И. Заикание у детей : Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия : учеб. пособие для студ. высш. и

средн. пед. учеб. заведений. – 4-е изд., доп. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛА-ДОС, 2000. – 208 с.

9. Хрестоматия. Логопедия. Заикание. – М. : В. Секачев, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 185–224.

10. Чевелева, Н. А. Преодоление заикания у детей : пособие для логопедов и воспитателей логогрупп / Н. А. Чевелева. – М. : Изд-во ГНОМ и Д, 2001. – 128 с.

Практическое занятие № 3 (2 часа)

Алалия

Вопросы для обсуждения:

1. Принципы, организация и содержание коррекционно-воспитательной работы при моторной алалии.
2. Поэтапный ход логопедической работы при моторной алалии.
3. Структура логопедических занятий по коррекции алалии. Специфика работы с детьми дошкольного возраста с недоразвитием речи разных возрастных групп.
4. Система коррекционно-воспитательной работы при сенсорной алалии. Структура логопедических занятий.

Практические задания:

1. Подберите и научитесь демонстрировать 2-3 приема по преодолению речевого негативизма у детей с моторной алалией.
2. Составьте конспект индивидуального логопедического занятия с ребенком с моторной алалией с использованием методики В.К. Воробьевой.

Литература:

1. Баль, Н. Н., Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи / Н. Н. Баль, Н. В. Дроздова. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2010. – 152 с.
2. Баль, Н. Н. Развитие познавательной деятельности детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи на коррекционных занятиях : пособие для педагогов учреждений образования, реализующих образовательную программу спец. образования на уровне дошкольного образования / Н. Н. Баль, Н. В. Дроздова. – Минск : Народная асвета, 2015. – 111 с.
3. Воробьева, В. К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи : учебное пособие [Электронный ресурс] / В. К. Воробьева. – М. : АСТ: Астрель : Транзиткнига, 2006. – 158 с. – Режим доступа : <https://nsportal.ru/lpp/2016/11/vorobeva-v-k-metodika-razvitiya-svyaznoy-rechi>. – Дата доступа: 03.03.2019.
4. Жукова, Н. С. Логопедия. Основы теории и практики / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – М. : Эксмо, 2016. – 288 с.
5. Логопедия. Методическое наследие : пособие для логопедов и студ. дефектолог. фак. пед. вузов : в 5 кн. / авт.-сост.: С. Н. Шаховская, Т. В. Волосовец, Л. Г. Парамонова ; ред. Л. С. Волкова. – М. : ВЛАДОС. – 2003. – Кн. 3 : Системные нарушения речи : Алалия. Афазия. – 312 с.
6. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – 608 с.
7. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – 703 с.

Практическое занятие № 4 (2 часа)

Общее недоразвитие речи

Вопросы для обсуждения:

1. Принципы построения системы коррекционного обучения и воспитания детей с общим недоразвитием речи (ОНР) (Р.Е. Левина, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина).
2. Поэтапное формирование устной речи при ее недоразвитии (Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева).
3. Задачи и содержание логопедической работы с детьми с ОНР I, II, III уровней речевого развития.
4. Особенности обучения грамоте детей с ОНР.
5. Задачи, содержание и организационно-методические требования к построению логопедической работы с детьми с нерезко выраженным ОНР (IV уровнем речевого развития) в дошкольном возрасте (Т.Б. Филичева, Т.В. Туманова и др.).
6. Профилактика нарушений чтения и письма при ОНР.

Практические задания:

1. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 1–14: разработать 2 плана-конспекта занятий для разных возрастных групп по работе над звукопроизношением, слоговой структурой слова и ритмоинтонационной стороной речи, развитию фонематического восприятия у детей дошкольного возраста с ОНР.
2. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 15–27: разработать 2 плана-конспекта занятий для разных возрастных групп по работе над лексико-грамматической стороной речи у детей дошкольного возраста с ОНР.
3. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 1–14: разработать план-конспект занятия для старшей группы по развитию связной речи у детей дошкольного возраста с ОНР.
4. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 15–27: разработать план-конспект занятия для старшей группы по обучению грамоте детей с ОНР.

Литература:

1. Агранович, З. Е. Сборник домашних заданий в помощь логопедам и родителям для преодоления лексико-грамматического недоразвития речи у дошкольников с ОНР : методический материал / З. Е. Агранович. – СПб. : Детство-Пресс, 2001. – 128 с.
2. Баль, Н. Н. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи / Н. Н. Баль, Н. В. Дроздова. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2010. – 152 с.
3. Большакова, С. Е. Преодоление нарушений слоговой структуры слова у детей : пособие / С. Е. Большакова. – 3-е изд. – М. : ТЦ Сфера, 2017. – 64 с.

4. Глухов, В. П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием / В. П. Глухов. – М. : АРКТИ, 2002. – 144 с.
5. Жукова, Н. С. Логопедия. Основы теории и практики / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – М. : Эксмо, 2016. – 288 с.
6. Коноваленко, В. В. Формирование связной речи и развитие логического мышления у детей старшего дошкольного возраста с ОНР. Некоторые методы и приемы : метод. пособие для логопедов / В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко. – М. : Гном и Д, 2003. – 48 с.
7. Лалаева, Р. И. Формирование лексики и грамматического строя у дошкольников с общим недоразвитием речи / Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова. – СПб. : СОЮЗ, 2001. – 224 с.
8. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – 608 с.
9. Нищева, Н. В. Система коррекционной работы в логопедической группе для детей с общим недоразвитием речи : пособие для логопедов / Н. В. Нищева. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Детство-Пресс, 2004. – 528 с.
10. Ткаченко, Т. А. Формирование лексико-грамматических представлений : сборник упражнений и методических рекомендаций для индивидуальных занятий с дошкольниками / Т. А. Ткаченко. – М. : «Издательство ГНОМ и Д», 2001. – 48 с.
11. Шашкина, Г. Р. Логопедическая работа с дошкольниками : учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / Г. Р. Шашкина, Л. П. Зернова, И. А. Зимина. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Издательский центр «Академия», 2014. – 256 с.

Планы семинарских занятий

Семинарское занятие № 1 (2 часа)

Ринолалия

Вопросы для обсуждения:

1. Система коррекционно-воспитательного воздействия на ребенка с ринолалией в дооперационный период:

1.1. Артикуляционная подготовка мышц нёбно-глоточного кольца и активизация мышц стенок глотки и мягкого нёба.

1.2. Развитие орального праксиса.

1.3. Дыхательная гимнастика.

1.4. Дифференцировка слухового восприятия фонем.

2. Система коррекционно-воспитательного воздействия на ребенка с ринолалией в послеоперационный период:

2.1. Устранение избыточного носового резонанса.

2.2. Координация дыхания, фонации и артикуляции.

2.3. Коррекция нарушений звукопроизношения.

3. Особенности постановки звуков при ринолалии. Последовательность постановки звуков.

4. Методики коррекции нарушений произносительной стороны речи при открытой ринолалии (Л.И. Вансовская, Т.В. Волосовец, И.И. Ермакова, А.Г. Ипполитова, Г.В. Чиркина и др.).

5. Структура логопедических занятий по устранению ринолалии.

Практические задания:

1. Подготовьте приемы постановки звуков при открытой ринолалии (по А.Г. Ипполитовой).

2. Составьте план-конспект занятия с ребенком с открытой механической ринолалией на тему «Артикулема звука *а*».

Литература:

1. Балакирева, А. С. Логопедия. Ринолалия : учебное пособие для вузов / А. С. Балакирева. – [Изд. 2-е, испр. и доп.]. – М. : В. Секачев, 2014. – 206 с.

2. Логопедия. Методическое наследие : пособие для логопедов и студ. дефектолог. фак. пед. вузов : в 5 кн. / авт.-сост.: С. Н. Шаховская, Т. В. Волосовец, Л. Г. Парамонова ; ред. Л. С. Волкова. – М. : ВЛАДОС. – 2003. – Кн. 1 : Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи : в 2 ч. Ч. 2 : Ринолалия. Дизартрия. – 304 с.

3. Логопедия. Теория и практика / под ред. Филичевой Т.Б. – М. : Эксмо, 2017. – 608 с.

4. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – 703 с.

5. Пятница, Т. В. Логопедия в таблицах, схемах, цифрах : учебное пособие / Т. В. Пятница. – Изд., 8-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2016. – 175 с.

Семинарское занятие № 2 (2 часа)

Дизартрия

Вопросы для обсуждения:

1. Система логопедической работы при дизартрии:
 - уменьшение степени проявления двигательных расстройств речевого аппарата;
 - развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук, коррекция нарушений мелкой моторики;
 - формирование артикуляционного праксиса;
 - сенсорное развитие;
 - развитие речевого дыхания и голоса, выработка синхронности голоса, дыхания и артикуляции;
 - формирование навыков правильного произношения и преодоление затруднений, связанных с произношением слов со сложной слоговой структурой;
 - нормализация просодической системы речи;
 - развитие фонематического восприятия и звукового анализа (при фонетико-фонематическом недоразвитии речи);
 - нормализация лексико-грамматических навыков экспрессивной речи (при общем недоразвитии речи).
2. Этапы логопедической работы при дизартрии.
3. Методы и приемы логопедической работы при дизартрии.
4. Последовательность работы над звуками при дизартрии.
5. Развитие ритмоинтонационной стороны речи в процессе занятий по произношению.
6. Методика работы при различных формах дизартрии и при различной степени проявления нарушений двигательной, психической и речевой сферы лиц с дизартрией.
7. Коррекция нарушений произносительной стороны речи при стертой дизартрии. Структура занятий.

Практические задания:

1. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 1–9: подготовить приемы дифференцированного логопедического массажа (по Е.Ф. Архиповой, О.Г. Приходько).
2. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 10–18: подготовить приемы работы над голосом при дизартрии.
3. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 19–27: подготовить приемы работы по развитию интонационной выразительности речи детей дошкольного возраста с дизартрией (по Л.В. Лопатиной).
4. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 1–9: подготовить приемы тренировки артикуляторно-сенсорных схем (по Г.В. Чиркиной).
5. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 10–18: подготовить приемы формирования воздушной струи при дизартрии.

6. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 19–27: подготовить игры и упражнения для развития сенсорной сферы ребенка с дизартрией.

7. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 1–9: подобрать игры и упражнения для коррекции дизартрии, направленные на формирование навыков правильного произношения и преодоление затруднений, связанных с произношением слов со сложной слоговой структурой.

8. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 10–18: подобрать игры и упражнения для коррекции дизартрии, направленные на развитие фонематического восприятия и звукового анализа (при фонетико-фонематическом недоразвитии речи).

9. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 19–27: подобрать игры и упражнения для коррекции дизартрии, направленные на нормализацию лексико-грамматических навыков экспрессивной речи (при общем недоразвитии речи).

10. Задание всем слушателям: разработать план-конспект индивидуального логопедического занятия со старшим дошкольником со стертой дизартрией.

Литература:

1. Белякова, Л. И. Логопедия. Дизартрия : учебное пособие для вузов спец. 050715.65(031800) – «Логопедия» / Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова. – М. : ВЛАДОС, 2013. – 287 с.

2. Ларина, Е. А. Формирование темпоритмической организации речи у дошкольников со стертой дизартрией / Е. А. Ларина, В. Е. Артемьева // Логопед. – 2019. – № 2. – С. 30–35.

3. Логопедия. Методическое наследие : пособие для логопедов и студ. дефектолог. фак. пед. вузов : в 5 кн. / авт.-сост.: С. Н. Шаховская, Т. В. Волосовец, Л. Г. Парамонова ; ред. Л. С. Волкова. – М. : ВЛАДОС. – 2003. – Кн. 1 : Нарушения голоса и звукопроизводительной стороны речи : в 2 ч. Ч. 2 : Ринология. Дизартрия. – 304 с.

4. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – 608 с.

5. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – 703 с.

6. Лопатина, Л. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова. – СПб. : Изд-во «СОЮЗ», 2000. – 192 с. – Режим доступа: http://pedlib.ru/Books/5/0146/5_0146-33.shtml. – Дата доступа: 21.04.2020.

7. Приходько, О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста [Электронный ресурс] / О. Г. Приходько. – СПб. : КАРО, 2008. Режим доступа: <https://refdb.ru/look/1695293-pall.html>. – Дата доступа: 01.11.2016.

8. Шмелькова, Е. В. Формирование просодической стороны речи у дошкольников с дизартрией / Е. В. Шмелькова // Логопед. – 2019. – № 1. – С. 96–101.

Семинарское занятие № 3 (2 часа)
Фонетико-фонематическое недоразвитие речи

Вопросы для обсуждения:

1. Задачи коррекционной работы с детьми дошкольного возраста с ФФНР.
2. Принципы формирования звуковой стороны речи у детей с ФФНР.
3. Требования к отбору речевого материала для формирования звуковой стороны речи у детей с ФФНР.
4. Периоды коррекционного обучения детей дошкольного возраста с ФФНР (Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина).
5. Содержание индивидуальных занятий по коррекции ФФНР у детей дошкольного возраста.
6. Содержание групповых занятий по коррекции ФФНР у детей дошкольного возраста.
7. Методика работы по формированию фонематического восприятия у детей дошкольного возраста с ФФНР.
8. Методика работы по преодолению недостатков звукопроизношения у детей дошкольного возраста с ФФНР.
9. Подготовка к обучению грамоте детей дошкольного возраста с ФФНР.

Практические задания:

1. Составьте перспективный план индивидуальной работы с ребенком дошкольного возраста с ФФНР.
2. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 1–14: составить конспект индивидуального занятия по коррекции звукопроизношения ребенка дошкольного возраста с ФФНР.
3. Задание для слушателей, которые в списке группы идут под №№ 15–27: составить конспект группового занятия по обучению грамоте детей дошкольного возраста с ФФНР.

Литература:

1. Логопедия. Методическое наследие : пособие для логопедов и студ. дефектолог. фак. пед. вузов : в 5 кн. / под ред. Л. С. Волковой. – М. : ВЛАДОС, – 2003. – Кн. 5 : Фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи: Нарушения речи у детей с сенсорной и интеллектуальной недостаточностью. – 480 с.
2. Логопедия. Теория и практика / под ред. Филичевой Т.Б. – М. : Эксмо, 2017. – 608 с.
3. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – 703 с.
4. Филичева, Т. Б. Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием. Воспитание и обучение : учеб.-метод. пособие для логопедов и воспитателей / Т. Б. Филичева, Т. В. Туманова. – М. : «Издательство ГНОМ и Д», 2000. – 80 с.

Семинарское занятие № 4 (2 часа)

Афазия

Вопросы для обсуждения:

1. Определение, общая характеристика афазии.
2. Нейропсихологический и нейролингвистический подходы в понимании афазии. Классификации афазии.
3. Характеристика речевых и неречевых проявлений афазии.
4. Афазия у детей, ее сходство и отличие от афазии у взрослых и алалией у детей.
5. Факторы, определяющие состояние речи, и прогноз при афазии разных форм.
6. Специфика коррекционно-воспитательной работы при разных формах афазии.

Практические задания:

1. Составьте таблицу «Сравнительная характеристика афазии у взрослых и у детей».
2. Установите соответствия:

Центральная задача восстановительного обучения	Форма афазии
1. Восстановление нарушений дифференцированно-го восприятия звуков	А) АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ
2. Преодоление патологической инертности и восстановление динамической схемы произносимого слова	Б) АКУСТИКО-ГНОСТИЧЕСКАЯ СЕНСОРНАЯ
3. Восстановление артикуляторной деятельности	В) АФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ
4. Преодоление нарушений пространственного гнозиса	Г) ЭФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ
5. Восстановление способности программирования и планирования высказывания	Д) ДИНАМИЧЕСКАЯ
6. Преодоление нарушений слухо-речевой памяти	Е) СЕМАНТИЧЕСКАЯ

Литература:

1. Исаева, Е. В. Афазия [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Е. В. Исаева, Е. А. Попкова – Магнитогорск : Изд-во Магнитогорск. гос. техн. ун-та им. Г. И. Носова, 2015. – 65 с. – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/6216853/>. – Дата доступа: 19.08.2019.
2. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. – М. : Эксмо, 2017. – 608 с.
3. Логопедия : учебник для дефектологических факультетов педагогических вузов / ред. Л. С. Волкова. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – 703 с.
4. Обуховская, А. Ю. Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков [Электронный ресурс] : автореф. ... дис. канд. пед. наук : 13.00.03 / А. Ю. Обуховская ; Ленинградский гос. ун-т имени

А. С. Пушкина. – СПб., 2009. – 24 с. – Режим доступа: lib.rsl.ru/viewer/0100346142d2#?page=1. – Дата доступа: 25.08.2019.

5. Цветкова, Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность : учеб.-метод. пособие [для вузов] / Л. С. Цветкова ; Российская Академия образования, Московский психолого-социальный университет. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : МПСУ ; Воронеж : МОДЭК, 2004. - 424 с.

6. Шкловский, В. М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии [Электронный ресурс] / В. М. Шкловский, Т. Г. Визель. – М. : «Ассоциация дефектологов», В Секачев, 2000. – 96 с. – Режим доступа: http://pedlib.ru/Books/5/0387/5_0387-101.shtml#book_page_top. – Дата доступа: 19.08.2019.