Оглавление

Предисловие **8**

Глава 1. Что это такое — логопедия? **11**

Глава 2. Органы речи **18**

1. Центральный отдел речевого аппарата 18

2. Периферический отдел речевого аппарата 21

Глава 3. Причины нарушений речи **25**

1. Патогенные факторы раннего периода развития 25

2. Органические и функциональные причины 29

3. Социальные причины как разновидность функциональных 32

Глава 4. Профилактика речевых расстройств **36**

1. Первичная профилактика 37

2. Вторичная профилактика 44

3. Третичная профилактика 45

Глава 5. Становление речи у детей **47**

1. Подготовительный период 47

2. Период собственно речевого развития 51

Глава 6. Основные принципы логопедической работы . . **69**

Глава 7. Нарушения звукопроизношения (дислалия и дизартрия) **77**

1. Причины нарушений звукопроизношения 78

2. Проявления нарушений звукопроизношения 81

3. Классификация нарушений звукопроизношения . . . 82

4. Дислалия 89

5. Дизартрия 100

6. Обследование детей с нарушениями звукопроизношения 108

7. Коррекция нарушений звукопроизношения 121

8. Особенности устранения разных форм дислалии . . 135

9. Особенности преодоления дизартрии 140

10. Эффективность преодоления нарушений звукопроизношения 143

11. Типы учреждений для оказания логопедической помощи лицам с нарушениями звукопроизношения . . 144

Глава 8. Ринолалия 148

1. Причины ринолалии 149

2. Виды ринолалии и пути их преодоления 152

Глава 9. Расстройства голоса 179

1. Голосовой аппарат человека 180

2. Причины нарушений голоса 182

3. Классификация голосовых расстройств 183

4. Обследование больных с нарушениями голоса 194

5. Преодоление голосовых расстройств 196

6. Профилактика голосовых расстройств 198

Глава 10. Дисграфия 201

1. Симптомы дисграфии 202

2. Умения, которыми должен владеть ребенок до начала его обучения грамоте 203

3. Виды дисграфии. Пути устранения 207

4. Обследование детей с дисграфией 234

5. Профилактика дисграфии 239

Глава 11. Дислексия 244

1. Симптомы дислексии. Пути устранения 247

2. Виды дислексии. 248

Глава 12. Фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи у детей 254

1. Фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН) . . 256

2. Общее недоразвитие речи (ОНР) 260

Глава 13. Алалия 267

1. Моторная (экспрессивная) алалия 269

2. Сенсорная (импрессивная) алалия 299

Глава 14. Афазия 309

1. Причины афазии 311

2. Симптомы афазии 312

3. Обследование больных с афазией 316

4. Восстановление речи при афазии 318

5. Детская афазия 333

6. Эффективность восстановительной работы при афазии 334

Глава 15. Заикание 338

1. Невротическое заикание 339

2. Неврозоподобное заикание 354

3. Обследование заикающихся 355

4. Преодоление невротического заикания. 358

5. Преодоление впервые возникшего невротического заикания 379

6. Особенности преодоления неврозоподобного заикания 381

7. Организационные формы работы с заикающимися 383

8. Предупреждение рецидивов заикания 388

Глава 16. Нарушения темпа речи 392

1. Ускоренная речь (тахилалия) и ее устранение 392

2. Замедленная речь (брадилалия) и ее преодоление . . 395

Глава 17. Расстройства речи у детей с нарушением слуха 398

1. Виды слуховой недостаточности у детей 398

2. Расстройства речи при тугоухости 400

3. Роль родителей в формировании речи слабослышащего ребенка 407

Светлой памяти
Павла Михайловича Парамонова,
вдохновившего меня
на написание этой книги
и давшего ей название

Предисловие

Что заставило нас написать эту книгу и почему она написана именно так? Если представить себе людей, которых жизнь вплотную столкнула с проблемами логопедии, то придется признать, что в этой области до настоящего времени не существует популярно написанного пособия, касающегося всех нарушений речи, которым могли бы воспользоваться неспециалисты (недавно переизданная книга М. Е. Хватцева касается лишь детей дошкольного возраста).

Нехватку в таком пособии мы ощущаем каждодневно: как взрослые, страдающие нарушениями речи, так и родители детей с речевыми расстройствами задают специалистам бесчисленное количество вопросов о причинах речевой патологии, о возможности ее преодоления, о путях и сроках такого преодоления, о специальных учреждениях, в которые можно обратиться за помощью, и т. п. Считаем, что даже с чисто профессиональной точки зрения было бы неправильным уклониться от ответа на эти вопросы, не говоря уже о «человеческой» стороне дела. Именно такому «общему ответу» (разумеется, в пределах наших сил и возможностей) и посвящена эта книга.

Приступая к работе над нею, мы ставили перед собой задачу дать неподготовленному читателю первоначальную общую ориентировку в проблемах логопедии, которые, к сожалению, в той или иной мере касаются слишком многих людей. Мы расскажем об этой очень гуманной науке и ее основных задачах, о причинах рече-

вых нарушений и способах их предупреждения и преодоления, о той помощи, которую родители сами могут оказать своим детям, о системе логопедических учреждений, рассчитанных на разные формы речевых расстройств и на людей разного возраста и т. п.

Надеемся, что книга поможет читателю сориентироваться в проблеме, понять особенности интересующего его речевого расстройства и представить в общих чертах тот путь, который предстоит пройти для преодоления этого расстройства. Такое целостное представление об имеющемся нарушении речи чрезвычайно важно для выбора в каждом конкретном случае наиболее подходящего типа логопедического учреждения, а также для более полноценного, результативного сотрудничества родителей с логопедом и другими специалистами в процессе коррекционной работы с ребенком (общение пойдет «на одном языке»).

Ввиду ориентированности книги на массового читателя в ней не рассматриваются спорные или не до конца решенные проблемы и не анализируются разного рода методические «тонкости», касающиеся только специалистов.

В книге приводятся все основные нарушения речи, каждое из которых описывается в такой последовательности:

- общее понятие о данном речевом расстройстве и его распространенности;
- основные признаки (симптомы);
- причины;
- классификация (разные формы одного и того же расстройства);

- основные пути коррекции;
- характер помощи со стороны ближайшего социального окружения;
- типы коррекционных учреждений, рассчитанных на преодоление данного расстройства;
- эффективность коррекционного воздействия и ее зависимость от разных условий (устранимость);
- профилактика.

В первых главах книги рассматриваются общие вопросы. Так, дается понятие о логопедии и ее основных задачах, устройстве речевого аппарата человека, причинах речевых расстройств и путях их профилактики, ходе нормального речевого развития ребенка (с указанием заметных уже в самом раннем возрасте отклонений от нормы). Без понимания этих общих вопросов читателю было бы трудно разобраться в тех или иных конкретных нарушениях речи.

Доброго вам пути!

ГЛАВА 1

Что это такое — логопедия?

Логопедия — это специальная педагогическая наука, занимающаяся изучением различных нарушений (недостатков, дефектов, расстройств) речи, имеющих устойчивый характер и не исчезающих без помощи специалистов. В буквальном переводе на русский язык этот термин означает «воспитание речи» («логос» — слово, «пайдео» — воспитываю).

Какие же конкретно нарушения речи изучает логопедия? Вот основные из них: нарушения звукопроизношения (дислалия и дизартрия); полное отсутствие речи у детей с последующим ее аномальным развитием (алалия); утрата уже имевшейся речи (афазия); расстройства голоса (полная его утрата или неполноценность звучания); расстройства темпа и ритма речи (заикание, ускоренная или замедленная речь); специфические нарушения письма, не связанные с незнанием грамматических правил (дисграфия); специфические нарушения чтения, не связанные с плохой его техникой (дислексия).

На основе изучения причин всех этих речевых расстройств, их симптомов (признаков, проявлений) лого-

педия разрабатывает научно обоснованные методы преодоления и профилактики нарушений речи.

Являясь педагогической наукой, логопедия в то же время тесно связана и с науками медицинского цикла, без тесного содружества с которыми невозможно ни изучение, ни преодоление сколько-нибудь серьезных нарушений речи. Например, в случаях повреждений головного мозга, являющихся причиной многих речевых расстройств, используются медицинские методы исследования и диагностики, а также применяются необходимые лекарственные препараты, способствующие устранению или ослаблению имеющихся нарушений, а тем самым и повышению эффективности логопедической работы.

Самым тесным образом логопедия связана также с языкознанием, поскольку при коррекции нарушений речи необходимо хорошо знать языковую норму, включая и основные закономерности развития детской речи в процессе ее становления. Например, при полном отсутствии речи у детей или тяжелых ее расстройствах ребенку в первую очередь предлагаются для усвоения те слова и словосочетания, которые при нормальном ходе речевого развития появляются первыми.

Широко используются в теории и практике логопедии данные физиологии высшей нервной деятельности, педагогики, психологии и ряда других наук. По сути дела, каждый логопед должен быть не только педагогом, но и тонким психологом, поскольку для достижения положительных результатов в деле преодоления речевых расстройств необходимо в первую очередь найти правильный подход к человеку, страдающему ими, и полностью расположить его к себе.

Логопедия как наука преследует исключительно гуманную цель — помочь людям, страдающим нарушениями речи, обрести возможность более полноценной жизни за счет преодоления этих нарушений и связанных с ними самых разнообразных ограничений (см. приведенные ниже примеры). Правда, иногда приходится слышать высказывания, что «от дефектов речи ведь не умирают», а значит и с ними можно «спокойно прожить». Но так ли это на самом деле?

Основное назначение человеческой речи — служить средством общения между людьми. При помощи речи мы можем поделиться с окружающими своими мыслями, чувствами, переживаниями, можем сообщить им какую-то важную информацию и т. п. Мы настолько привыкаем к постоянному речевому общению, что почти перестаем его замечать и понимать его настоящую цену. Нам кажется само собой разумеющимся, что в любой момент мы можем обратиться к кому-то с вопросом или сами ответить на заданный нам вопрос, о чем-то рассказать и т. д. И это действительно так, но лишь при условии, что человек владеет достаточно полноценной речью. Когда же приходится встречаться с людьми, страдающими тяжелыми ее нарушениями (не говоря уже о случаях полного отсутствия), то сложность их жизни, общения сразу становится очевидной. Многие из них не могут выбрать себе профессию по душе, не могут устроить нормально свою личную жизнь, для многих крайне проблематичен простой поход в магазин или разговор по телефону, трудно или вообще невозможно даже спросить у прохожего о том, как найти нужную улицу или номер дома...

Кроме того, наличие у ребенка выраженных нарушений речи обычно сказывается на всем его психическом развитии. Ведь любой малыш очень многое узнает об окружающем мире благодаря тому, что задает взрослым тьму вопросов по каждому интересующему его предмету или явлению. А если у ребенка полностью отсутствует речь или имеется лишь жалкое ее подобие? О чем он сможет в этом случае узнать? Главным образом лишь о том, что непосредственно сам видит и в состоянии так или иначе осмыслить. Общий ход психического развития ребенка в этом случае безусловно замедлится, что неизбежно скажется на всем процессе его школьного обучения и дальнейшей жизни.

Наличие тяжелых речевых расстройств и тем более полное отсутствие речи оказывают отрицательное влияние на формирование характера ребенка, приводят к отклонениям в его поведении. Это объясняется тем, что ребенок в подобных условиях часто не может удовлетворить даже самые насущные свои потребности. Например, он может хотеть есть, пить, испытывать желание куда-то пойти или чем-то заняться, окружающие же далеко не всегда могут догадаться об этом, на что ребенок нередко реагирует слезами или даже истерикой. Подобные формы поведения нередко закрепляются, накладывая негативный отпечаток на весь процесс взаимоотношений ребенка со взрослыми и сверстниками.

Приведем лишь один конкретный пример. Трехлетний малыш, не владевший речью, после долгих приставаний к маме вдруг с криком упал на пол и стал в отчаянии бить по нему ногами. Увидев случайно вошедшую

в этот момент соседку, которая держала в руках стакан с водой, ребенок сразу бросился к ней. Оказалось, что он просто хотел пить, но не сумел выразить свою просьбу даже при помощи жеста... А если подобные ситуации повторяются часто?

Много неприятностей людям, страдающим речевыми расстройствами, доставляют и так называемые «вторичные психические наслоения», которые нередко возникают как реакция на речевой дефект. Появление такого рода наслоений является результатом многократно испытанных ребенком неудач в ходе речевого общения, а также неправильной реакции окружающих на его речевой дефект («выговоры», насмешки, передразнивания и пр.). Именно из-за вторичных психических наслоений иногда даже сравнительно небольшие дефекты речи (на которые нормально говорящие люди практически не обращают внимания) страдающие этими дефектами воспринимают как самое настоящее несчастье. Нередко наличие таких резко выраженных переживаний может даже затруднять само преодоление речевых расстройств, что относится, в частности, ко многим случаям заикания. Это одна из многих причин, по которым преодолевать речевые расстройства лучше всего в возможно более раннем возрасте, пока вторичные психические наслоения еще не успели появиться или слабо выражены.

Нам представляется, что о непростых проблемах людей с нарушениями речи лучше всего расскажут их письма, которых мы получаем огромное количество. Приведем в качестве иллюстрации хотя бы некоторые из них.

Вот письмо одной мамы:

«Обращаюсь к Вам с большой материнской просьбой. Помогите, пожалуйста, поставить на ноги нашего сына Геннадия. С 8 лет он поступил в общеобразовательную школу, в 1-й класс, где просидел два года из-за большого дефекта в разговорной речи. По советам врачей, областная медико-педагогическая комиссия направила его в первый класс вспомогательной школы-интерната, где он окончил первый класс, а в настоящее время учится во втором классе, но ему вновь грозит опасность остаться на второй год. Учителя и медработники этой школы говорят, что его умственное развитие тормозит только речь. Он не может высказать то, о чем думает. Речь его слоговая. Дайте консультацию-совет, что нам делать с сыном».

А вот выдержка из письма молодой девушки:

«Зовут меня Люба. Мне 18 лет. В прошлом году кончила 10 классов, но пока не работаю и не учусь. Знаю, что это плохо, но не знаю, что делать. Очень хочется учиться, но стесняюсь своей речи. Я сильно заикаюсь… И разъясните, пожалуйста, могу ли я поступить учиться в медицинский институт с заиканием? Я давно мечтаю стать врачом…»

Во втором своем письме Люба сообщила о том, что устроилась на работу. Приводим небольшую выдержку и из этого ее письма:

«…Но вот у меня одно плохо. Никак не могу по телефону разговаривать, боюсь. Возьму трубку и стою молчу — никак не могу сказать ни слова. А у нас на работе нужно часто общаться по телефону…»

Еще письмо, также от девушки, но имеющей сравнительно небольшой дефект речи — неправильное произношение только одного звука. Однако вот как это преломляется в ее собственном сознании:

«Мне 21 год. Дело в том, что я не совсем выговариваю букву Р, меня очень тревожит и угнетает этот дефект речи. Вы не представляете, как это страшно, иногда нужно выступать на собраниях, семинарах, в такие минуты очень хочется умереть. В разговоре стараюсь всегда избежать этой злосчастной буквы, постоянно чувствуя невысказанность мысли… В детстве дразнили ребята, но, может, оттого, что меньше понимала, легче переносила насмешки… Я даже со своими родителями не могу поделиться так, как с Вами, потому что на них у меня тоже обида: у детей, я знаю, легко можно исправить речь. Вы же работаете над проблемами искоренения дефектов, неужели мне нельзя как-то помочь?»

На последнюю часть этого письма хочется обратить особое внимание родителей. Постарайтесь сделать так, чтобы ваши дети, если они страдают какими-то речевыми расстройствами, не таили на вас обид в течение всей их дальнейшей жизни. Сделайте все от вас зависящее, чтобы своевременно привести речь ребенка к норме — пусть ничто не мешает ему полноценно учиться, работать и жить. Основная цель написания этой книги и состоит в том, чтобы в меру своих сил вам в этом помочь.

Использованная литература

1. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. — М.: Просвещение, 1989.

2. *Ляпидевский С. С.* Логопедия и смежные науки // Очерки по патологии речи и голоса. Вып. 3 / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Просвещение, 1967.

3. *Правдина О. В.* Логопедия. — М.: Просвещение, 1973.

4. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

ГЛАВА 2

Органы речи

Необходимость создания у читателя хотя бы самого общего представления об устройстве речевого аппарата человека вызвана тем, что в большинстве случаев речевая патология так или иначе связана с повреждением органов речи. По этой причине в каждом конкретном случае речевых расстройств очень важно понимать, какие именно отделы речевого аппарата пострадали и насколько глубоко они повреждены. Характером такого повреждения во многом определяется и само содержание работы, направленной на преодоление речевых нарушений.

Речевой аппарат человека *условно* принято делить на два отдела — центральный и периферический.

1. Центральный отдел речевого аппарата

К центральному отделу относится головной мозг, речевые отделы которого при помощи проводящих нервных путей тесно связаны с периферическими органами речи и управляют их деятельностью.

Поскольку весь процесс речевого общения между людьми состоит из двух основных моментов — говорения (то есть построения собственных речевых высказы-

ваний) и слушания (восприятия и понимания речи других людей), то и наш речевой аппарат сформировался таким образом, что способен обеспечить выполнение обеих этих функций. Для восприятия речи (для слушания), как всем хорошо известно, предназначены уши. Но само по себе ухо, в отрыве от центрального отдела слухового аппарата, слышать и тем более понимать речь не может. Воспринимаемые ухом звуковые раздражения по проводящим нервным путям передаются в височные (слуховые) отделы коры головного мозга, где они анализируются, сравниваются с другими звучаниями и в итоге «узнаются» и «понимаются».

Поэтому, исходя из учения И. П. Павлова, принято говорить о так называемых анализаторах, которые включают в свой состав периферический орган, воспринимающий те или иные раздражения (слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые и пр.), проводящие нервные пути и соответствующие отделы коры головного мозга («центры»), анализирующие поступившие раздражения. Если говорить, например, о зрительном анализаторе, то периферическим его отделом является глаз, откуда воспринятые зрительные раздражения по проводящим нервным путям передаются в затылочные («зрительные») отделы коры головного мозга, где анализируются и «узнаются».

Однако несмотря на большую дифференцированность в работе различных отделов коры головного мозга и их приспособленность к выполнению лишь вполне определенных функций, в целом наш мозг работает как единое и целостное образование. Корковые концы различных анализаторов перекрывают друг друга, в силу

чего их невозможно четко разграничить. К тому же каждая высшая психическая функция (в том числе и речь) имеет свое «представительство» не только в коре головного мозга, но и в нижележащих его отделах — в подкорке, в мозжечке, в стволовой части мозга.

При этом отдельные участки головного мозга не являются уже готовыми центрами для осуществления того или иного вида деятельности, а представляют собой лишь ту материальную основу, на которой могут образовываться системы условных связей, в том числе и речевых. Например, если ребенка не учить письму, то предназначенные для этого центры так и останутся невостребованными и будут приспособлены для выполнения какой-то другой деятельности.

Таким образом, локализация высших психических функций в коре головного мозга имеет динамический, подвижный характер, что исключительно важно с точки зрения возможности компенсации нарушенных функций. Так, если какой-то участок мозгового вещества пострадал, то его функцию могут взять на себя соседние участки, в особенности если речь идет о мозге ребенка — здесь еще не произошло четкого закрепления функций за определенными участками мозговой коры. По этой причине любые нарушения в деятельности головного мозга значительно легче скомпенсировать в детском возрасте.

К осуществлению речевой функции наиболее близкое отношение имеют два анализатора: уже упомянутый выше *речеслуховой*, который обеспечивает восприятие речи, и *речедвигательный*, предназначенный для говорения. Однако в осуществлении этой сложнейшей

функции участвуют не отдельные изолированные корковые области или центры, а сложные функциональные системы, охватывающие обширные территории коры и нижележащих отделов головного мозга. Известное участие в речевой деятельности принимает и *речезрительный анализатор*, благодаря которому ребенок видит артикуляцию говорящего, особенно же важную роль играет этот анализатор при чтении и письме.

2. Периферический отдел речевого аппарата

К периферическому отделу речеслухового анализатора относится ухо, а речедвигательного — органы дыхания, голосообразования и артикуляции. Поскольку о роли уха как звуковоспринимающего органа выше уже говорилось, то далее рассмотрим лишь функции названных речеобразующих органов.

Природа не создала специальных органов для речеобразования. Для этой цели оказались приспособленными те же самые органы, которые еще до появления у человека звуковой речи были предназначены для осуществления таких жизненно важных функций, как дыхание и питание. Оставив в стороне эти две последние функции, мы будем говорить сейчас обо всех названных в предыдущем абзаце органах только как об органах речи.

Дыхательный аппарат (органы дыхания) включает в свой состав грудную клетку с расположенными в ней легкими, трахеей и бронхами, а также диафрагму и мышцы брюшного пресса. Благодаря работе дыхательного аппарата мы получаем необходимую для речи струю выдыхаемого воздуха. Вся наша речь строится на выдохе, и именно струя выдыхаемого воздуха является

основой для голосо- и звукообразования. Если эта выдыхаемая воздушная струя по каким-то причинам не сможет попасть в ротовую полость, то речеобразование становится невозможным: в этих случаях мы наблюдаем лишь беззвучные движения губ и языка. Такая картина имеет место у больных с удаленной гортанью. Если же проходящая через гортань воздушная струя является слишком слабой, иссякающей, то и голос у человека звучит слабо, что нередко наблюдается у тяжелобольных людей.

По этой причине уже с раннего возраста важно заботиться о развитии и укреплении дыхательного аппарата ребенка.

Голосовой аппарат (органы голосообразования) состоит из гортани (то есть трубки, образованной несколькими хрящами) с расположенными внутри нее голосовыми связками, или, как их часто называют, складками. Голосовые связки под напором струи выдыхаемого воздуха приходят в состояние колебательного движения, то есть начинают вибрировать, благодаря чему в гортани образуется первичный звук голоса. Этот звук очень слаб, неприятен на слух и не напоминает собой обычный человеческий голос. Привычную для нашего уха силу и окраску он получает благодаря резонаторам, то есть заполненным воздухом полостям, к которым относятся грудная клетка, а также носовая, ротовая, гайморовы и другие полости. Резонаторы усиливают образующийся в гортани звук и придают ему характерную для каждого человека индивидуальную тембровую окраску, зависящую от величины и формы резонаторов. По этой причине голос каждого глубоко индивидуален и неповторим, что позволяет нам легко узнавать людей по голосу.

Но это все — еще не речь, а именно только голос, которому для получения членораздельной речи необходимо придать гораздо более дифференцированное звучание. Это обеспечивается в артикуляторном отделе речевого аппарата. Естественно, что при повреждении как голосовых связок, так и резонаторов голосовая функция оказывается нарушенной, что далее будет показано при рассмотрении конкретных форм речевой патологии.

Артикуляторный отдел речевого аппарата располагается в так называемой надставной трубе (полости рта и носоглотки), которая как бы надставлена над гортанью. Основными органами артикуляции являются язык, губы, зубы, верхняя и нижняя челюсти, мягкое и твердое нёбо.

Наиболее активный орган артикуляции — язык. Являясь самым подвижным из всех перечисленных органов, он способен занимать в ротовой полости самые разнообразные положения, образуя сближения или полные смычки с менее подвижными органами артикуляции. Благодаря этому и образуются конкретные звуки речи, придающие ей членораздельность.

Естественно, что при дефектах в строении челюстей, зубов, языка, равно как и при недостаточной подвижности последнего, нормальное артикулирование звуков речи будет затруднено. При дефектах в строении твердого и мягкого нёба будет нарушено также нормальное взаимодействие ротового и носового резонаторов, что помимо дефектов звукопроизношения приведет и к расстройству голосовой функции. Обо всем этом подробнее речь пойдет в тех главах книги, которые посвящены конкретным нарушениям речи.

Итак, для нормального осуществления речевой функции наш речевой аппарат должен быть полноценным как в центральном, так и в периферическом отделах. Повреждение его в любом из этих отделов чаще всего приводит к возникновению речевых расстройств, причем характер того или иного нарушения речи зависит от характера повреждения речевого аппарата. (По этой причине в ходе всего дальнейшего изложения нередко придется ссылаться на эту главу.) В заключение хочется обратить внимание родителей на важность сохранения в целостности речевых органов ребенка, о чем подробнее речь пойдет в главе о профилактике речевых расстройств.

Использованная литература

1. *Кольцова М. М.* Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. — М.: Педагогика, 1973.

2. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека. — М.: Изд-во МГУ, 1969.

3. *Ляпидевский С. С., Нейман Л. В., Гриншпун Б. М.* Анатомо-физиологические механизмы речи // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.

4. *Пенфильд В., Робертс Л.* Речь и мозговые механизмы. — Л.: Медицина, 1964.

5. *Правдина О. В.* Логопедия. — М.: Просвещение, 1973.

6. *Триумфов А. В.* Топическая диагностика заболеваний нервной системы. — М.: Медицина, 1965.

7. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

8. *Цукер М. Б.* Введение в невропатологию детского возраста. — М.: Медицина, 1970.

ГЛАВА 3

Причины нарушений речи

1. Патогенные факторы раннего периода развития

На каких этапах развития ребенка и при каких условиях и обстоятельствах может происходить повреждение его речевого аппарата, приводящее к нарушениям речи? И только ли повреждения речевого аппарата могут приводить к появлению речевых расстройств или такие расстройства возможны и при вполне нормальном речевом аппарате?

Начнем с самого начала. Ребенок еще не родился и даже не «запрограммирован», а разного рода неблагоприятные факторы уже могут полным ходом работать на его речевую и иную патологию. Это объясняется тем, что на состояние здоровья и речи будущего ребенка большое влияние могут оказывать *неблагоприятная наследственность и неправильный образ жизни будущих родителей*. По наследству могут передаваться некоторые особенности нервно-психического склада родителей, а также особенности строения периферического и центрального отделов речевого аппарата (например, особенности строения артикуляторных органов, вплоть до наличия нёбных расщелин, или своеобразное разви-

тие некоторых структур головного мозга, имеющих отношение к осуществлению речевой функции). Однако роль наследственной предрасположенности в происхождении речевой патологии оценивается не всеми одинаково: одни исследователи отводят ей чрезвычайно большую роль, другие почти полностью сбрасывают ее со счетов. Истина здесь, как и в большинстве других подобных ситуаций, по-видимому, лежит где-то посредине.

Что касается *предшествующих наступлению беременности обстоятельств жизни будущих родителей*, то особую опасность здесь представляют следующие:

- вредные профессиональные условия, действующие очень массированно или в течение продолжительного времени (наличие радиационного излучения, работа с химически активными веществами, в условиях повышенных вибрационных нагрузок и т. п.);
- наркомания;
- алкоголизм и курение;
- искусственное прерывание предшествующих беременностей;
- другие вредные факторы, действие которых приводит к физическому и нервно-психическому истощению будущих родителей.

Нормальный *ход внутриутробного развития плода*, а значит, и нормальное формирование центрального и периферического отделов речевого аппарата, могут нарушаться вследствие воздействия следующих неблагоприятных факторов:

- токсикозы первой или второй половины беременности;

- острые и хронические заболевания матери во время беременности (грипп, краснуха, почечная и сердечная недостаточность, эндокринные расстройства и т. п.);
- резус-конфликт;
- падения и ушибы (особенно в области живота) матери во время беременности;
- вредные профессиональные условия, продолжающие действовать и во время уже наступившей беременности (помимо факторов, отмеченных выше, для будущей матери в этот период недопустимы также тяжелые физические нагрузки и работа в ночную смену);
- курение матери во время беременности и употребление ею алкогольных напитков;
- стрессовые ситуации, связанные, например, с распадом семьи, смертью близких родственников и т. п.;
- не доведенные до конца попытки прерывания данной беременности, неизбежно нарушающие весь дальнейший ход нормального внутриутробного развития плода.

Несколько подробнее хотелось бы остановиться на вреде курения матери во время беременности, доказанном специальными научными исследованиями. Согласно данным эхографии, сердечный ритм ребенка непосредственно во время курения матери значительно ускоряется, тогда как спонтанные движения плода постепенно прекращаются — ребенок задыхается. Дети, рожденные от курящих матерей, в первые три месяца жизни особенно подвержены заболеваниям органов дыхания. Объем легких у них уменьшен примерно на

5%, а вес — на 70–140 граммов. Если мать курила до 10 сигарет в день, то коэффициент интеллекта у ребенка на 9 пунктов ниже, поскольку табак уменьшает поступление кислорода и питательных веществ и тем самым отрицательно влияет на развитие головного мозга. Содержащееся в табачном дыме множество химических элементов может нарушить развитие нервной системы ребенка уже во внутриутробном периоде.

Естественно, что действие двух или даже нескольких перечисленных выше вредных факторов может наблюдаться одновременно и что это значительно утяжеляет общую картину.

Любые нарушения внутриутробного развития плода как бы заранее программируют и осложненное протекание родов. Это объясняется тем, что к моменту наступления родов плод нередко оказывается недостаточно созревшим и поэтому не может принимать полноценного участия в их нормальном протекании (разворот плечом, активное продвижение по родовым путям и пр.). Именно это и приводит к необходимости применения при родах различных вспомогательных средств со всеми вытекающими отсюда нежелательными последствиями (вплоть до механического повреждения головного мозга ребенка). Во время родов самой матери уже трудно бывает что-либо изменить — все применяемые по отношению к ней и ребенку действия медперсонала диктуются конкретной ситуацией. Другое дело, что недопущение этой ситуации на каких-то гораздо более ранних этапах во многом зависело от самой будущей матери или даже от обоих будущих родителей. Об этом подробнее речь пойдет в главе, посвященной профилактике речевых расстройств.

В период раннего развития ребенка на формировании его речи неблагоприятно могут сказываться следующие обстоятельства:

- травмы головы, сотрясения, ушибы головного мозга;
- воспалительные заболевания головного мозга (менингит, менингоэнцефалит);
- недолеченные воспалительные заболевания среднего и внутреннего уха, приводящие к снижению или даже полной утрате слуха;
- применение некоторых лекарств, избирательно воздействующих на слуховой нерв и вызывающих те же самые отрицательные последствия;
- приобретенные до сформирования речи повреждения периферического отдела речевого аппарата (в частности, приобретенные аномалии в строении челюстей и зубов как результат травм, постоянного сосания ребенком пальца и т. п.);
- дефекты речи у окружающих ребенка людей или их недостаточное внимание к его речевому развитию.

Часть из названных здесь неблагоприятных факторов может приводить к органическому повреждению речевого аппарата ребенка в его центральном или периферическом отделах, а часть — лишь к нарушению его нормального функционирования. С учетом этого обстоятельства и проводится классификация причин речевой патологии, о которой кратко сказано ниже.

2. Органические и функциональные причины

Все причины речевых нарушений принято делить на две большие группы — органические и функциональные.

К *органическим* относятся те причины, действие которых может приводить к нарушению анатомического строения речевого аппарата в его периферическом или центральном отделах. В частности, к органическим повреждениям речевых отделов головного мозга может приводить нарушение нормальных условий внутриутробного развития плода, некоторые виды механической помощи при родах, состояние длительной асфиксии новорожденного и т. п. Аномалии в строении периферического отдела речевого аппарата могут быть обусловлены наследственно или явиться результатом неблагоприятного протекания беременности (лицевой скелет закладывается на втором— третьем ее месяце), а также могут быть приобретены уже после рождения ребенка.

К *функциональным* причинам принято относить такие, действие которых не приводит к изменению самого строения речевого аппарата, а лишь нарушает его нормальную работу (функцию). В роли таких причин могут выступать разного рода стрессовые ситуации, частые и длительные заболевания ребенка в раннем возрасте, истощающим образом действующие на его нервную систему и организм в целом, неправильные приемы перевоспитания левшей (сама целесообразность такого перевоспитания теперь большинством специалистов отрицается), неблагоприятное в речевом отношении социальное окружение и т. п.

Однако разграничение причин речевой патологии на органические и функциональные носит чисто условный характер и наиболее применимо лишь в отношении случаев грубых органических повреждений речевых органов.

Особенно затруднено такое разграничение тогда, когда речь идет о центральном отделе речевого аппарата: трудно представить себе чисто функциональные изменения при полностью нормальной структуре головного мозга. По-видимому, во многих случаях органические изменения в нем могут быть настолько незначительными, что их просто не удается обнаружить современными методами исследования. Поэтому неслучайно в последние десятилетия так много говорится о минимальной мозговой дисфункции с характерными для нее микроорганическими поражениями мозгового вещества.

По И. П. Павлову, о функциональных нарушениях мозговой клетки речь может идти лишь тогда, когда она повреждена неглубоко и еще способна выйти из тормозного состояния, то есть когда ее изменение носит обратимый характер. В случае обеспечения благоприятных условий эта клетка еще может вернуться к нормальному функционированию. При органических же поражениях повреждение клетки является необратимым.

Особенно важно учитывать следующее: длительно существующие функциональные нарушения могут принимать необратимый характер и тем самым как бы переходить в органические.

Вот почему при любых нарушениях речи так важна возможно более ранняя коррекционная помощь ребенку!

И еще одно обстоятельство заставляет ни в коем случае не медлить с оказанием ребенку своевременной коррекционной помощи. Дело в том, что наличие органических нарушений в одном отделе речевого аппарата с неизбежностью влечет за собой возникновение вторич-

ных функциональных нарушений в других его отделах. Например, органические нарушения в строении артикуляторного аппарата непосредственно обусловливают лишь появление у ребенка дефектов звукопроизношения. Однако постоянное восприятие им на слух неправильно им же самим произносимых звуков приводит к вторичному функциональному нарушению в работе речеслухового анализатора — ребенок начинает воспринимать дефектное звучание звуков как нормальное (как бы прислушивается к этому звучанию). А если ребенок при этом полностью заменяет один звук речи на другой (говорит, например, «сарф» вместо «шарф»), то с началом обучения его грамоте почти неизбежно появится еще и «третичное» нарушение — однотипные буквенные замены на письме. В результате этого вместо одного речевого расстройства придется преодолевать уже целых три.

3. Социальные причины как разновидность функциональных

Мы уже упоминали об отрицательной роли неблагоприятного в речевом отношении социального окружения, которое может явиться непосредственной причиной появления у ребенка речевых расстройств (даже при отсутствии каких-либо повреждений речевых органов). Остановимся на этом более подробно, поскольку устранение из жизни детей неблагоприятных социальных воздействий во многом находится во власти самих родителей. Обидно, когда ребенок приобретает речевые дефекты исключительно по вине окружающих его взрослых людей.

Родителям очень важно учитывать, что речь усваивается ребенком благодаря подражанию, поэтому в лучшем случае он может овладеть лишь тем, что чаще всего слышит от окружающих его людей. Это значит, что ему необходимо обеспечить правильный образец для подражания, на который он мог бы с самого начала равняться. Откуда ребенку знать, как нужно говорить? Он смотрит на взрослых, вслушивается и «всматривается» в их речь и пытается в меру своих возрастных и других возможностей ей подражать, постепенно все более и более приближаясь к предлагаемому образцу. И если он чаще всего слышит, например, картавое **«р»**, то именно такое произношение этого звука и усваивает. Этим объясняются случаи нередко встречающейся «семейной» картавости, которую многие родители ошибочно пытаются объяснять наследственностью. Таким образом, здесь имеет место прямое подражание неправильному образцу. Существенную роль элемент подражания играет и в возникновении заикания.

Неблагоприятное влияние на формирование речи ребенка оказывает также быстрая, неряшливая, сбивчивая речь окружающих его людей. Попробуй в этих условиях «рассмотреть» и расслышать, как произносятся те или иные звуки, попробуй уловить звуко-слоговую структуру сложных слов, их окончания и т. п.! Развитие речи детей в этом случае обычно существенно задерживается, к тому же ребенок невольно усваивает неряшливую манеру речи взрослых.

В тех случаях, когда речь наиболее часто общающихся с ребенком взрослых бедна по содержанию и неправильна по грамматическому оформлению (бедный сло-

варный запас, неправильное согласование слов между собой), ребенку не остается ничего другого, как усвоить предлагаемый ему усеченный образец. В таких семьях на речь ребенка чаще всего не обращают особого внимания, не исправляют ее. При подобных обстоятельствах специалисты обычно говорят о так называемой педагогической запущенности.

Неблагоприятное влияние на развивающуюся речь детей оказывает и такой нередко встречающийся в нашей жизни социальный фактор, как «двуязычие». В этих случаях ребенок, только начинающий овладевать речью, вперемешку слышит слова из разных языков, с разными особенностями звукопроизношения и грамматического строя. Вряд ли нужно объяснять, что это существенно затрудняет для него овладение полноценной речью на «основном» языке.

Особенно неразумным представляются нам сюсюкание с детьми, выражающееся в подлаживании взрослых под детскую речь с воспроизведением при этом всех имеющихся в ней неправильностей. Это тоже один из видов неблагоприятного социального воздействия, оказываемого на ребенка по доброй воле родителей, но с нисколько не меньшими от этого отрицательными последствиями. Здесь ребенок лишается даже необходимого стимула для совершенствования своей речи, поскольку взрослые и без того выражают полнейший восторг в отношении ее качества.

Обидно, когда в силу рассмотренных здесь неблагоприятных социальных воздействий дефекты речи появляются даже у детей с нормально устроенным речевым аппаратом, но совершенно катастрофическими последствиями оборачивается это для ребенка, имею-

щего неполноценный в том или ином отношении речевой аппарат, что должны хорошо понимать и учитывать родители.

Речевые нарушения чаще возникают у мальчиков, у которых и само появление речи наблюдается в несколько более поздние сроки. Это связано с тем, что у мальчиков позднее, чем у девочек, развивается левое полушарие головного мозга, «ответственное» за речевую функцию. Запаздывает у них, по сравнению с девочками, и формирование межполушарного взаимодействия, способствующего лучшей компенсации разного рода нарушений.

Таким образом, вопрос о причинах речевой патологии достаточно сложен и требует одновременного учета многих неблагоприятных факторов в их взаимодействии, что необходимо принимать во внимание родителям.

Использованная литература

1. *Веселкин П. Н.* О некоторых спорных вопросах понимания причинности в патологии // Философские и социальные проблемы медицины. — М.: Медицина, 1966.

2. Логопедия / Под ред. Л. С.Волковой. — М.: Просвещение, 1998.

3. *Нейман Л. В., Правдина О. В.* Нарушение слуха и его влияние на формирование речи // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.

4. О проблеме причинности в медицине. — М.: Медицина, 1965.

5. *Пейпер А.* Особенности деятельности мозга ребенка.— Л.: Медгиз, 1962.

6. *Правдина О. В.* Нарушения речи на почве снижения слуха // Очерки по патологии речи и голоса. Вып. 3 / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Просвещение, 1967.

7. *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медицина, 1965.

8. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

ГЛАВА 4

Профилактика речевых расстройств

Профилактика нарушений речи, так же как и профилактика любых заболеваний или патологических состояний, строится на устранении, по возможности, из жизни ребенка тех причин, которые могут приводить к возникновению нарушений. Это так называемая *первичная профилактика*, при успешном проведении которой речевое расстройство вообще не возникнет. Однако иногда все же не удается полностью предупредить появление речевой патологии, и в этих случаях приходится говорить о *вторичной профилактике*. Ее задача сводится к возможно большему смягчению неблагоприятных последствий уже подействовавших вредоносных факторов и к предупреждению появления вторичных и третичных нарушений речи на основе уже имеющихся. На этот вид профилактики хотелось бы обратить особое внимание родителей: надо приложить все усилия к тому, чтобы своевременно исправить положение дел и уж во всяком случае его не усугубить. Существует еще и *третичная профилактика*, в задачу которой входит недопущение возврата уже устраненных речевых расстройств, что может случиться при недостаточном закреплении достиг-

нутых результатов. Рассмотрим подробнее каждый из этих видов профилактики.

1. Первичная профилактика

А. Профилактика до рождения ребенка

Проследим поэтапно (как бы по ходу развития ребенка) основное содержание данного вида профилактики.

Поскольку многое в развитии ребенка может предопределить наследственность, то будущим родителям нужно очень серьезно подойти к этому вопросу. При наличии особо неблагоприятной наследственности по материнской или отцовской линии необходимо обратиться за консультацией к специалистам, после чего тщательно взвесить все «за» и «против». Как показывает жизнь, в некоторых случаях бывает лучше полностью отказаться от намерения иметь ребенка, чем обречь его на тяжелую инвалидность.

Что касается состояния здоровья самих будущих родителей, то здесь очень важно не допускать бездумного отношения к жизни и приобретения разного рода вредных привычек, о которых уже говорилось при рассмотрении причин речевых расстройств. Если же такие привычки уже приобретены, то обоим будущим родителям необходимо полностью отказаться от них не менее чем за год до наступления беременности.

Даже такая, как многие считают, «безобидная» вещь, как курение матери во время беременности, отрицательно сказывается на всем ходе внутриутробного (а значит, и последующего) развития ребенка, о чем также уже говорилось выше. С очень тяжелыми случаями речевой и другой патологии мне неоднократно приходилось встре-

чаться и у детей, родившихся от отцов, которые за некоторое время до рождения ребенка принимали непосредственное участие в ликвидации Чернобыльской аварии. Это касается и многих других вредных профессиональных условий.

Особого внимания в смысле профилактики речевых нарушений требует период беременности. Большая забота об обеспечении нормального протекания этого ответственнейшего периода в жизни женщины проявляется у нас в общегосударственном масштабе — через сеть женских консультаций, где с будущими мамами планомерно проводится разъяснительно-профилактическая работа. Однако очень многое зависит и непосредственно от самой женщины, от соблюдения ею необходимых мер личной предосторожности. Чтобы было понятно, о чем идет речь, приведем только один конкретный пример.

В декретный отпуск уходила одна наша молодая сотрудница, у которой беременность протекала на редкость хорошо. Она очень ждала ребенка, в семье все обстояло благополучно и, казалось бы, ничто не предвещало беды. Прощаясь с нею, мы все просили ее быть как можно осторожнее. Но поскольку она чувствовала себя вполне нормально, то по выходе в декрет решила в первый же день начать в квартире генеральную уборку: перестирать все занавески, которая сама сняла с высоких окон, и пр. В конце третьего «рабочего» дня «скорая помощь» привезла ее в больницу, где она с серьезными осложнениями родила семимесячного ребенка. А дальше у него потянулся длинный «хвост» не только речевой, но и различной нервно-психической патологии…

Вот такой дорогой ценой нередко приходится расплачиваться за свои необдуманные действия. Поэтому так важно понять, что даже самое хорошее самочувст-

вие в период беременности может оказаться обманчивым и что на протяжении всего этого периода необходимо соблюдать предельную осторожность.

Очень отрицательно сказываются на будущем ребенке и возникающие в семье разного рода стрессовые ситуации, тем более если они приобретают затяжной характер. Поэтому все члены семьи должны хорошо понимать важность момента и необходимость создания в доме возможно более спокойной обстановки. Разрешение всякого рода конфликтов должно быть отложено не только на время беременности, но и на весь послеродовой период. Нет таких житейских проблем, которые были бы важнее нервно-психического здоровья будущего ребенка и полноценности его речи — это в конечном итоге всегда осознается всеми родителями, но нередко такое осознание приходит слишком поздно...

Что касается разного рода несчастных случаев, многие из которых предотвратить не в нашей власти, то и здесь очень важна разумность поведения самой женщины и ее ближайших родственников и друзей. Ведь всем нам хорошо известно, что любое несчастье можно переживать по-разному: мысленно как бы сглаживая его (все равно оно уже произошло и изменить ничего невозможно), или же, наоборот, усугубляя, «накручивая». Важно понять, что последнее в данном случае совершенно недопустимо и что для будущей матери должны быть, по возможности, созданы самые щадящие условия — ее нужно всеми возможными способами постараться как-то устранить от непосредственного участия в нежелательных событиях и максимально успокоить.

Сам процесс родов также во многом зависит от самой женщины. Разумное и правильное поведение будущей матери во время беременности во многом предопределяет нормальное протекание родов. В ближайший перед родами период необходимо полностью исключить якобы неотложные переезды и перелеты в другие города, поскольку не столь редки случаи начала родов непосредственно в поезде или самолете. Вряд ли нужно объяснять, с каким невообразимым риском это сопряжено не только для будущего ребенка, но и для самой матери. Нередко о такой поездке потом приходится жалеть всю жизнь... Что касается поведения женщины непосредственно во время родов, то ей очень важно заблаговременно приобрести об этом все нужные сведения. К счастью, необходимая работа в этом плане проводится женскими консультациями, нужно лишь отнестись к этому с полной ответственностью.

Б. Профилактика после рождения ребенка

После рождения ребенка следует очень внимательно наблюдать за протеканием его раннего развития, отмечая любое отставание в этом развитии или отклонение от его нормального хода. Так, если ребенок в положенное время не начинает держать головку или самостоятельно садиться, если у него задерживается начало ходьбы или появление первых слов и фразовой речи, то причины этих отставаний необходимо своевременно выяснять у специалистов и безотлагательно принимать рекомендуемые ими меры по исправлению положения. В этом отношении обычно действует такое общее правило: чем меньше по времени продолжается отставание от нормы, тем легче его преодолеть.

Что касается профилактики непосредственно речевых нарушений, то она *складывается в основном из таких двух моментов:*

1) заботы о физическом и нервно-психическом здоровье ребенка и о сохранности его речевых органов;
2) заботы о правильном речевом развитии ребенка, включая и создание необходимых для этого социально-бытовых условий.

Решение первой из названных задач конкретно выражается в следующем:

- предупреждение ушибов в области головы;
- предупреждение различных заболеваний и детских инфекций, протекающих с высокой температурой (соблюдение сроков профилактических прививок, исключение непосредственных контактов с больными и пр.);
- охрана органов слуха от простудных заболеваний, от попадания инородных тел, от излишнего шума (даже во время сна), а также своевременное лечение и обязательное долечивание ушных заболеваний;
- охрана артикуляторных органов, состоящая в следующем:
  - предупреждение (и лечение) рахита и возможного появления аномалий костных частей речевого аппарата;
  - исключение случаев сосания пальца или постоянного подкладывания руки под одну и ту же щеку во время сна (последнее может повести к образованию так называемого перекрестного прикуса);

- раннее протезирование зубов в случае их преждевременной потери, поскольку потеря зубов у детей вызывает значительную деформацию соседних зубов и челюстей (здесь не имеется в виду возрастная смена зубов);
- своевременное оперирование расщелин верхней губы и нёба, если они имеются у ребенка;
- своевременное подрезание короткой уздечки языка (не позднее 4–5 лет, поскольку к этому времени в речи должны появиться те звуки, правильному артикулированию которых мешает короткая уздечка);

- охрана голосового аппарата от простуды, попадания пыли, голосовой перегрузки (чрезмерные крики, излишне громкая и напряженная речь и т. п.);
- охрана нервной системы ребенка (исключение громких окриков, страшных рассказов и разного рода запугиваний, щадящий подход к ребенку во время любой болезни и в течение некоторого времени после ее окончания, борьба с аскаридами и т. д.); этот раздел профилактики особенно важен для предупреждения всякого рода невротических речевых расстройств и в первую очередь — заикания.

Забота о правильном речевом развитии ребенка должна выражаться в следующем:

- обеспечение благоприятного речевого окружения как необходимого образца для подражания (в плане отсутствия речевых нарушений у окружающих ребенка людей);
- поощрение лепета ребенка мимикой радости;

- воспитание направленности на восприятие речи окружающих, для чего нужно как можно больше разговаривать с ребенком, начиная с первых дней его жизни;
- медленное и четкое произнесение взрослыми простых слов, связанных с конкретной для ребенка жизненной ситуацией, а также отчетливое называние окружающих предметов и производимых действий, что поможет ребенку постепенно приступить к овладению речью;
- отчетливое правильное произнесение взрослыми неправильно сказанных ребенком слов, рассчитанное на ненавязчивое и постепенное исправление его неправильного произношения;
- приучение ребенка смотреть во время разговора в лицо собеседника, поскольку зрительное восприятие артикуляции способствует более точному и более быстрому ее усвоению;
- систематическое создание таких ситуаций, при которых ребенок должен выразить свою просьбу словесно (взрослым не следует стремиться понимать его с полуслова и тем более с одного только жеста или взгляда); необходимо организовать жизнь ребенка таким образом, чтобы сама обстановка вызывала у него необходимость речевого общения, включая «разговор» с животными, игрушками и пр.;
- полное исключение случаев сюсюкания с ребенком, лишающего его правильного образца для подражания;
- занятия ритмикой, музыкой и пением; последнее способствует развитию правильного дыхания и до-

статочно гибкого и сильного голоса, а также предупреждает невнятность речи;

- развитие тонкой ручной моторики, играющей чрезвычайно важную роль в овладении полноценной речью.

2. Вторичная профилактика

Если несмотря на принятые профилактические меры случилось так, что в период беременности, родов или раннего развития ребенка какие-то неблагоприятные факторы все же имели место, то нужно немедленно приступить к проведению вторичной профилактики, направленной на предупреждение дальнейшего развития уже возникшей патологии.

В подобных случаях прежде всего не нужно думать о том, что у вашего ребенка обязательно появятся расстройства речи. Родителям необходимо знать, что детский мозг обладает очень большой пластичностью, гибкостью и имеет выраженную тенденцию к развитию. В силу этого многие его повреждения могут почти бесследно сглаживаться, не оставляя после себя заметных следов. Огромная и ничем не заменимая роль в такой компенсации принадлежит благоприятным социально-бытовым условиям, в которых растет и развивается ребенок. Если же эти условия оставляют желать лучшего, то на компенсацию рассчитывать не приходится, скорее наоборот — уже имеющиеся отклонения в развитии можно еще больше усугубить.

Таким образом, если у вас не все благополучно обстояло с протеканием беременности, родов или самого раннего периода развития ребенка, то нужно, не впадая

в панику, приложить все усилия к тому, чтобы обеспечить возможно более благоприятные социально-бытовые условия для дальнейшего развития ребенка.

Не менее важное значение имеет и своевременное принятие лечебно-профилактических мер, рекомендуемых по линии детской консультации при поликлинике. В настоящее время существует много медикаментозных средств, способствующих более быстрому созреванию определенных мозговых структур и нормализации их функций. В подавляющем большинстве случаев все это вместе взятое позволяет полностью преодолеть или значительно смягчить негативное влияние имевшихся вредных воздействий на весь ход дальнейшего речевого развития ребенка.

3. Третичная профилактика

Нельзя не упомянуть здесь и о третичной профилактике, то есть о профилактике рецидивов (возвратов) уже устраненных речевых расстройств. Такие рецидивы могут иметь место в случаях недостаточно прочного закрепления результатов логопедической работы или при особо неблагоприятных жизненных ситуациях, срывающих механизмы компенсации. Чаще всего это наблюдается при, казалось бы, уже устраненном заикании. Поэтому здесь важно проявлять особую осторожность и понимать, что вновь воспитанный навык правильной речи является еще очень непрочным и что для его полной автоматизации необходимо определенное время и непрерывная работа по закреплению.

Даже при нарушениях звукопроизношения может произойти возврат к старой дефектной артикуляции,

являющейся более упроченной, чем вновь воспитанная. По этой причине и после прекращения логопедических занятий родители должны в течение некоторого времени проводить с ребенком специальные упражнения и осуществлять контроль за его речью. На заключительном занятии логопеды обычно обязательно дают такие рекомендации, но, к сожалению, некоторые родители недооценивают их важности.

Использованная литература

1. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. — М.: Просвещение, 1998.
2. *Правдина О. В.* Логопедия. — М.: Просвещение, 1973.
3. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

ГЛАВА 5

Становление речи у детей

Для того чтобы своевременно заметить отклонения от нормы в речевом развитии ребенка, нужно хотя бы в самых общих чертах представлять себе эту норму.

Речь не является врожденной функцией и усваивается каждым человеком индивидуально на основе подражания речи окружающих. Весь ход нормального речевого развития подчинен определенным закономерностям, которые можно отчетливо проследить в речи каждого отдельного ребенка, и протекает в определенных временны́х рамках. Рамки эти, правда, довольно условны, но все же знание их позволяет достаточно надежно отличить норму от патологии.

В ходе развития речи ребенка принято выделять так называемый подготовительный период и период собственно речевого развития.

1. Подготовительный период

Данный период охватывает срок от рождения ребенка и примерно до 1,5–2 лет.

Новорожденный ребенок может издавать только крик. Но уже на втором месяце жизни у него появляются голосовые реакции и недифференцированные, аморф-

ные звуки, которые образуются непроизвольно в процессе неречевой деятельности речевого аппарата и не являются звуками речи. Эти реакции получили название *гуления («агуканья»)*. В таких голосовых реакциях обычно можно довольно отчетливо различить подобие гласных звуков, а также губных (**«п»**, **«б»**, **«м»**) и заднеязычных (**«к»**, **«г»**, **«х»**) согласных. Многие исследователи связывают появление губных звуков с наиболее характерным для ребенка этого возраста актом сосания, а появление заднеязычных — с постоянным задним положением корня языка, поскольку ребенок лежит в основном на спине.

На 3–4-м месяце характер гуления меняется: оно приобретает различные интонации и постепенно начинает переходить в *лепет*. Сначала непроизвольное повторение звуков лепета осуществляется на основе самоподражания, но примерно с 5 месяцев наблюдается уже неосознанное (эхолалическое) повторение звуков и вслед за окружающими людьми. Примерно с этого времени ребенок уже начинает присматриваться и к артикуляторным движениям «разговаривающего» с ним взрослого. К 6 месяцам он начинает подражательно повторять и накапливать отдельные слоги (типа «па-па-па», «ба-ба-ба», «та-та-та» и т. п.), которые в результате многократного повторения закрепляются.

Со временем лепет ребенка постепенно обогащается все новыми и новыми звуками, причем характерно появление в нем и таких звуков, которых вообще нет в нашем языке (например, смягченные гласные, «полумягкие» согласные и др.). В лепете детей второго полугодия жизни представлено до 15 гласных и 76 согласных звуков.

Однако к году, ко времени появления у ребенка первых слов, приобретенные в период лепета звуки исчезают и затем усваиваются заново, причем усваиваются лишь те из них, которые получают подкрепление в речи взрослых (то есть усваиваются только звуки родного языка).

В подготовительный период у ребенка появляются и первые слова, звуковой состав которых еще не расчленен и значение очень неустойчиво — одним и тем же «словом» он может называть разные предметы и действия.

Таким образом, «речь» подготовительного периода не является речью в собственном смысле слова и не служит средством общения — ребенок обращается к окружающим в основном при помощи мимики и жеста. Однако полноценность протекания этого периода играет исключительно важную роль во всем дальнейшем ходе речевого развития ребенка. Приобретения этого периода состоят в следующем:

- развиваются внимание к человеческой речи и начатки ее понимания;
- возникает потребность в речевом общении с окружающими людьми;
- развивается память на слова;
- формируется способность к различению речевых звуков на слух;
- развиваются и совершенствуются голосовая функция ребенка и его артикуляторные возможности.

Все перечисленное и составляет ту необходимую базу, на которой в дальнейшем может формироваться достаточно полноценная устная речь.

Что же должно насторожить родителей уже в этот ранний период? В чем конкретно могут проявляться *первые отклонения от нормы в речевом развитии* ребенка? Прежде всего, следует обратить внимание на «нормальность» его крика. У некоторых детей он бывает слишком слабым, едва слышным или хриплым и необычным по тембру. В некоторых случаях это может свидетельствовать о параличе (здесь крик может даже полностью отсутствовать) или парезе (частичном параличе) голосовых связок, о каких-то врожденных пороках их развития.

Отсутствие лепета или его слабая выраженность может наблюдаться при параличе или парезе голосовых связок, а также при грубых нарушениях анатомического строения артикуляторного аппарата (например, при врожденных расщелинах верхней губы и нёба). Для детей с нарушениями слуха характерно постепенное затухание уже начавшегося лепета, который не может обогащаться за счет подражания речи окружающих и проникновения в него элементов их речи. Возможность такого подражания полностью исключена для глухих детей и резко ограничена для детей со значительно сниженным слухом.

При наличии у ребенка любого из отмеченных выше признаков нужно проконсультироваться у специалистов. Это поможет сразу рассеять необоснованные опасения или позволит своевременно начать принимать все необходимые лечебно-профилактические меры. Но в любом случае хочется предостеречь родителей от столь характерной для всех нас надежды на авось — здесь она может обернуться очень тяжелыми и трудно поправимыми последствиями.

Поясним сказанное конкретным примером. Допустим, замеченное неблагополучие с лепетом позволило своевременно выявить у ребенка нарушение слуха. Поскольку оно в любом случае уже имеется и «никуда не денется», то такому выявлению можно только порадоваться: вовремя принятые меры помогут обеспечить наиболее благоприятные условия для развития речи ребенка. Важность этого трудно переоценить. Однако в нашей практике было несколько случаев, когда родители обращались за логопедической консультацией по поводу «очень плохой речи» у их детей, когда тем было уже 5–6 лет. И только здесь впервые у них была обнаружена средняя или даже тяжелая степень тугоухости. Излишне говорить, что речь этих детей на пороге школы была бы совершенно иной, если бы они с самого раннего периода своего развития были под наблюдением специалистов.

2. Период собственно речевого развития

Сложнейшей функцией речи ребенок овладевает как чем-то единым, целостным, не распадающимся на отдельные составляющие. Однако для понимания закономерностей развития отдельных сторон речи удобнее чисто условно выделить эти стороны и рассмотреть развитие каждой из них в отдельности. Рассмотрим примерные сроки и основные закономерности развития *понимания* ребенком речи окружающих и *становления его собственной речи*. При этом в становлении собственной речи ребенка проследим особенности развития у него звукопроизношения, словарного запаса и грамматического строя речи.

А. Развитие понимания речи

Оно начинается еще в подготовительный период и значительно опережает развитие собственной речи ребенка. Самые первые проявления понимания выражаются в реагировании ребенка на человеческий голос. Так, в конце второй недели жизни он перестает плакать, когда с ним начинают разговаривать. К концу первого месяца на него успокаивающим образом действует колыбельная песня. Затем он начинает поворачивать головку в сторону говорящего и вообще обращать внимание на речь.

В целом развитие понимания речи происходит в направлении от более общего к более частному. Сначала малыш улавливает лишь общий эмоциональный смысл высказывания, совершенно не понимая при этом значения самих слов. Так, если маленькому ребенку ласковым тоном говорить неприятные вещи, то он будет радостно улыбаться, а при сказанных сердито даже самых добрых словах расплачется.

У 7–8-месячных детей начинают появляться адекватные реакции на отдельные небольшие фразы, сопровождаемые соответствующей мимикой и жестами (типа «дай ручку», «помаши ручкой», «сделай ладушки» и т. п.). В возрасте около 9–10 месяцев ребенок начинает понимать значение отдельных слов и поворачивать головку в направлении называемого предмета (например: «Где окно?», «Где папа?», «Где мишка»?). Но это пока еще так называемое ситуативное понимание речи, доступное ребенку лишь в определенной ситуации (одна и та же комната и знакомые люди). В других условиях эти же самые вопросы останутся им не понятыми. И лишь

значительно позднее понимание речи осуществляется на основе учета ребенком значения каждого отдельного слова и улавливания грамматической связи между словами.

В целом же развитие понимания речи (в частности, усвоение значений слов) осуществляется по типу условных рефлексов: ребенок видит перед собой тот или иной предмет и одновременно слышит обозначающее его слово, произносимое взрослым. После нескольких таких повторений между зрительным образом предмета и звуковым образом обозначающего его слова в коре головного мозга образуется (замыкается) условная связь. С этого момента слышимое ребенком слово будет вызывать у него образ предмета, а вид предмета невольно заставит вспомнить его словесное обозначение. Именно поэтому ребенок становится способным понимать выраженные словами просьбы типа «принеси чашку», «помой руки» и пр., позволяющие в дальнейшем взрослым регулировать его поведение при помощи речи (так называемая регулирующая функция речи).

Понимание или непонимание ребенком грамматических значений слов можно выяснить при помощи специальных заданий. Так, например, 3-летний ребенок должен уметь показать на картинках или на натуральных предметах, где ложкА, а где — ложкИ, где ключ, а где — ключИК и пр. Он должен также по просьбе взрослого уметь положить мяч НА стол, В стол, ПОД стол, около стола и т. п. Это будет свидетельствовать о различении им единственного и множественного числа существительных, о понимании значений пространственных предлогов и пр. Примерно к 6 годам ребенок должен научиться

понимать и сложные грамматические конструкции, когда его просят, например, показать *карандаш*, а когда — показать *карандашом* какой-то другой предмет.

Если ребенок сможет выполнить как приведенные задания, так и подобные им, без опоры на подсказывающий жест взрослого, на наглядную ситуацию и другие внеречевые средства, то это будет свидетельствовать о достаточно хорошем понимании им именно *речи*. (Специалистам приходится очень осторожно относиться к заверениям родителей о том, что их ребенок «все понимает», поскольку они обычно не разграничивают истинно речевое понимание от «смешанного», то есть включающего и опору на вспомогательные внеречевые средства. Ведь последний вид «понимания» в значительной степени доступен и домашним животным, вообще не владеющим речью.)

Задержка в развитии понимания ребенком речи является достаточно тревожным сигналом, который может свидетельствовать об отставании в умственном развитии, о значительном снижении слуха, о наличии серьезных речевых расстройств или, наконец, о крайней степени педагогической запущенности. Но так или иначе родителям здесь важно до конца осознать, что понимание речи всегда предшествует говорению и что по этой причине задержка в развитии понимания речи неизбежно приведет и к задержке в развитии собственной речи ребенка. Он просто не сможет самостоятельно употребить в своей речи те слова и грамматические формы, значение которых ему непонятно. Например, как может ребенок, не умеющий различить, какая из двух показанных ему книг лежит НА столе, а какая — В столе, правильно

употребить в своей речи эти же самые предлоги? Таких чудес не бывает!

Итак, при замеченном отставании в развитии понимания ребенком речи не следует медлить с посещением специалистов, поскольку своевременное принятие необходимых мер в большинстве случаев резко изменяет ситуацию к лучшему.

Б. Развитие собственной речи

После окончания подготовительного периода, то есть примерно с полутора лет, начинается развитие собственной речи ребенка, которое происходит в процессе одновременного овладения им и правильным звукопроизношением, и словарным запасом, и грамматическими языковыми нормами. Лишь чисто условно мы рассмотрим каждую из этих составляющих в отдельности, уделив при этом основное внимание не самой норме, а тем признакам, которые свидетельствуют об отклонении от нее.

Становление звукопроизношения

Оно охватывает в среднем возрастной период от года до 5–6 лет. При этом звуки речи усваиваются не изолированно, а в составе целых слов, звуковая структура которых по мере овладения ребенком правильным звукопроизношением все более и более уточняется.

Ведущую роль в овладении ребенком правильным звукопроизношением играет слух — он в полном смысле этого слова «ведет» за собой непосредственное артикулирование звука, постепенно все более и более уточняющееся. Различение всех звуков речи на слух доступно ребенку уже с 2-летнего возраста, что и позволяет ему пытаться подражать этим звукам. К 3–4 годам он спосо-

бен улавливать на слух акустическое различие между собственным еще несовершенным произношением звука и произношением его взрослыми людьми, что заставляет его «подтягивать» свое произношение к образцу, имеющемуся в речи взрослых. Поэтому понятно, что для детей с нарушениями слуха процесс овладения правильным звукопроизношением будет протекать в усложненных условиях и потребует оказания специальной помощи. Это еще один убедительный довод в пользу того, что любой вид патологии необходимо выявить как можно раньше.

Последовательность усвоения различных по своей артикуляторной сложности звуков определяется в основном возможностями речедвигательного анализатора, который в своем развитии значительно отстает от речеслухового. В силу этого ребенок, уже свободно различающий на слух все звуки речи, до определенного возраста оказывается не в состоянии овладеть их правильным произношением. По этой причине в возрасте от года до двух лет он и овладевает произношением лишь самых простых по артикуляции звуков — гласных **«а»**, **«о»**, **«э»** и губных согласных **«п»**, **«б»**, **«м»**. Именно из этих звуков состоят всем хорошо известные самые первые произносимые ребенком слова.

В возрасте от 2 до 3 лет усваивается произношение и ряда других артикуляторно сравнительно несложных звуков. К ним относятся гласные **«и»**, **«ы»**, **«у»**, губнозубные согласные **«ф»**, **«в»**, наиболее простые из переднеязычных звуков **«т»**, **«д»**, **«н»**, заднеязычные **«к»**, **«г»**, **«х»** и среднеязычный звук **«й»**. Каждая из этих небольших групп согласных звуков характеризуется нали-

чием общих признаков в артикуляции, что отражено в самих названиях звуков (губно-зубные, передне- и заднеязычные). Появление у детей звуков именно группами неслучайно. Например, как только ребенку становится доступным поднимание кончика языка и прижимание его к верхним резцам, так в его речи появляются все три артикулируемые этим способом звука — **«т»**, **«д»**, **«н»**. То же самое относится и ко всем другим группам звуков.

Произношением значительно более сложных по артикуляции свистящих (**«с»**, **«з»**, **«ц»**) и шипящих (**«ш»**, **«ж»**, **«ч»**, **«щ»**) звуков ребенок овладевает в более поздние сроки — в возрасте от 3 до 5 лет. До этого времени дети, как правило, заменяют эти звуки на артикуляторно более простые. При этом характерно, что по мере совершенствования речевого аппарата ребенка звуки-заменители постепенно усложняются. Так, если на первых порах в качестве заменителя звука **«ш»** выступает наиболее простой по своей артикуляции звук **«т»** (**«ть»**), то несколько позднее в этой роли мы видим уже **«сь»**, затем **«с»** (мягкие согласные в детской речи появляются раньше твердых) и, наконец, сам звук **«ш»**. Таким образом, слово «шапка» в разные возрастные периоды в речи одного и того же ребенка будет звучать по-разному: **«тяпка»** — **«сяпка»** — **«сапка»** — **«шапка»**. Здесь важно отметить, что во всех этих случаях мы имеем дело с полной заменой артикуляторно сложного звука каким-то более простым, но *правильно произносимым звуком*. К этому обстоятельству в ходе дальнейшего изложения нам предстоит еще вернуться.

Позднее всего, нередко лишь в возрасте 5–6 лет, ребенок овладевает нормальным произношением самых

сложных по артикуляции звуков — **«р»** и твердого **«л»**. На этом и заканчивается процесс становления звукопроизношения у детей. Теперь все произносимые ребенком слова состоят лишь из правильно артикулируемых звуков и в этом отношении его речь не отличается от речи взрослого.

Таким образом, до определенного возраста произношение звуков у всех без исключения детей характеризуется несовершенством, что принято относить к возрастным своеобразиям звукопроизношения. Это обстоятельство часто усыпляет бдительность родителей и даже отдельных специалистов, которые все списывают на возраст и полагают, что до достижения ребенком 5–6 лет о правильности его звукопроизношения беспокоиться преждевременно. Так ли это на самом деле? Какие особенности в произношении детьми звуков речи должны настораживать?

Прежде всего, нужно определенно сказать, что любые недостатки звукопроизношения, даже если они выражаются в простой замене какого-то звука правильно произносимым другим звуком, после 5–6 лет уже нельзя считать нормой. Почему? Потому что к этому возрасту нормально развивающийся ребенок должен не только уметь различать все звуки речи на слух и улавливать возможные неправильности их звучания, но ему должны быть доступны и все те тонкие движения речевых органов, которые необходимы для произношения даже самых сложных по артикуляции звуков. Если к отмеченному возрасту этого нет — значит, существуют какие-то особые причины, препятствующие полноценной работе речедвигательного или речеслухового анализа-

торов, что уже является отклонением от нормы. О причинах задержки у детей возрастных своеобразий звукопроизношения до более позднего возраста речь пойдет в главе, посвященной нарушениям звукопроизношения.

Однако и в гораздо более раннем возрасте у ребенка могут наблюдаться такие особенности в произношении звуков речи, которые выходят за пределы возрастных и являются дефектами в полном смысле этого слова. Так, например, вместо «допустимой» замены одного звука речи на другой ребенок может произносить этот звук каким-то необычным образом, искаженно (картавое **«р»**; шепелявое **«с»**; воздушное **«ш»**, произносимое с раздуванием щек, и т. п.). При нормальном строении артикуляторных органов и нормальной их подвижности такого рода особенности в произношении звуков не должны иметь места, за исключением редких случаев прямого подражания. А поскольку отмеченные дефекты в произношении звуков бывают вызваны специфическими причинами, то не приходится рассчитывать на исчезновение этих дефектов с возрастом. Следует как можно раньше обращаться за помощью к специалистам.

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что чисто возрастные своеобразия звукопроизношения, являющиеся нормой его становления, наблюдаются теперь лишь в 22,4 % всех случаев, тогда как все остальное приходится на его патологические формы, которые не могут пройти с возрастом. И именно по этой причине в первые классы наших школ теперь поступает свыше 52 % детей с дефектами звукопроизношения...

Развитие словарного запаса

Словарным запасом языка ребенок начинает овладевать на втором году жизни. Как уже отмечалось, самые первые слова в его речи обычно появляются к году. Они носят недифференцированный характер и представляют собой по существу слова-предложения. Так, одним и тем же словом «мама» ребенок может выражать и какую-то жалобу, и просьбу взять на руки, и желание получить интересующую его игрушку, и пр. Самые первые слова употребляются в неизменной форме (например, имена существительные — только в именительном падеже).

Очень важным и принципиально значимым моментом является развитие у ребенка способности «замечать» окончания слов, то есть обращать внимание и на грамматическую форму слова. У детей с нормальным ходом речевого развития такая способность проявляется очень рано, уже в первой половине второго года жизни, пока ребенок находится еще на стадии слова-предложения. Так, например, ребенок хочет попросить у мамы конфету, которая в его речевом оформлении звучит как «фета». Протянув ручонку в нужном направлении, малыш говорит: «фетУ». Это значит, что он уже заметил, что взрослые произносят «дай конфету», но сам пока в состоянии воспроизвести это лишь в упрощенном виде.

На значительно более низком уровне речевого развития находится ребенок того же возраста, который эту же самую просьбу выразит словом «фета», употребленным в неизменяемой форме. Как видим, в процесс усвоения словарного запаса здесь вплетается и овладение грамматическими нормами языка, что еще раз свидетельствует о неразрывности разных сторон речи — все они и усваиваются и функционируют в единстве.

Словарный запас ребенка растет в количественном и качественном отношениях, причем на всех этапах овладения словарем количество понимаемых ребенком слов значительно превосходит число слов, употребляемых им в собственной речи. Обратное соотношение может наблюдаться лишь в некоторых случаях речевой патологии.

Сначала о количественном росте словаря. Дети двухлетнего возраста могут иметь в своем запасе от 45 до 1000 с лишним слов. Такие различия в цифрах объясняются тем, что накопление словарного запаса весьма зависит от тех социальных условий, в которых растет и развивается ребенок. Одни дети постоянно слышат в речи взрослых много самых разнообразных слов и постепенно овладевают их значением, а другие в качестве образца для подражания имеют лишь самую примитивную и не всегда достаточно грамотно оформленную речь. Безусловно, словарный запас этих двух групп детей при относительно равных их речевых возможностях никак не может оказаться равноценным.

Что касается качественного роста словарного запаса, то он выражается во все более глубоком овладении ребенком значениями (включая и переносные) уже известных ему слов. Например, постепенно он начинает понимать, что словом «ножка» может обозначаться не только соответствующая часть тела, но и ножка стула или кровати, и ножка гриба, или что выражение «золотые руки» совсем не говорит о том, что они действительно сделаны из золота.

В возрасте 3–3,5 лет в речи ребенка появляются обобщающие слова, при помощи которых принято обозна-

чать целые группы однородных предметов («мебель», «посуда», «одежда», «обувь» и др.).

Овладевает ребенок и правилами образования новых слов, что очень ярко проявляется в хорошо всем известном собственном «словотворчестве» детей. Например, по аналогии со словами «котИК», «ослИК», «зайчИК» ребенок говорит «лошадИК», «коровИК», «медведИК», что свидетельствует об овладении им уже некоей общей закономерностью словообразования. Все это очень важные признаки нормального хода овладения ребенком словарным запасом, а также и некоторыми грамматическими нормами языка.

Отклонения от нормы в усвоении словарного запаса прежде всего могут выражаться в запаздывании появления первых слов. У детей с тяжелыми нарушениями речи, слуха, а также со сниженным интеллектом первые слова нередко появляются лишь после 2–4 и даже более лет. Поэтому на такой тревожный симптом нужно всегда обращать должное внимание.

Кроме того, в ряде случаев ребенок может надолго «застревать» на первых словах — дальнейшего накопления словаря не происходит или слова усваиваются очень медленно, носят лепетный характер и непонятны для окружающих.

Плохо и то, когда обогащение словарного запаса детей происходит только за счет имен существительных при полном отсутствии в их речи глаголов. В таких случаях ребенок, имеющий уже довольно большой запас слов (иногда до нескольких десятков), обычно не пытается связывать их между собой, а «рассыпает как горох», например: «Вова чай чашка» вместо «Вова пьет

чай из чашки». Это свидетельствует о наличии у него серьезных затруднений в овладении грамматическими нормами языка, что характерно для тяжелых речевых расстройств. У таких детей обычно надолго запаздывает появление фразовой речи, поскольку для построения фраз необходимы глаголы.

Должны привлечь внимание родителей и случаи частых перестановок ребенком слогов в словах («мочедан» вместо «чемодан», «говола» вместо «голова» и пр.), поскольку для нормального хода речевого развития более характерно упрощение, а не искажение слоговой структуры слов («ко» или «моко», но не «моколо» вместо «молоко»).

Довольно часто наблюдаются (и длительно сохраняются) замены детьми близких по значению слов. Например, ребенок говорит «санки» вместо «лыжи», «стул» вместо «кресло», «кровать» вместо «диван», «чашка» вместо «стакан», «ходит» вместо «ползает» и т. п. Это свидетельствует о бедности словарного запаса ребенка, об отсутствии у него необходимых слов для более точного выражения мысли. (Нечто подобное происходит и со взрослыми людьми, пытающимися разговаривать на иностранном языке, но владеющими слишком малым запасом слов).

Овладение грамматическим строем речи

Овладение грамматическим строем речи начинается на втором году жизни ребенка, что связано с его переходом к фразовой речи и возникающей при этом необходимостью соединять слова между собой и согласовывать их друг с другом. Такая способность развивается у ребенка не сразу, и первые предложения, состоящие из несколь-

ких слов, строятся им по принципу простого рядоположения этих слов, нанизывания их друг на друга. Например: «дай книга папа», «Вова ест каша» и т. п. Однако при нормальном ходе речевого развития ребенок быстро проходит через эту стадию и употребляемые им в речи слова вскоре начинают приобретать правильные окончания.

Для всех без исключения детей на первом этапе овладения фразовой речью характерны так называемые детские возрастные аграмматизмы. Их наличие объясняется невозможностью одномоментного усвоения ребенком сразу всех сложных грамматических норм языка, которыми он овладевает постепенно и в соответствии с вполне определенными закономерностями, повторяющимися в основных чертах в речи каждого малыша. Приведем несколько конкретных примеров тех детских аграмматизмов, которые *до определенного возраста* являются нормой и по этой причине не должны вызывать у родителей тревоги.

В ходе практического овладения окончаниями множественного числа имен существительных ребенок в первую очередь усваивает наиболее употребительные (а значит, и чаще слышимые им в речи взрослых) формы. Так, он гораздо раньше усвоит окончания -ы, -и («столЫ», «книгИ»), чем значительно реже встречающиеся окончания -а, -я («окнА», «платьЯ»). «Закономерный» аграмматизм здесь будет выражаться в том, что ребенок начнет уподоблять вторые окончания первым («окны», «платьи»). Или другой пример. Овладев окончаниями имен существительных мужского и среднего рода творительного падежа со значением орудия

действия («топорОМ», «молоткОМ», «ножОМ», «карандашОМ», «перОМ», «стеклОМ»), ребенок «перетянет» эти же самые окончания и на существительные женского рода («лопатОМ», «пилОМ», «ложкОМ»). То же самое происходит и при усвоении ребенком всех других грамматических форм.

У нормально развивающихся в речевом отношении детей все эти явления должны полностью исчезнуть не позднее чем к 4 годам (во многих случаях они исчезают и раньше). К этому времени ребенок должен говорить грамматически правильно оформленными предложениями, в которых лишь изредка мелькают ошибки при согласовании редко встречающихся в речи или впервые встретившихся ему слов. Эти ошибки быстро исчезают после соответствующих поправок со стороны взрослых. Случаи же неверного согласования слов, подобные приведенным выше, в этом возрасте уже будут свидетельствовать об имеющихся у ребенка специфических трудностях в усвоении грамматических норм языка или о его так называемой педагогической запущенности. И то и другое должно серьезно обеспокоить родителей и явиться достаточным поводом для обращения к специалистам.

Заканчивая эту главу, считаем своим долгом обратить внимание родителей на очень типичные для многих из них упущения.

Во-первых, нередко встречаются родители-«молчуны», которые в силу своих личностных особенностей вообще очень мало разговаривают как между собой, так и с другими людьми. По понятным причинам речь детей в таких семьях резко задерживается в своем развитии —

чему же здесь ребенок может подражать? Разве что молчанию. Вот он и молчит... Это касается даже детей с совершенно нормальным речевым аппаратом. А что же будет с ребенком, имеющим повреждения этого аппарата в его центральном или периферическом отделах? Из сказанного очевидно, что молчать родители могут где угодно и сколько угодно, но коль скоро речь идет о появившемся в семье маленьком ребенке, то с ним или в его присутствии они *обязаны* достаточно много разговаривать.

Во-вторых, многие родители, не страдающие речевыми расстройствами, имеют обыкновение говорить небрежно и в ускоренном темпе, роняя слова как бы вскользь, мимоходом. Точно так же они разговаривают и со своим ребенком. По-видимому, уже излишне объяснять, что и в этом случае ребенок оказывается полностью лишенным нормального образца для подражания и что отставание в его речевом развитии здесь неизбежно. Кроме того, в большинстве случаев он усвоит и непривлекательную манеру речи своих родителей.

В-третьих, многих детей в период активного становления у них речи отправляют до школы «в деревню к бабушке», где их речевому развитию не уделяется должного внимания. Речь таких детей ко времени поступления их в школу обычно также оставляет желать лучшего.

В-четвертых, во многих семьях постоянно или во время летнего отдыха ребенок находится в ситуации «двуязычия». Это крайне нежелательно для периода становления у него речи, причем особенно в отношении усвоения грамматических норм языка. В это время с ребенком должен общаться (имеется в виду активное ре-

чевое общение) преимущественно тот из родителей, язык которого для данной местности является ведущим.

Устранение из жизни ребенка на период овладения им речью как названных, так и некоторых других, менее типичных, неблагоприятных жизненных ситуаций неизмеримо сократит число случаев речевой патологии у детей. Социально обусловленные нарушения речи здесь просто не возникнут, а все связанное с действием патологических причин очень существенно смягчится или даже полностью исчезнет.

Кроме того, в период становления у ребенка речи родителям очень важно не просто наблюдать за правильным или неправильным ходом его речевого развития, а занимать в этом отношении активную позицию, то есть стараться максимально содействовать и формированию у ребенка правильного звукопроизношения, и обогащению его словарного запаса, и усвоению правильных грамматических норм. А для этого нужно как можно больше разговаривать с ребенком в небыстром темпе, давая ему при этом возможность видеть артикуляцию говорящего.

Очень полезно также рассматривать вместе с ребенком картинки, отчетливо называя изображенные на них предметы и действия, читать ему детские книжки, знакомить его во время прогулок с названиями деревьев, птиц, насекомых и т. п. Замечаемые в речи ребенка неправильности нужно спокойно и ненавязчиво поправлять, давая ему тем самым правильный образец для подражания, который совершенно необходим для нормального овладения речью.

Использованная литература

1. *Бельтюков В. И.* Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи. — М.: Педагогика, 1977.

2. *Гвоздев А. Н.* Вопросы изучения детской речи. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961.

3. *Кочергина В. С., Шаховская С. Н.* Развитие речи детей в процессе онтогенеза // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.

4. *Парамонова Л. Г.* Нарушение звукопроизношения у детей. — СПб.: Союз, 2005.

5. *Парамонова Л. Г.* Развитие словарного запаса у детей. — СПб.: Детство Пресс, 2007.

6. *Розенгарт-Пупко Р. Л.* Формирование речи у детей раннего возраста. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1963.

7. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

8. *Эльконин Д. Б.* Развитие речи в дошкольном возрасте. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1958.

9. *Эльконин Д. Б.* Детская психология. — М.: Учпедгиз, 1960.

ГЛАВА 6

Основные принципы логопедической работы

Для преодоления каждого речевого расстройства применяются свои методы, соответствующие особенностям происхождения и проявления этих нарушений. Но вместе с тем все применяемые в логопедии методы построены на основе нескольких основополагающих принципов, соблюдение которых необходимо в процессе преодоления любого нарушения речи. Назовем лишь те из них, которые важно знать и учитывать педагогам и родителям.

1. Комплексность воздействия на ребенка со сложными нарушениями речи. Нередко родители, обратившиеся за логопедической помощью по поводу имеющегося у ребенка речевого расстройства, категорически отказываются посетить рекомендуемых им логопедом других специалистов (детского психиатра, невролога, психолога и пр.). Мотивируется этот отказ примерно так: «Зачем мне идти к неврологу (психиатру, психологу), если у ребенка нарушена только речь»? Чтобы у родителей не возникало подобных вопросов и сомнений, я постараюсь рассказать в этой главе о принятом в логопедии подходе к преодолению речевых расстройств.

Все более или менее серьезные нарушения речи в подавляющем большинстве случаев было бы неправильно рассматривать только как чисто речевые расстройства. Это объясняется тем, что большинство из них связано с органическим или функциональным повреждением речевого аппарата. Но ведь если в основе речевого расстройства лежит, например, повреждение «речевых» отделов коры головного мозга, то может ли дело ограничиваться одной только речью? Наш мозг работает как единое целое и поэтому, согласно образному выражению И. П. Павлова, даже при повреждении сравнительно небольших его участков имеется как бы «дымка на все полушария». А это означает, что и в рассматриваемой нами связи приходится смотреть на вещи более широко и не замыкаться на одних только речевых расстройствах.

В каждом конкретном случае необходимо выяснить, не пострадали ли у ребенка и другие психические функции (память, внимание, мыслительные способности, эмоционально-волевая сфера и пр.), поскольку их нарушение затрудняет работу над речью или даже делает ее невозможной. К тому же эти функции могут страдать и вторично, вследствие уже имеющегося нарушения речи, которое нередко накладывает негативный отпечаток на все поведение ребенка и задерживает его умственное развитие. Поэтому было бы неправильно проявлять заботу только о речи ребенка, оставив без внимания все остальные симптомы: их наличие будет препятствовать и восстановлению речи. Так можно ли в этих условиях обойтись без тесного контакта с другими специалистами?

2. Воздействие на все стороны речи. В логопедической практике нередки случаи, когда родители обращаются к логопеду по поводу неправильного произношения их ребенком одного или нескольких звуков речи, считая во всех остальных отношениях речь ребенка «нормальной». Однако в процессе его обследования часто обнаруживается и общее недоразвитие речи, выражающееся не только в замеченных родителями дефектах звукопроизношения, но и в нарушении звуко-слоговой структуры слов (пропуски и перестановки звуков и слогов в словах), в бедности словарного запаса и недостаточной сформированности грамматических систем. Последнее проявляется в том, что ребенок неправильно согласует слова между собой, искажая их окончания.

В подобных случаях в процессе логопедической работы нельзя ограничиваться только коррекцией неправильного звукопроизношения, необходимо воздействовать на все стороны речи. Соблюдение этого принципа особенно важно потому, что в последние годы, к сожалению, логопедам все реже и реже приходится иметь дело с изолированным нарушением звукопроизношения у детей — значительно чаще дефекты в произношении звуков проявляются на фоне общего речевого недоразвития.

3. Опора на сохранные звенья. В случаях повреждения речевого аппарата ребенка наиболее пострадавшим чаще всего оказывается какое-то одно звено (артикуляторные движения, зрительное или слуховое восприятие и пр.). В процессе работы над преодолением любого (в том числе и речевого) расстройства специалисты сначала всегда опираются на то, что осталось более

сохранным, и лишь потом постепенно подключают к активной деятельности нарушенную функцию. Этим же самым принципом чисто интуитивно обычно руководствуется и сам человек: плохо слышащие люди внимательно присматриваются к артикуляции говорящего, слепые прислушиваются к окружающим звукам, ощупывают предметы и пр., то есть всемерно стараются за счет более полноценных функций скомпенсировать недостающую. Конкретные примеры опоры на сохранные звенья будут даны при рассмотрении отдельных речевых расстройств.

4. Учет закономерностей онтогенеза, то есть нормального хода речевого развития. Весь ход речевого развития ребенка подчинен вполне определенным общим закономерностям, которые отчетливо прослеживаются в каждом конкретном случае. Так, в процессе овладения звукопроизношением любой ребенок сначала усваивает более простые для произношения звуки, тогда как сложные до определенного возраста он или полностью опускает, или заменяет менее сложными, о чем уже говорилось выше. При накоплении словарного запаса в первую очередь усваиваются имена существительные и глаголы как наиболее «наглядные» части речи, обладающие достаточно конкретным значением. Значительно позднее усваиваются имена прилагательные, наречия, числительные, не говоря уже о причастиях и деепричастиях. Тот же самый принцип постепенного перехода от легкого к более сложному сохраняется и при овладении ребенком грамматическими нормами языка.

В случаях полного отсутствия речи у детей или выраженных задержек и отклонений в ее развитии мы имеем

дело с нарушением закономерностей нормального онтогенеза. Это выражается в том, что те или иные элементы речи не появляются у ребенка в положенный срок или появляются в искаженном виде. Основная задача логопедической работы с такими детьми заключается в том, чтобы в максимально возможной степени приблизить ход речевого развития ребенка, страдающего нарушением речи, к ходу ее становления в нормальном онтогенезе.

5. Учет ведущей деятельности. Наибольшую потребность в речевом общении с окружающими человек испытывает тогда, когда ему необходимо посоветоваться с ними по поводу какого-то конкретного дела, чаще всего связанного с его основными занятиями, профессиональной или какой-то иной деятельностью. Для ребенка дошкольного возраста основным занятием, поглощающим почти все его время, является игра. Именно в процессе игры у него возникает множество неотложных вопросов, без выяснения которых дальнейшее ее продолжение нередко оказывается невозможным. А это значит, что наибольшую потребность в речи ребенок испытывает во время игры. Учитывая это очень важное обстоятельство, всю работу по преодолению нарушений речи у дошкольников проводят в процессе игр. Логопед (а в дальнейшем и родители) включается в игру и незаметно для ребенка постепенно помогает ему преодолеть имеющиеся у него речевые нарушения. В детских учреждениях такие игры организуются и с целыми группами детей, страдающих однотипными нарушениями речи.

Что касается школьников, то для них ведущим видом деятельности является учеба. По этой причине на

ее основе и строится вся коррекционная работа с детьми школьного возраста, хотя и здесь не исключается возможность использования различных речевых игр. Они используются даже в процессе преодоления нарушений речи у взрослых.

6. Учет индивидуальных особенностей ребенка. Каждый ребенок глубоко индивидуален, ребенок же с любыми (в том числе и речевыми) отклонениями в развитии индивидуален вдвойне. В нашей повседневной жизни мы привыкли в силу необходимости приспосабливать ребенка к своему собственному распорядку, не особенно считаясь с его нуждами и запросами. За это даже в отношении нормально развивающихся детей в дальнейшем часто приходится платить достаточно дорогую цену, а применительно к детям с отклонениями в развитии платить предстоит вдвойне. Поэтому родителям с самого начала очень важно понять, что ребенку с серьезными нарушениями речи необходимо уделить очень большое внимание. Придется сделать все возможное (а иногда и почти невозможное) для того, чтобы на определенный отрезок времени обеспечить ему благоприятные для коррекционной работы домашние условия. В противном случае трудно будет рассчитывать на успех.

Логопеды умеют, уловив индивидуальные особенности ребенка, почти с первой встречи установить с ним доверительные отношения, вовлечь его в интересные игры, подбодрить, успокоить, внушить уверенность в обретении нормальной речи и пр. Подобными умениями под руководством логопеда должны будут овладеть и родители, которым надлежит дома продолжать ту же

самую линию поведения по отношению к ребенку, а не идти с нею вразрез.

Родители должны будут еще раз внимательно присмотреться к своему малышу, обратить внимание на его самые любимые игры, занятия, игрушки, постараться почувствовать его настроение в тот или иной конкретный отрезок времени и с учетом всего этого ненавязчиво учить его правильной речи, используя для этого рекомендованные логопедом приемы. Только при соблюдении правильного индивидуального подхода к ребенку и достигаются наилучшие и наиболее быстрые результаты логопедической работы.

7. Воздействие на микросоциальное окружение. Исключительную важность соблюдения этого принципа для успешного преодоления речевых расстройств трудно переоценить. Мы уже говорили о том, что неправильный подход к ребенку со стороны родителей или других находящихся в постоянном контакте с ним людей нередко приводит к появлению у него нарушений речи. Вполне понятно, что если в условиях уже начавшейся логопедической работы этот неправильный подход не будет изменен, то это не может не сказаться отрицательно на ее результатах.

По этой причине логопед обычно устанавливает тесный контакт с родителями и педагогами школьных и дошкольных учреждений и ведет с ними необходимую разъяснительную работу. При правильном с их стороны подходе к ребенку и помощи ему в деле усвоения еще недостаточно прочных навыков полноценной речи значительно сокращаются сроки логопедической работы и повышается ее общая эффективность.

В ходе дальнейшего изложения нам неоднократно придется возвращаться к этим основополагающим принципам логопедической работы и конкретизировать особенности их применения при каждом речевом расстройстве.

Использованная литература

1. *Белова-Давид Р. А.* К вопросу о медико-педагогическом комплексе // Нарушения речи у дошкольников / Под ред. Р. А. Беловой-Давид и Б. М. Гриншпуна. — М.: Просвещение, 1969.

2. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. — М.: Просвещение, 1998.

3. *Правдина О. В.* Логопедия. — М.: Просвещение, 1973.

4. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

ГЛАВА 7

Нарушения звукопроизношения (дислалия и дизартрия)

В своей повседневной жизни мы часто встречаемся с тем, что не только дети, но и некоторые взрослые произносят отдельные звуки речи необычно, не так, как все. При этом в одних случаях такое своеобразие в произношении звуков выражено резко и буквально «режет ухо», в других оно менее заметно, но все же обращает на себя внимание. Всегда ли здесь можно говорить о нарушениях (недостатках, дефектах) в произношении речевых звуков в прямом смысле этого слова? Нет, не всегда. К ним не относятся, например:

1) иностранный акцент, обусловленный неточным усвоением артикуляций звуков русского языка;
2) диалектные особенности произношения некоторых звуков, свойственные большинству людей, проживающих в определенной местности;
3) возрастные своеобразия звукопроизношения, обусловленные функциональной незрелостью речевого аппарата детей и постепенно исчезающие с возрастом без всякой специальной помощи.

Под *дефектами* же звукопроизношения следует понимать *устойчивые индивидуальные отклонения от нормы* в произношении звуков речи, вызванные *специфическими причинами* и требующие для своего преодоления специальной *логопедической помощи*, поскольку они не исчезают самостоятельно.

1. Причины нарушений звукопроизношения

Основными причинами нарушений звукопроизношения у детей с нормальным интеллектом и без выраженных отклонений в поведении являются следующие:

- снижение слуха (тугоухость);
- нарушение слуховой дифференциации звуков речи;
- нарушение анатомического строения артикуляторного аппарата;
- нарушение его нормального функционирования (недостаточная подвижность артикуляторных органов);
- неправильная речь окружающих ребенка людей или недостаточное с их стороны внимание к его речи.

Рассмотрим каждую из этих причин в отдельности.

Снижение слуха, наступившее в раннем возрасте, отрицательно сказывается на формировании у детей не только звукопроизношения, но и всей их речи в целом, о чем подробно рассказано в последней главе книги.

При *нарушении слуховой дифференциации речевых звуков* дети слышат хорошо, но некоторые акустически близкие звуки (например, **«с»** и **«ш»**) кажутся им одинаковыми. По этой причине ребенок, овладевший, скажем, правильным произношением звука **«с»**, не чувствует никакой необходимости в том, чтобы усваивать

еще и произношение звука **«ш»**, в силу чего спокойно говорит **«сапка»** вместо **«шапка»** или **«сарик»** вместо **«шарик»**. В раннем возрасте такие нарушения могут сойти за возрастные особенности в произношении звуков, однако, в отличие от них, в дальнейшем они не только не исчезнут без специальной логопедической помощи, но обязательно перейдут и в письмо. Вот почему так важно в возрасте не позднее 3–4 лет проверить у ребенка состояние слуховой дифференциации акустически близких звуков и в случае ее нарушения безотлагательно принять соответствующие меры. Об этом подробно сказано ниже.

Нарушения анатомического строения артикуляторного аппарата (неправильное строение челюстей и зубов, нёбные расщелины, короткая уздечка языка и пр.) также во многих случаях препятствуют овладению правильным произношением некоторых или даже большинства звуков речи. Например, при короткой уздечке языка ребенку не удается поднять язык к верхним резцам, без чего не может быть усвоена нормальная артикуляция звука **«р»**.

Недостаточная подвижность органов артикуляции (прежде всего языка и губ) не может не сказываться отрицательно на овладении звукопроизношением, поскольку при произнесении каждого звука артикуляторные органы должны занимать вполне определенное положение. Точные и скоординированные движения губ, языка, мягкого нёба, голосовых связок возможны потому, что их работой управляет головной мозг. К этим группам мышц из двигательных отделов коры головного мозга по проводящим нервным путям передаются нерв-

ные импульсы. При органическом повреждении как коры головного мозга, так и проводящих нервных путей или периферических нервов передача этих импульсов нарушается или даже совсем прекращается. Это приводит к нарушению подвижности артикуляторных мышц: в них наблюдаются явления паралича или пареза (мышечной слабости, вялости), о чем подробнее сказано ниже. Естественно, что при этих условиях звуки речи или вообще не могут артикулироваться или артикулируются с большим трудом и приблизительно, то есть дефектно.

При более легких нарушениях в работе двигательных отделов коры головного мозга, имеющих функциональный характер, движения языка осуществляются в полном объеме, но могут быть несколько замедленными и недостаточно точными, что тоже может приводить к неправильному артикулированию звуков.

Неправильная речь окружающих ребенка людей и недостаточное их внимание к его речи, то есть неблагоприятные для развития речи социальные условия. К таким условиям относятся следующие:

- быстрая, неряшливая речь окружающих, не позволяющая ребенку четко воспринимать произносимые ими звуки ни на слух, ни зрительно;
- «двуязычие» в семье, при котором ребенок, овладевающий звукопроизношением, постоянно слышит разные образцы звуков;
- наличие дефектов звукопроизношения у окружающих людей, что приводит к усвоению ребенком этих дефектов по подражанию;
- «педагогическая запущенность», выражающаяся в недостаточном внимании взрослых к речи ребенка, в том

числе и к правильности произношения им речевых звуков;

- подлаживание взрослых под детскую речь, сюсюканье с ребенком, вследствие чего он не только не имеет нормального образца для подражания, но даже и не стремится овладеть правильным звукопроизношением, раз взрослым так нравится его «очаровательная» речь;
- длительное пребывание ребенка среди неправильно говорящих сверстников, где он тоже не слышит нормальной речи.

Во многих случаях у одного и того же ребенка может наблюдаться взаимодействие сразу нескольких рассмотренных причин, что особенно неблагоприятно сказывается на овладении им звукопроизношением.

2. Проявления нарушений звукопроизношения

Дефекты звукопроизношения могут наблюдаться как при дислалии, так и при дизартрии. В том и другом случае они имеют разную причинную обусловленность и внешне выглядят по-разному, о чем я буду говорить в разделах, посвященных названным расстройствам. Предварительно же рассмотрим те вопросы, которые касаются *любых* нарушений звукопроизношения, независимо от их принадлежности к дислалии или дизатрии.

Внешне дефекты звукопроизношения могут выражаться в одном из таких вариантов.

1. Полное отсутствие в речи того или иного звука. В этих случаях звук просто пропускается, не произносится: **«ама»** вместо **«рама»**, **«уна»** вместо **«луна»**.

2. Замена одного звука речи другим: **«лама»** или **«йама»** вместо **«рама»**; **«йуна»** вместо **«луна»**.
3. Искаженное произношение звука (например, картавое **«р»**).
4. Смешение двух правильно произносимых звуков (ребенок говорит то **«шапка»**, то **«сапка»**, постоянно путая звуки **«с»** и **«ш»** в своей речи).

Нарушения звукопроизношения у детей могут выступать либо как *самостоятельный дефект* речи, либо как *один из симптомов какого-то более сложного речевого расстройства*. О дефектах звукопроизношения как самостоятельном нарушении речи принято говорить в тех случаях, когда они являются *единственным* отклонением от нормы в речи ребенка. Если же они проявляются на фоне недостаточного для его возраста словарного запаса и аграмматично построенной или даже вообще не сформировавшейся фразовой речи, то они представляют собой лишь один из симптомов более сложного речевого расстройства. В этом последнем случае в процессе логопедической работы нельзя ограничиваться коррекцией одних только дефектов в произношении звуков, а необходимо работать над усовершенствованием речи ребенка в целом.

3. Классификация нарушений звукопроизношения

Поскольку как причинная обусловленность, так и внешние проявления нарушений звукопроизношения очень многообразны, то возникает необходимость в их классификации. В основу ее положены два основных принципа. С одной стороны, дефекты звукопроизношения

классифицируются по чисто внешним признакам (по проявлениям), а с другой — с учетом их причинной обусловленности и характера повреждения речевого аппарата (по механизмам).

А. Классификация по проявлениям

При классификации нарушений звукопроизношения *по проявлениям* принимаются во внимание лишь внешние проявления дефекта, без учета вызвавших его причин. В чем же заключаются эти внешние проявления?

Слушая речь человека, неправильно произносящего те или иные звуки, мы невольно обращаем внимание на то, какие именно звуки и много ли звуков он произносит дефектно. Именно на эти вопросы и отвечает данная классификация.

Неправильно может произноситься как один звук, так и несколько или даже много звуков речи, что характеризует чисто количественную сторону нарушения. Дефектное произношение одного звука или звуков одной фонетической группы (например, только свистящих **«с»**, **«з»**, **«ц»** или только заднеязычных **«к»**, **«г»**, **«х»**) принято называть *простым, или мономорфным* («моно» — один) нарушением звукопроизношения. В тех же случаях, когда речь идет о неправильном произношении сразу многих звуков или только двух звуков, но из разных фонетических групп (например, **«ч»** и **«к»**, **«р»** и **«ц»**, **«л»** и **«ш»**), приходится говорить о *сложном, полиморфном* («поли» — много), или *разлитом* нарушении звукопроизношения, которое как бы «разлилось» сразу на многие звуки.

В принципе нарушаться может произношение всех без исключения речевых звуков, как гласных, так и

согласных. Однако чаще всего ребенок не овладевает правильным произношением тех из них, которые более сложны по артикуляции, то есть требуют особенно дифференцированных движений речевых органов. К таким звукам относятся прежде всего **«р»**, **«л»**, а также шипящие и свистящие, не случайно появляющиеся в речи детей позднее всех прочих. Другие звуки страдают значительно реже. В основном можно говорить о семи основных видах неправильного звукопроизношения.

Для обозначения дефектного произношения разных групп звуков были использованы названия букв греческого алфавита. Считаю необходимым привести эти термины ввиду их широкого употребления в практике логопедической работы — они должны быть понятны и неспециалистам.

1. Ротацизм (**«р»**, по-гречески «ро»).
2. Ламбдацизм (**«л»**, «ламбда»).
3. Сигматизм (**«с»**, «сигма»). В этой группе различают сигматизм свистящих звуков и сигматизм шипящих звуков.
4. Йотацизм (**«й»**, «йота»).
5. Дефекты произношения заднеязычных звуков (**«к»**, **«г»**, **«х»**).
6. Дефекты звонкости (взаимные замены парных звонких и глухих согласных: **«б»** на **«п»**, **«д»** на **«т»**, **«г»** на **«к»**, **«в»** на **«ф»**, **«з»** на **«с»**, **«ж»** на **«ш»**).
7. Дефекты смягчения (взаимные замены внутри 15 пар звонких и глухих согласных, например: **«п»** на **«пь»**, **«б»** на **«бь»** и т. д.).

Наиболее распространены дефекты произношения первых трех названных групп звуков (то есть свистящих, шипящих, **«р»** и **«л»**), тогда как на дефектное произношение звуков из остальных четырех групп приходится от 1,5 до 4,5 %. Более подробные сведения о частоте нарушения разных групп звуков приведены в разделе «Дислалия».

Внутри каждой из первых пяти названных групп (например, внутри ротацизмов) имеется более детальная классификация дефектов звукопроизношения.

Прежде всего здесь принято разграничивать чисто фонетические («косметические») дефекты и фонематические нарушения.

Фонетические дефекты выражаются в искаженном звучании звука, не смешиваемого ни с какими другими звуками. В этих случаях ребенок достаточно четко отличает дефектно произносимый им звук от всех других звуков, что говорит об усвоении им этого звука как фонемы (то есть обобщенного звука, играющего в языке смыслоразличительную роль). Так, например, ребенок может произносить звук **«р»** картаво или звук **«с»** с просунутым между зубами кончиком языка, но от этого они не перестают быть именно данными звуками, не переходят в какие-то другие звуки. Такие дефекты являются именно «косметическими» — они портят звучание в устной речи, но не отражаются в дальнейшем на письме и на различении сходных по звучанию слов (типа «крыша» и «крыса», «кашка» и «каска», «рак» и «лак», «ром» и «лом» и многих других).

Фонетические дефекты очень многообразны. Например, один только звук «р» может иметь свыше 20 разных

вариантов неправильного звучания. По этой причине и внутри фонетических дефектов принято выделять несколько наиболее распространенных видов искаженного звучания звуков. Приведем для примера некоторые из них.

При образовании сложных по артикуляции согласных звуков неправильное положение могут занимать различные артикуляторные органы, чаще всего губы и язык. Например, при произнесении звука «л», в образовании которого губы вообще не должны участвовать, нижняя губа может сближаться с верхними зубами, в результате чего вместо **«л»** образуется звук, близкий к **«в»** («вампа» вместо «лампа»). Такой дефект получил название *губно-зубного* ламбдацизма. Если же наблюдается сближение обеих губ, то говорят о *губно-губном* ламбдацизме, при котором вместо **«л»** слышится звук, близкий к **«у»** («уампа» вместо «лампа»). Подобным же образом выделяется губно-губной ротацизм (так называемое «кучерское» **«р»**, образуемое вибрацией обеих губ).

Если же при произнесении свистящих и шипящих звуков кончик языка просовывается между верхними и нижними резцами, то говорят о *межзубном* сигматизме. *Боковой* сигматизм или ротацизм имеет место в тех случаях, когда при образовании звуков струя выдыхаемого воздуха выходит не по средней линии языка, а у одного или обоих его боковых краев, что опять-таки придает звукам необычный характер звучания. Однако при всех этих нарушениях, как уже было отмечено, ребенок не смешивает дефектно произносимый им звук ни с какими другими звуками.

Фонематические нарушения, в отличие от фонетических, выражаются в полной замене одного звука речи другим (например, вместо **«ш»** произносится **«с»**), что свидетельствует о неразграничении ребенком этих двух фонем. Такие нарушения звукопроизношения не ограничиваются только «некрасивостью» звучания, а имеют более серьезные последствия. В этих случаях ребенку будет трудно или даже вообще невозможно различить близкие по звучанию слова (типа **«мишка»** и **«миска»**), в результате чего пострадает точность понимания им речи окружающих. Кроме того, имеющиеся в устной речи звуковые замены обычно отражаются и на письме, то есть один имеющийся дефект приводит к появлению другого.

В качестве звуков-заменителей могут выступать самые разные звуки, однако чаще всего это бывают звуки, артикуляторно или акустически близкие к заменяемому. Так, например, **«р»** скорее будет заменено на **«л»** или **«й»**, чем на **«к»**.

Для обозначения фонематических дефектов звукопроизношения употребляются специальные термины: параротацизм, параламбдацизм, парасигматизм и т. п. («пара» — около, рядом).

К фонематическим дефектам не относятся возрастные замены звуков, которые имеют место в период становления у детей звукопроизношения. До определенного возраста (до пяти лет) такие замены вполне «законны». Однако при задержке их в речи ребенка и после указанного возраста они переходят в разряд патологии, поскольку такая задержка говорит о существовании каких-то особых, выходящих за пределы нормы причин.

Все приведенные выше подразделения дефектов в произношении звуков, включая и звуковые замены, затрагивают лишь поверхностную, видимую сторону дефекта. Так, чисто внешне можно видеть, что кончик языка при межзубном сигматизме просовывается между зубами, приводя к неправильному звучанию звука, или что звук **«р»** заменяется на **«л»**. Но *почему* это происходит и, следовательно, *как* это можно устранить — эти важнейшие вопросы остаются открытыми. На них классификация нарушений звукопроизношения по проявлениям не дает никакого ответа. А это значит, что специалисты не могут довольствоваться только одной этой (хотя и очень нужной) классификацией дефектов в произношении звуков и что необходима какая-то более глубокая классификация нарушений, позволяющая учесть их причинную обусловленность и наметить основные направления коррекционного воздействия.

Б. Классификация по механизмам

В зависимости от причин, вызвавших нарушение звукопроизношения, все его разновидности прежде всего подразделяются на две большие группы — на дислалию и дизартрию, внутри которых выделяются разные их формы.

К *дислалии* относятся такие нарушения в произношении звуков, которые *не связаны* с *органическим* поражением *центральных* отделов речевых анализаторов.

К *дизартрии* принято относить такие расстройства звукопроизношения, которые вызываются нарушением иннервации речевых мышц, что приводит к их параличам и парезам. Чаще всего это бывает обусловлено *органическим поражением центрального отдела* рече-

двигательного анализатора. В выраженных случаях дизартрии, помимо нарушений звукопроизношения, обычно наблюдаются также расстройства речевого дыхания, голосовой функции, темпа и ритма речи, что в целом нередко приводит к полной невнятности речи ребенка.

Рассмотрим каждый из названных видов нарушения звукопроизношения.

4. Дислалия

А. Распространенность дислалии и ее основные виды

Сам термин «дислалия» переводится следующим образом: «дис» — расстройство, нарушение; «лалия» — речь (то есть нарушение речи).

Дефекты звукопроизношения при дислалии принято относить к одному из наименее сложных и сравнительно легко устранимых нарушений речи. Однако в последние десятилетия и в отношении этой формы речевой патологии произошли существенные изменения, которые выражаются в следующем.

1. Резко возросла ее распространенность (с 8–17 % в 50-е годы XX века до 52,5 % в 90-е годы).
2. Дислалия все реже и реже встречается в виде самостоятельного речевого расстройства, а наблюдается преимущественно на фоне общего недоразвития речи у детей, при котором помимо звукопроизношения страдают также словарный запас и грамматический строй речи.
3. Преобладающими стали полиморфные формы нарушения звукопроизношения, проявляющиеся в дефект-

ном произношении сразу многих звуков из разных фонетических групп.

4. Дислалия в большинстве случаев проявляется не в чистом виде, а в сочетании с так называемой стертой дизартрией, для которой характерно частичное нарушение иннервации артикуляторных мышц.
5. Патологические формы нарушения звукопроизношения теперь часто наблюдаются уже в период возрастных своеобразий детской речи, то есть в возрасте до пяти лет. Они проявляются наряду с возрастными особенностями в произношении звуков и как бы маскируются ими.
6. Усложнение симптоматики дислалии приводит к тому, что на ее фоне в дальнейшем нередко развиваются три наиболее часто встречающиеся у детей вида дисграфии, препятствующие нормальному овладению грамотой. Об этом речь пойдет в соответствующей главе.

Выросла распространенность нарушений звукопроизношения и по отдельным фонетическим группам звуков, о чем свидетельствуют приводимые ниже сравнительные данные за 50-е и 90-е годы XX века.

Виды нарушений
(по данным М. А. Александровской, Л. Г. Парамоновой)

Виды нарушений	50-е годы	90-е годы
Ротацизмы	26 %	71,6 %
Ламбдацизмы	10 %	54 %
Дефекты свистящих	22 %	42 %
Дефекты шипящих	24 %	45,4 %

Исходя из всего вышесказанного, прежде чем перейти к дальнейшему разговору о дислалии, мы (и родители в том числе) должны иметь в виду следующее.

1. Необходимо научиться как можно раньше отграничивать дислалию от возрастных своеобразий звукопроизношения, чтобы не возлагать напрасных надежд на то, что все нормализуется с возрастом, а незамедлительно принимать необходимые меры.
2. Важно не сосредоточивать внимание на состоянии у ребенка одного только звукопроизношения, а постараться своевременно заметить и вполне возможное отставание в развитии его словарного запаса и грамматического строя речи, которые также не нормализуются «сами собой».
3. Всю коррекционную (в том числе и домашнюю) работу с ребенком по коррекции звуков необходимо строить таким образом, чтобы она одновременно содействовала обогащению словарного запаса, преодолению аграмматизмов в устной речи и предупреждению соответствующих видов дисграфии. Это вполне можно обеспечить за счет правильного подбора речевого материала для упражнений.

В основе дислалии могут лежать или функциональные (обратимые) нейродинамические сдвиги в центральных отделах речевых анализаторов (речедвигательного и речеслухового) или дефекты анатомического строения артикуляторного аппарата, то есть периферического отдела речедвигательного анализатора. (Мы пока не говорим о такой причине, как подражание.) В зависимости от этого внутри дислалии выделяют две основные формы — *механическую*,

связанные с «механическим» повреждением артикуляторного аппарата и *функциональную*, не связанную с таким повреждением. Внутри же функциональной дислалии в свою очередь также выделяют две формы — *моторную* и *сенсорную*. Выделение этих последних двух форм проведено с учетом преобладания отмеченных функциональных сдвигов в центральном отделе речедвигательного или речеслухового анализатора. Рассмотрим каждую из названных форм дислалии в отдельности.

Б. Механическая дислалия

Данная форма дислалии чаще всего бывает связана с аномальным развитием артикуляторного аппарата. Оно возникает преимущественно во внутриутробном периоде, как правило, в первые три месяца беременности, когда происходит закладка лицевой части скелета. Особенно это касается нёбных расщелин. Однако аномалии развития артикуляторных органов могут носить и приобретенный характер, являясь результатом травм, ожогов, ранений, привычки ребенка постоянно держать пальцы во рту и т. п.

Какие же конкретно отклонения от нормы в строении артикуляторных органов могут лежать в основе механической дислалии, то есть приводить к расстройствам звукопроизношения? Прежде всего, это отклонения от нормы в строении челюстей и зубов.

Наиболее распространенным дефектом в строении челюстей является неправильный прикус, то есть неправильное расположение зубов верхней и нижней челюстей по отношению друг к другу. При нормальном прикусе верхние резцы перекрывают нижние на

1,5–3 мм, то есть примерно на 1/3 высоты коронок зубов. Аномалии прикуса чаще всего встречаются у физически ослабленных детей, причем у мальчиков они наблюдаются значительно чаще, чем у девочек.

Наиболее характерны следующие *аномалии прикуса.*

Глубокий прикус — верхние резцы слишком глубоко перекрывают нижние, так что последние почти не видны.

Открытый передний прикус — при смыкании коренных зубов между верхними и нижними резцами остается щель большей или меньшей величины (рис. 1).

Рис. 1. Открытый передний прикус

Рис. 2. Открытый боковой прикус

Открытый боковой прикус — при смыкании резцов между коренными зубами с одной или с обеих сторон остается щель (рис. 2).

Прямой прикус — при смыкании зубов верхние резцы прямо становятся на нижние, совсем не перекрывая их.

Перекрестный прикус — нарушено нормальное соотношение зубных дуг, которые оказываются смещенными вбок по отношению друг к другу. Перекрестный

прикус может иметь место, в частности, при сужении одной из челюстей.

Прогнатия — аномалия прикуса, связанная с выступанием вперед верхней челюсти (греч. *pro* — вперед, *gnathos* — челюсть) (рис. 3).

Рис. 3. Прогнатия

Рис. 4. Прогения

Прогения — аномалия прикуса, связанная с выступанием вперед нижней челюсти (греч. *geneion* — подбородок) (рис. 4).

Аномалии в строении зубов:

- редкое расположение зубов;
- расположение зубов вне челюстной дуги;
- слишком мелкие или деформированные зубы;
- наличие диастемы (щели между верхними резцами).

Аномалии в строении языка:

- слишком большой язык;
- слишком маленький язык;
- короткая уздечка языка (подъязычная связка), не позволяющая языку подниматься вверх (рис. 5).

Рис. 5. Короткая уздечка языка

Две первые отмеченные аномалии в строении языка чаще всего наблюдаются при общем физическом и умственном недоразвитии ребенка.

Аномалии в строении мягкого и твердого нёба:

- расщелины мягкого и твердого нёба (рис. 6);
- слишком высокое (готическое) твердое нёбо;
- слишком низкое твердое нёбо.

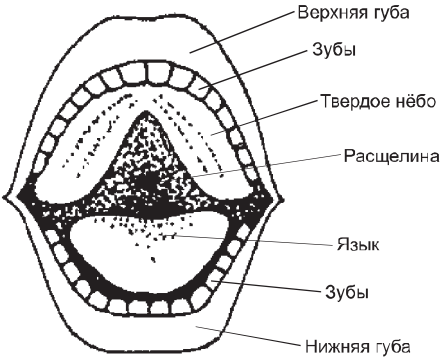


Рис. 6. Расщелины мягкого и твердого нёба

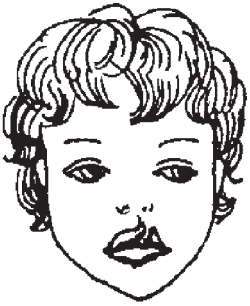


Рис. 7. Расщелина верхней губы

Аномалии в строении губ:

- расщелина верхней губы (рис. 7);
- недоразвитие губ.

Отмеченные аномалии в строении артикуляторных органов по-разному влияют на звукопроизношение. Одни из них (в частности, короткая уздечка языка) отражаются на произношении лишь отдельных звуков, другие же (например, расщелины неба) нарушают произношение практически всех звуков речи.

Аномалии в строении челюстей и зубов больше всего влияют на произношение свистящих и шипящих звуков, при нормальном артикулировании которых между верхними и нижними резцами должна образовываться очень узкая (не более 1,5–2 мм) щель. Наличие прогнатии, прогении, открытого переднего прикуса, отсутствие передних зубов лишают ребенка возможности обеспечить этот момент артикуляции, что и приводит к дефектам в произношении названных звуков. Боковые открытые прикусы способствуют «утечке» воздуха по

бокам, что может обусловить «боковое» произношение многих речевых звуков.

Короткая уздечка языка чаще всего приводит к неправильному произношению звука «р», иногда — «л» и даже шипящих верхней артикуляции, поскольку для нормального артикулирования этих звуков необходим достаточно высокий подъем кончика языка. Слишком высокое твердое нёбо также может обусловить дефекты произношения звука «р», так как в этих условиях даже при достаточно длинной уздечке языка нормальное артикулирование этого звука может быть затруднено.

Аномалии в строении губ отражаются преимущественно на произношении губных звуков. Что касается слишком массивного языка, то это может приводить к неотчетливости звучания многих звуков речи.

Нарушения звукопроизношения при механической дислалии имеют некоторые особенности.

Во-первых, в этих случаях одновременно страдают целые группы звуков, имеющие какие-то общие моменты в артикуляции. Например, при наличии у ребенка открытого переднего прикуса обычно наблюдается межзубное произношение сразу всех переднеязычных звуков (**«с»**, **«з»**, **«ц»**, **«ш»**, **«ж»**, **«ч»**, **«щ»**, **«т»**, **«д»**, **«н»**, **«л»**), поскольку данная аномалия не позволяет удерживать кончик языка за передними зубами.

Во-вторых, дефекты звукопроизношения при механической дислалии выражаются главным образом в искаженном произношении звуков, а не в заменах их другими звуками. Это объясняется тем, что ребенок, различающий звуки на слух, стремится произнести именно нужный звук, не допустив его замены другим

звуком, но из-за дефектов в строении артикуляторного аппарата звучание получается искаженным. (Например, **«р»** произносится картаво, но не заменяется другим звуком.) Правда, вследствие неправильного артикулирования звуков и постоянного в связи с этим восприятия на слух неверного их звучания при механической дислалии *вторично* может страдать и слуховая дифференциация звуков (неумение отличить нормальное звучание **«р»** от картавого).

Однако дефекты в строении артикуляторного аппарата играют роль лишь предрасполагающего момента и только в 33% случаев приводят к неправильному произношению звуков. Чаще же всего физически и психически здоровые дети самостоятельно находят пути компенсации имеющихся у них анатомических дефектов. Особенно большое компенсирующее воздействие в этих случаях оказывает благоприятное речевое окружение и должное внимание со стороны взрослых к речи ребенка. (Мы не имеем здесь в виду случаи врожденных нёбных расщелин, о которых речь пойдет в соответствующей главе.)

В. Функциональная дислалия (моторная и сенсорная)

При функциональной дислалии, в отличие от механической, не наблюдается заметных отклонений от нормы в строении артикуляторного аппарата. В ее основе чаще всего лежат функциональные нарушения в работе коры больших полушарий головного мозга. Такие нарушения могут быть вызваны общей физической ослабленностью детей и другими причинами. По мере роста и развития ребенка эти небольшие отклонения нередко выравниваются, однако уже сформировавшееся непра-

вильное звукопроизношение так и остается. Как уже говорилось, внутри функциональной дислалии выделяют моторную и сенсорную формы.

Моторная функциональная дислалия связана с функциональными нарушениями в центральном отделе речедвигательного анализатора. Это обусловливает некоторую неловкость и недифференцированность движений губ и языка ребенка, что в свою очередь приводит к неточности артикулирования звуков и приблизительности их звучания. Это чисто *фонетический* дефект, поскольку полных замен одного звука речи другим здесь обычно не наблюдается.

Сенсорную функциональную дислалию вызывают функциональные нарушения в центральном отделе речеслухового анализатора, что приводит к затруднениям в слуховой дифференциации акустически близких звуков (звонких и глухих, мягких и твердых, шипящих и свистящих и др.). В этих условиях ребенок «соглашается» на полную замену одного звука речи другим и говорит, например, **«сапка»** вместо **«шапка»** или **«лыбак»** вместо **«рыбак»**. Эта форма нарушений звукопроизношения, носящая *фонематический* характер (ребенок не различает двух разных фонем), в дальнейшем обычно сопровождается и однотипными буквенными заменами на письме, характерными для одного из видов дисграфии.

При одновременном наличии у ребенка как моторной, так и сенсорной недостаточности могут наблюдаться случаи смешанной, то есть *сенсомоторной*, *дислалии*, когда одни звуки ребенок произносит искаженно, а другие заменяет артикуляторно или акустически близкими.

Все сказанное о функциональной дислалии не исключает, однако, и случаев чистого подражания, когда дефекты в произношении звуков у ребенка с совершенно нормальным речевым аппаратом бывают обусловлены только неблагоприятным социальным окружением.

Для всех форм функциональной дислалии характерно то, что при ней никогда не страдает произношение гласных звуков.

5. Дизартрия

Дизартрия — это такое расстройство звукопроизносительной стороны речи, которое обусловлено *органическим поражением центрального отдела речедвигательного анализатора и связанным с этим нарушением иннервации речевых мышц.* Сам термин «дизартрия» означает «расстройство членораздельной речи» («артрон» в переводе на русский язык означает «сочленение», а «диз» — «расстройство»). Распространенность дизартрии среди умственно нормальных детей составляет от 3 до 6 %, однако эти цифры имеют выраженную тенденцию к росту.

Дизартрия чаще всего не является самостоятельным нарушением речи, а представляет собой лишь один из симптомов тяжелого заболевания — детского церебрального паралича, который обычно носит врожденный характер или возникает в возрасте до двух лет. В зависимости от локализации поражения головного мозга *дизартрия проявляется по-разному*, в связи с чем различают несколько ее видов, которые здесь рассматривать нецелесообразно ввиду невозможности практического использования этой информации неспециалистами.

При полном параличе артикуляторных мышц имеет место *анартрия* — полное отсутствие у ребенка произносительной речи. Об основных проявлениях *выраженной дизартрии* речь пойдет далее. Но нередко может наблюдаться и так называемая *стертая дизартрия*, о которой нужно сказать несколько подробнее, поскольку она очень широко распространена и к тому же ее бывает непросто отличить от дислалии.

А. Стертая дизартрия

В основе стертой дизартрии лежат очень небольшие, буквально точечные органические поражения коры головного мозга. Их наличие приводит к парезам лишь отдельных небольших групп артикуляторных мышц (например, только кончика языка или только одной его стороны). При таких условиях у ребенка страдает произношение лишь отдельных звуков при практически нормальном темпе и ритме речи и при отсутствии выраженных расстройств речевого дыхания и голоса.

Долгое время такого рода нарушения в произношении звуков относили к функциональной моторной дислалии, не замечая их специфики. Однако трудности их преодоления заставили специалистов тщательнее изучить этот вопрос, в результате чего из группы функциональной моторной дислалии и была выделена стертая дизартрия. (При неврологическом обследовании у этих детей были обнаружены парезы отдельных артикуляторных мышц, приводящие к вполне определенным нарушениям в произношении звуков.)

Расстройства звукопроизношения при стертой дизартрии имеют не только *иную причинную обусловленность* по сравнению с дислалией, но и *другое внешнее*

проявление. В частности, для стертой дизартрии характерным бывает межзубное произношение звуков, связанное со слабостью (паретичностью) мышц кончика языка — он просто не удерживается за зубами. Нередко имеет место и «боковое» произношение некоторых согласных, что связано с парезами одной стороны языка. В этих случаях язык при высовывании его изо рта обычно отклоняется в одну сторону (см. приведенные ниже рисунки), а при артикулировании некоторых звуков становится во рту «ребром», что и способствует боковой утечке воздуха. Такие нарушения в произношении звуков *ни в каком возрасте не могут быть отнесены к возрастным своеобразиям звукопроизношения* ввиду их обусловленности патологическими причинами. Стертая дизартрия никогда не проходит с возрастом, о чем свидетельствует ее наличие и у многих взрослых людей.

Б. Причины детского церебрального паралича и дизартрии

Причинами детского церебрального паралича, а следовательно, и причинами дизартрии, являются *органические поражения нервной системы ребенка, которые могут наступать внутриутробно, во время родов или вследствие заболеваний раннего возраста* (менингиты, менингоэнцефалиты, травматические поражения или сосудистые нарушения).

До сравнительно недавнего времени основной причиной детского церебрального паралича (а значит, и дизартрии) считали родовую травму, вызывающую кровоизлияние в мозг, асфиксию при рождении и другие осложнения во время родов. Однако к настоящему вре-

мени стало ясно, что *в более чем 80–90% случаев поражение нервной системы плода наступает внутриутробно*. Именно недостаточная полноценность плода и его «неготовность» к активному участию в процессе родов приводят к осложненному их течению и к возможным при этом дополнительным повреждениям головного мозга. Эти повреждения могут быть результатом кесарева сечения, асфиксии при рождении, родовой травмы при оказании механической помощи, которая является вынужденным средством и применяется лишь в случаях крайней необходимости. Знание этого обстоятельства чрезвычайно важно как с точки зрения профилактики детского церебрального паралича, так и в большинстве случаев сопутствующей ему дизартрии.

Если основная причина возникновения того и другого заключается не в «неизвестно почему» так тяжело протекающих родах, то *основным содержанием профилактики должна стать забота о нормальном протекании беременности*, что очень во многом зависит от серьезности отношения самой женщины к этому ответственнейшему периоду своей жизни. В полной ее власти находится исключение таких вредных для внутриутробного развития плода, но, тем не менее, нередко присутствующих патогенных факторов, как курение и употребление алкогольных напитков даже в период уже наступившей беременности, постоянное переутомление и несоблюдение здорового режима дня, продолжение работы на вредных производствах и в ночную смену, поднимание тяжестей и вообще наличие больших физических нагрузок, «неотложные» перелеты и переезды в другие города или даже на другие конти-

ненты почти перед самыми родами, которые в таких случаях нередко начинаются прямо в дороге и поэтому уже *в принципе* не могут протекать нормально. Я уже говорила об этом выше, но сочла необходимым напомнить здесь еще раз, поскольку слишком тяжелы бывают последствия подобной беззаботности многих женщин по отношению не только к самим себе, но и к будущим детям.

В. Речевые и неречевые симптомы дизартрии

Речевые симптомы

Речь детей, страдающих выраженной формой дизартрии, и в самом деле теряет свою членораздельность и становится почти непонятной для окружающих («как каша во рту»). В чем же здесь дело? Как ранее уже отмечалось, двигательные команды из центрального отдела речедвигательного анализатора к периферическим органам речи передаются по проводящим нервным путям. При органическом поражении этих речевых отделов головного мозга или непосредственно двигательных нервов полноценная передача нервных импульсов становится невозможной и в самих мышцах развиваются явления паралича или пареза. А поскольку эти парезы могут распространяться не только на мышцы языка и губ, но также и на мышцы мягкого нёба, голосовых связок и органов дыхания, то при дизартрии нарушается не только артикулирование звуков, но и голосообразование, и речевое дыхание.

При выраженных парезах языка *страдает артикуляция практически всех звуков речи, включая и гласные*. Парез мягкого нёба обусловливает появление *носового оттенка голоса*, парез голосовых связок — *нарушение*

процесса голосообразования и *изменение тембра голоса*, парез дыхательных мышц — *нарушение функции речевого дыхания*, которое становится поверхностным и аритмичным, а значит, не обеспечивающим полноценной воздушной струи для голосообразования.

Помимо нарушения двигательной функции речевых мышц, обусловленной наличием параличей и парезов, *страдает также и чувствительность этих мышц*, в связи с чем ребенок недостаточно хорошо ощущает положение своих артикуляторных органов. По этой причине он затрудняется в нахождении нужных артикуляций, что создает дополнительные трудности как при овладении звукопроизношением, так и при его коррекции.

Все это вместе взятое приводит к тому, что дизартрия по своим внешним проявлениям резко отличается от дислалии. Так, если при дислалии (за исключением механической дислалии на почве врожденных нёбных расщелин, о которой речь пойдет отдельно) дефекты звукопроизношения проявляются на фоне нормального темпа и ритма речи, нормального речевого дыхания и голосообразования, то *при дизартрии наблюдается картина общего фонетического неблагополучия речи в целом, вследствие чего она и теряет свою внятность, членораздельность*.

Постоянное слышание ребенком собственной нечленораздельной речи во многих случаях приводит к появлению у него *вторичных* нарушений *слуховой дифференциации звуков*.

Несовершенство слуховой дифференциации звуков, в свою очередь, *вторично* обусловливает *трудности овладения фонематическим анализом слов*.

Слабая ориентировка в звуковом составе речи, связанная с нарушением слуховой дифференциации звуков и трудностями фонематического анализа слов, неизбежно приводит к появлению у детей *специфических нарушений письма — соответствующих видов дисграфии,* о которых речь пойдет далее.

Трудностью и недостаточностью речевого общения *вторично* может быть обусловлена также *бедность словарного запаса* ребенка и *несформированность у него грамматического строя речи*.

Таким образом, при выраженной дизартрии речь первично или вторично страдает, по сути, во всех своих звеньях, а не только в отношении непосредственно звукопроизношения.

Неречевые симптомы

Для дизартрии на фоне детского церебрального паралича характерно наличие не только рассмотренных выше речевых симптомов, но и целого ряда неречевых симптомов, которые в конечном итоге тоже так или иначе затрудняют овладение речью. К таким симптомам относятся следующие.

1. *Параличи и парезы мышц конечностей и туловища.*

Парезы ног резко ограничивают (или даже полностью исключают) возможность передвижения ребенка в пространстве, что *нарушает развитие у него зрительно-пространственных представлений*, поскольку он познает пространство мерой собственных шагов. В противном случае он не может судить даже о степени удаленности от него тех или иных предметов, поэтому далеко не случайно еще не овладевший навыком ходьбы ребенок пытается достать с неба луну, протягивая

к ней свою ручонку, — ему кажется, что она находится совсем близко.

Параличи и парезы рук ограничивают (или исключают) возможность манипулирования с предметами, что на втором году жизни ребенка играет решающую роль в познании им окружающего мира (деятельность «познающей руки»). Держа в руках различные игрушки, а также нередко поднося их ко рту и пытаясь лизнуть и даже «попробовать», ребенок постепенно получает представление об их форме, величине, гладкости или шероховатости поверхности, температуре, которая различна у холодных металлических предметов и значительно более теплых деревянных и плюшевых и т. п.

Вполне понятно, что если в своем чувственном опыте ребенок не получил представления о пространственных и иных характеристиках предметов, то он будет затрудняться и в словесном обозначении этих характеристик. Ему будет очень сложно *не только самому выразить словами*, что находится дальше и что ближе, какой предмет выше и какой ниже и т. п., *но даже и понять* эти пространственные отношения между предметами.

2. Часто наблюдающиеся *парезы глазодвигательных мышц*.

При парезах этих мышц у ребенка нарушаются такие важнейшие зрительные функции, как фиксация взора на предмете, «ощупывание» его взглядом, «прослеживание» глазами движущегося предмета и его активный зрительный поиск. Это также приводит к *задержке в развитии познавательной деятельности* ребенка, в том числе и *к задержке формирования у него зрительно-пространственных представлений*, которые формируются

при активном участии не только упомянутого выше двигательного, но также и зрительного анализатора. В дальнейшем это может приводить к *специфическим нарушениям чтения и письма, к трудностям усвоения таких предметов, как геометрия, география, черчение, рисование* и др.

3. Нередко имеющиеся *эмоционально-волевые расстройства*, степень выраженности и особенности проявления которых во многом зависят от локализации и времени поражения головного мозга.

4. *Вторичные психические наслоения*, связанные с переживанием ребенком своей речевой и иной неполноценности. При дислалии подобные наслоения встречаются несравненно реже.

Понятно, что наличие всей этой сложной неречевой симптоматики не может не оказывать дополнительного отрицательного влияния на состояние речевой функции ребенка и на сам ход и эффективность коррекционной работы с ним.

6. Обследование детей с нарушениями звукопроизношения

При обследовании детей с нарушениями звукопроизношения нужно решить целый ряд задач. Основные из них следующие.

1. *Отграничение истинных нарушений звукопроизношения, требующих специальной логопедической помощи, от упоминавшихся выше внешне сходных проявлений.* Особую бдительность при этом следует проявить в отношении возрастных своеобразий звукопроизношения. Хотя основным критерием здесь можно считать

возраст ребенка, однако выше уже говорилось о том, что и в самом раннем возрасте не исключено наличие тех патологических причин, которые обусловливают не возрастные своеобразия, а именно дефекты в произношении звуков речи.

2. *Решение вопроса о том, являются ли дефекты звукопроизношения самостоятельным нарушением речи или они представляют собой лишь один из симптомов какого-то более сложного речевого расстройства*. Здесь прежде всего следует обратить внимание на общую внятность речи ребенка, на достаточность его словарного запаса, на правильность построения фраз, на умение о чем-то связно рассказать и пр., то есть важно оценить речь ребенка в целом. (На практике мы часто убеждаемся в том, что родителям легче всего бывает заметить неправильность в произношении звуков, и поэтому они нередко «из-за деревьев не видят леса».) Всесторонняя оценка речи ребенка особенно важна в тех случаях, когда имели место какие-либо осложнения в протекании беременности и родов у матери, когда отмечалось позднее начало сидения, ходьбы, позднее (после 2–3 лет) появление фразовой речи и другие отклонения в развитии.

3. *Выявление всех неправильно произносимых звуков*. Эта часть обследования позволит выяснить «внешнюю сторону» нарушения, то есть составить представление о том, как много звуков ребенок произносит дефектно (мономорфность или полиморфность нарушения), какие именно звуки нарушены (сигматизм, ротацизм и пр.), каков характер нарушения звуков (парасигматизм, выражающийся в звуковых заменах, или межзубный, губно-зубной, боковой сигматизм и т. д.).

4. *Установление, по возможности, тех непосредственных причин, которые обусловливают неправильность произношения звуков* (дефекты в строении речевого аппарата, недостаточная подвижность артикуляторных органов, нарушение слуховой дифференциации звуков), что очень важно для определения путей коррекционного воздействия.

5. *Выявление возможных вторичных нарушений, связанных с дефектами звукопроизношения* (в первую очередь — однотипных нарушений письма). С этой целью ребенку школьного возраста обязательно должна быть предложена диктовка, включающая много слов с неправильно произносимыми и особенно с заменяемыми им звуками.

Чтобы составить представление о состоянии речи ребенка в целом, можно попросить его о чем-то рассказать. В качестве темы для такого рассказа может быть предложена, например, доступная по содержанию сюжетная картинка или их серия. Прежде всего необходимо обратить внимание на наличие или отсутствие у ребенка фразовой речи, которая в норме должна начать развиваться примерно с полутора лет.

Вот рассказ 4-летнего мальчика по картинке «Зимние забавы», на которой изображено множество разных «происшествий»: «Зима. Снег. Дети. Горка. Собака. Мальчик упал». Как видим, фразовая речь у ребенка почти полностью отсутствует, в связи с чем он ограничивается простым называнием предметов и явлений. Естественно, что в подобном случае внимание родителей в первую очередь должны привлечь не столько имеющиеся у ребенка дефекты звукопроизношения, сколько явное отставание в его общем речевом развитии.

Важно проследить и за правильностью грамматического оформления предложений, если у ребенка уже имеется фразовая речь. Например, 5-летний ребенок пересказал прочитанный ему рассказ следующим образом: «Совы живут на деревьев. Совенок упал из дуба. Пришли мальчики и его взяли домой. Он ел и пил. Они его отнесли в лесу. Он полетел на дуб».

Здесь сразу обращает на себя внимание наличие большого количества аграмматизмов, которые при нормальном ходе речевого развития к этому возрасту уже должны были бы полностью исчезнуть.

Приведем также рассказ 7-летнего мальчика о его выходном дне: «Мылся. Гулял. Поел и пошел гулять. Пришел домой и начал мыться. Потом я стал есть. Потом опять же пошел гулять. Потом пришел, помылся и спать лег».

Этот рассказ принадлежит ребенку со сниженным интеллектом. Хотя он и владеет уже связной речью, в которой нет явных аграмматизмов, но сразу бросается в глаза крайнее однообразие употребленных им предложений, состоящих к тому же из одних и тех же многократно повторенных слов (мылся, гулял, пошел, пришел...). Это свидетельствует и о бедности словарного запаса ребенка.

Данные примеры приведены с той целью, чтобы родителям было понятно, на какие стороны речи детей, помимо состояния звукопроизношения, следует обращать внимание.

Состояние звукопроизношения выясняется в процессе самостоятельного называния ребенком специально подобранных картинок. Повторение вслед за взрослым (например: «Скажи “рыба”, “шуба”» и т. п.) здесь не го-

дится, поскольку при повторении дети нередко произносят звуки значительно лучше, чем обычно.

Картинки подбираются в первую очередь на артикуляторно сложные звуки (свистящие, шипящие, «р», «л», «й»), чаще других произносимые дефектно. На каждый проверяемый звук подбирается по три картинки с тем расчетом, чтобы этот звук оказывался в трех положениях в слове — в начале его, в середине и в конце. Например, на звук «с» могут быть подобраны картинки типа «санки», «весы», «автобус»; на звук «ш» — «шуба», «кошка», «душ»; на звук «щ» — «щетка», «ящик», «плащ» и т. п. Как видим, в каждом из этих слов содержится лишь один «трудный» звук, что значительно облегчает сам процесс проверки: все внимание проверяющего сосредоточивается только на одном звуке. В ходе проверки сразу следует отмечать, какие именно звуки ребенок произносит искаженно или заменяет другими звуками (методика исследования и дидактический материал даны в нашей книге «Нарушение звукопроизношения у детей»).

После выяснения этой «внешней» стороны вопроса необходимо разобраться в конкретных причинах, которые привели к неправильному произношению тех или иных звуков.

Для выявления возможных аномалий в строении артикуляторного аппарата нужно просто внимательно присмотреться к ребенку и предложить ему выполнить ряд несложных процедур. Попросив его открыть рот, следует обратить внимание на строение его твердого и мягкого нёба.

Для выяснения правильности прикуса предложите ему «показать зубки» — развести в стороны губы при

сомкнутых зубах. Напомним, что при этом верхние резцы должны примерно на 1/3 перекрыть нижние. Можно сравнить состояние прикуса у обследуемого ребенка с приведенными выше рисунками — нет ли похожих дефектов?

Для выяснения достаточности длины уздечки языка предлагается поднять язык на верхнюю губу и затем за верхние резцы (при произнесении звука «р» кончик языка вибрирует у верхних альвеол, то есть у бугорков над верхними резцами — позволяет ли длина уздечки выполнить такое движение?). Если ребенок не может поднять язык самостоятельно, нужно попытаться приподнять его шпателем или ручкой чайной ложки. Дело в том, что язык снизу может не подниматься вверх не только из-за короткой уздечки, но и по причине его паралича (пареза). В последнем случае его удастся поднять пассивно, тогда как при короткой уздечке он будет как бы «пришит» к дну ротовой полости и поэтому останется внизу.

Выявленные дефекты в строении артикуляторного аппарата позволяют думать о наличии у ребенка механической дислалии. Однако, чтобы не впасть в ошибку, здесь очень важно учесть степень зависимости правильной артикуляции звука от конкретной выявленной аномалии в строении артикуляторных органов. Так, например, короткая уздечка языка может обусловить полную невозможность (или неправильность) произношения звука «р», а иногда и шипящих верхней артикуляции, но было бы неправильно связывать с нею дефектное произношение свистящих, при артикулировании которых кончик языка находится у нижних резцов.

Еще один пример. Боковой открытый прикус может обусловить боковой сигматизм, но никак не губно-зуб-

ной. К последнему может предрасполагать прогнатия, при наличии которой нижняя губа часто непроизвольно подтягивается под выступающие вперед верхние резцы, благодаря чему вместо «с» слышится «ф»-подобный звук.

В то же время отсутствие у ребенка выраженных отклонений от нормы в строении артикуляторного аппарата полностью исключает диагноз механической дислалии — звуки могут произноситься дефектно по какой угодно причине, но только не по этой.

Исследование подвижности артикуляторных органов (главным образом языка, губ и нижней челюсти). С этой целью ребенку предлагается выполнить названными органами ряд простейших движений как по словесной инструкции, так и путем подражания. Для облегчения задачи можно делать это перед зеркалом (чтобы ребенок видел свое лицо). Предложите ребенку вытянуть губы в трубочку («хоботок») (рис. 8) и затем развести их в стороны («оскал») (рис. 9), высунуть язык изо рта и убрать его обратно в рот, поднять язык на верхнюю губу (рис. 10) и опустить на нижнюю (рис. 11), поднять язык к верхним зубам (рис. 12), отвести его в левый и правый углы рта (снаружи рта), сделать язык широким (распластанным) (рис. 13) и узким (рис. 14). Для выяснения подвижности нижней челюсти ребенку предлагается сначала широко открыть рот, а затем закрыть его. Основные из названных движений выглядят примерно так, как это показано на приведенных здесь рисунках.

Рис. 8. «Хоботок»

Рис. 9. «Оскал»

Рис. 10. Язык поднят на верхнюю губу

Рис. 11. Язык опущен на нижнюю губу

Рис. 12. Язык поднят к верхним губам

Рис. 13. «Широкий язык»

Рис. 14. «Узкий язык»

Если ребенок свободно и в достаточно быстром (точнее, не слишком замедленном) темпе способен выполнить все эти движения, то это свидетельствует о том, что подвижность артикуляторных органов вполне позволяет ему овладеть правильным произношением всех звуков речи. Значит, причину неправильного звукопроизношения в этом случае нужно искать в чем-то другом.

При наличии сравнительно легких функциональных нарушений речевой моторики ребенок также способен выполнить все перечисленные выше движения, однако при этом может наблюдаться их некоторая затрудненность, недостаточная точность, замедленность. Создается такое впечатление, что он выполняет движения как бы нерешительно, неуверенно. Если подобные особенности артикуляторных движений имеются у ребенка, искаженно произносящего некоторые звуки (например, отмечается смягченное произношение **«ш»** и **«ж»**), то в этом случае можно предполагать наличие у него моторной функциональной дислалии.

Более серьезные нарушения речевой моторики могут наблюдаться при парезах мышц губ и языка, что можно обнаружить при попытке выполнения этими органами простейших движений. При этом может наблюдаться следующее.

1. Невозможность вытянуть губы вперед «хоботком» — вместо этого они остаются почти неподвижными или совершают какие-то хаотичные движения.

2. Асимметричность улыбки (оскала). Одна сторона рта при этом остается неподвижной или совершает минимальное движение (рис. 15).

3. Невозможность распластать язык во рту, то есть склонность языка к постоянному сужению (рис. 16).

4. Уклонение языка в одну сторону при высовывании его изо рта — ребенок не может удержать его по средней линии (рис. 17).

5. Непроизвольное загибание кончика языка на нижнюю губу при высовывании его изо рта — ребенок не может удержать язык горизонтально (рис. 18).

6. Невозможность поднять кончик языка к верхней губе без помощи нижней. При выполнении этого движения ребенок как бы поддерживает, подталкивает язык нижней губой.

Рис. 15. Асимметричность улыбки

Рис. 16. Сужение языка

Рис. 17. Уклонение языка в сторону

Рис. 18. Загибание кончика языка на нижнюю губу

7. Невозможность свободного отведения языка в правый и левый углы рта. Язык при этом перемещается напряженно, всей своей массой («как бревно»), кончик языка не выражен.

8. Невозможность спокойно удерживать высунутый изо рта язык — наблюдается его дрожание, хаотичное подергивание мышц, свидетельствующее об их слабости, паретичности.

9. Удерживание языка во рту в состоянии покоя «комком» вследствие спазма мышц. Этот «комок» хорошо виден при открытом рте.

Подобные нарушения речевой моторики будут свидетельствовать о наличии в дефектности звукопроизношения «дизартрического компонента», ввиду чего при их выявлении у ребенка любого возраста нужно обратить особое внимание на сам характер искажения звуков. Так, при слабости мышц кончика языка звуки могут произноситься межзубно, а при парезе одной стороны языка (в этих случаях при высовывании изо рта он отклоняется в одну сторону) — с боковым оттенком. Внешне эти особенности в произношении звуков напоминают нарушения их произношения при переднем или боковом открытом прикусе, однако причина этого дефекта уже совершенно другая, а значит, и методы преодоления тоже иные. Нередко наблюдается в этих случаях и какая-то неопределенность дефектного звучания звуков, а также «смазанность» речи в целом, что характерно для дизартрии.

Исследование слуховой дифференциации звуков особенно важно в тех случаях, когда ребенок заменяет одни звуки речи другими, то есть когда можно предполагать наличие у него сенсорной функциональной дислалии.

Прежде всего здесь нужно проверить состояние биологического слуха, поскольку его снижение резко затрудняет возможность слуховой дифференциации звуков (свистящие звуки могут при этом вообще не восприниматься на слух). Для детей со сниженным слухом характерны некоторые особенности поведения. В частности, при разговоре они стараются поворачиваться к говорящему тем ухом, которым лучше слышат, а также внимательно присматриваются к артикуляции говорящего и нередко отвечают невпопад. При наличии у ребенка таких симптомов необходимо исследовать его слух, обратившись для этого к врачу-сурдологу.

Исследование слуховой дифференциации отдельных звуков обычно проводится при помощи специально подобранных парных картинок, названия которых различаются только проверяемым звуком (типа «почка — бочка», «рак — лак»). Взрослый называет эти картинки в неопределенной последовательности, не употребляя при этом никаких поясняющих слов, а ребенок лишь молча их показывает. Затруднения в показе будут свидетельствовать о неразличении данных звуков на слух (в нашем примере это звуки **«п»** и **«б»**, **«р»** и **«л»**). Особенно важно проверить возможность слуховой дифференциации тех звуков, которые ребенок заменяет в устной речи. Подробное описание всей процедуры исследования и необходимый для этого дидактический материал приведены в нашей книге «Нарушение звукопроизношения у детей», приведенной в списке литературы.

В ряде случаев у одного и того же ребенка могут быть и аномалии в строении речевого аппарата, и парезы мышц языка, и неразличение некоторых звуков речи на

слух, что значительно усложняет общую картину нарушения звукопроизношения. Более того, иногда даже дефект произношения одного и того же звука может иметь одновременно и моторную и сенсорную обусловленность (например, звук **«ц»** заменяется на **«с»** из-за неразличения этих двух звуков на слух, но **«с»** при этом произносится с «боковым» оттенком вследствие пареза мышц языка или наличия бокового открытого прикуса). Однако даже и в этих сложных случаях нужно постараться разобраться в том, что именно мешает правильному произношению каждого конкретного звука. Только так можно найти правильный и наиболее короткий путь коррекционного воздействия.

Если же у ребенка, имеющего дефекты в произношении звуков, не удалось выявить ни одной из рассмотренных выше причин, которые могли бы обусловить существование таких дефектов, то в этом случае следует задуматься о правильности подхода взрослых к ребенку и о достаточности с их стороны внимания к его речевому развитию.

В сложных случаях нарушения звукопроизношения, связанных с параличами (парезами) артикуляторных мышц или с грубыми нарушениями анатомического строения речевых органов, в обследовании ребенка участвует не только логопед, но и врач-невролог, и ортодонт, и отоларинголог, и другие специалисты. Однако самое общее и предварительное представление о картине имеющихся нарушений смогут составить и сами родители, воспользовавшись приведенными здесь сведениями. Это поможет им сориентироваться в проблеме и определить для себя программу дальнейших действий.

С учетом того, что нарушение звукопроизношения может быть лишь одним из симптомов общего недоразвития речи, необходимо исследовать у ребенка также состояние словарного запаса и грамматического строя речи. У школьников обязательно исследуется и письмо, поскольку звуковые замены в устной речи чаще всего отражаются и на письме в виде соответствующих буквенных замен.

Такое всестороннее исследование речи позволит представить всю имеющуюся у ребенка картину речевой патологии, а значит, и ничего не упустить из виду в процессе коррекционной работы с ним.

7. Коррекция нарушений звукопроизношения

Логопедическая работа по преодолению нарушений звукопроизношения проводится в определенной последовательности, поэтапно. Общий ее ход должны себе представлять и родители, поскольку их активное и сознательное участие в логопедическом процессе значительно сокращает сроки работы и повышает ее общую эффективность. Все содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения условно может быть разделено на четыре основных этапа, каждый из которых преследует вполне определенную цель.

1. Подготовительный этап.
2. Постановка звука.
3. Автоматизация звука.
4. Дифференциация вновь воспитанного звука от сходных с ним.

Рассмотрим каждый из этих этапов в отдельности.

А. Подготовительный этап

Он необходим потому, что нередко к постановке звука нельзя приступить сразу, поскольку ребенок не может придать своим артикуляторным органам нужное положение. Допустим, нам нужно воспитать у него правильную артикуляцию звука «р», а ему не удается даже поднять кончик языка кверху, не говоря о самой вибрации. При таких обстоятельствах необходимо проведение подготовительной работы. Она заключается преимущественно в так называемой артикуляторной гимнастике, основная цель которой состоит в развитии достаточной подвижности губ и языка. Обычно такую подготовку необходимо проводить при моторной функциональной и механической дислалии и в особенности при дизартрии, для которой характерны парезы артикуляторных мышц.

При полиморфном нарушении звукопроизношения проводится общая артикуляторная гимнастика, включающая в себя все основные движения артикуляторных мышц. «Общность» упражнений диктуется тем, что в этих случаях оказываются нарушенными звуки из разных артикуляторных групп и поэтому каждое движение пригодится если не для одного, то для каких-либо других звуков. К тому же уже сама по себе полиморфность нарушения звукопроизношения свидетельствует о неблагополучном состоянии речевой моторики, а значит, и о необходимости ее серьезной тренировки.

При мономорфных же нарушениях звукопроизношения выбор артикуляторных упражнений определяется двумя основными условиями. Во-первых, он зависит от особенностей нормальной артикуляции вновь постав-

ленного звука. Так, например, при воспитании правильной артикуляции звука **«р»** важно научить ребенка поднимать язык кверху и как можно лучше развить подвижность его кончика, однако это совсем не требуется для постановки звука **«с»**, при котором кончик языка неподвижно лежит у нижних резцов. Во-вторых, выбор артикуляторных упражнений во многом определяется самим характером дефектного произношения звука. Например, для постановки правильной артикуляции звука **«л»** нет никакой необходимости в выполнении специальных упражнений для губ, поскольку они не участвуют в образовании этого звука. Но если мы имеем дело с двугубным или губно-зубным **«л»**, то в этом случае упражнения для губ необходимы: только научив ребенка активно разводить губы в стороны, мы сможем в дальнейшем обеспечить их изоляцию от участия в образовании звука, а, следовательно, и устранить «губное» его звучание.

При *механической дислалии* в подготовительный период нередко приходится устранять аномалии в строении речевого аппарата. Например, при очень короткой уздечке языка постановка звука **«р»** возможна лишь после ее подрезания, или преодолению межзубного сигматизма должно предшествовать устранение переднего открытого прикуса. (В последнем случае уже во время корригирования прикуса проводятся и соответствующие артикуляторные упражнения, способствующие более успешному проведению ортодонтического лечения.)

При сенсорной функциональной дислалии в подготовительный период проводится работа по воспитанию слуховой дифференциации звуков, поскольку в случае

ее нарушения ребенок не осознает неправильности своего звукопроизношения, а значит, и не сможет в дальнейшем его контролировать.

Таким образом, в подготовительный период обеспечивается более совершенная и достаточно дифференцированная работа речедвигательного и речеслухового анализаторов, благодаря чему ребенок получает реальную возможность овладеть правильной артикуляцией дефектно произносимого им звука.

Помощь родителей в подготовительный период играет очень большую роль. Она должна заключаться в систематическом выполнении с ребенком всех предлагаемых логопедом артикуляторных упражнений, а также упражнений в слуховой дифференциации звуков. Для этого не нужно быть специалистом — достаточно получить лишь подробную консультацию логопеда, а во многих случаях и просто воспользоваться данной книгой.

Б. Этап постановки звука

Под постановкой звука (термин несколько «механистичен» и не вполне отвечает существу дела) понимается сам процесс обучения ребенка правильному произношению этого звука. Ребенка учат придавать своим артикуляторным органам то положение, которое свойственно нормальной артикуляции звука, что и обеспечит правильность его звучания.

Звук ставится заново в случае его полного отсутствия в речи ребенка, в случае замены другим звуком, что равно отсутствию, а также при наличии такого дефекта в произношении, который нельзя частично подправить и довести до нормы (например, при картавом **«р»** или губно-зубном **«л»**). *Коррекция звука*, заклю-

чающаяся в уточнении лишь отдельных элементов его артикуляции, проводится в тех случаях, когда дефектная артикуляция в целом близка к нормальной. Так, например, при межзубном произношении **«с»** для достижения нормальной артикуляции нужно только научить ребенка удерживать кончик языка у нижних резцов, убирать его за зубы (другое дело, что для этого могут потребоваться предварительные артикуляторные упражнения или нормализация прикуса). В дальнейшем речь пойдет только о постановке звука, а не о его коррекции.

Постановка звука может производиться путем подражания, с механической помощью, от других правильно произносимых звуков, исходя от артикуляторного уклада и смешанным способом. Рассмотрим лишь первый из этих способов, так как все остальные требуют специальных знаний.

Способ постановки звука путем подражания является наиболее легким как для логопеда, так и для самого ребенка, поскольку требует минимальной затраты усилий и времени. Он заключается в том, что логопед в присутствии ребенка ясно и четко произносит нужный звук. Ребенок, слыша звук и одновременно видя положение органов артикуляции, нередко сразу оказывается в состоянии его воспроизвести. Если это произошло, то постановку звука можно считать законченной: ребенок научился произносить его правильно. Этот способ постановки звука могут использовать и сами родители — во многих случаях он сработает.

Приведем конкретный пример. Однажды нам пришлось ставить звук путем подражания в присутствии

мамы ребенка. Звук получился сразу, но именно это ее и возмутило, что выразилось в таком возгласе: «Подумаешь, так бы я и сама сумела!» И мама была совершенно права — действительно, она вполне смогла бы это сделать и без помощи логопеда. Нужно было лишь повернуть ребенка лицом к себе и четко произнести нужный звук, поскольку артикуляторная моторика у мальчика была вполне нормальная. Только жалко, что до 10-летнего возраста никто не догадался этого сделать. Понятно, что постановка звука путем подражания возможна лишь при наличии у ребенка достаточной подвижности артикуляторных органов и правильного их строения.

В. Этап автоматизации звука

Как только удается добиться правильного звучания изолированного звука, нужно сразу переходить к следующему этапу коррекции звукопроизношения — к этапу автоматизации, то есть к обучению ребенка правильному произношению звука в связной речи. На изолированном его произношении долго задерживаться не следует, поскольку наша речь представляет собой поток непрерывных изменений, и движения губ и языка при произнесении согласных не являются стандартными, а зависят от того, в составе какого комплекса движений (то есть в каких звукосочетаниях) они осуществляются. Этим и определяется важность возможно более быстрого включения вновь воспитываемого звука в наиболее типичные для него звукосочетания.

Однако здесь нельзя впадать и в другую крайность — переходить к этапу автоматизации преждевременно, то есть до получения *правильного и устойчивого* изолиро-

ванного звучания звука. Исключения в этом отношении иногда допускаются лишь в случаях механической дислалии и выраженной дизартрии, о чем будет сказано ниже.

Необходимость выделения специального этапа автоматизации связана с тем, что и после усвоения нормальной артикуляции звука ребенок в силу сложившейся привычки продолжает неправильно произносить его в речи. Ведь что такое дефектное произношение звука? Это далеко не только произношение самого звука. Если ребенок заменяет в своей речи, например, **«ш»** на **«с»**, то у него соответствующим образом сформированы и все стереотипы слов, включающих этот звук (**«скаф»** вместо **«шкаф»**, **«скола»** вместо **«школа»**, **«сум»** вместо **«шум»** и т. п.). Естественно, что сразу после постановки звука он не сможет произносить все слова с данным звуком правильно.

В целях облегчения этой сложной для ребенка задачи автоматизация звука осуществляется при условии постепенного нарастания сложности речевого материала. При этом на этапе автоматизации, в отличие от подготовительного этапа и этапа постановки звука, *при любой* причинной обусловленности дефектов звукопроизношения работа ведется одинаково и в одной и той же последовательности, а именно:

- автоматизация звука в слогах;
- автоматизация в словах;
- автоматизация в специально подобранных фразах;
- автоматизация в текстах, насыщенных вновь воспитываемым звуком;
- автоматизация в обычной разговорной речи.

Эта одинаковость подхода возможна потому, что здесь во всех случаях у ребенка уже имеется правильный звук, какими бы разными путями и в сколь различные сроки он ни был получен.

Задача автоматизации звука облегчается еще и тем, что на данном этапе работы из речевого материала *исключаются все звуки, артикуляторно и акустически близкие вновь воспитываемому.* Например, при автоматизации звука **«с»** в подобранных для этой цели слогах, словах и фразах не должно содержаться других свистящих, а также шипящих звуков. По этой причине здесь следует брать слова типа **«сумка»**, **«сом»**, **«весы»**, **«весна»** и т. п. и исключать слова типа **«сушка»**, **«свеча»**, **«песец»**, **«стужа»**. Лучше в этих случаях не использовать и слова с артикуляторно сложными (хотя акустически и далекими) звуками типа **«р»** и **«л»**, поскольку эти звуки также могут произноситься ребенком дефектно. Такой «облегченный» речевой материал позволяет ребенку все свое внимание сосредоточить только на вновь воспитываемом звуке. Этот звук лучше сразу связать с соответствующей ему буквой, чтобы у ребенка сформировалась прочная связь между звуком и буквой, что очень важно для правильного письма (особенно если звук не искажался, а заменялся каким-то другим). Проводятся и упражнения в самом элементарном звуковом анализе слов, о котором будет сказано ниже.

Кратко поясню содержание работы на каждом из названных выше этапов автоматизации.

При автоматизации звука в слогах подбираются самые разные типы слогов и звукосочетаний (**«са»**, **«ас»**, **«аса»**, **«сто»**, **«ско»**, **«стру»**, **«ксы»** и т. п.). В слогах

ребенку легче сохранить полученное правильное звучание, поскольку они бессмысленны и благодаря этому он может все свое внимание сосредоточить только на «новом» звуке, не отвлекаясь на смысл самих слов. Здесь взрослому важно внимательно следить за полной правильностью произнесения ребенком вновь воспитанного звука, не допуская «сползания» на прежнюю дефектную артикуляцию.

После закрепления правильного звучания звука в слогах будет уже несложно *перейти и к правильному его произнесению в отдельно взятых словах*. Слова подбираются с разной по своей сложности звуко-слоговой структурой, начиная с более простых, например: **«сани»**, **«сок»**, **«нос»**, **«спор»**, **«стакан»**, **«насос»**, **«сосулька»** и т. д. Первое время простые слова лучше произносить по слогам (**«са-ни»**, **«са-ло»**, **«са-дик»**, **«са-ми»**), сосредоточивая все внимание как ребенка, так и взрослого на первом слоге, содержащем автоматизируемый звук.

Далее нужно перейти к специально подобранным фразам, где данный звук содержится в каждом слове, например: **«соль соленая»**, **«солью солят»**; **«спокойно спит сосна в лесу»**; **«у сома соменок, а у совы совенок»** и т. п. Наличие звука **«с»** в каждом слове, с одной стороны, заставляет ребенка постоянно быть настороже и думать о правильности артикулирования звука, а с другой — позволяет ему как можно больше упражняться в правильном произнесении звука.

При автоматизации звука в текстах сохраняется тот же самый принцип подбора речевого материала — автоматизируемый звук должен встречаться в них как можно чаще. И только после таких достаточно концентри-

рованных упражнений в правильном произнесении вновь воспитываемого звука ребенок сможет правильно произносить его и во всех обычных жизненных ситуациях. Новый звук станет для него своим и окончательно вытеснит прежнюю дефектную артикуляцию.

Таким образом, *этап автоматизации звука можно считать законченным лишь тогда, когда ребенок овладеет навыком правильного произнесения нового звука в обычной разговорной речи*. На этот момент приходится обратить особое внимание читателя, поскольку очень многие дети, уже овладевшие правильным произношением звука, не употребляют его в своей самостоятельной речи. Чаще всего это имеет место при преждевременном прекращении логопедических занятий, что случается в основном по вине родителей. Именно по этой причине к логопедам потом нередко обращаются уже взрослые люди, с детских лет умеющие правильно произносить тот или иной звук, но так и не научившиеся пользоваться им в своей речи.

Помощь логопеду со стороны родителей на этом этапе просто незаменима. Сначала она должна заключаться в систематическом прослушивании ими всех произносимых ребенком слогов, слов и фраз с автоматизируемым звуком в целях контроля правильности его звучания. В дальнейшем будет необходим точно такой же постоянный контроль всей речи ребенка в обычных жизненных ситуациях: неправильно произнесенный звук нужно каждый раз поправлять. Именно этим и будет обеспечена полная автоматизация звука, причем сделано это будет в самый короткий срок, что избавит родителей от необходимости долго водить ребенка к логопеду.

В случаях искаженного звучания звука (а не его замены) этапом автоматизации обычно и заканчивается работа над коррекцией звукопроизношения. Например, если ребенок произносил звук **«р»** картаво или **«с»** межзубно и не смешивал эти звуки с другими, то очень мало вероятности, что он вдруг начнет их смешивать после коррекции. Здесь важно только воспитать у него умение отличать правильное звучание звука от дефектного, что необходимо для самоконтроля.

Когда же мы имеем дело со звуковыми заменами, то они обычно еще долго дают о себе знать и для их окончательного преодоления необходима специальная и иногда довольно продолжительная работа. Именно этому и посвящен четвертый этап работы над коррекцией звукопроизношения.

Г. Этап дифференциации смешиваемых звуков

Основная задача данного этапа заключается в том, чтобы воспитать у ребенка прочный навык *уместного* употребления в речи вновь воспитанного звука, без смешения его с акустически или артикуляторно близкими звуками. Это достигается путем специальных упражнений.

Работу по различению ребенком смешиваемых звуков по сути дела начинают уже в подготовительный период и в период постановки звука. На подготовительном этапе учат дифференцировать заменяемые в речи звуки *на слух*, а на этапе постановки звука внимание ребенка привлекают к различному положению губ и языка и к различной по своему характеру струе выдыхаемого воздуха при артикулировании смешиваемых им звуков (например, **«с»** и **«ш»**, **«з»** и **«ж»**).

Переход к специальному этапу дифференциации звуков может быть начат только тогда, когда оба смешиваемых звука уже правильно произносятся ребенком в любых звукосочетаниях, то есть когда они полностью автоматизированы.

Особенность подбора речевого материала на данном этапе состоит в том, что в нем *постоянно присутствуют оба смешиваемых ребенком звука*, которые он и должен научиться больше не смешивать. Это довольно сложная для него задача, требующая постоянного самоконтроля. Контроль правильности произношения ребенком звуков должен быть и со стороны взрослого.

Как и на предыдущем этапе, сложность речевого материала здесь тоже нарастает постепенно. Дифференция звуков проводится в той же самой последовательности, что и на этапе автоматизации, а именно:

- дифференциация в разных типах слогов (**«са-ша»**, **«ас-аш»**, **«сто-што»**);
- дифференциация в словах типа **«санки — шапка»**, **«собака – кошка»**, **«миска — мишка»**, **«сутки — шутки»**, **«сайка — шайка»**;
- дифференциация в предложениях типа **«шла Саша по шоссе»**;
- дифференциация в связных текстах, включающих оба смешиваемых звука;
- дифференциация в обычной разговорной речи; этот последний вид дифференциации сложен тем, что в обычной речи присутствуют не только два дифференцируемых и специально подобранных звука (смотрите все приведенные выше примеры), но и все

остальные свистящие и шипящие звуки, с которыми данный звук тоже не должен смешиваться.

При работе с детьми школьного возраста на этапе дифференциации звуков обязательно используются и *письменные упражнения*, позволяющие преодолеть буквенные замены на письме. В отношении же дошкольников необходима специальная работа по предупреждению таких замен, поэтому оба дифференцируемые звука обязательно сразу связываются с буквами.

Роль родителей на этапе дифференциации звуков не менее важна, чем на этапе автоматизации. Заключается она, во-первых, в систематическом контроле правильности выполнения ребенком логопедических заданий, включая и письменные, и, во-вторых, в постоянном контроле его речи в обычных жизненных ситуациях — до полного исчезновения в ней звуковых замен. Весь необходимый и расположенный в соответствующей последовательности дидактический материал для автоматизации и дифференциации звуков, начиная со слогов и кончая связными текстами, дан в нашей книге «Нарушение звукопроизношения у детей» (см. список литературы).

Такова общая последовательность логопедической работы при коррекции дефектов звукопроизношения. Соблюдение именно такой последовательности в работе является обязательным, поскольку всякое ее нарушение негативно сказывается на общем результате и затягивает сроки самой работы. Так, например, бесполезно пытаться сразу ставить ребенку звук, если состояние его артикуляторной моторики еще не позволяет этого сделать. Или нельзя начинать автоматизацию звука с ребенком,

не научившимся правильно его произносить, и т. п. (Во многих случаях родители еще до обращения к логопеду упражняют своих детей в чтении и заучивании стихотворений на определенный дефектно произносимый ими звук с целью его «исправления», что в итоге приводит к еще большему упрочению неправильной артикуляции звука.)

Однако в то же время было бы принципиально неверным и слепое следование изложенной здесь схеме работы. Эта схема рассчитана на самые трудные случаи, когда все приходится начинать, как говорится, с нуля. Но в реальной жизни могут встретиться самые различные варианты, требующие индивидуального подхода и учета конкретной ситуации.

В частности, мы уже говорили о том, что за логопедической помощью нередко обращаются дети и взрослые, уже владеющие правильным произношением звука. Неужели и в этих случаях работу нужно будет начинать с его постановки? Безусловно, нет. Здесь надо будет сразу приступить к автоматизации звука, что, кстати говоря, вполне могут сделать и сами родители или дефектно произносящие звуки взрослые, уже понявшие суть проблемы.

Или другой пример. Нередко у ребенка с хорошо развитой артикуляторной моторикой отсутствующий в его речи звук удается получить уже при обследовании. Естественно, что в этом случае полностью отпадает необходимость как в артикуляторной гимнастике, так и в специальной постановке звука. О необязательности проведения этапа дифференциации звуков при отсутствии у ребенка звуковых замен уже говорилось.

Одним словом, все должно делаться в пределах разумного, но с обязательной ориентировкой на полноценный конечный результат.

8. Особенности устранения разных форм дислалии

В заключение отмечу особенности логопедической работы при разных формах нарушения звукопроизношения.

При *сенсорной функциональной дислалии* эти особенности заключаются в следующем.

1. Преимущественное развитие в подготовительный период функции речеслухового анализатора по сравнению с речедвигательным (работа над слуховой дифференциацией звуков).
2. Уделение должного внимания фонематическому анализу слов, о котором сказано в главе о дисграфии.
3. Обязательное наличие этапа дифференциации смешиваемых звуков.
4. Целенаправленная работа над изжитием (или предупреждением) буквенных замен на письме.

При *моторной функциональной дислалии* имеются такие особенности.

1. В подготовительный период преимущественное внимание уделяется развитию артикуляторной моторики ребенка, выработке у него достаточно четких и координированных артикуляторных движений. Что касается развития слухового восприятия, то здесь важно научить ребенка отличать правильное звучание звука от дефектного (например, нормальное **«р»** от картавого).

2. Обычно отпадает необходимость в специальном выделении 4-го этапа работы — этапа дифференциации смешиваемых звуков.
3. Нет необходимости в специальной работе по преодолению (или профилактике) буквенных замен на письме.

При *сенсо-моторной функциональной дислалии* в зависимости от преобладающей симптоматики в разных вариантах комбинируются приемы работы, применяемые для преодоления моторной и сенсорной функциональных дислалий.

При *механической дислалии* основная особенность заключается в том, что здесь в большинстве случаев не удается ограничиться только логопедической помощью, а необходимо комплексное медико-педагогическое воздействие. При этом даже полное устранение анатомического дефекта обычно не приводит к нормализации звукопроизношения. Это объясняется тем, что помимо аномалий в строении артикуляторного аппарата дефектность в произношении звуков при механической дислалии обусловливается еще и вторичными функциональными нарушениями движений речевых органов. В частности, у ребенка в этих условиях неизбежно изменяется функция языка, который вынужден приспосабливаться к необычной анатомической структуре других органов. Этот неправильный способ функционирования становится привычным и сохраняется даже после полного устранения анатомического дефекта, а значит, сохраняется и неправильный способ артикулирования звуков.

И даже более того. Если после устранения анатомического дефекта старый способ неправильного функционирования языка оставить неизменным, то он может спровоцировать возвращение прежней патологической формы. Нередко именно вторично нарушенная функция здорового органа (в данном случае — языка) препятствует успешному проведению ортодонтического лечения. По этой причине логопедическая работа, и, прежде всего, активная артикуляторная гимнастика, важна в этих случаях не только для коррекции нарушенного звукопроизношения, но также и для устойчивого исправления самого анатомического дефекта.

Что касается последовательности применения методов медицинского и логопедического воздействия, то ее можно варьировать. Хотя с точки зрения коррекции звукопроизношения было бы целесообразнее сначала устранить анатомический дефект, однако это оказывается не всегда возможным. По этой причине логопедическую работу с ребенком нередко приходится начинать задолго до окончания ортодонтического или хирургического лечения, способствуя в том числе и более успешному его завершению.

В подготовительный период особенно большое внимание при механической дислалии уделяется развитию артикуляторной моторики ребенка. Работа по развитию слухового восприятия, как и при моторной функциональной дислалии, в большинстве случаев ограничивается воспитанием умения отличать правильное звучание звука от дефектного (например, боковое **«с»** от нормального).

Наибольшую сложность и своеобразие при механической дислалии имеет этап постановки звука. В зави-

симости от достигнутых результатов коррекции анатомического дефекта здесь могут иметь место следующие два варианта постановки.

1. В случае полного устранения аномалий в строении артикуляторного аппарата постановка звука проводится обычным путем, через обучение ребенка придавать своим артикуляторным органам то положение, которое необходимо для нормальной артикуляции звука.
2. При невозможности устранения анатомического дефекта или достижении лишь некоторого его уменьшения перед логопедом стоит сложная задача воспитания правильной артикуляции звука при необычном строении артикуляторного аппарата ребенка. Речь здесь может идти лишь о воспитании так называемой *компенсаторной артикуляции*, при которой дефект в строении одного органа компенсируется за счет своеобразного, необычного расположения других артикуляторных органов. Основным ориентиром здесь должна служить правильность звучания звука — приходится добиваться нормального (или возможно более близкого к норме) звучания, сознательно идя при этом на необычное расположение артикуляторных органов при произнесении звука.

Конкретными примерами воспитания компенсаторных артикуляций могут служить следующие. При короткой уздечке языка, не позволяющей его переднему краю подниматься вверх, вместо обычной верхней артикуляции шипящих звуков может быть воспитана нижняя, при которой кончик языка находится внизу. В подобных случаях нередко приходится ставить меж-

зубное **«л»**, не требующее поднимания кончика языка к верхним резцам, но по своему акустическому эффекту не отличающееся от нормального.

Устранение межзубного **«с»** при переднем открытом прикусе может быть достигнуто путем закрытия большого расстояния между верхними и нижними резцами несколько необычно выгнутой спинкой языка.

Автоматизация поставленного звука при механической дислалии осуществляется обычным путем. Что касается специальной работы над дифференциацией звуков, то при данном виде дислалии ее во многих случаях не требуется, поскольку здесь чаще наблюдается искаженное звучание звуков, чем их полная замена другими звуками.

Завершая разговор о механической дислалии, нельзя не сказать о том, что у некоторых детей аномалии в строении челюстей и зубов имеют приобретенный характер, то есть возникают уже после рождения ребенка, о чем необходимо знать родителям. Так, возникновение прогнатий и прогений нередко бывает связано с привычкой детей почти постоянно держать во рту палец. Если он при этом направлен вверх, то со временем начинает выступать вперед верхняя челюсть, а если вниз — нижняя. Во многих случаях это сопровождается также деформацией зубов и твердого нёба (появляется так называемое «готическое», то есть очень высокое, твердое нёбо).

Возникновению аномалий прикуса может способствовать и наличие у ребенка увеличенных миндалин, заставляющих его переходить от носового дыхания к ротовому. При ротовом же дыхании вся масса языка

подается вперед, оказывая постоянное давление на нижние резцы и приводя в конечном итоге к выступанию вперед нижней челюсти. К аналогичным последствиям иногда приводит и наличие короткой уздечки языка. В этих случаях кончик языка в состоянии покоя не прилегает, как обычно, к верхним передним зубам, а значит, и не оказывает необходимого давления на верхний зубной ряд. В таких условиях верхние передние зубы под давлением мышц губ несколько наклоняются внутрь ротовой полости, что в конечном итоге опять-таки приводит к выступанию вперед нижней челюсти.

Предупреждение самого факта возникновения подобных аномалий или своевременное их устранение исключит и появление связанных с ними нарушений звукопроизношения характера механической дислалии.

9. Особенности преодоления дизартрии

Преодоление выраженной дизартрии, особенно проявляющейся на фоне детского церебрального паралича, представляет собой сложную задачу, требующую усилий многих специалистов. Уже из приведенного выше краткого описания сложной и многообразной симптоматики детского церебрального паралича *ясна необходимость комплексной медико-педагогической помощи* данной категории детей в течение достаточно продолжительного времени. Такие дети обычно с раннего возраста находятся на специальном учете, в связи с чем перед родителями, как правило, не возникает вопроса о том, куда им следует обращаться за помощью. Что касается случаев сравнительно легко выраженной и особенно стертой дизартрии, то к этой проблеме хотелось бы

привлечь внимание родителей, поскольку они нередко не придают ей должного значения. Напомним о ней еще раз.

Стертая дизартрия чаще всего является лишь одним из проявлений так называемой минимальной мозговой дисфункции, которая в последние десятилетия превратилась буквально в проблему века. В этих случаях имеется как бы общий органический фон, при наличии которого дело не может ограничиться нарушениями одного лишь звукопроизношения, хотя оно и обращает на себя внимание в самую первую очередь.

Для этих детей характерны также небольшие нарушения психической деятельности, которые становятся особенно заметными с началом их школьного обучения. В частности, *нарушено внимание*, что проявляется в повышенной отвлекаемости ребенка, в его неумении сосредоточиться на каком-то одном занятии; *нарушена память*, что выражается в трудности запоминания речевого материала (в особенности стихотворений) и быстром его забывании и т. п.

Если в отношении таких детей не были предприняты коррекционные меры в дошкольном возрасте, то у них неизбежно возникают проблемы со школьной успеваемостью, в результате чего в дальнейшем они нередко доходят до состояния школьной дизадаптации со всеми вытекающими отсюда последствиями, особенно отрицательно проявляющимися у подростков.

При *коррекции звукопроизношения у детей с дизартрией*, в том числе и стертой, основное внимание в подготовительный период обращается на развитие у них речевой моторики, поскольку для преодоления слабости

артикуляторных мышц необходимо достаточно большое количество тренировочных упражнений. Однако при проведении этих упражнений важно учитывать особенности проявления парезов и упражнять именно слабые мышцы, что требует специальных знаний. Поэтому родители могут подключаться к этой работе (при проверке правильности выполнения ребенком домашних заданий) лишь после подробной консультации у логопеда. Грамотная их помощь в проведении упражнений намного повышает эффективность логопедической работы и значительно сокращает ее сроки.

После завершения подготовительной работы коррекция звукопроизношения проводится по тем же самым этапам, что и при дислалии — постановка звука, его постепенная (поэтапная) автоматизация, а при наличии звуковых замен — и поэтапная дифференциация смешиваемых звуков. Отличие состоит лишь в том, что к автоматизации звука в некоторых случаях приходится приступать до достижения полной чистоты его изолированного звучания, особенно при наличии у ребенка полных звуковых замен. Это объясняется тем, что преодоление явлений пареза требует достаточно продолжительного времени, и поэтому бывает целесообразнее включить в речь пусть пока еще не совсем полноценный звук, чем и далее давать ребенку возможность заменять его другим звуком (например, говорить **«коска»** вместо **«кошка»**). Однако работа над усовершенствованием речевой моторики при этом продолжается, ввиду чего и артикуляция уже включенного в речь звука все более и более приближается к норме (например, боковой оттенок звучания постепенно уменьшается).

Автоматизация правильного звукопроизношения даже при стертой дизартрии обычно занимает более продолжительное время, чем при дислалии. Во многих случаях оказывается необходимой также работа по воспитанию вторично нарушенной слуховой дифференциации звуков и работа по развитию фонематического анализа слов. При этом нужно учитывать, что как различение отдельных звуков, так и фонематический анализ слов включают в себя не только слуховой, но и моторный компонент (более или менее выраженная степень проговаривания), который у детей с дизартрией страдает. Поэтому ребенок с дизартрией недостаточно хорошо чувствует положение и движение своих артикуляторных органов, что затрудняет уточнение им звукового состава слова путем его громкого или скрытого проговаривания.

10. Эффективность преодоления нарушений звукопроизношения

Эффективность преодоления нарушений звукопроизношения зависит в основном от его причинной обусловленности и от серьезности отношения как самого ребенка, так и его родителей к логопедической работе.

Функциональные моторная и сенсорная дислалии, как правило, поддаются полному и сравнительно быстрому преодолению, если не иметь в виду случаи преждевременного прекращения логопедических занятий, о которых уже говорилось выше. Практически полный результат достигается и при стертой дизартрии, а также при нерезко выраженной механической дислалии, не связанной с особо грубыми анатомическими дефектами в строении речевого аппарата. При наличии же послед-

них эффективность преодоления дефектного произношения звуков во многом зависит от того, насколько удастся устранить имеющийся анатомический дефект, и, безусловно, от упорства и настойчивости самого человека в деле овладения правильным звукопроизношением.

О большей трудности и более длительных сроках преодоления дизартрии по сравнению с дислалией уже говорилось, но и здесь очень многое может изменить сам человек. Поэтому неслучайно мы часто видим «не поддающийся устранению» буквально пустяковый дефект в произношении какого-то звука у одного человека наряду с нормальной речью другого человека, приложившего необходимые усилия для преодоления даже выраженных парезов артикуляторных мышц. Здесь в полном смысле слова каждый получает по заслугам, то есть в соответствии с затраченным им трудом.

11. Типы учреждений для оказания логопедической помощи лицам с нарушениями звукопроизношения

Логопедическая помощь *детям дошкольного возраста* с нарушениями звукопроизношения может оказываться в учреждениях разного типа. В каждом конкретном случае выбор учреждения определяется двумя факторами: во-первых, возрастом ребенка и, во-вторых, самой тяжестью дефекта. Оба фактора приходится учитывать одновременно.

В случаях тяжелых нарушений звукопроизношения (выраженная форма дизартрии или грубой механической дислалии), а также при проявлении дефектов звукопроизношения на фоне общего недоразвития речи

логопедическая помощь оказывается в учреждениях стационарного или полустационарного типа. Для детей дошкольного возраста это могут быть логопедические ясли, логопедические детские сады или специальные речевые группы при массовых детских садах, а также речевые стационары. Во всех этих учреждениях ребенку может быть оказана необходимая комплексная и к тому же достаточно продолжительная помощь. Временное помещение таких детей в стационар желательно не только в лечебных, но и в диагностических целях, поскольку здесь имеются все необходимые условия для проведения тщательного комплексного обследования каждого ребенка разными специалистами и для оказания ему разносторонней помощи.

Детям школьного возраста с такого рода сложными расстройствами, при которых дефекты звукопроизношения являются лишь одним из симптомов каких-то более сложных речевых и других нарушений, коррекционно-диагностическая помощь может оказываться в учреждениях стационарного или санаторно-курортного типа. Часть этих детей обучается в дальнейшем в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи или в школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, где, наряду с обучением, с ними в течение ряда лет продолжается и необходимая коррекционная работа.

При более легких формах нарушений звукопроизношения, являющихся самостоятельными речевыми расстройствами, *логопедическая помощь детям как дошкольного, так и школьного возраста* оказывается в основном в учреждениях амбулаторного типа. Для дошкольников

это будут логопедические кабинеты при детских поликлиниках, для школьников — школьные логопедические пункты при массовых школах.

Кроме того, в последние годы все шире распространяется сеть так называемых Центров — учреждений амбулаторного типа, призванных оказывать диагностическую и коррекционно-профилактическую помощь детям дошкольного и школьного возраста с различными речевыми и нервно-психическими расстройствами. В такие Центры очень часто обращаются и дети с нарушениями звукопроизношения (правда, в процессе комплексного обследования у них нередко выявляются и значительно более серьезные речевые и другие расстройства).

Подростки и взрослые могут получать логопедическую помощь в логопедических кабинетах при психоневрологических диспансерах.

Во многих случаях *детям и взрослым*, страдающим дефектами в произношении звуков (равно как и любыми другими нарушениями речи), оказывается письменная консультативная помощь. К такого рода помощи в значительной степени можно отнести и многочисленные логопедические пособия, написанные для неспециалистов, касающиеся в том числе и нарушений звукопризношения.

Использованная литература

1. *Винарская Е. Н., Пулатов А. М.* Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. — Ташкент: Медицина, 1973.

2. Логопедия / Под ред. Л. С.Волковой. — М.: Просвещение, 1998.

3. *Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В.* Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрии. — СПб.: Образование, 1994.

4. *Мартынова Р. И.* О психолого-педагогических особенностях детей-дислаликов и дизартриков // Очерки по патологии речи и голоса. Вып. 3 / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Просвещение, 1967.

5. *Мелехова Л. В.* Дифференциация дислалий // Очерки по патологии речи и голоса. Вып. 3 / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Просвещение, 1967.

6. Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы / Под ред. Р. Е. Левиной. — М.: Просвещение, 1965.

7. *Омельченко Н. А.* Косноязычие и его связь с аномалиями зубочелюстной системы и слухом. — М.: Медгиз, 1961.

8. *Парамонова Л. Г.* Говори и пиши правильно. Устранение недостатков устной и письменной речи. — СПб.: Дельта, 1996.

9. *Парамонова Л. Г.* Нарушение звукопроизношения у детей. — СПб.: Союз, 2005.

10. *Правдина О. В.* Логопедия. — М.: Просвещение, 1973

11. *Семенова К. А.* Детские церебральные параличи. — М.: Медицина, 1968.

12. *Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я.* Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. — М.: Медицина, 1972.

13. *Токарева О. А.* Функциональные дислалии // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.

14. *Токарева О. А.* Дизартрии // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.

15. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

16. *Чучалина Л. Н.* Взаимосвязь и взаимообусловленность строения и функционирования речевого аппарата при зубочелюстных аномалиях // Дефектология, № 5, 1976.

17. *Шембель А. Г.* Механические дислалии // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.

ГЛАВА 8

Ринолалия

Ринолалия — это носовой оттенок голоса, обусловленный излишним или недостаточным резонированием носовой полости в процессе речи. Она бывает вызвана дефектами в строении и функционировании речевого аппарата (*rhinos* по-гречески — нос, *lalia* — речь, то есть «носовая речь»). Ранее для обозначения этого нарушения речи употреблялся термин «гнусавость», имеющий народное происхождение и отражающий особенность внешнего проявления расстройства.

В норме при артикулировании всех звуков речи, кроме носовых **«м»** и **«н»**, носовая полость изолируется от ротовой и вся выдыхаемая воздушная струя направляется в ротовую полость, что полностью исключает возможность появления носового оттенка голоса. Такая изоляция носового и ротового резонаторов обеспечивается деятельностью мышц так называемого нёбно-глоточного затвора (происходит одновременное сокращение мышц мягкого нёба, боковых и задней стенок глотки, благодаря чему закрывается проход в носовую полость). При артикулировании же носовых звуков **«м»** и **«н»** мягкое нёбо бывает опущено, и поэтому проход в носовую полость остается открытым. Вследствие

этого струя выдыхаемого воздуха попадает не в ротовую, а в носовую полость и, резонируя в ней, придает этим звукам носовой оттенок.

Таким образом, для нормального звукообразования мягкое нёбо в процессе речи должно постоянно то подниматься, то опускаться, причем степень его поднятия и соответственно сила смыкания нёбно-глоточных мышц неодинаковы при артикулировании разных звуков. Так, например, при гласном звуке **«а»** и согласном **«в»** степень поднятия мягкого нёба минимальная, тогда как при **«щ»** — максимальная. Это обстоятельство всегда учитывается в процессе коррекции звукопроизношения при ринолалии.

1. Причины ринолалии

Какие же явно видимые причины могут приводить к нарушению нормального функционирования нёбно-глоточного затвора? Основные из них следующие.

1. Наличие врожденных (реже — приобретенных) расщелин мягкого и твердого нёба, приводящих к полной невозможности разобщения носовой и ротовой полостей. В этих случаях при артикулировании и носовых, и ротовых звуков выдыхаемый воздух одновременно выходит как через рот, так и через нос.
2. Короткое мягкое нёбо, не способное «дотянуться» до задней стенки глотки, вследствие чего проход в носовую полость также остается открытым для прохода выдыхаемого воздуха.
3. Отсутствие маленького язычка или его раздвоение, что тоже не позволяет обеспечить плотный нёбно-глоточный затвор, закрывающий проход в носовую полость.

4. Наличие параличей и парезов мягкого нёба, полностью исключающих или резко ограничивающих возможность его поднимания и смыкания с задней стенкой глотки, что опять-таки не позволяет изолировать носовую полость от ротовой.
5. Некоторая общая вялость артикуляторных мышц (в том числе и мышц мягкого нёба), чаще всего наблюдающаяся у физически ослабленных детей и также препятствующая образованию полноценного нёбно-глоточного затвора. К таким же результатам приводит и «привычное» снижение активности мягкого нёба после удаления аденоидных разрастаний, препятствовавших его нормальной работе, или после уже прошедшего постдифтерийного или постгриппозного паралича.
6. Наличие аденоидных разрастаний, носовых полипов, опухолей в области носоглотки, искривлений носовой перегородки, что приводит, наоборот, к постоянной изоляции носовой полости от ротовой. При этом воздух или совсем не попадает в носовую полость или попадает в нее в очень ограниченном количестве. Однако голос и в этих случаях тоже приобретает носовой оттенок, поскольку закрытый резонатор всегда усиливает звук.
7. Повышенная функция (гиперфункция) мышц мягкого нёба, приводящая к тому, что оно постоянно находится в поднятом положении и тем самым при произнесении всех звуков речи, включая и носовые, изолирует носовую полость от ротовой.

Как видим, первые пять из перечисленных причин приводят к постоянному отсутствию изоляции носовой

полости от ротовой, а последние две — к наличию постоянной их изоляции в процессе речи. Но во всех этих случаях нарушается нормальное резонирование носовой полости при речеобразовании, что и обусловливает появление разных видов ринолалии (при выключении носового резонатора, как уже было отмечено, голос также приобретает носовой оттенок).

Все перечисленные причины ринолалии принято делить на органические и функциональные в зависимости от того, нарушают ли они анатомическое строение речевого аппарата в его центральном или периферическом отделах или приводят только к нарушению его нормального функционирования.

В соответствии с этим *к органическим причинам* следует отнести наличие нёбных расщелин, укорочение мягкого нёба и аномалии маленького язычка, а также все названные выше анатомические изменения в полости носоглотки, поскольку во всех этих случаях органически поврежден периферический отдел речевого аппарата. К органическим причинам относятся также параличи и парезы мягкого нёба, так как при этом органически страдает центральный отдел речедвигательного анализатора, о чем мы уже говорили в главе о дизартрии.

К функциональным причинам относятся гипо- и гиперфункция (то есть пониженная или повышенная активность) мягкого нёба без явных признаков органического его повреждения. В редких случаях функциональной причиной ринолалии может явиться и подражание.

Помимо перечисленных причин, *в основе функциональной ринолалии могут лежать и нарушения слуха.* При полном отсутствии или сильной степени сниже-

ния слуха ребенку, имеющему нормальное нёбо, не удается правильно «настроить» и отрегулировать процесс голосообразования из-за недостаточности слухового контроля — он просто не слышит «носового» звучания своей речи и не чувствует отличия этого звучания от звучания речи других людей.

2. Виды ринолалии и пути их преодоления

Ринолалия бывает открытой, закрытой и смешанной. Рассмотрим каждый из ее видов в отдельности.

А. Открытая ринолалия

Она имеет место тогда, когда в силу наличия названных органических или функциональных причин проход в носовую полость оказывается постоянно открытым. В этих условиях не только носовые звуки **«м»** и **«н»**, но и все ротовые гласные и согласные звуки приобретают носовой оттенок.

В зависимости от вызвавших ее причин, открытая ринолалия бывает следующих трех видов.

1. Органическая открытая ринолалия на почве врожденных нёбных расщелин (а также укорочения мягкого нёба, отсутствия или раздвоения маленького язычка или наличия скрытой расщелины твердого нёба).
2. Органическая открытая ринолалия на почве параличей и парезов мягкого нёба.
3. Функциональная открытая ринолалия.

Рассмотрим каждый из названных видов открытой ринолалии.

Органическая открытая ринолалия на почве врожденных нёбных расщелин и пути ее устранения

Органическая открытая ринолалия на почве врожденных нёбных расщелин связана с тяжелым и довольно часто встречающимся пороком развития, который закладывается на 2–3-м месяце внутриутробной жизни плода. Если в этот период не произошло нормального формирования твердого и мягкого нёба, то ребенок рождается с нёбной расщелиной. Нередко при этом наблюдается также расщелина альвеолярного отростка и верхней губы.

По имеющимся в литературе сведениям, относящимся к 60-м годам XX века, только в нашей стране ежегодно рождаются до 5000 детей с нёбными расщелинами, однако эта цифра имеет явно выраженную тенденцию к росту.

Появление нёбных расщелин может быть связано с наследственными факторами, с неблагоприятными условиями протекания первых двух месяцев беременности (заболевания матери гриппом, паротитом, краснухой; токсоплазмоз; наличие эндокринных нарушений; вредные профессиональные условия; психические травмы и пр.). Отмечается также отрицательное влияние неблагоприятных экологических факторов, наркомании, алкоголизма и курения родителей и т. п. Во многих случаях все эти факторы могут так или иначе взаимодействовать, что значительно повышает возможность появления данной аномалии.

Расщелины бывают сквозными (односторонними и двусторонними) и несквозными (полными, неполными и скрытыми). *Сквозная расщелина* захватывает не только нёбо, но и губу и альвеолярный отросток, то есть проходит именно «насквозь». *Несквозная полная расщели-*

на захватывает все твердое и мягкое нёбо, начиная от верхних резцов. *Несквозная неполная расщелина* может захватывать часть твердого нёба и мягкое нёбо или даже только мягкое нёбо. *Скрытая (субмукозная) расщелина* твердого нёба не видна, поскольку она затянута слизистой оболочкой, однако ее наличие способствует усилению носового резонанса и поэтому также приводит к появлению открытой ринолалии.

Во всех этих случаях, если не говорить об использовании каких-либо специальных ортопедических приспособлений, полностью исключена возможность изоляции носовой полости от ротовой. В результате операции такая возможность может быть обеспечена за счет восстановления нормальной структуры твердого и мягкого нёба. Однако реальное использование этой возможности достигается лишь после проведения соответствующих тренировочных упражнений, направленных на активизацию мышц мягкого нёба.

Нёбным расщелинам обычно сопутствуют различные деформации челюстей и зубов, требующие ортодонтического лечения. Наличие столь грубых анатомических дефектов в строении артикуляторного аппарата не может не приводить и к дефектам в произношении звуков. По этой причине при органической открытой ринолалии на почве врожденных нёбных расщелин имеет место сочетание двух дефектов — тяжелой механической дислалии и ринофонии (носового оттенка голоса).

Симптомокомплекс органической открытой ринолалии на почве врожденных нёбных расщелин

Наличие нёбной расщелины влечет за собой появление целого комплекса очень серьезных симптомов,

уже с самых первых дней жизни ребенка существенно осложняющих весь ход его развития. *Нарушаются такие жизненно важные функции, как питание* (ребенок не может нормально сосать и глотать, молоко вытекает через нос) *и дыхание* (вдыхаемый воздух не согревается и не очищается в носовых ходах, поскольку он непосредственно через расщелину сразу попадает в глубокие дыхательные пути, что значительно повышает риск возникновения *респираторных заболеваний*). Более предрасположены эти дети и к *ушным заболеваниям*.

Из-за грубого нарушения анатомического строения артикуляторного аппарата нарушается функционирование и нормально устроенных артикуляторных органов, поскольку они оказываются вынужденными приспосабливаться к совершенно необычным для них условиям. Так, *корень языка оттягивается в глубь ротовой полости*, чрезмерно поднимается вверх и прикрывает собой расщелину (по принципу «природа не терпит пустоты»). Такое заднее положение языка в свою очередь дополнительно препятствует выходу воздуха через рот. *Кончик языка при этом находится в постоянно опущенном пассивном положении* и в итоге оказывается слабым и неприспособленным к артикулированию звуков.

Отмеченное положение языка, этого наиболее активного артикуляторного органа, помимо имеющейся расщелины нёба, также обусловливает *тяжелейшее нарушение звукопроизношения*. Вся артикуляция звуков резко сдвигается назад, вследствие чего большинство согласных звуков приобретают оттенок «заднеязычности» и напоминают заднеязычный звук **«х»**. Кончик

языка по указанной выше причине практически не принимает участия в образовании звуков, несмотря на то что большинство согласных звуков русского языка являются именно переднеязычными.

Общая невнятность звукопроизношения усугубляется еще и тем, что все ротовые звуки, как уже отмечалось выше, произносятся *с носовым оттенком*. Ввиду всего этого без специальной логопедической работы, начатой с раннего возраста, многие дети в таких условиях практически не могут самостоятельно овладеть произносительной речью и в наиболее тяжелых случаях способны издавать лишь отдельные мычащие звуки.

Даже если в речи детей, страдающих ринолалией, и имеются некоторые почти нормально артикулируемые звуки, то они сильно назализованы (от лат. *nasus* — нос), то есть произносятся с носовым оттенком. К тому же сам голос звучит тихо и глухо, поскольку резонирование происходит в основном в носовой полости, где звук в значительной степени поглощается и не может дать такого сильного и ясного звучания, как при резонировании в полости рта.

Пытаясь как-то улучшить звукопроизношение и одновременно задержать утечку воздуха через нос, дети усиливают напряжение мышц языка, губ, крыльев носа, а нередко и всего лица, что со временем приводит к нарушению взаимосвязи и взаимодействия артикуляторных и мимических мышц — развивается патологическая активность лицевой мускулатуры в процессе артикуляции. Это значительно утяжеляет общую картину нарушений и создает впечатление крайней напряженности речи (*в процессе нее на лице постоянно имеются гримасы*).

Ввиду приблизительности и неотчетливости артикулирования звуков и неотчетливого звучания всей речи, которую ребенок постоянно воспринимает на слух, у него *вторично* может нарушаться также *слуховая дифференциация звуков*, а следовательно, и *фонематический анализ слов* (при неразличении даже отдельных звуков правильно проанализировать звуковой состав целого слова практически невозможно). А раз это так, то при обучении грамоте это обязательно приведет и к появлению *дисграфии*, при которой на письме будут заменяться буквы, соответствующие неразличаемым по слуху звукам, а также будут наблюдаться пропуски и перестановки букв, связанные с нарушением фонематического анализа слов.

Вполне понятно, что ребенку, для которого звуковой состав слов является довольно туманным, включая сюда и неотчетливость различения их окончаний, овладеть как словарным запасом, так и грамматическим строем речи будет значительно труднее. К тому же мешать этому будет еще и недостаточность его речевых контактов, поскольку дети с ринолалией обычно имеют ограниченный круг знакомых, да к тому же, стесняясь своей речи, и вообще мало разговаривают. Ввиду этого у них нередко наблюдается *общее недоразвитие речи* с характерной для него бедностью словарного запаса и несформированностью грамматического строя. Иногда имеет место и *задержка психического развития*.

Как внешний вид ребенка, так и имеющиеся у него грубые нарушения речи во многих случаях приводят к тяжелому переживанию им своего дефекта и постепенному появлению *вторичных психических наслоений*.

Такие дети нередко становятся застенчивыми, у некоторых из них появляется повышенная раздражительность.

Таким образом, при данной форме ринолалии мы имеем дело с многообразной и достаточно тяжелой симптоматикой, касающейся не только речевой функции ребенка, но и состояния его организма в целом.

Пути преодоления органической открытой ринолалии на почве врожденных нёбных расщелин

Сложность и разносторонность симптоматики ринолалии вызывают *необходимость комплексного воздействия на ребенка в процессе коррекционной работы с ним*. В этот комплекс входят общеукрепляющее, ортопедическое, ортодонтическое, хирургическое и физиотерапевтическое лечение, проводимое разными специалистами, а также логопедическая работа и психотерапия.

В настоящее время дети с врожденными расщелинами нёба находятся под наблюдением специалистов с момента рождения. Буквально с первых дней жизни они ставятся на учет, им оказывается вся необходимая помощь, которая во многом способствует предупреждению развития тех тяжелых аномалий, о которых говорилось выше. Кормление этих детей осуществляется через специальный зонд (ребенок при этом находится в вертикальном положении). Примерно к десятому дню жизни индивидуально для каждого ребенка изготавливается *обтуратор* — специальная пластинка из мягкой пластмассы, предназначенная для закрытия нёбной расщелины.

Наличие обтуратора, обеспечивающего изоляцию ротовой полости от носовой, значительно нормализует процесс питания и дыхания и создает более благоприят-

ные условия для формирования речи, но только в случаях его раннего использования. Более позднее применение обтуратора дает значительно меньший эффект, поскольку у ребенка уже успевает закрепиться неправильное положение языка, препятствующее ротовому выдоху. Однако даже и раннее ношение обтуратора не дает окончательного решения проблемы, поскольку он не позволяет восстановить нарушенное расщелиной мышечное физиологическое единство и не может воспрепятствовать развитию патологических изменений в носоглотке и других отделах речевого аппарата. Поэтому единственная возможность для обеспечения нормального развития ребенка с врожденной расщелиной нёба — это хирургическая операция.

Хирургическое лечение врожденных нёбных расщелин должно проводиться в наиболее оптимальные сроки. Мнения разных специалистов по этому вопросу различны, но общее направление научного поиска заключается в изыскании путей и средств возможно более ранней оперативной помощи ребенку при исключении в то же время некоторых нежелательных последствий ранней операции (в частности, возможного сужения верхней челюсти, деформации зубных рядов и пр.).

Прежде всего (эти сроки существенно колеблются) обычно оперируется расщелина губы. Что касается операций на нёбе, то они проводятся позже и в разные сроки, что в значительной степени определяется самой методикой их выполнения. В последние годы нёбо оперировалось преимущественно начиная с 2–3-летнего возраста, однако последние публикации (см. в списке литературы работу Е. А. Соболевой) говорят о том, что

эти операции стали проводиться на первом году жизни ребенка. Безусловно, при этом обязательно учитывается общее состояние его здоровья. У физически ослабленных детей операции приходится откладывать на гораздо более поздние сроки. Чаще всего такие операции осуществляются в несколько этапов. В дооперационный период продолжается использование обтуратора, который по мере роста ребенка и изменения в связи с этим размеров расщелины периодически меняется.

Основная цель оперативного вмешательства заключается в восстановлении анатомической структуры, а через нее — и функции нёба. Однако даже самая удачная операция сама по себе не приводит к нормализации речи, поскольку у ребенка уже успевают сформироваться достаточно прочные навыки неправильного речеобразования, требующие не только перевоспитания, но и приспособления к новым, более благоприятным послеоперационным анатомическим условиям. К тому же воссозданное в результате операции мягкое нёбо является недостаточно подвижным, а значит, и неспособным обеспечить полноценный нёбно-глоточный затвор.

Логопедическая работа с детьми, страдающими ринолалией, начинается, по сути, с первых дней их жизни и проводится как в дооперационный, так и в послеоперационный периоды.

Работа в дооперационный период

Основная цель дооперационной логопедии и комплекса лечебных мероприятий заключается в том, чтобы, с одной стороны, максимально предупредить те вышеупомянутые возможные отклонения в развитии ребенка,

которые как бы заранее предопределяются, программируются самим фактом наличия расщелины, а с другой — подготовить более благоприятные условия для проведения операции.

В этот период главное внимание должно быть обращено на следующее.

1. *Предупреждение появления астенического синдрома.* Поскольку заранее известно, что дети с врожденными нёбными расщелинами ослаблены и предрасположены к простудным заболеваниям, то с самого раннего возраста необходимо позаботиться о *закаливании ребенка* и о стимуляции его физического развития. Закаливание проводится с самых первых месяцев жизни. С этой целью можно использовать постепенно увеличивающиеся по продолжительности воздушные ванны, водные процедуры, прогулки с ребенком на воздухе при условии постепенного увеличения их длительности и не слишком резких колебаний температуры.

Стимуляция физического развития достигается преимущественно за счет подвижных игр и специальных физических упражнений. На самых ранних этапах развития лучше всего следовать за ходом нормального онтогенеза, несколько активизируя те движения, которые доступны ребенку данного возраста. Например, если в период от 6 до 10 месяцев ребенок в основном ползает, то на активизации ползания и сосредоточивается внимание. Для стимуляции этого двигательного процесса ребенку предлагается ползти то к маме, то к папе, то к бабушке, то за яркой игрушкой. Расстояние можно постепенно увеличивать. Примерно то же самое в соответствующем возрасте проделывается и с ходьбой, бегом.

Используется игра в прятки, в мяч и другие подвижные игры.

Для укрепления здоровья ребенка должное внимание уделяется также его *полноценному питанию, приему витаминов, необходимых лекарственных препаратов* и пр. Исключительно важен и достаточный по продолжительности *полноценный сон* в спокойной обстановке.

Обеспечение достаточной физической выносливости и общего здорового фона в организме необходимо для предстоящей операции, которая нередко откладывается на месяцы и даже годы только по причине астенизации ребенка.

2. *Предупреждение фиксации языка в неправильном положении.* С этой целью малыша уже с самых первых дней его жизни избегают класть на спинку, чтобы самим этим положением не провоцировать западание языка назад. В дальнейшем стараются всемерно стимулировать движения кончика и передней части спинки языка (например, можно систематически предлагать ребенку слизывать варенье с верхней губы, чистить зубки кончиком языка, играть в «часики», переводя высунутый изо рта язык из одного угла рта в другой и т. п.).

Переднее положение языка очень важно для воспитания у ребенка уже в дооперационном периоде ротового выдоха, поскольку оттянутый в глубь ротовой полости корень языка препятствует выходу воздуха через рот. Правильный ротовой выдох при опущенном корне языка позволяет почти полностью снять носовой оттенок на том или ином звуке, а впоследствии и во всей речи. (Выдвижением языка вперед обеспечивается широкий проход для выдыхаемой воздушной

струи в ротовую полость, ввиду чего при плавном выдохе эта струя скользит вдоль расщелины и почти целиком выходит через рот.)

Переднее положение языка и всемерная активизация его кончика необходимы также для воспитания правильной артикуляции звуков, большинство из которых, как уже было отмечено, в русском языке являются переднеязычными.

3. *Предупреждение фиксации нарушений дыхательной функции.* Поскольку при ринолалии наблюдается утечка воздуха через нос и сам по себе выдох очень укороченный, неэкономный, то нужно стараться предупредить окончательное закрепление такого способа дыхания. Основная задача — выработать достаточно продолжительный и экономный, устойчивый ротовой выдох, на котором можно было бы произнести целую фразу. С этой целью используется специальная дыхательная гимнастика, предупреждающая уменьшение объема вдыхаемого и выдыхаемого воздуха и подготавливающая тем самым дыхательный аппаратат ребенка к нормальной речевой нагрузке. Наряду с этим ребенка необходимо научить дышать вне речи носом, а не ртом.

Для развития продолжительности и достаточной силы ротового выдоха можно уже начиная с 1,5–2 лет приучать ребенка «студить чай», «согревать ручки» теплом своего дыхания, дуть на больное место и т. п. В дальнейшем для этой цели можно использовать катание по столу круглых карандашей, расположенных на уровне рта ребенка, а также игру на губной гармошке, задувание свечи с постепенным увеличением расстояния до нее, поддувание летающих в воздухе пушинок, сдувание одуван-

чиков и т. п. Однако при выполнении всех этих упражнений нужно соблюдать большую осторожность и не допускать излишнего напряжения, поскольку оно может распространиться на все мышцы артикуляторного аппарата и на лицевые мышцы. Плавность и длительность выдоха обеспечиваются и за счет обязательной постановки диафрагмального дыхания, которое во всех случаях речевой патологии является наиболее предпочтительным. Воспитанию вдоха через нос способствуют такие упражнения, как «нюхание цветка». Ввиду большой утомительности дыхательных упражнений они проводятся в течение 1,5–2 минут, но в день повторяются несколько раз.

Дыхательные упражнения помимо решения чисто логопедических задач способствуют также более полноценному развитию грудной клетки ребенка, следовательно, и укреплению его здоровья.

4. *Активизация мышц нёбно-глоточного кольца.* Она очень важна уже в дооперационный период, поскольку в значительной мере улучшает условия для проведения операции. Здесь можно рекомендовать упражнения типа легкого покашливания, позевывания, проглатывания маленькими порциями молока или воды. При этом мягкое нёбо (а до операции — его фрагменты) рефлекторно поднимается вверх. Проводится и пальцевой массаж сегментов твердого и мягкого нёба, которому мать ребенка обучают уже в родильном доме. С целью активизации мышц задней стенки глотки рекомендуется вызывать рвотный рефлекс, для чего можно слегка «пощекотать» ее свернутой в трубочку бумажкой или ручкой чайной ложки. Считается, что путем вызова этого рефлекса под-

вижности мягкого нёба можно добиться в наиболее короткий срок ввиду особенно сильного сокращения в этот момент нёбных мышц. Мягкое нёбо удерживается в поднятом положении и в процессе полоскания горла, однако это упражнение можно использовать лишь после закрытия нёбной расщелины, то есть в послеоперационном периоде. Оно полезно еще и потому, что при запрокидывании головы назад мягкое нёбо даже при условии его неподвижности несколько отходит в сторону задней стенки глотки. Со временем это движение становится произвольным.

Эти упражнения возобновляются и через 2–3 недели после операции, но активизации мягкого нёба здесь уделяется еще большее внимание. Во многих случаях для этой цели используется и вибрационный массаж мягкого нёба. Основная цель этой работы — обеспечение смыкания мягкого нёба с задней стенкой глотки, что необходимо для достижения изоляции носовой полости от ротовой.

5. *Развитие подвижности артикуляторных мышц* как необходимой предпосылки для воспитания правильного произношения звуков. Забота об этом должна проявляться начиная с самого раннего возраста. Сначала проводятся так называемые пассивные движения. Мама своими пальцами собирает губы ребенка в трубочку, а затем растягивает их в улыбку; поднимает верхнюю губу вверх, обнажая верхние десны, после чего нижнюю губу опускает вниз с обнажением нижних десен. Кончик языка шпателем то прижимают ко дну рта, то приподнимают к верхней губе, то выдвигают к нижней губе и затем отводят то в одну, то в другую сто-

рону. В более позднем возрасте постепенно переходят к активному выполнению этих же самых движений самим ребенком.

Уже в дооперационный период у детей с ринолалией, по существу, можно воспитать правильную артикуляцию всех звуков речи, хотя носовой оттенок голоса при этом сохраняется. Но здесь важно то, что ребенок с самого начала привыкает пользоваться членораздельной речью, а не остается «безречевым», способным издавать лишь мычащие звуки или имеющим нечленораздельную речь.

Воспитанное до операции правильное положение артикуляторных органов быстро восстанавливается и скорее упрочивается и в послеоперационный период, что значительно сокращает продолжительность логопедической работы после операции.

6. *Развитие силы и гибкости голоса.* Как уже отмечалось, наличие у ребенка нёбной расщелины приводит к тому, что голос его звучит тихо и глухо. Зная это, необходимо возможно раньше предпринять хотя бы самые простые предупредительно-коррекционные меры. Можно играть с ребенком в подражание голосам разных животных (например, можно воспроизвести низкий голос медведя или мычание коровы и значительно более высокое мяукание кошки). Хорошо использовать и «укачивание куклы» с характерным для него чередованием более высокого и более низкого звучания звука «а». Для непроизвольного увеличения силы голоса полезно отойти от ребенка на некоторое расстояние. Однако все эти упражнения должны проводиться очень осторожно, без всякого перенапряжения слабой голосовой функции ребенка.

7. *Предупреждение задержки речевого и психического развития.*

Это направление дооперационной логопедии важно потому, что наличие нёбной расщелины очень ограничивает возможности речевого общения ребенка и вторично может обусловить задержку не только речевого, но и психического его развития. Для предупреждения этого необходимо с самого раннего возраста привлекать внимание ребенка к речи, больше разговаривать с ним, давая ему возможность видеть при этом лицо говорящего, что будет стимулировать потребность в подражании слышимым звукам. Позднее следует работать над расширением понимания речи окружающих, над обогащением словаря, уточнением слоговой структуры слов, обращая особое внимание на правильность произнесения ребенком их окончаний (профилактика аграмматизмов).

8. *Предупреждение появления вторичных психических наслоений.* Это очень важное направление дооперационной логопедии заключается в осуществлении психотерапевтического воздействия на ребенка и его ближайших родственников. Такое воздействие уже с первых дней жизни ребенка оказывается на его родителей и прежде всего — на мать.

Проводится подробная разъяснительная беседа, касающаяся строения речевого аппарата и тех мер по нормализации внешнего вида и речи ребенка, которые необходимо будет предпринять в дальнейшем. Целесообразно показать фотографии детей с расщелинами губы и нёба до операции и после ее проведения, а также дать прослушать магнитофонные записи нарушенной

и нормальной их речи. Общий вывод из этой первичной беседы, вполне соответствующий реальному положению вещей, должен быть таким: все придет к норме, но только для этого нужно будет приложить необходимые усилия в течение более или менее продолжительного времени.

При этом общий результат работы всех специалистов очень во многом будет зависеть от степени участия в ней и правильности поведения самих родителей. Иными словами, родителей с самого начала необходимо настроить не на переживания, а на большую внутреннюю самодисциплину и активность.

Правильное поведение родителей по отношению к ребенку может свести к минимуму необходимость проведения психотерапии с ним самим. В противном случае психотерапия проводится не только с родителями, но и с ребенком.

Работа в послеоперационный период

В послеоперационном периоде сохраняются в основном те же самые направления логопедической работы и закрепляются в новых анатомических условиях достигнутые ранее результаты. По этой причине, во избежание большого количества повторений при изложении материала, остановимся здесь лишь на следующем.

После закрытия расщелины твердого нёба и формирования мягкого нёба в ротовой полости создаются нормальные (или гораздо более благоприятные) условия для правильного речеобразования. Однако непосредственно после операции мягкое нёбо бывает отечным и малоподвижным, вследствие чего речь в целом не только не улучшается, но сначала даже ухудшается.

Для предупреждения образования твердых, ограничивающих подвижность мягкого нёба послеоперационных швов важно проводить его *активный пальцевой массаж по линии шва* путем поглаживания, постукивания, прерывистого давления с целью разминания рубцовой ткани. Делаются и легкие поглаживающие движения по нёбной занавеске, производятся легкие удары по ней для возбуждения иннервации. Этим приемам массажа обучают родителей и самого ребенка, если он к этому времени уже достиг соответствующего возраста. Вскоре возобновляются также упомянутые выше упражнения для активизации мышц мягкого нёба и обеспечения возможно более плотного его смыкания с задней стенкой глотки (полоскание горла, позевывание, покашливание и пр.).

Обеспечение плотного нёбно-глоточного затвора создает возможность для воспитания дифференцированного носового и ротового выдоха в процессе речи, что очень важно для снятия назализации. (Как уже отмечалось, при образовании носовых звуков **«м»** и **«н»** воздушная струя должна направляться только через нос, а при образовании всех остальных звуков — только через рот.) Для достижения такого результата проводятся специальные дыхательные упражнения, рассчитанные на *дифференциацию носового и ротового выдоха*.

На первых порах исключение ротового или носового выдоха достигается чисто механическим путем. Например, ребенку предлагают закрыть пальцами нос (крылья носа при этом оказывается между большим и указательным пальцами), а затем сделать вдох и выдох только через рот. Потом, наоборот, плотно смыкаются

губы, после чего производятся вдох и выдох только через нос. В дальнейшем нос и рот уже не закрываются, но как вдох, так и выдох осуществляются только через один из названных резонаторов. На этой стадии работы рекомендуются самые разнообразные сочетания дифференцированных вдохов и выдохов. Например:

- вдох через рот и выдох через рот;
- вдох через нос и выдох через нос;
- вдох через рот, выдох через нос;
- вдох через нос, выдох через рот.

Для достижения лучших результатов работы и повышения заинтересованности ребенка в правильном выполнении упражнений *используется зрительный контроль:* под самыми носовыми ходами помещается узкая полоска тонкой бумаги (типа папиросной), которая при правильном выдохе через рот должна оставаться совершенно неподвижной. Отклонение этой бумажки будет свидетельствовать о том, что часть выдыхаемого воздуха выходит через нос, чего быть не должно. Вместо бумажки точно так же можно использовать и небольшое зеркало — при отсутствии утечки воздуха через нос зеркальная его сторона не должна запотевать. Достижение этого эффекта является необходимым условием для снятия носового оттенка голоса.

В дальнейшем к этим дыхательным упражнениям присоединяется произнесение на выдохе различных речевых звуков с точно таким же зрительным контролем. При этом при произнесении носовых звуков **«м»** и **«н»** бумажка должна отклоняться, а зеркальце запотевать, а при произнесении всех остальных (то есть ротовых) звуков этого быть не должно.

Помимо зрительного контроля *обязательно воспитывается и слуховой контроль*, который в конечном итоге должен занять ведущее место. С этой целью ребенка упражняют в различении нормально звучащего голоса и голоса с носовым оттенком. На первых порах для этого можно использовать имитацию того и другого способа голосообразования самим логопедом. Ребенок при этом каждый раз определяет, какая из фраз была произнесена правильно, а какая — нет. Степень утрирования носового оттенка голоса постепенно уменьшается, что очень важно в целях воспитания у ребенка надежного слухового самоконтроля над речью (ребенок с ринолалией не слышит носового звучания своей речи).

Большое внимание в послеоперационном периоде уделяется также *коррекции звукопроизношения*, в процессе которой широко используются и окончательно закрепляются воспитанные в дооперационном периоде навыки правильной артикуляции звуков. При этом в процессе коррекции каждого отдельного звука помимо контроля правильности положения артикуляторных органов обязательно обращается внимание и на снятие назализации — любой ротовой звук должен звучать без носового оттенка.

Особое внимание после операции должно быть уделено *работе над голосом*. В этот период речь может идти уже не только о развитии его силы и гибкости, но и о снятии носового оттенка. После активизации мышц мягкого нёба и задней стенки глотки, а также проведения активной дыхательной и артикуляторной гимнастики эта сложная задача становится уже вполне осуществимой.

При всех голосовых упражнениях важно обеспечивать максимальное поднятие мягкого нёба и правильное направление воздушной струи, причем ребенок самостоятельно контролирует правильность звучания своего голоса. Очень полезно на этом этапе работы использовать вокальные упражнения — пение гласных под аккомпанемент в диапазоне первой октавы. При пении мягкое нёбо рефлекторно поднимается и примыкает к задней стенке глотки, а выдыхаемая струя воздуха подается в широко открытый рот, благодаря чему создаются наилучшие условия для правильного голосообразования и в том числе — для снятия носового оттенка голоса. Сначала поются мелодии без слов, а затем и доступные по диапазону и содержанию песни.

На заключительном этапе работы большое внимание уделяется *полной автоматизации навыков правильной речи*. На этом этапе исключительно важную роль играет контроль речи ребенка вне логопедического кабинета, в чем *незаменимую помощь должны оказать родители*.

Не менее важное значение имеет и самоконтроль ребенка, в воспитании которого опять-таки должны помочь родители путем постоянного обращения внимания ребенка на периодически появляющийся у него носовой оттенок голоса.

Эффективность логопедической работы по преодолению данной формы открытой ринолалии во многом зависит от результатов операции, то есть от того, насколько удалось восстановить анатомическую структуру твердого и мягкого нёба и обеспечить подвижность мягкого нёба. Кроме того, очень большое значение для

достижения положительного результата имеют психофизическое состояние ребенка, особенности его поведения и характера, его отношение к занятиям и степень помощи логопеду со стороны родителей. Нередко именно благодаря последнему фактору при гораздо худших результатах операции достигается значительно лучший конечный эффект, чем при хороших ее результатах, но при отсутствии названных благоприятных условий.

Органическая открытая ринолалия на почве параличей и парезов мягкого нёба и пути ее устранения

Такая ринолалия может быть врожденной и приобретенной. *Врожденная или рано приобретенная органическая ринолалия* чаще всего является одним из симптомов дизартрии, при которой наряду с парезами ряда других речевых мышц имеет место и врожденный (или рано приобретенный) парез мягкого нёба, препятствующий образованию плотного нёбно-глоточного затвора. В этих случаях носовой оттенок голоса обычно сочетается с расстройствами звукопроизношения. Соответственно и коррекционная работа должна быть направлена не только на нормализацию голосовой функции, но также и на коррекцию звукопроизношения (см. главу о дизартрии).

Что касается *поздно приобретенной органической открытой ринолалии*, то в основе ее лежат приобретенные параличи и парезы мягкого нёба. Они могут возникать после перенесенных дифтерии, гриппа, а также в результате механического повреждения нервов (в частности, при неудачной операции по удалению нёбных миндалин). Основное содержание коррекционной работы

при данной форме ринолалии сводится к активизации мягкого нёба (вибрационный и точечный массаж, пассивная и затем активная гимнастика мягкого нёба, дифференциация носового и ротового выдоха и пр.). Звукопроизношение же в подобных случаях обычно бывает нормальным, то есть речь здесь идет не о ринолалии, а *о ринофонии,* о различии между которыми говорилось выше.

Функциональная открытая ринолалия и пути ее преодоления

Этот вид ринолалии чаще всего встречается у физически ослабленных, астеничных детей с пониженным мышечным тонусом (в том числе и мышц мягкого нёба). В этих случаях основное внимание должно быть направлено на укрепление соматического здоровья ребенка, на фоне чего проводятся и специальные описанные выше упражнения для активизации мягкого нёба.

Б. Закрытая ринолалия

Органическая закрытая ринолалия и пути ее устранения

Данный вид ринолалии обусловлен тем, что по каким-то причинам (носовые полипы, искривления носовой перегородки, аденоидные разрастания и пр.) проход в носовую полость оказывается постоянно закрытым. Это приводит к несколько приглушенному и назализованному звучанию голоса и к нарушению произношения носовых звуков. Звук **«м»** при этом заменяется на **«б»** («баба» вместо «мама»), а **«н»** на **«д»** («дадя» вместо «Надя»).

Характерное для органической закрытой ринолалии нарушение носового дыхания приводит и к появлению целого ряда неречевых симптомов, к которым относятся следующие:

- недостаточное развитие грудной клетки ребенка вследствие слабого газообмена в легких;
- нарушение сна (ребенок каждый раз просыпается, как только рот оказывается закрытым);
- нарушение функции питания (во время жевания и глотания ребенок вынужден дышать только ртом, что затрудняет процесс еды и вызывает ряд неприятных ощущений);
- быстрая утомляемость, раздражительность;
- предрасположенность к хроническим респираторным заболеваниям и в конечном итоге — развитие астенического синдрома.

В зависимости от преимущественной локализации органических изменений (полость носа или носоглотки) органическую закрытую ринолалию принято подразделять на два вида: переднюю и заднюю.

Причинами *передней закрытой ринолалии* могут быть полипы или опухоли носовой полости, искривление носовой перегородки, гипертрофия слизистой оболочки носа вследствие хронических насморков. *Задняя закрытая ринолалия* бывает следствием полипов и опухолей в области носоглотки, а также результатом аденоидных разрастаний или сращения мягкого нёба с задней стенкой глотки. Во всех этих случаях имеет место носовая непроходимость.

Для преодоления закрытой органической ринолалии необходима операция, направленная на устранение механических препятствий для свободного выхода воздуха через нос. Дооперационная логопедическая работа здесь полностью лишена смысла. Однако к вопросу об

операции следует подходить очень осторожно с точки зрения ее возможных последствий. Дело в том, что сами по себе аденоидные разрастания нередко являются своего рода компенсацией при наличии у ребенка короткого мягкого нёба (как уже отмечалось выше, «природа не терпит пустоты» и потому разрастания заполняют это «пустое» пространство). Удаление аденоидов при подобных обстоятельствах может привести к появлению трудно устранимой открытой ринолалии, связанной с невозможностью смыкания короткого мягкого нёба с задней стенкой глотки, что явится гораздо более тяжелым нарушением речи.

После операции по удалению аденоидных разрастаний мягкое нёбо остается или привычно опущенным, или, наоборот, постоянно поднятым. Основные задачи послеоперационной логопедии в этих условиях сводятся к следующему.

1. Развитие подвижности мягкого нёба, для чего используются те же самые упражнения, что и при открытой ринолалии.
2. Воспитание носового дыхания и дифференциация ротового и носового выдоха при помощи приведенных выше упражнений.
3. Воспитание правильной артикуляции звуков **«м»** и **«н»** и автоматизация их в речи, что обычно достигается без затруднений.

Функциональная закрытая ринолалия и пути ее устранения

Этот вид ринолалии чаще всего бывает следствием гиперфункции мягкого нёба, которое постоянно находится в поднятом положении. Преодолевается эта форма

ринолалии также путем специальных упражнений для мягкого нёба с преобладанием заданий на его расслабление, после чего проводятся упражнения на дифференциацию носового и ротового выдоха и постановка звуков **«м»** и **«н»**.

В. Смешанная ринолалия и пути ее устранения

Смешанная ринолалия имеет место в тех случаях, когда одновременно существуют причины, приводящие к появлению как открытой, так и закрытой ринолалии. Это может наблюдаться, например, при наличии носовых полипов или искривленной носовой перегородки (условия для появления закрытой ринолалии) в сочетании с коротким мягким нёбом или скрытой расщелиной твердого нёба (условия для существования открытой ринолалии). Для преодоления смешанной ринолалии применяются комбинированные методы в наиболее рациональных их сочетаниях и последовательности.

Использованная литература

1. *Алмазова Е. С.* Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. — М.: Просвещение, 1973.

2. *Беккер К., Совак М.* Логопедия. — М.: Медицина, 1981.

3. *Вансовская Л. И.* Логопедическая работа при открытой ринолалии после уранопластики. Методические рекомендации. — Л., 1983.

4. *Воронцова Т. Н.* Принципы дооперационной профилактической работы с детьми с врожденными расщелинами губы и неба // Расстройства речи у детей и методы их устранения. — М., 1978.

5. *Воронцова Т. Н.* Влияние ранних уранопластических операций на физическое и речевое развитие ребенка с врожденной расщелиной губы и неба // Вопросы логопедии. — М., 1979.

6. *Дубов М. Д.* Врожденные расщелины нёба. — Л.: Медгиз, 1960.

7. *Ермакова И. И.* Коррекция речи и голоса у детей и подростков. — М.: Просвещение, Учебная литература, 1996.

8. *Зееман М.* Расстройства речи в детском возрасте. — М.: Медгиз, 1962.

9. *Ипполитова А. Г.* Ринолалия. — М.: Просвещение, 1983.

10. *Киселева Т. В.* Из опыта логопедической работы с детьми первых трех лет жизни в условиях центра восстановительного лечения // Дефектология, № 5, 1991.

11. *Лимберг А. А.* Задачи лечебной и научно-исследовательской деятельности в организации комплексной специализированной помощи при врожденных расщелинах губы и нёба // Врожденные расщелины верхней губы и неба. — М., 1964.

12. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. — М.: Просвещение, 1998.

13. *Митринович-Моджеевска А.* Патофизиология речи, голоса и слуха. — Варшава, 1965.

14. *Правдина О. В.* Логопедия. — М.: Просвещение, 1973.

15. *Пьянкова Р. С.* Логопедическая работа с детьми, имеющими врожденную расщелину лица и нёба // Дефектология, № 5, 1970.

16. *Соболева Е. А.* Ринолалия. — М.: Астрель, 2006.

17. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

18. *Хитров Ф. М.* Теоретическое обоснование ранних сроков уранопластики // Врожденные расщелины верхней губы и неба. — М.,1964.

ГЛАВА 9

Расстройства голоса

Под голосом понимается совокупность любых звуков, исходящих из гортани человека, начиная от крика, стона, кашля, громкого зевка и кончая хорошо поставленным голосом профессионального оратора или певца. Голос является важным компонентом речеобразования, поскольку он обеспечивает, во-первых, слышимость речи и, во-вторых, ее интонационную выразительность. Интонация оказывает сильное воздействие на слушателя. Благодаря ей мы понимаем не только непосредственно сами слова и фразы, но и скрытый за ними подтекст (в некоторых случаях и «да» может прозвучать как «нет»). Бубнящую речь бывает так трудно слушать и понимать именно потому, что в ней отсутствует интонационная выразительность.

Разнообразие интонаций достигается изменением высоты, силы и тембра голоса — его основных характеристик. А это значит, что каждый человек должен научиться владеть своим голосом и уметь в полной мере использовать для целей речевого общения все его богатые возможности. Однако воспитанию голоса детей в семье и школе часто не уделяется должного внимания,

что приводит к неправильному использованию голоса и связанным с этим голосовым расстройствам.

Истинную цену голоса знает только тот, кто его потерял или страдает стойкими его нарушениями. Вот высказывание 38-летней больной, которая после тяжелой психической травмы в течение 18 лет могла говорить только шепотом: «Я раньше никогда не думала, что голос так нужен». И надо было видеть ее непередаваемую обычными словами реакцию на появление у нее первого звука голоса в процессе начавшейся восстановительной работы!

1. Голосовой аппарат человека

Голосовой аппарат человека состоит из следующих трех отделов:

- *органов дыхания,* обеспечивающих необходимую для голосообразования струю выдыхаемого воздуха;
- *непосредственно голосообразующей части голосового аппарата*, к которой относятся гортань с голосовыми связками;
- *системы резонаторов,* усиливающих образующийся в гортани звук и придающих ему индивидуальную тембровую окраску. К резонаторам относятся полости рта, носоглотки и др., о чем подробнее будет сказано ниже.

В норме голосовые связки могут находиться в двух основных положениях — сомкнутом и разомкнутом.

Разомкнутыми связки бывают во время дыхания вне речи, что позволяет воздушной струе беспрепятственно проходить через гортань как при вдохе, так и при выдохе.

В разомкнутом же положении находятся они и при шепотной речи, а также во время артикулирования глухих согласных звуков (**«п»**, **«т»**, **«к»**, **«с»**, **«ш»**, **«ф»**, **«х»**, **«ц»**, **«ч»**, **«щ»**). Если в это время приложить руку к гортани (передняя часть шеи), то мы не почувствуем в этой области никакой вибрации.

В процессе голосообразования (при произнесении гласных и всех звонких согласных звуков) связки плотно смыкаются и под воздействием струи выдыхаемого воздуха приходят в состояние вибрации, которую можно ощутить приложенной к гортани рукой. Именно благодаря этой вибрации голосовых связок и образуется голос. Однако образующийся в гортани голос слаб и неприятен на слух. Он совершенно не похож на тот обычный человеческий голос, который все мы привыкли слышать. Свое окончательное оформление голос получает лишь благодаря участию в голосообразовании системы резонаторов.

Резонатор — это полое тело, заполненное воздухом и имеющее отверстие. Он усиливает звук и придает ему тембровую окраску. *Основными* резонаторами в процессе речеобразования являются грудной, ротовой и носовой, причем грудной резонатор часто называют «фундаментом голоса». Излишнее участие носового резонатора в процессе речеобразования, чаще всего связанное с наличием нёбных расщелин или с парезами мягкого нёба, приводит к появлению носового оттенка голоса, о чем подробно говорилось в главе о ринолалии.

Созревание голоса охватывает длительный период времени — от рождения до наступления зрелости. Развитие гортани, а следовательно, и состояние голосовой

функции, зависит от функционирования половых желез и других желез внутренней секреции. В связи с этим как в период полового созревания, так и в климактерический период у людей происходят существенные возрастные изменения голоса.

Вообще голосовая функция настолько тесно связана с соматическим и нервно-психическим состоянием человека, что об изменениях этого состояния в каждый данный момент мы можем безошибочно судить по голосу. Не напрасно существует так много очень образных выражений для характеристики голоса: радостный, взволнованный, раздраженный, злой, угасший, иссякающий, сильный, слабый, ласковый, приветливый, робкий и т. п. — кажется, на основании любого из приведенных здесь слов можно представить себе не только внутреннее состояние человека, но в некоторой степени даже и его внешний вид.

2. Причины нарушений голоса

Таких причин много и они крайне разнообразны, причем в происхождении голосовых расстройств эти причины играют далеко не однозначную роль. Назовем наиболее распространенные из них:

- заболевания и травматические повреждения гортани и голосовых связок;
- нарушения в функционировании резонаторной системы;
- болезни органов дыхания (легких, бронхов, трахеи);
- заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы;
- эндокринные расстройства (в частности, заболевания щитовидной железы);

- нарушения слуха, затрудняющие общую «настройку» голосообразующего аппарата ввиду отсутствия или недостаточности слухового контроля;
- длительное курение;
- систематическое употребление алкоголя;
- воздействие ядохимикатов;
- частое пребывание в пыльных помещениях;
- систематическое перенапряжение голоса, особенно при неправильном пользовании им;
- резкие температурные колебания (в частности, питье холодной воды и особенно холодного молока и соков в разгоряченном состоянии);
- психические травмы.

Все названные здесь причины голосовых расстройств условно принято делить на органические и функциональные. К *органическим* относятся те из них, которые вызывают изменение анатомического строения голосового аппарата в его периферическом или центральном отделах. Действие *функциональных* причин не вызывает видимых изменений в строении голосового аппарата, а лишь нарушает его нормальное функционирование.

3. Классификация голосовых расстройств

Все разнообразные расстройства голоса принято классифицировать по двум основным принципам: по механизмам (то есть с учетом причинной обусловленности) и по внешним проявлениям.

А. Классификация по механизмам

При классификации голосовых расстройств *по механизмам* учитывается характер повреждения голосового

аппарата — поврежден ли он органически или нарушено только его нормальное функционирование. В соответствии с этим расстройства голоса делятся на органические и функциональные.

При классификации *по проявлениям,* то есть по чисто внешним признакам, причины голосовых расстройств вообще не учитываются, а принимается во внимание лишь отсутствие голоса и сам характер его звучания (сиплый, хриплый, с носовым оттенком, слишком слабый и т. п.).

Далее рассмотрим классификацию голосовых расстройств по обоим этим принципам.

Органические расстройства голоса

При органических расстройствах голоса нормальному голосообразованию препятствует наличие тех или иных органических изменений в центральном или периферическом отделах голосового аппарата.

В периферическом отделе голосообразующего аппарата чаще всего наблюдаются следующие аномалии.

1. «Певческие узелки», то есть небольшие выпячивания на голосовых связках, препятствующие плотному их смыканию. Образование таких узелков чаще всего бывает связано с перенапряжением, переутомлением голоса.
2. Папилломы (новообразования в виде «цветной капусты»), распространяющиеся не только на область самих связок, но и на другие отделы гортани (так называемый папилломатоз гортани). После удаления папиллом, как правило, остаются рубцы, которые также препятствуют нормальному голосообразованию.
3. Опухоли гортани и голосовых связок.

4. Стеноз (сужение просвета) гортани как результат перенесенного дифтерита, а также следствие ожога, ранения или какой-либо другой травмы гортани.
5. Частичное или полное удаление гортани в связи со злокачественными новообразованиями.
6. Расщелины мягкого и твердого нёба, нарушающие нормальное взаимодействие ротового и носового резонаторов.
7. Органические изменения в носовом резонаторе и носоглотке.

Органические нарушения голоса, обусловленные поражением центрального отдела голосового аппарата, чаще всего наблюдаются при органически обусловленных параличах и парезах голосовых связок, когда последние не могут нормально смыкаться, а также при параличах и парезах мягкого нёба, приводящих к появлению носового оттенка голоса (см. главу «Ринолалия»). Сочетание парезов голосовых связок и мягкого нёба имеет место при дизартрии.

Органические расстройства голоса часто встречаются и у детей. Они могут быть связаны с рубцовыми изменениями в гортани после удаления папиллом, с постдифтерийными стенозами гортани, с нарушениями в системе резонаторов из-за наличия нёбных расщелин, с параличами и парезами голосовых связок и мягкого нёба при дизартрии и с другими причинами.

Функциональные расстройства голоса

Функциональные нарушения голоса не связаны с органическим повреждением голосового аппарата, а обусловлены лишь изменением его функции. Эта группа го-

лосовых расстройств также делится на центральные и периферические. *Функциональные нарушения голоса периферического характера* чаще всего бывают связаны с перенапряжением голосовых связок, особенно в условиях неправильного использования голоса. К *центральным функциональным расстройствам* голоса относятся такие его нарушения, которые имеют психогенное происхождение и являются преимущественно результатом психотравмы. Однако четкую границу между органическими и функциональными нарушениями голоса провести очень трудно, поскольку длительно существующие функциональные расстройства приводят к стойким органическим изменениям в гортани. Примером тому может быть образование на голосовых связках «певческих узелков» в результате длительного неправильного использования голоса, то есть неправильного функционирования голосового аппарата.

Если невозможность правильного голосообразования при органических повреждениях голосового аппарата вполне очевидна, то механизм функциональных нарушений голоса, особенно центрально обусловленных, необходимо объяснить. В этих случаях чаще всего имеет место *сочетание трех неблагоприятных факторов*, следующих один за другим.

Во-первых, еще до возникновения голосового расстройства у больного появляется своего рода *предрасположенность к нему в виде уже возникшего невротического состояния, невротического фона*. В этом отношении здесь можно провести некоторую параллель с предрасполагающими причинами заикания, при наличии которых дальше уже становится достаточно лишь небольшо-

го внешнего «толчка» для наступления срыва. Об этом подробно будет сказано в главе о заикании.

Во-вторых, всегда имеет место какой-то *«пусковой момент»*, играющий роль такого толчка и вызывающий первичное нарушение нормального голосообразования. В такой роли в разных случаях могут выступать самые различные жизненные обстоятельства. Приведем несколько конкретных примеров.

Пример 1. Студентка педагогического училища, переносившая на ногах простудное заболевание, давала в школе уроки во время педагогической практики. По вполне понятной причине голос ее звучал хрипло и временами срывался. У нее возник сильный страх по поводу того, что «это навсегда» и что теперь она уже не сможет стать педагогом. Во многом именно из-за этого голос не восстановился и после ухода простудного заболевания. До обращения за логопедической помощью в течение 6 лет она говорила только шепотом и вынуждена была поменять преподавание на работу в библиотеке.

Пример 2. Молодой человек, вышедший в зимнее время из бани, сразу выпил кружку холодного пива. В тот же вечер голос (опять-таки по вполне понятной причине) полностью пропал и говорить стало можно лишь шепотом. Будучи военнослужащим, он сильно испугался и не решился обратиться к врачу, боясь назвать причину утраты голоса. В течение полугода, до поступления в речевой стационар, он так и продолжал пользоваться только шепотной речью.

Пример 3. На глазах у 8-летней девочки с невротическим складом характера попали под машину и погибли мать и брат. Голос пропал мгновенно и полностью, после чего она в течение целых 17 лет не имела возможности разговаривать даже шепотом и вынуждена была общаться с окружающими лишь письменно.

И наконец, в-третьих, мгновенная потеря голоса или неправильное голосообразование, однажды возникшее

или многократно возникавшее, *закрепляется в виде патологического условного рефлекса* и в дальнейшем является основой для длительного существования функционального расстройства голоса.

Как видим, сочетание всех трех названных здесь условий, включая и закрепление патологического условного рефлекса, надолго лишавшего людей возможности нормального пользования голосом, имело место в каждом из приведенных примеров.

Б. Классификация по проявлениям

В соответствии с этим принципом классификации выделяются следующие наиболее часто встречающиеся расстройства голоса.

Истерический мутизм

Истерический мутизм — внезапная и *полная* потеря голоса при невозможности даже шепотной речи, связанная с психической травмой. Яркий пример такой полной утраты голоса был приведен выше.

Афония

Афония — отсутствие звучного голоса при наличии шепотной речи (от греческого «phone» — голос). Непосредственная причина афонии — отсутствие смыкания или неполное смыкание голосовых связок. Она может быть вызвана как органическими (органически обусловленные параличи и парезы голосовых связок, «певческие узелки», папилломы и пр.), так и функциональными причинами. Примеры функциональной афонии также были приведены выше.

При функциональной дисфонии, в отличие от органической, у больного имеется звучный кашель, что лишний

раз свидетельствует о наличии возможности нормального голосообразования. Характерна в таких случаях и нестойкость, «нестационарность» патологических изменений в гортани: имеющиеся отечность, покраснение, утолщение голосовых связок и недостаточность их смыкания носят преходящий характер, тогда как, например, при органически обусловленном параличе или парезе голосовых связок они при каждом ларингоскопическом осмотре занимают одно и то же положение. Кроме того, для всех функциональных нарушений голоса характерно наличие сенсорных (чувствительных) расстройств — ощущение сухости, тяжести или инородного тела в горле, а нередко и болевые ощущения. Всегда имеются и общеневротические симптомы, выражающиеся в особенностях поведения больного, в преследующих его мыслях о неизлечимости голосового расстройства, в повышенной раздражительности, мнительности, неустойчивости настроения, нарушении сна и т. п.

Дисфония

Дисфония — расстройство голоса, выражающееся в нарушении его основных характеристик — высоты, силы, тембра.

В отличие от афонии, при дисфонии голос имеется, но он становится неполноценным. Он может быть слабым, сиплым, хриплым, срывающимся, дрожащим, фальцетным (слишком высоким), монотонным, «бубнящим», глухим, сдавленным, «квакающим», «металлическим», с носовым оттенком и т. п. В основе дисфонии также могут лежать как органические, так и функциональные причины.

Фонастения

Фонастения (от греч. «фоно» — голос, «астения» — слабость) — нарушение голоса, выражающееся в его быстрой утомляемости, прерывании («осечках») и сопровождающееся неприятными ощущениями в горле (царапание, жжение, щекотание, сухость, боли). Чаще всего фонастения является профессиональным заболеванием голоса у людей, имеющих большую голосовую нагрузку, особенно при условии неправильного пользования голосом. Предрасполагающими факторами могут оказаться нервно-психические переживания, а также острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей.

Фонастению принято относить преимущественно к функциональным расстройствам голоса, однако, по существу, она стоит как бы на границе между функциональными и органическими нарушениями, поскольку при ней постепенно нарастают патологические изменения в гортани, появляются узелки на голосовых связках. У детей фонастения может возникать в результате криков и неправильного обучения пению.

Патологическая мутация голоса

Патологическая мутация голоса (от лат. *mutatio* — изменение, перемена) относится к его функциональным расстройствам, однако ее тоже можно рассматривать как пограничное нарушение, стоящее между функциональными и органическими. На вопросе о патологической мутации голоса необходимо остановиться подробнее ввиду его большой важности для профилактики стойких нарушений голоса у детей и подростков.

Голос ребенка отличается от голоса взрослого человека по всем основным характеристикам — по силе,

высоте и тембру. Это объясняется еще не полной анатомо-физиологической зрелостью голосового аппарата ребенка.

В частности, детская гортань примерно в 2–2,5 раза меньше по своему размеру, чем гортань взрослого, соответственно более короткими являются и голосовые связки. Грудной резонатор еще мал по объему и слаб, вследствие чего преобладающую роль при голосообразовании играют верхние резонаторы, дающие голосу «головное», то есть высокое звучание. Недостаточно сильной является и струя выдыхаемого воздуха.

Голосовые связки колеблются только своими краями. По этим причинам, наряду с высоким звучанием, детский голос характеризуется небольшой силой и малым диапазоном, причем голоса мальчиков и девочек до определенного возраста не имеют больших различий.

Мутация (возрастная «ломка») голоса — это физиологическое явление, наблюдающееся в период полового созревания и связанное с преобразованием детского голоса в голос взрослого человека. Наиболее заметно это явление выражено у мальчиков. У них под влиянием мужских половых гормонов наблюдается дисгармоничный, неравномерный рост отдельных частей голосового аппарата: быстро увеличивается в размерах гортань, выпячивается кадык, удлиняются и утолщаются голосовые связки, увеличивается объем языка, тогда как рост резонаторных полостей и надгортанника заметно отстает. Гортань начинает занимать более низкое положение.

Суть мутации голоса состоит в том, что в этих резко изменившихся анатомических условиях нарушается

уже сложившаяся нормальная координированная работа разных частей голосового аппарата, что и приводит к неустойчивости пользования голосом. Это усугубляется еще и непривычностью возникающих у подростка кинестетических ощущений при речи и пении — речевые органы становятся как бы не совсем ему подвластными, «незнакомыми».

Весь период мутации условно может быть разделен на три части:

- стадия предмутационных изменений, во время которой голос подростка становится более сильным и жестким и в то же время начинает терять высокие тона;
- стадия основного кризиса голоса, продолжающаяся 2–3 месяца и выражающаяся в неуверенном, неустойчивом пользовании голосом — человек как бы не вполне владеет своим голосом, теряет способность управления им (голос то звучит на высоких, «петушиных» нотах, то резко переходит почти на бас);
- постмутационная стадия, занимающая 2–3 года, в процессе которой голос «дозревает» до своего окончательного тембра.

Физиологическая, то есть нормально протекающая, мутация голоса чаще всего проявляется в одной из следующих форм.

1. Происходит медленное изменение голоса, почти незаметное как для самого подростка, так и для окружающих людей. Имеет место лишь небольшая охриплость голоса и быстрая его утомляемость, которая постепенно и самостоятельно проходит.

2. Наблюдается все более и более учащающееся «соскакивание» звуков на низкие ноты, которое затем постепенно прекращается, и «мальчишеский» тембр голоса сравнительно незаметно заменяется мужским.
3. Голос «грубеет» резко, почти мгновенно, без какого-либо постепенного перехода. Иногда при этом может наблюдаться непродолжительная охриплость или даже полная афония, с исчезновением которой у подростка сразу устанавливается вполне сформировавшийся мужской голос.

Иногда голос мутирует преждевременно, что чаще всего бывает связано с ранним половым созреванием и поступлением в кровь половых гормонов. В этих случаях ребенок говорит низким мужским голосом.

В большинстве случаев мутация голоса протекает сравнительно спокойно, однако у некоторых подростков она приобретает *патологический характер*.

Это может проявляться в том, что и по истечении подросткового возраста голос продолжает сохранять высокое звучание, то есть мутации как бы не происходит. Гортань при этом так и не опускается, а по-прежнему занимает высокое положение. В других случаях патологический характер мутации проявляется в ее затянувшихся сроках. Так, иногда в течение нескольких месяцев или даже лет наблюдается неустойчивость пользования голосом с постоянным чередованием в разговоре высоких и низких тонов. Наконец, уже после завершения мутации может сохраняться дисфоничное звучание голоса.

Патологический характер мутации может быть обусловлен эндокринными нарушениями или несоблюдением гигиены голоса (раннее курение, употребление

спиртных или других раздражающих слизистую оболочку гортани напитков в период уже начавшейся мутации голоса, перегрузка голосового аппарата, продолжение обычных занятий пением без учета необходимости значительного сужения его диапазона и пр.). Из сказанного очевидно, что в очень ответственный период возрастного изменения голоса необходимо соблюдение профилактических мер, направленных на то, чтобы максимально щадить и охранять голосовой аппарат ребенка, что будет способствовать спокойному протеканию мутации.

Голос больных с удаленной гортанью (ларингоэктомированных)

Ларингоэктомия (ларинг — гортань, эктомия — удаление) — тяжелое органическое расстройство голоса, вызванное грубыми анатомическими изменениями в голосообразующем аппарате. По сути дела, образование голоса естественным путем в этих условиях полностью исключено. У таких больных специальными методами воспитывается так называемый *псевдоголос*, позволяющий им сохранить возможность речевого общения. Однако даже и в этих, казалось бы, самых безнадежных случаях иногда наблюдается проявление буквально неограниченных возможностей человеческого организма. Так, имеются данные о самовосстановлении звучной речи у больных с удаленной гортанью, которым через некоторое время после операции удавалось выработать не только шепотную, но и звучную речь.

4. Обследование больных с нарушениями голоса

Обследование больных с нарушениями голоса носит *комплексный медико-педагогический характер*. В нем

обязательно участвуют отоларинголог, невролог, логопед (фониатр), психолог. Основной задачей обследования является выяснение причин и механизмов голосового расстройства и определение на этой основе наиболее рациональных путей коррекционного воздействия.

При сборе анамнеза выясняются давность и особенности самых первых проявлений голосового расстройства, а также характер его дальнейшего течения (постоянство симптомов или их изменчивость в зависимости от различных условий). Последнее более характерно для функциональных нарушений голоса, причем сами по себе умозаключения больных о влиянии на голос тех или иных условий могут представлять значительный интерес. (Например, уже одно только заявление 18-летней больной об улучшении у нее голоса сразу после того, как она поест сосисок, заставило предположить функциональный характер имевшейся у нее дисфонии, что в дальнейшем было подтверждено объективными методами исследования.)

Проводится обязательный осмотр гортани и голосовых связок при помощи специального гортанного зеркала (ларингоскопа), а также исследование слуха, о роли снижения которого в происхождении голосовых расстройств мы уже говорили. В случае необходимости делаются и другие объективные исследования, а иногда даже лабораторные анализы. Выявляются возможные отклонения в эмоционально-волевой сфере больного, адекватность его отношения к имеющемуся голосовому расстройству и к возможности его преодоления и пр.

На основе сопоставления всех полученных данных делается заключение об органическом или функцио-

нальном характере голосового расстройства и ставится окончательный диагноз, позволяющий определить наиболее оптимальные пути коррекционного воздействия.

5. Преодоление голосовых расстройств

Для преодоления как органических, так и функциональных расстройств голоса используется *комплексное воздействие* на больного, конкретное содержание которого варьируется в зависимости от имеющейся картины нарушений.

В частности, *при функциональных нарушениях голоса* по понятным причинам большое значение придается *психотерапии*, которая нередко приобретает решающее значение в деле восстановления голосовой функции. Так, при умелом психотерапевтическом подходе к больному голос у него нередко восстанавливается уже в ходе самого обследования.

В случае надобности проводится *общеукрепляющее лечение,* рассчитанное в том числе и на *укрепление нервной системы* больного, поскольку состояние последней оказывает большое влияние на общую эффективность логопедической работы. Положительное воздействие на мускулатуру гортани и ее слизистые оболочки оказывают *массаж и физиотерапевтические процедуры*, способствующие регуляции кровообращения и уменьшению количества слизи. На фоне этих общеоздоровительных мероприятий больному предлагается строго соблюдать *голосовой режим*, не допуская перегрузки голосового аппарата. Иногда даже на некоторое время рекомендуется полное молчание или переход на шепотную речь.

Большое внимание уделяется *дыхательным и артикуляторным упражнениям,* поскольку полноценное речевое дыхание и правильное артикулирование звуков уже сами по себе способствуют лучшему звучанию голоса и большей разборчивости речи. Далее переходят к так называемым *ортофоническим упражнениям* (от греч. «ортос» — прямой, правильный), конечной целью которых является восстановление единой, координированной деятельности дыхательного, голосового и артикуляторного аппаратов, а также речевой функции в целом. Вся эта работа носит сугубо специальный характер, требует профессиональных знаний и поэтому останавливаться на ней более подробно здесь не имеет смысла.

Не только во время лечения, но и после его окончания больному в течение некоторого времени рекомендуется соблюдать *щадящий режим* и придерживаться необходимых профилактических мер.

При органических нарушениях голоса в общем комплексе воздействия на больного большое место занимают медицинские мероприятия — *медикаментозное и другое лечение, прижигания, ингаляции, оперативное вмешательство* и пр. Используются даже некоторые *специальные приспособления* (типа, например, «искусственной гортани» после ее удаления). *Психотерапевтическое воздействие* здесь также сохраняет свое важное значение, однако оно приобретает несколько иную направленность.

Эффективность преодоления голосовых расстройств во многом определяется их причинной обусловленностью. При наличии грубых анатомических изменений в голосообразующем аппарате, а также при органических

параличах и парезах в большинстве случаев достигается лишь та или иная степень улучшения. Функциональные расстройства голоса часто поддаются полному устранению. Однако далеко не последнюю роль в этом вопросе играют личностные особенности человека, страдающего нарушением голоса, его собственная организованность и настойчивость в достижении цели.

6. Профилактика голосовых расстройств

В плане *профилактики возникновения функциональных нарушений голоса* хотелось бы сказать следующее. Прежде всего, здесь важно понять, что *временное* расстройство голосовой функции, наступившее по каким-то вполне очевидным причинам (простуда, переутомление, кратковременное пребывание в дымном или пыльном помещении и пр.), бесследно пройдет в том случае, если для голосового аппарата на некоторое время будут созданы щадящие условия в виде отсутствия или сведения к минимуму голосовой нагрузки. При необходимости нужно использовать также и медикаментозное лечение (полоскания, ингаляции, лекарственные препараты). В противном случае неправильное пользование голосом закрепится и к тому же неизбежно осложнится вторичными психическими наслоениями.

Что касается опять-таки *временной* потери голоса при стрессовых ситуациях, то к этому также следует отнестись разумно. В момент сильного испуга общее торможение распространяется не только на голос и речь, но нередко и на многие другие функции организма. Но через некоторое время все само собой нормализуется, и в том числе восстанавливается голосо- и речеобразова-

ние. Однако оно восстанавливается в самую последнюю очередь, что вполне закономерно: речевая функция у человека появилась позднее всех других, а значит, является наиболее ранимой. Поэтому при всякого рода стрессах не надо впадать в панику и фиксировать внимание на любых возможных расстройствах — лучше временно воздержаться от речи и вполне осознанно дать возможность своему организму, и голосовому аппарату в том числе, полностью прийти в норму.

Таким образом, профилактика функциональных нарушений голоса слагается из мероприятий по укреплению нервной системы и предупреждению появления невроза, с одной стороны, и предупреждению фиксации нервной системой неправильных навыков голосообразования — с другой. (Патологические механизмы голосообразования особенно легко закрепляются у невротиков.) Естественно, что нужно стараться по возможности избегать также переутомления голоса, простудных заболеваний и разного рода стрессовых ситуаций, играющих роль непосредственного толчка.

Что касается *профилактики голосовых расстройств в целом (включая и органические нарушения голоса)*, то она должна быть направлена на предупреждение действия тех причин, которые приводят к таким расстройствам. Об этих причинах мы говорили в начале главы.

Использованная литература

1. *Алмазова Е.С.* Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. — М.: Просвещение, 1973.

2. *Беккер К., Совак М.* Логопедия. — М.: Медицина, 1981.

3. *Ермолаев В. Г., Лебедева Н. Ф., Морозов В. П.* Руководство по фониатрии. — Л.: Медицина, 1970.

4. *Зееман М.* Расстройства речи в детском возрасте.— М.: Медгиз, 1962.

5. *Зиндер Л. Р.* Общая фонетика. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960.

6. *Карпухин А. В.* Восстановление звучной речи у лиц с удаленной гортанью // Актуальные проблемы логопедии. — М., 1980.

7. *Максимов И.* Фониатрия. — М.: Медицина, 1987.

8. *Митринович-Моджеевска А.* Патофизиология речи, голоса и слуха. — Варшава, 1965.

9. *Морозов В. П., Шамшева Т. Е.* Особенности силы голоса певцов при фонастении // Вестник ЛОР, № 4, 1965.

10. *Правдина О. В.* Логопедия. — М.: Просвещение, 1973.

11. *Рябченко А. Т.* Функциональные нарушения голоса. — М.: Медицина, 1964.

12. *Таптапова С. Л.* Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. — М., 1984.

13. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

ГЛАВА 10

Дисграфия

Под *дисграфией* («графо» — пишу, «дис» — расстройство) понимается специфическое и стойкое нарушение процесса письма, обусловленное отклонениями от нормы в деятельности тех анализаторов и психических процессов, которые обеспечивают письмо. *Аграфия* — полная неспособность овладеть письмом или полная утрата этого навыка.

Дисграфия и аграфия могут наблюдаться как у детей, так и у взрослых. В последнем случае сформированный навык письма частично нарушается или полностью утрачивается в связи с органическим поражением определенных отделов коры головного мозга (травмы, опухоли, нарушения мозгового кровообращения и пр). У детей поражение или недоразвитие соответствующих отделов коры головного мозга чаще всего бывает связано с патологией беременности или родов у матери.

Следует отметить *резкое увеличение распространенности дисграфии* у детей за несколько последних десятилетий. Если, согласно данным М. Е. Хватцева, относящимся к 50-м годам XX века, число учащихся с дисграфией в массовых школах Ленинграда составляло около 6%, то теперь даже к концу третьего года обучения, несмотря на

проводимую с детьми начиная с первого класса логопедическую работу, эта цифра достигает 37 %. Во вторых же классах массовых школ мы имеем теперь 53 % детей с дисграфией. Характерно и то, что даже в восьмых классах дисграфия наблюдается у 39 % учащихся, то есть стабильно сохраняется та же самая цифра, что отмечалась и при переходе учеников из третьих классов в среднюю школу, в которой логопедическая помощь уже не оказывается. Это говорит о большой устойчивости данной формы речевой патологии и о тщетности надежды на ее самостоятельный уход по мере взросления учащихся.

Удивляться таким невероятно большим цифрам не приходится, поскольку, согласно данным проведенных в Петроградском районе Санкт-Петербурга исследований, более половины детей (55,5 %) поступают из подготовительных групп детских садов в первые классы массовых школ со значительным отставанием в речевом развитии, в том числе и с фонетико-фонематическим недоразвитием, при наличии которого полноценное овладение грамотой невозможно. Об этой форме речевой патологии рассказано в 12-й главе.

1. Симптомы дисграфии

Симптомы, или признаки, по которым можно распознать дисграфию, заключаются в специфических и повторяющихся ошибках на письме, не связанных с незнанием грамматических правил. Основная особенность этих ошибок заключается в следующем: они допускаются там, где написание слов, казалось бы, не вызывает никаких затруднений. Например, ребенок пишет **«зук»** вместо **«жук»**, **«яшик»** вместо **«ящик»**, **«бом»** вместо **«дом»** и

т. п. Не напрасно родители и педагоги общеобразовательных школ называют эти ошибки «странными» — лишь для специалиста ясна их своеобразная логичность и неизбежность. Вот наиболее часто встречающиеся из таких ошибок:

- замены букв (**«сляпа»** вместо **«шляпа»**, **«кусь»** вместо **«гусь»**);
- пропуски букв (**«зотик»** вместо **«зонтик»**, **«стл»** вместо **«стол»**);
- вставка лишних букв (**«ланмпа»** вместо **«лампа»**, **«мартка»** вместо **«марка»**);
- перестановки букв (**«конри»** вместо **«корни»**, **«всет»** вместо **«свет»**);
- недописывание слов (**«красн»** вместо **«красный»**, **«дорог»** вместо **«дорога»**);
- слияние нескольких слов в одно (**«детииграли»** вместо **«дети играли»**);
- разделение одного слова на части (**«у тюг»** вместо **«утюг»**, **«о кно»** вместо **«окно»**).

Причина появления в письме ребенка такого рода ошибок заключается в том, что до начала обучения грамоте у него не сформировались необходимые для этого навыки, о которых речь пойдет в следующем разделе.

2. Умения, которыми должен владеть ребенок до начала его обучения грамоте

Письменная речь формируется только на основе устной речи и между ними существует тесное взаимодействие. Основное назначение письменной речи состоит в том, чтобы как можно точнее передать устную речь.

Для обеспечения такой возможности в языке имеется целая система письменных знаков (букв), каждый из которых соответствует вполне определенному звуку устной речи. Поэтому в процессе письма мы должны каждый слышимый (или мысленно представляемый) звук речи обозначить нужной буквой, строго сохраняя к тому же их последовательность. Только при этом условии записанное в виде буквенных знаков слово при чтении может быть вновь переведено в последовательность звуков и узнано. Если же по каким-либо причинам звуки будут обозначены не теми буквами и не в должном порядке, как это имело место в приведенных выше примерах, то при чтении мы уже не сможем воспроизвести и узнать записанное слово.

Поэтому для успешного овладения грамотой у ребенка уже в старшем дошкольном возрасте должны быть сформированы такие необходимые для этого навыки, которые в школе позволят ему достаточно свободно ориентироваться в звуках и буквах. Без такой предварительной готовности он неизбежно будет путаться в них и тем более в определении их последовательности, а значит, в его письме постоянно будут появляться ошибки типа приведенных выше. Под этой предварительной готовностью к овладению грамотой подразумевается следующее.

1. Умение различать на слух все звуки речи, включая акустически и артикуляторно близкие, к которым относятся звонкие и глухие, мягкие и твердые, свистящие и шипящие, а также **«р»**, **«л»** и **«й»**.
2. Правильное произношение всех речевых звуков (прежде всего в плане отсутствия замен одних звуков

другими, типа **«сыска»** вместо **«шишка»**, **«ложок»** вместо **«рожок»**, **«сапля»** вместо **«цапля»** и т. п.).

3. Владение простейшими видами звукового анализа слов, которые в норме доступны детям дошкольного возраста, а именно:
   - Узнавание звука на фоне слова (ребенок должен уметь ответить на такой вопрос: «Ты слышишь звук **“р”** в слове **“рыба”**? А в словах **“шар”**, **“лампа”**?»).
   - *Выделение ударного гласного звука из начала слова,* например: «Какой первый звук ты слышишь в слове **“аист”**? А в словах **“ива”**, **“азбука”**?». Если ребенок скажет, что первым в слове **«аист»** он слышит звук **«а»**, то это будет означать, что он уже в состоянии выделить этот звук из состава всего слова. Это есть первый шаг на пути к овладению фонематическим анализом слов, что очень важно.
   - *Выделение согласного звука из конца слова*, например: «Какой последний звук ты слышишь в слове **“кот”**? А в словах **“нос”**, **“душ”**?».
   - *Определение примерного места звука в слове* (по принципу: в начале, в середине или в конце слова находится заданный звук).

Например: «Где ты слышишь звук **“ш”** в слове **“шапка”**? А в слове **“душ”**? В слове **“машина”** — в начале, в середине или в конце слова?». Но при выполнении этого задания сначала нужно убедиться в том, что ребенок понимает значение слов “начало”, “середина” и “конец”, так как в противном случае он будет отвечать просто наугад. Если в детском саду детей обучают грамоте, то

уже в дошкольном возрасте они овладевают и более сложными видами звукового анализа слов.

4. Достаточный уровень сформированности зрительно-пространственных представлений и зрительного анализа и синтеза (умение различать предметы и геометрические фигуры по форме, величине, расположению в пространстве (круг, овал, квадрат, треугольник; большой — маленький, больше — меньше; вверху — внизу, справа — слева), что хорошо подготовит ребенка к усвоению зрительных образов букв.

В случае несформированности всех этих умений к началу обучения ребенка грамоте он неизбежно встретится с большими трудностями при усвоении начертаний букв, при соотнесении каждой буквы с соответствующим ей звуком и при определении порядка следования букв при записи слова, что и приведет к появлению у него дисграфических ошибок, не связанных с незнанием грамматических правил. До правил здесь еще просто не дошло — ребенок не справился с гораздо более ранним этапом и не сумел полноценно овладеть самой техникой письма. В дальнейшем к этому неизбежно добавятся и грамматические ошибки, которые будут сосуществовать с дисграфическими.

В особо сложном положении при этом окажутся дети с фонетико-фонематическом недоразвитием, если с ними в дошкольном возрасте не будет проведена серьезная коррекционно-профилактическая работа. Об этой категории детей и об испытываемых ими трудностях ориентировки в звуковом составе слов будет рассказано в 12-й главе.

Мы не сказали еще о возможной несформированности у ребенка к началу школьного обучения грамматического строя устной речи. Такая несформированность выражается в неправильном согласовании слов в предложении, в ошибках при употреблении предлогов и пр. Например, ребенок говорит **«на стульев»** вместо **«на стульях»**, **«голубая небо»** вместо **«голубое небо»**, **«пять березов»** вместо **«пять берез»** и т. д. Естественно, что все это также будет отражаться на письме, но уже в виде грамматических ошибок. Такого рода ошибки тоже принято относить к дисграфическим (так называемая аграмматическая дисграфия), хотя они появляются значительно позднее, с переходом к изучению грамматических правил.

3. Виды дисграфии. Пути устранения

В зависимости от того, какие именно из перечисленных выше умений оказались у ребенка не сформированными к началу его обучения грамоте (а именно этим и определяется характер появляющихся в его письме специфических ошибок), принято выделять следующие основные виды дисграфии.

1. *Акустическая дисграфия*, связанная с неразличением некоторых акустически близких звуков на слух. Теперь ее называют дисграфией на почве нарушения фонемного распознавания, что более точно, потому что ребенок в этих случаях действительно не различает (не распознает) две разные фонемы и соответственно заменяет их на письме (например, пишет **«колова»** вместо **«голова»**, **«светок»** вместо **«цветок»** и т. п.). В устной речи эти звуки не смешиваются.

2. *Артикуляторно-акустическая дисграфия*, связанная не только с неразличением ряда звуков на слух, но и с заменой их в устной речи ребенка, который говорит, например, **«сапка»** вместо **«шапка»**, **«зук»** вместо **«жук»** и т. п. Ошибки на письме те же самые, что при акустической дисграфии.
3. *Дисграфия на почве несформированности анализа и синтеза речевого потока*, выражающаяся в искажении звуко-слоговой структуры слов (пропуски, перестановки букв, добавление лишних букв и слогов и т. п.).
4. *Оптическая дисграфия*, связанная с трудностью зрительного различения букв и выражающаяся в заменах на письме оптически сходных букв (типа **«ш»** и **«щ»**), в зеркальном написании букв и в недописывании или искажении их элементов.
5. *Аграмматическая дисграфия*, связанная с несформированностью у ребенка грамматических систем, что на письме проявляется в неправильном употреблении окончаний слов, предлогов и пр.

Рассмотрим каждый из названных видов дисграфии.

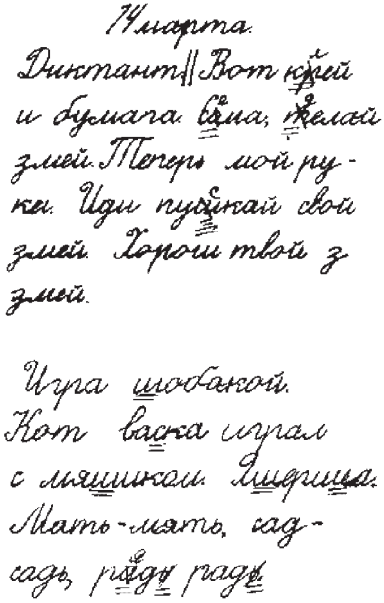
А. Акустическая дисграфия и пути ее преодоления

В основе этого вида дисграфии, как уже было отмечено, лежат трудности слуховой дифференциации звуков речи, приводящие к частым заменам на письме соответствующих букв. Например, если ребенок не дифференцирует на слух звуки **«п»** и **«б»**, то он будет постоянно колебаться при выборе букв в процессе письма (**«болото»** или **«полото»**, **«полка»** или **«болка»**).

Приведем примеры такого письма, в котором подчеркнуты только ошибки, относящиеся к акустической

дисграфии, то есть выражающиеся в заменах букв, соответствующих акустически близким звукам. Это работы ученика второго класса массовой школы, выполненные им уже почти к концу учебного года (март) (рис. 19). Из этих работ видно, что даже к этому времени он так и не смог полностью овладеть грамотой, хотя должен был овладеть ею еще в первом классе.

Для преодоления этого вида дисграфии существует единственно надежный путь — воспитание четкой слуховой дифференциации не различаемых ребенком на слух звуков. Пока это не достигнуто, он будет продол-


14 марта.
Диктант || Вот крей
и бумага. Сама, желай
змей. Теперь мой ру-
ка. Иди пускай свой
змей. Хорош твой з
змей.

Игра шобакой.
Кот васка играл
с мышкой. Лидрица.
Мать-мать, сад-
садь, рядо рядо.

Рис. 19. Акустическая дисграфия (Игорь А., второй класс)

жать писать наугад. Поэтому необходимо любыми способами довести до его сознания разницу в звучании звуков путем возможно более яркого ее подчеркивания.

Для этой цели на первом этапе удобнее всего отождествить эти звуки со звуками окружающей природы. Например, звук **«ш»** напоминает шум леса, а **«ж»** — жужжание жука. Обращается внимание и на то, что первый из этих звуков произносится шепотом, а второй — с участием голоса. Ребенку предоставляется возможность многократного прослушивания этих звучаний — до достижения их полного различения. Важно также дать ощутить вибрацию гортани при **«ж»** и отсутствие такой вибрации при **«ш»**. С этой целью одна рука ребенка прикладывается к передней части шеи логопеда, другая — к его собственной шее.

После этого дифференцируются речевые звуки «ш» и «ж», которые сразу связываются с соответствующими буквами.

В дальнейшем ребенку предлагаются самые разнообразные упражнения, направленные на различение названных звуков.

Например:

- раскладывание ребенком под буквами **«ш»** и **«ж»** картинок, в названиях которых содержатся соответствующие звуки (типа **«шапка»**, **«шарф»**, **«жилет»**, **«жакет»**, **«шуба»**, **«ландыш»**, **«жасмин»**);
- называние ребенком слов со звуками **«ш»** и **«ж»**;
- показ буквы **«ш»** или **«ж»** в ответ на произносимое взрослым слово с соответствующим звуком;
- называние ребенком пропущенной в слове буквы **«ш»** или **«ж»** (**«ко…ка»**, **«ко…а»**, **«ло…ечка»**, **«ду…»**,

«по…ар»); в дальнейшем подобные упражнения проводятся и в письменной форме.

Должное внимание следует уделять и специальным упражнениям в фонематическом анализе слов, включающих недифференцируемые ребенком звуки. Например, ему предлагается определить, перед каким звуком (или после какого звука) слышится в слове **«ш»** или **«ж»**; предлагается придумать слово, в котором звук **«ш»** (или **«ж»**) находится на первом (втором, третьем или последнем) месте и т. п.

Работая над преодолением акустической дисграфии, особое внимание надо обратить на воспитание слуховой дифференциации твердых/мягких и звонких/глухих согласных. Отсутствие такой дифференциации не только приводит к буквенным заменам на письме, но и препятствует усвоению целого ряда грамматических правил.

В частности, ребенок, не дифференцирующий на слух мягкие и твердые согласные, не сможет овладеть правилами обозначения мягкости согласных на письме — для него всегда будет сомнительно, надо ли писать мягкий знак в словах типа **«день»** и **«деньки»** и какая буква (**«а»** или **«я»**) должна быть написана, например, после **«л»** в слове «лампа». То же самое и со звонкими и глухими согласными: **«п»** или **«б»** нужно писать в словах типа **«зуб»** и **«зубки»**? **«С»** или **«з»** пишется в словах **«глаз»** и **«глазки»**? И даже если ученик попытается применить грамматическое правило, подобрав проверочные слова **«зубы»** и **«глаза»**, то и эти слова не смогут избавить его от сомнений, поскольку он так и не будет понимать, звонкие или глухие согласные в них слышатся.

Вся проводимая с ребенком работа по слуховой дифференциации звуков обязательно должна сопровождаться письменными упражнениями. Это могут быть предупредительные диктовки, запись придуманных им слов с дифференцируемыми звуками, вставка пропущенных «сомнительных» букв и т. п. Все эти упражнения окончательно закрепят навык безошибочного различения звуков и правильного выбора букв, что и будет свидетельствовать о преодолении данного вида дисграфии.

Для профилактики акустической дисграфии, предупреждающей самую возможность ее появления, нужно еще в дошкольном возрасте научить ребенка дифференцировать все звуки речи на слух, используя для этого изложенные выше приемы работы.

Б. Артикуляторно-акустическая дисграфия и пути ее преодоления

Данный вид дисграфии обусловлен наличием у ребенка звуковых замен в устной речи, которые отражаются на письме в виде соответствующих буквенных замен. Сам характер письменных ошибок при акустической и артикуляторно-акустической дисграфии одинаков, разница лишь в том, что во втором случае и в устной речи ребенка также имеются однотипные звуковые замены, тогда как при акустической дисграфии этого не наблюдается.

Артикуляторно-акустическая дисграфия обычно вырастает из не преодоленной до начала обучения грамоте сенсорной функциональной дислалии, ввиду чего ее нередко называют «косноязычием в письме». Так, если ребенок говорит **«сарф»** вместо **«шарф»** или **«лакета»** вместо **«ракета»**, то чаще всего именно так он и пишет

эти слова. Ошибочному написанию во многом способствует и неправильное проговаривание слов в процессе их записи (ребенок как бы сам себе диктует: **«сарф»**, **«лакета»** и т. п.). В то же время некоторые хорошо знакомые и неоднократно встречавшиеся при письме слова могут быть написаны правильно за счет опоры, например, на зрительный образ слова.

Иногда наблюдаются случаи так называемого «пережитого косноязычия» в письме, когда ученик, уже овладевший правильным звукопроизношением, по-прежнему продолжает допускать замены букв в процессе письма, что говорит о недостаточном количестве проведенных с ним письменных упражнений.

Приведем пример письма Толи Б., ученика шестого класса массовой школы (рис. 20). Артикуляторно-акустическая дисграфия проявляется у него в постоянном

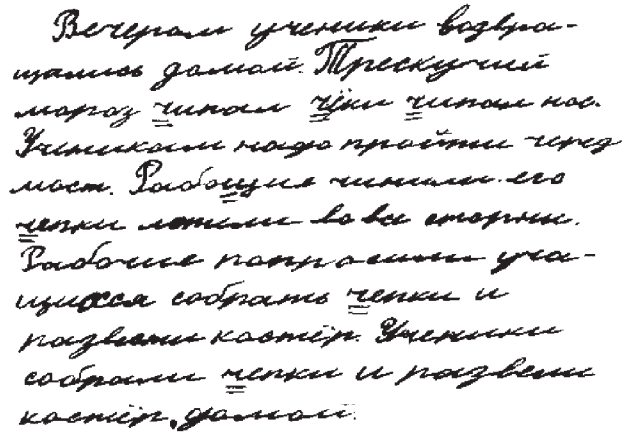

Вечером ученики возвра-
щались домой. Трескучий
мороз чипом чёки чипом нос.
Ученикам надо пройти через
мост. Рабочие чинили его
чепки летели во все стороны.
Рабочие попросили уча-
щихся собрать чепки и
развести костёр. Ученики
собрали чепки и развели
костёр, домой.

Рис. 20. Артикуляторно-акустическая дисграфия (Толя Б., шестой класс)

смешении на письме букв **«ч»** и **«щ»**. В своей устной речи он довольно долго заменял звук **«щ»** на **«ч»** (**«ченок»** вместо **«щенок»**, **«четка»** вместо **«щетка»**). В дальнейшем, *уже после овладения грамотой*, эти замены звуков были преодолены, но пережитое косноязычие так и не исчезло. В данной работе ученику было предложено вставить в слова пропущенные в них буквы **«ч»** или **«щ»**. Этот пример свидетельствует о большой устойчивости дисграфических ошибок, которые не исчезают без логопедической помощи даже в старших (вплоть до десятого) классах.

Путь преодоления артикуляторно-акустической дисграфии лежит через коррекцию нарушений звукопроизношения (устранение звуковых замен в устной речи ребенка) и через воспитание четкой слуховой дифференциации этих звуков. Для последней цели могут быть использованы упражнения, рекомендованные в разделе нарушений звукопроизношения. Как и при акустической дисграфии, большое внимание здесь должно быть уделено работе над фонематическим анализом и синтезом слов, что позволит ребенку безошибочно определять местонахождение «сомнительных» звуков. Пока все это не обеспечено, говорить об исчезновении буквенных замен на письме не приходится.

Для профилактики данного вида дисграфии всю работу по развитию слуховой дифференциации звуков речи и по устранению звуковых замен в устной речи ребенка необходимо провести *до начала его обучения грамоте*. Если это будет сделано в дошкольном возрасте, то данный вид дисграфии вообще не сможет появиться.

В. Дисграфия на почве несформированности анализа и синтеза речевого потока и пути ее преодоления

Причина данного вида дисграфии указана в самом ее названии — ученик затрудняется проанализировать речевой поток, то есть не может в сплошном потоке устной речи выделить отдельные слова и затем разделить эти слова на составляющие их слоги и звуки. А без четкой ориентировки *в звуковом* составе слов не могут быть выбраны нужные *буквы* для обозначения каждого конкретного звука и тем более определен их порядок в слове. В итоге правильная запись слов, не говоря уже о фразах, становится невозможной.

Существуют три вида анализа речевого потока: деление предложений на слова, слов на слоги и слов на звуки. Каждый из этих видов анализа (равно как и сразу все их виды) может быть нарушен.

При несформированности анализа предложения на слова ученик записывает целое предложение в виде одного (к тому же чаще всего искаженного) «слова», например: **«цвтыстятстле»** вместо **«цветы стоят на столе»**.

При несформированности деления слов на звуки ошибки могут выражаться в следующем:

- Пропуски в словах согласных букв, особенно при их стечении (**«тол»** вместо **«стол»**, **«трела»** вместо **«стрела»**).
- Пропуски гласных букв (**«трктор»** вместо **«трактор»**, **«картна»** вместо **«картина»**).
- Вставка лишних букв (**«стлол»** вместо **«стол»**, **«слоинс»** вместо **«слон»**).
- Перестановка букв (**«турба»** вместо **«труба»**, **«лапма»** вместо **«лампа»**).

При несформированности деления слов на слоги ошибки выражаются в пропусках слогов (**«моток»** вместо **«молоток»**), в добавлении лишних слогов (**«молототок»** вместо **«молоток»**), в перестановке слогов (**«мотолок»** вместо **«молоток»**).

На важности владения ребенком слоговым анализом слов необходимо остановиться подробнее. Хотя в целом наше письмо буквенно-звуковое, но единицей чтения и письма в русском языке является слог. Так, нельзя прочитать согласные буквы **«п»**, **«т»**, **«к»** или любые другие изолированно, без учета следующей за нею гласной, поскольку неизвестно, мягко или твердо они должны произноситься при чтении (**«па»** или **«пя»**?). Соответственно, и в процессе письма в этих случаях мы также должны иметь в виду сразу целый слог, так как мягкость или твердость согласного здесь должна быть обозначена при помощи последующей гласной буквы. При чтении же йотированных гласных **«е»**, **«я»**, **«ё»**, **«ю»** необходимо обращать внимание на предшествующую букву. Если перед любой из названных букв стоит гласная буква или разделительный мягкий или твердый знак, то буква читается как йотированная (**«сияние»**, **«обезьяна»**, **«съезд»**), а если какой-либо согласный звук — то как буква **«а»**, **«о»** или **«у»**, но при этом данный согласный произносится мягко (**«лямка»**, **«люк»**, а не **«льямка»**, **«льюк»**).

Итак, непременным условием овладения письмом является приобретение ребенком умения членить целостно звучащий речевой поток на составляющие его элементы. Но если ребенок в дошкольном возрасте не овладел самыми элементарными формами звукового

анализа, о которых говорилось выше, то при обучении грамоте ему не удается справиться с этой сложной задачей в отведенные школьной программой довольно короткие сроки. Следствием этого и является возникновение данного вида дисграфии.

В отличие от предыдущих двух видов дисграфии, проявляющихся в заменах вполне определенных букв, ошибки при данном ее виде носят буквально непредсказуемый характер. Это связано с тем, что ребенок, не имеющий отчетливого представления о звуковом составе слова, записывает его наугад, улавливая лишь те составляющие его звуки, которые ему показались наиболее «яркими». Часто он не чувствует и границ между словами. Приведем пример такого письма. Это работа Кати Н., ученицы первого класса, которая выполнена ею в январе, когда период обучения грамоте уже закончен (рис. 21).

Единственный путь преодоления данного вида дисграфии — это обучение ребенка приемам звукового ана-

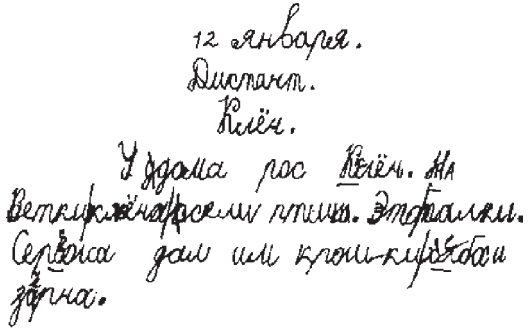

12 января.
Диктант.
Клёч.
У дома рос Клёч. На
Ветки клёча сели птицы. Эти стали.
Серёжа дал им клёч-клёч бери
зёрна.

Рис. 21. Дисграфия на почве несформированности анализа и синтеза речевого потока (Катя Н., первый класс)

лиза и синтеза слов и анализа речевого потока в целом. Только тогда, когда он будет отчетливо представлять себе звуковой состав каждого записываемого слова, можно будет не сомневаться в том, что он не забудет обозначить буквой ни один из составляющих это слово звуков и сумеет воспроизвести правильную их последовательность.

Прежде всего нужно научить ученика *делить каждое предложение на отдельные слова* и правильно определять их количество. При этом особое внимание должно быть обращено на предлоги и союзы, которые также являются самостоятельными словами и поэтому пишутся отдельно от значимых слов. Для наглядности можно использовать графические схемы предложений, отражающие количество составляющих их слов, где предлоги и союзы обозначаются более короткими черточками. Например:

└___ ___. Девочка читает.

└___ ___ ___. Девочка читает книгу.

└___ ___ _ ___. Книга лежит на столе.

└___ _ ___ ___ _ ___. Ваня и Петя идут в школу.

Ребенку могут быть предложены такие задания:

- придумать предложение по заданной графической схеме;
- составить графическую схему данного предложения (например: **«дети пошли в лес»**);
- определить место данного слова в предложении (какое по счету?) и пр.

Поработав с графическими схемами предложений, ребенок уже не забудет начать запись предложения с боль-

шой буквы, которая в схеме обозначена вертикальной черточкой, и в конце его поставить точку. Он будет также понимать, что между всеми словами на письме должны быть оставлены интервалы и что предлоги и союзы обязательно должны быть написаны отдельно от тех слов, к которым они относятся.

Подобным же образом нужно научить ребенка делению слов на слоги и звуки. *Для деления слов на слоги* он должен прежде всего уметь разграничивать гласные и согласные звуки и выделять гласные звуки в слове. Для этой цели необходимо познакомить его со всеми гласными звуками и показать особенности их звучания. Далее можно предлагать задания на называние в слове одних только гласных звуков (**«у»** и **«а»** в слове **«утка»**), на придумывание слов с определенным гласным звуком (придумай слова на звук **«а»**, на звук **«о»**, **«у»** и т. п.). И только после того как ребенок научится без затруднений находить в слове гласные звуки, ему можно будет сообщить хорошо известное правило: *«сколько в слове гласных, столько и слогов»*.

Для облегчения деления слов на слоги полезно использовать широко практикуемое в школе «отхлопывание» и «отстукивание» слогов.

Далее используются графические слоговые схемы слов, например:

___ **дом**, **кот**, **слон**, **тигр** (односложные слова);

___ ___ **лу-на**, **вес-на**, **кар-ман** (двусложные слова);

___ ___ ___ **ма-ли-на**, **кар-ти-на**, **по-ми-дор** (трехсложные слова) и т. д.

Ребенку предлагаются также следующие задания на слоговой анализ слов:

- подобрать несколько слов к заданной графической схеме (например, к схеме _____ _____ могут быть подобраны *любые* двусложные слова);
- составить графическую схему к каждому из данных слов (**«двор»**, **«туча»**, **«трактор»**, **«картофель»** и т. п.);
- составить слова из слогов, данных вразбивку (**«ни-са»**, **«га-кни»**, **«ши-ма-на»**, **«та-ра-ке»** и пр.);
- придумать несколько слов с первым (последним, средним) слогом **«ра»** (**«рама»**, **«радуга»**, **«гора»**, **«шарада»**) или любым другим слогом.

В процессе работы *над звуковым анализом* слов ребенку предлагаются однотипные упражнения, но касающиеся уже не слогового, а звукового их анализа, например:

- определить количество звуков в слове (сколько звуков в словах **«шар»**, **«свет»**, **«кран»**, **«карта»**, **«страус»** и т. п.);
- определить последовательность звуков в слове (какой звук первый в слове **«ковшик»**? а второй, третий, четвертый...?);
- определить место звука в слове (какой звук находится перед **«р»** в слове **«верба»**? а какой после **«р»**?)
- придумать слово, состоящее из четырех (трех, пяти и т. д.) звуков;
- составить слово из звуков, данных в беспорядке (**«м»**, **«л»**, **«о»** — **«лом»**);
- составить из данного слова новое путем добавления к нему одного звука (**рот** — **крот**; **осы** — **росы**; **Оля** — **Коля** и т. д.);

- составить из данного слова новые слова путем изменения в нем первого звука (**дом** — **ром** — **ком** — **лом** — **сом** — **том**; **кот** — **бот** — **вот** — **дот** — **мот** — **пот** — **рот** — **тот**);
- составить как можно больше слов из звуков данного слова (**трактор** — **рот** — **кот** — **торт** — **рак** — **рок** — **так** — **рота** — **кто** — **ток** и т. д).

Все приведенные здесь виды работ по анализу речевого потока в конечном итоге научат школьника четко и быстро ориентироваться в этом непрерывно звучащем потоке речи и правильно отображать его на письме, благодаря чему для существования данного вида дисграфии больше уже не останется места.

В плане профилактики данного вида дисграфии настоятельно советуем родителям и педагогам дошкольных и школьных учреждений следующее.

Во-первых, еще в дошкольном возрасте обязательно следует позаботиться об овладении ребенком упомянутыми выше простейшими видами *звукового* (наиболее сложного) анализа слов, предварительно проверив у него состояние слуховой дифференциации звуков речи и правильность их произношения и приняв в случае необходимости соответствующие коррекционные меры. Последнее должно быть сделано еще до начала работы над звуковым анализом слов, потому что неразличение ребенком некоторых звуков на слух и их замены в устной речи не позволят ему правильно проанализировать звуковой состав слов.

Во-вторых, в период начавшегося школьного обучения как педагогам, так и родителям необходимо столько работать с ребенком над анализом речевого потока

в целом и особенно над фонематическим анализом и синтезом слов, сколько потребуется для *полного* овладения ими. Без соблюдения этого важнейшего условия ученик *не сможет* овладеть даже самой техникой письма, не говоря уже об усвоении им в дальнейшем каких-либо грамматических правил.

В особо сложных случаях бывает не обойтись без логопедической помощи, обращение за которой не следует откладывать «на потом», поскольку все эти трудности легче всего преодолеть в самом начале первого года обучения. Однако родители, к сожалению, часто затягивают время и тем самым усугубляют имеющуюся проблему.

Г. Оптическая дисграфия и пути ее преодоления

Данный вид дисграфии связан с трудностью усвоения ребенком зрительных образов букв, многие из которых кажутся ему одинаковыми. Корни этих трудностей чаще всего уходят в дошкольный возраст и связаны с несформированностью у него зрительно-пространственных представлений. Так, если ребенок не научился еще в дошкольном возрасте отличать длинную ленту (карандаш, линейку, нитку) от короткой, то ему будет трудно заметить, что у *письменной* буквы **«п»** палочка короткая, тогда как у **«р»** — длинная; если он не усвоил, что предметы могут располагаться слева и справа, сверху и снизу друг от друга, то ему будет трудно понять, что овал у буквы **«ю»** располагается справа, а не слева, что второй элемент у письменной буквы **«б»** направлен вверх, тогда как у **«д»** — вниз и т. п. А это значит, что он будет смешивать на письме подобные буквы или изображать их зеркально.

Ошибки на письме при оптической дисграфии чаще всего выражаются в следующем (*речь идет только о письменных буквах*).

1. Замены букв, состоящих из разного количества одинаковых элементов (**«и»** и **«ш»**, **«ц»** и **«щ»**, **«п»** и **«т»**, **«л»** и **«м»**).
2. Замены похожих, но по-разному расположенных в пространстве элементов букв, что в итоге приводит к замене самих этих букв (**«в»** и **«д»**, **«б»** и **«д»**, **«ш»** и **«т»**).
3. Недописывание элементов букв (**«и»** вместо **«у»**).
4. Зеркальное изображение букв (**«е»** вместо **«з»**, ᴏɪ вместо **«ю»**, ɔ вместо **«с»**).

Вот пример оптической дисграфии, выражающейся в зеркальном написании букв (рис. 22).

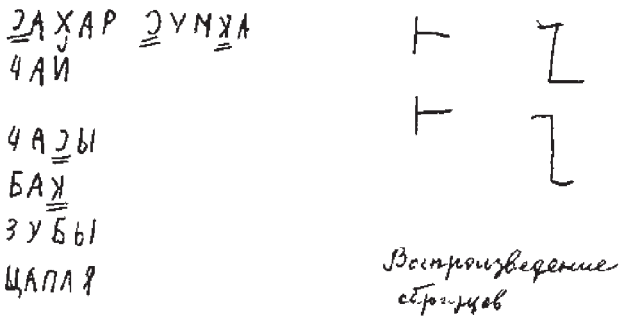


Рис. 22. Оптическая дисграфия (Лев Д., первый класс).

Для преодоления оптической дисграфии необходимо развить у ребенка зрительно-пространственные представления и зрительный анализ и синтез, что даст

ему возможность заметить различия в начертании смешиваемых или неправильно ориентируемых им в пространстве букв.

В процессе непосредственной работы над различением букв широко используются такие приемы:

- складывание букв из составляющих их элементов;
- переделка одной буквы в другую (для письменных букв: **«и»** в **«ш»** и **«ц»**; **«в»** в **«д»**; **«п»** в **«т»** и т. п.);
- вылепливание смешиваемых букв из пластилина;
- письмо смешиваемых букв в воздухе (опора на более сохранный в данном случае двигательный анализатор);
- вырезывание букв из бумаги или картона;
- обводка контуров букв;

Очень полезны также упражнения в узнавании букв в усложненных условиях, например:

- узнавание заштрихованных букв (рис. 23);

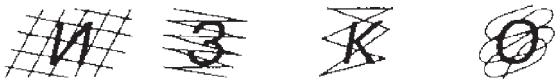


Рис. 23. Заштрихованные буквы

- узнавание букв, изображенных пунктиром (рис. 24);

Рис. 24. Буквы, изображенные пунктиром

- узнавание стилизованных букв (рис. 25);

Рис. 25. Стилизованные буквы

- узнавание наложенных друг на друга букв (рис. 26).

Рис. 26. Наложенные друг на друга буквы

Все эти виды упражнений преследуют одну и ту же цель: привлечь внимание ученика к особенностям начертания сходных букв, к имеющимся в них различиям и тем самым помочь ему усвоить правильное их написание.

На заключительных этапах работы необходимо провести также *достаточное (до полного исчезновения ошибок) количество письменных упражнений* в написании смешиваемых или неправильно изображаемых учеником букв. Упражнения проводятся в такой последовательности:

- многократное написание изолированных букв;
- написание букв в отдельных словах, включающих смешиваемые буквы;
- написание букв в предложениях, насыщенных смешиваемыми учеником буквами;
- написание смешиваемых букв сначала в насыщенных этими буквами, а затем и в обычных текстах.

Когда все это будет обеспечено, для существования оптической дисграфии больше не останется места.

Для профилактики данного вида дисграфии необходимо уже в раннем дошкольном возрасте учить ребенка собирать пирамидки, матрешки, складывать фигурки из их элементов, работать с кубиками, заниматься постепенно усложняющимся конструированием, начиная буквально с нескольких кубиков или палочек. Позднее нужно учить его различать разные предметы и геометрические фигуры, похожие друг на друга *по форме* (круг и овал, квадрат и прямоугольник, треугольник и трапеция и пр.), *по величине* (длине, ширине, высоте, толщине), по расположению их в пространстве по отношению друг к другу (слева, справа, спереди, сзади, вверху, внизу, выше, ниже и т. д.). *Необходимо и четкое различение левой и правой руки, поскольку без этого невозможна ориентировка в правой и левой сторонах пространства* (что находится слева, а что справа?).

В старшем дошкольном возрасте важно учить ребенка и различению похожих по начертанию печатных букв, обращая при этом его внимание на основные отличительные их признаки (наличие «хвостика» у **«щ»** и его отсутствие у **«ш»**, расположенность горизонтальной палочки у **«т»** посредине, а у **«г»** — с правого края, расположенность горизонтальной палочки у **«п»** сверху, а у **«н»** — посредине и т. п. Важно попутно сочетать эти упражнения и с «переделкой» одной буквы в другую.

Все эти упражнения настолько разовьют у ребенка еще в дошкольном возрасте его зрительно-пространственные представления и зрительный анализ и синтез, что он просто *не сможет* не заметить даже самых мелких различий в начертаниях похожих букв. Для такого ребенка будет полностью исключена возможность появления оптической дисграфии.

Д. Аграмматическая дисграфия и пути ее преодоления

Аграмматическая дисграфия связана с несформированностью у ребенка грамматического строя устной речи, формирование которого в норме заканчивается к семи годам, то есть к началу школьного обучения. В этом возрасте ребенок, еще не знающий никаких грамматических правил, уже свободно пользуется ими в своей речи, то есть строит ее «как взрослый».

Отставание же в овладении грамматическими нормами языка выражается в неправильном согласовании слов (путание окончаний), в неправильном употреблении предлогов и пр., что в дальнейшем переносится и на письмо. Вот примеры такого письма, взятые из работ учащихся разных классов: **«дети учится»** (вместо «учатся») в школе»; **«шишка упала с деревом»** (вместо «с дерева»); **«грибы растут под елки»** (вместо «под елкой»).

С большими трудностями для таких учащихся сопряжено изучение склонений имен существительных, прилагательных, числительных, а также усвоение правил согласования слов в роде, числе, падеже и пр. И до тех пор, пока с таким ребенком не будет проведена соответствующая коррекционная работа, аграмматизмы не исчезнут у него ни в устной речи, ни на письме. Об этом свидетельствует в том числе и приводимый ниже пример письма ученика пятого класса массовой школы (рис. 27).

Основное, что в процессе такой работы необходимо сделать, это дать ребенку четкие образцы правильных грамматических форм разных групп слов (в частности, их окончаний), к которым он в результате многочисленных упражнений научится «подгонять» все другие однотипные виды окончаний.

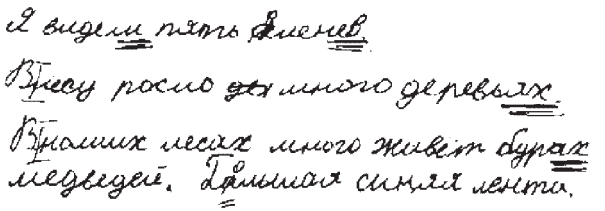

Я видел пять Ленев.
В лесу росло много деревьях.
В наших лесах много живет бурах
медведей. Горная синяя лента.

Рис. 27. Аграмматическая дисграфия (Саша Я, пятый класс)

Например:

- если «пять слонОВ», то и пять (десять, сто, тысяча и т. д.) верблюдОВ, ослОВ, котОВ, петухОВ, индюкОВ, шкафОВ, стаканОВ;
- если «пять лошадЕЙ», то и пять мышЕЙ (а не мышОВ), журавлЕЙ, ежЕЙ, глухарЕЙ, тетрадЕЙ, кроватЕЙ;
- если «пять деревьЕВ», то и пять стульЕВ, крыльЕВ, перьЕВ, кольЕВ;
- если «пять лягушЕК», то и пять кошЕК, мышЕК, кукушЕК, подушЕК;
- если «пять лягушАТ», то и пять мышАТ, ежАТ, волчАТ, ужАТ и т. д.

Как и при других видах дисграфии, здесь также необходимо достаточное количество не только устных, но и письменных упражнений. Последние могут заключаться в предупредительных диктовках, в выполнении специальных заданий на дописывание окончаний слов, на постановку слов в правильной грамматической форме и пр.

Мы рассмотрели отдельные виды дисграфии, проследив при этом их непосредственную связь с нарушением

тех или иных операций процесса письма и тем самым несколько упростив понимание вопроса. В практике же логопедической работы чаще всего приходится иметь дело со смешанной формой дисграфии, в основе которой лежит несформированность не одной, а сразу двух или нескольких операций письма, что значительно усложняет общую картину нарушения.

В приводимом ниже примере письма Сережи Щ., ученика пятого класса массовой школы, дисграфические ошибки подчеркнуты двумя чертами (рис. 28).

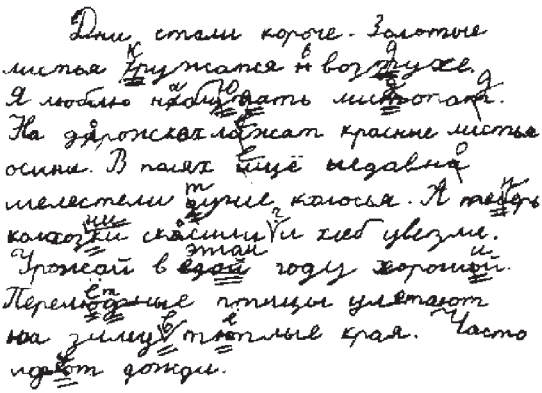

Дни стали короче. Золотые
листья кружатся в воздухе.
Я люблю наблюдать листопад.
На дорожках лежат красные листы
осины. В полях ещё недавно
шелестели душистые колосья. Я теперь
колосья скосили и хлеб увезли.
Урожай в этом году хороший.
Перелётные птицы улетают
на зимуют в тёплые края. Часто
идут дожди.

Рис. 28. Смешанная дисграфия (Сережа Щ., пятый класс)

Здесь преобладает акустическая дисграфия (замены букв **«к»** и **«г»**, **«т»** и **«д»**, **«п»** и **«б»**, свидетельствующие об отсутствии слуховой дифференциации глухих и звонких согласных звуков, а также замены гласных **«е»** и **«ю»**, **«у»** и **«ю»**, тоже объясняющиеся трудностью их слуховой дифференциации). Наряду с этим имеются проявления и аграмматической дисгра-

фии (**«в едой году»** вместо **«в этом году»**, **«хорошой урожай»** вместо **«хороший урожай»**), а также дисграфии на почве несформированности анализа и синтеза речевого потока (**«колхозки»** вместо **«колхозники»**; пропущен предлог **«в»** — **«улетают теплые края»** вместо «улетают в теплые края»).

Если мы вернемся к приведенному выше примеру письма Кати Н., иллюстрирующему проявления дисграфии на почве несформированности анализа и синтеза речевого потока, то также найдем в нем ошибки, характерные и для других видов дисграфии, в частности акустической (**«Серожа»** вместо **«Сережа»**, **«зорна»** вместо **«зерна»**). Это еще лишний раз подтверждает, что «чистые» виды дисграфии встречаются сравнительно редко и что преобладают в основном ее смешанные формы.

При смешанной дисграфии приемы работы комбинируются с учетом имеющихся конкретных нарушений. Например, для преодоления буквенных замен, связанных с неразличением звуков на слух, у учащихся воспитывается слуховая дифференциация звуков; для преодоления имеющихся наряду с этим буквенных замен, связанных с трудностями зрительного анализа и синтеза и недостаточной сформированностью зрительно-пространственных представлений, развиваются именно эти функции и т. д.

Из всего ранее сказанного вполне очевидно, что разные виды дисграфии преодолеваются по-разному в связи с их различной причинной обусловленностью. Но в то же время имеется и ряд таких *принципиально важных положений,* учет которых необходим для успешного

преодоления любого вида дисграфии. Считаем необходимым обратить внимание читателя на два таких положения.

Во-первых, *работу над преодолением дисграфии любого вида никогда не следует начинать непосредственно с упражнений в письме*, с попыток устранить ошибки именно в нем — это не даст желаемого результата. Сначала необходимо привести к норме те операции, которые подготавливают процесс письма и без должного уровня сформированности которых письмо *в принципе* не может протекать нормально. Так, например, если ребенок с акустической дисграфией не различает на слух некоторые звуки и в связи с этим допускает на письме соответствующие буквенные замены, то бесполезно упражнять его в письме, не научив предварительно различать эти звуки. То же самое и со всеми другими видами дисграфии: какой смысл проводить бесконечные диктовки с ребенком, который не владеет анализом речевого потока или не способен различить сходные по начертанию буквы? Это будут лишь упражнения в неправильном письме и больше ничего.

Во-вторых, в процессе работы по выравниванию «западающих звеньев» *следует «идти в обход» и как можно больше опираться на сохранные функции*. Например, если ребенок не дифференцирует звуки **«с»** и **«ш»** *на слух*, то на первых порах можно привлечь его внимание к различному положению губ и языка при произнесении этих звуков, то есть опереться *на зрение и на кинестетическое чувство* (чувство положения артикуляторных органов). *При неразличении букв по их виду* (несформированность зрительного анализа и синтеза) часто при-

бегают к письму букв в воздухе при выключенном зрении, то есть *к опоре на двигательный анализатор* и т. п. Эти приемы хорошо известны логопедам и широко ими используются, что полезно иметь в виду также педагогам и родителям.

Важно учесть и еще одно обстоятельство. Иногда у детей, допускающих дисграфические ошибки, не удается выявить нарушения каких-либо конкретных операций письма (неразличения звуков, неузнавания букв, затруднений в анализе речевого потока и т. п.). По этой причине может создаваться такое впечатление, что для дисграфии здесь как будто бы нет никакой почвы.

Подобные случаи имеют свое объяснение. Письмо является сложной речевой деятельностью, включающей в свой состав целый ряд операций различного уровня, которые должны осуществляться одновременно. Так, в процессе записи слов ребенок должен уметь дифференцировать все составляющие их звуки, соотносить эти звуки с определенными буквами, выбирая при этом соответствующие буквенные знаки и переводя зрительные образы букв в двигательные, а также определять последовательность звуков в слове, не говоря уже о необходимости соблюдения графических норм и хотя бы самых элементарных грамматических правил. Ребенку трудно координировать все эти операции, трудно распределить между ними свое внимание, выполняя все их синхронно и в то же время своевременно переключаясь с одной операции на другую. Поэтому неудивительно, что ребенок, успешно справляющийся с выполнением каждой отдельной операции, не может выполнить все их одновременно, что и приводит к дисграфическим ошибкам.

Однако эта невозможность объединения всех необходимых операций письма в единый слаженный процесс все же более характерна для детей *с недостаточно свободным* владением каждой из них в отдельности. Кроме того, здесь может сказываться и не вполне соответствующее норме состояние у ребенка таких очень важных для овладения письмом психических функций, как память, внимание и пр.

О путях *профилактики* разных видов дисграфии мы уже говорили выше. Волне понятно, что любой из ее видов, а значит и смешанную дисграфию, *несравненно* легче предупредить, чем преодолеть.

Заканчивая разговор о разных видах дисграфии, мы не можем не показать родителям, к чему приводит явно выраженное *несовершенство ручной моторики* поступающего в школу ребенка. Тонкая моторика рук теперь недостаточно развита у подавляющего большинства детей в силу отсутствия соответствующих упражнений для пальцев рук. В частности, детям чаще всего не приходится застегивать пуговицы и зашнуровывать ботинки, поскольку все заменили «очень удобные» молнии и т. п. Поэтому многие приступающие к овладению письмом первоклассники не могут нормально держать ручку и тем более уверенно передвигать ее по листу бумаги в нужных направлениях, соблюдая при этом стабильность «размаха движений», обеспечивающих одинаковый размер букв.

Поскольку при таких условиях уже изначально невозможно выработать хоть сколько-нибудь нормальный и разборчивый почерк, то письмо многих старшеклассников теперь таково, что написанное невозможно прочесть

не только любому хорошо грамотному человеку, но даже и самому «автору». Нам представляется, что это равносильно *полному невладению письменной речью*, потому что она не может выполнить своей основной функции — например, передачи какой-то информации другому человеку при помощи хотя бы простой записки.

В подтверждение сказанному приводим пример письма Жени С., ученика третьего класса массовой школы, которому в процессе обследования продиктовали несколько предложений и в заключение попросили написать ряд букв (рис. 29).

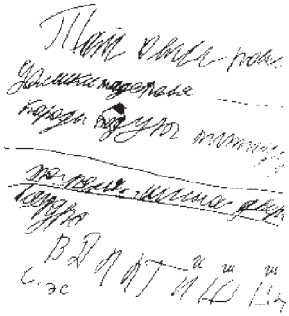


Рис. 29. Полное невладение письменной речью (Женя С., третий класс)

Очень хочется надеяться, что вид этих беспомощных и крайне неряшливых каракулей заставит многих родителей в процессе подготовки ребенка к школе обратить внимание и на состояние его ручной моторики.

4. Обследование детей с дисграфией

Обследование детей с дисграфией сознательно рассматривается в самом конце описания данного речевого

расстройства, поскольку теперь задачи и содержание обследования будут более ясны читателю.

Основные задачи обследования заключаются, во-первых, в отграничении дисграфии от обычных грамматических ошибок, и, во-вторых, в определении вида дисграфии. Последнее необходимо для выбора соответствующих путей коррекционного воздействия.

Обследование обычно начинается с внимательного изучения школьных тетрадей, поскольку о многом может сказать уже сам характер допускаемых учеником ошибок и их повторяемость или, наоборот, случайность, единичность (к дисграфии относятся лишь стойкие, повторяющиеся ошибки письма, *не связанные с незнанием грамматических правил*). Так, например, если ребенок пишет **«шыло»** вместо **«шило»** или **«жыть»** вместо **«жить»**, то это говорит о незнании им правила правописания **«ы»** или **«и»** после шипящих. Точно так же написание **«граза»** вместо **«гроза»** или **«вада»** вместо **«вода»** свидетельствует о незнании правила правописания безударных гласных в корне слова. Подобные ошибки не имеют отношения к дисграфии, даже если они повторяются постоянно.

Далее, необходимо собрать основные сведения о раннем общем и речевом развитии ребенка, начиная со сведений о протекании беременности и родов у его матери. Эта часть обследования направлена преимущественно на выяснение возможных причин дисграфии.

Обязательно исследуется также возможность выполнения ребенком тех основных операций, которые являются необходимыми предпосылками полноценного письма.

К ним относятся:

- слуховая дифференциация звуков;
- правильность произношения звуков (в особенности в плане наличия или отсутствия звуковых замен в устной речи ребенка);
- фонематический анализ и синтез слов;
- знание букв, включая и их узнавание в усложненных условиях (написанных пунктиром, заштрихованных, наложенных друг на друга, сходных по начертанию и т. п.);
- словарный запас и грамматический строй речи.

Эта часть обследования направлена на поиски «слабого звена» и должна способствовать определению конкретного вида дисграфии. Например, если в школьных тетрадях ребенка наблюдаются замены букв, характерные для тех или иных видов дисграфии, то нужно обязательно проверить слуховую дифференциацию и правильность произношения соответствующих этим буквам звуков, а также возможность узнавания самих букв в усложненных условиях. Это даст возможность выявить причину имеющихся у ученика трудностей, а значит, и правильно определить путь их преодоления. (Буквенные замены могут иметь место при акустической, артикуляторно-акустической и оптической дисграфии и во всех трех случаях они преодолеваются по-разному.) При наличии в письме пропусков и перестановок букв и других видов искажения звуко-слоговой структуры слов необходимо проверить состояние фонематического анализа слов, который в подобных случаях чаще всего оказывается несформированным и с развития которого нужно будет начинать

коррекционную работу. При большом количестве аграмматизмов в письме необходима проверка сформированности у ученика грамматического строя устной речи, что также поможет правильно определить путь коррекционного воздействия.

Способы проверки слуховой дифференциации звуков и правильности их произношения, равно как и способы проверки узнавания букв в усложненных условиях, были изложены выше.

Для выяснения степени владения анализом речевого потока ученику предлагаются примерно такие вопросы:

- сколько слов в этом предложении? (предлог считается за отдельное слово);
- сколько слогов в слове? Какой слог первый, второй, третий? (предлагаются одно-, двух- и трехсложные слова);
- сколько звуков в слове? Какой звук первый, второй, третий? (ученик должен назвать все звуки, составляющие слово, по-порядку, например: **«с-т-р-а-у-с»**).

Если ребенок затрудняется при выполнении подобных заданий, то работу по преодолению данного вида ошибок на письме нужно начинать с формирования у него навыка анализа речевого потока в процессе выполнения устных упражнений.

Аграмматизмы в устной речи легче всего выявить при выполнении учеником специальных заданий на постановку слова в определенной грамматической форме. Например, предложите ему закончить такое предложение: **«птицы вьют свои гнезда на ... (деревьях)»**. Или можно попросить поставить слово **«шары»** (**«олени»**, **«окна»**

и др.) в нужной грамматической форме, правильно согласовав его с именем числительным (**«у девочки было четыре шара, а у мальчика пять .... (шаров)»**; **«в одном доме было три окна, а в другом семь ... (окон)»**). В случае неправильного употребления окончаний слов при выполнении подобных заданий работу с учеником нужно начинать с преодоления аграмматизмов в его устной речи.

Далее *проверяются различные виды письма* (списывание, письмо под диктовку, самостоятельное письмо). В этом разделе обследования очень важен целенаправленный подбор текстов для списывания и письма под диктовку — тексты должны быть насыщены теми буквами, словами и словосочетаниями, которые представляют для ребенка наибольшие трудности. Например, при неразличении на слух или замене в устной речи звуков **«с»** и **«ш»** целесообразно продиктовать примерно такую фразу: **«На высокой смолистой сосне растут большие шишки»**. При неразличении оптически сходных букв **«л»** и **«м»** должны быть подобраны фразы типа **«мальчики наломали еловых веток для маленького шалаша»**.

Если же ребенок затрудняется в фонематическом анализе и синтезе слов, то для диктовки и списывания должны быть подобраны не только простые, но обязательно и сложные по структуре слова типа **«страус»**, **«прожектор»** и т. п. При наличии аграмматизмов в устной речи подбираются и соответствующие словосочетания (на согласование прилагательных с существительными, существительных с числительными и другие). Общий принцип подбора текстов такой: нужно, чтобы

ребенку было где ошибиться, то есть обнаружить свои проблемы.

При исследовании письма обязательно следует учитывать степень владения ребенка этим навыком. Например, если он умеет писать только отдельные буквы, то бессмысленно пытаться диктовать ему предложения или тексты. В этих случаях приходится ограничиваться записью под диктовку отдельных букв. Но и здесь, как правило, удается выявить имеющиеся у него на данном этапе овладения грамотой трудности: вместо одной буквы он часто пишет другую, допуская замену по принципу слухового или оптического сходства, а также нередко изображает эту букву зеркально, недописывает или искажает ее элементы и т. п.

Наряду с письмом обязательно проверяется и чтение, поскольку в нем могут наблюдаться однотипные ошибки, о чем речь пойдет в следующей главе.

5. Профилактика дисграфии

Возможность предупреждения дисграфии вполне реальна, потому что все будущие затруднения в письме почти безошибочно можно предсказать уже в дошкольном возрасте, определив при этом даже вид будущей дисграфии. Ведь если ребенок не различает некоторые речевые звуки на слух (проверять это можно начиная с трехлетнего возраста), если после пяти лет в его устной речи имеются звуковые замены, а после четырех все еще сохраняются аграмматизмы, если в шесть лет он не владеет простейшими видами фонематического анализа слов или обнаруживает несформированность зрительно-пространственных представлений, то каким же образом он сможет овладеть полноценным письмом?

Все перечисленные слабые звенья и представляют собой совершенно явные предпосылки вполне определенных видов будущей дисграфии, которая, по сути, уже реально существует, но только пока еще в скрытом для неспециалистов виде. И было бы слишком безответственно (если не сказать преступно) по отношению к ребенку не предпринять необходимых коррекционно-профилактических мер по ликвидации этих слабых мест до его прихода в школу.

Ввиду этого профилактика дисграфии должна проводиться по таким вполне определенным направлениям:

1. *Развитие тонкости и дифференцированности слухового восприятия*, начиная с раннего возраста, с целью приучения ребенка различать неречевые звуки по высоте, силе (громкости) и длительности звучания, поскольку именно по таким параметрам ему придется в дальнейшем различать звуки речи. Для этого можно использовать звучащие игрушки, музыкальные инструменты (можно игрушечные) и просто человеческий голос разной высоты и громкости. Ребенок должен научиться узнавать близких людей по голосу, определять направление источника звука, а также подражать различным звукам. Если слух ребенка уже с раннего возраста будет настроен на «дифференцировочный лад», то можно не сомневаться, что к двум годам даже ребенок «группы риска» сможет различить на слух все речевые звуки. Этим будут устранены предпосылки акустической дисграфии.

2. *Забота о своевременном исчезновении возрастных своеобразий в произношении звуков*, то есть звуко-

вых замен. Прежде всего этому будет способствовать достаточно развитая слуховая диффренциация звуков, о которой мы только что говорили. Благодаря ей ребенок уловит различие в произношении звуков взрослыми и им самим и постарается подтянуть свое звукопроизношение к имеющемуся в речи взрослых образцу. Далее останется только обеспечить ему этот правильный образец для подражания — взрослым нужно отчетливо и небыстро произносить заменяемые ребенком звуки и слова с этими звуками при условии не только слухового, но и зрительного восприятия их ребенком. Так должны будут исчезнуть предпосылки артикуляторно-акустической дисграфии.

3. *Развитие простейших видов фонематического анализа слов*, доступных детям дошкольного возраста, что не составит труда для ребенка, уже хорошо овладевшего слуховой дифференциацией звуков и правильным их произношением. Это явится профилактикой дисграфии на почве несформированности фонематического анализа и синтеза слов.

4. *Развитие пространственных представлений и зрительного анализа и синтеза*, которое должно начинаться с подвешивания в кроватке ребенка игрушек, чтобы он мог фиксировать на них свой взор. Уделяется внимание и прослеживанию взором движущегося предмета. Развитию представлений о форме и величине предметов способствует собирание пирамидок, строительство из кубиков, разного рода конструирование и пр. Для развития зрительного анализа и синтеза широко используются «веселые картинки», ориентированные на нахождение ребенком мелких различий в очень сход-

ных внешне предметах. Исключительно важно также не ограничивать возможность передвижения ребенка в окружающем пространстве и развивать его ориентировку в собственном теле и пространстве. В итоге всех этих занятий и упражнений исчезнет всякая почва для появления оптической дисграфии.

5. *Обогащение словарного запаса и забота о своевременном исчезновении детских возрастных аграмматизмов* — основное средство профилактики аграмматической дисграфии.

Таким образом, родителям и педагогам дошкольных учреждений очень важно внимательно присмотреться к ребенку-дошкольнику с учетом перечисленных выше факторов и в случае выявления хотя бы одного слабого звена сделать все возможное для своевременного его удаления, а значит, и для предупреждения дисграфии.

Важно не забыть и о ручной моторике.

Использованная литература

1. *Ананьев Б. Г.* Анализ трудностей в процессе овладения детьми чтением и письмом // Известия АПН РСФСР. Вып. 70. — М., 1950.

2. *Гурьянов Е. В.* Психология обучения письму.— М., 1959.

3. *Ефименкова Л. Н.* Коррекция устной и письменной речи учащихся начальных классов. — М.: Просвещение, 1991.

4. *Левина Р. Е.* Нарушения чтения и письма у детей. — М.: Учпедгиз, 1951.

5. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. — М.: Просвещение, 1998.

6. *Лурия А. Р.* Очерки психофизиологии письма. — М.: Изд-во АМН СССР, 1950.

7. *Назарова Л. К.* О роли речевых кинестезий в письме // Советская педагогика, № 6, 1952.

8. *Парамонова Л. Г.* Предупреждение и преодоление дисграфии у детей. — СПб.: Союз, 2004.

9. *Парамонова Л. Г.* Дисграфия: диагностика, профилактика, коррекция. — СПб.: Детство-Пресс, 2006.

10. *Правдина О. В.* Логопедия. — М.: Просвещение, 1973.

11. *Садовникова И. Н.* Нарушение письменной речи у младших школьников. — М.: Просвещение, 1983.

12. *Токарева О. А.* Расстройства письменной речи у детей // Очерки по патологии речи и голоса. Вып. 2 / Под ред. С. С.Ляпидевского. — М.: Учпедгиз, 1963.

13. *Токарева О. А.* Расстройства чтения и письма (дислексии и дисграфии) // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.

14. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

11 ГЛАВА

Дислексия

Под *дислексией* (от лат. «лего» — читаю) понимается частичное расстройство процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся и стойких ошибках при чтении и *обусловленное несформированностью или нарушением тех психических функций, которые обеспечивают процесс чтения*. Этим дислексия принципиально отличается от тех затруднений при чтении, которые связаны с плохой его техникой и в большей или меньшей степени свойственны всем детям на начальных этапах овладения чтением.

В тех случаях, когда ребенок оказывается вообще не в состоянии овладеть чтением, говорят уже не о дислексии, а об *алексии*.

Дислексия встречается преимущественно у детей, проявляясь уже на этапе овладения процессом чтения. Однако она может наблюдаться и у взрослых, когда частично нарушается или даже полностью утрачивается уже сформированный навык чтения. Чаще всего это имеет место в случаях органического поражения головного мозга (травмы, нарушения мозгового кровообращения, опухоли и т. п.).

Комплексное обследование детей с дислексией, проведенное различными специалистами (неврологами, логопедами, психологами и др.), позволило выявить у многих из них *следующие отклонения*.

1. Отставание в созревании некоторых мозговых структур, о чем свидетельствуют особенности электроэнцефалограмм, характерных в норме для детей более раннего возраста.
2. Отставание в развитии общей моторики, что может отрицательно сказываться на формировании необходимых для чтения предпосылок.
3. Недостаточная сформированность зрительно-пространственных представлений и зрительного анализа и синтеза (трудности определения формы и величины предметов, их расположения в пространстве по отношению друг к другу; невозможность заметить мелкие различия в сходных по внешнему виду предметах). Эти трудности часто сочетаются с поздним выделением ведущей руки, с явным или скрытым левшеством.
4. Выраженная задержка в речевом развитии (дефекты в произношении звуков, бедность словарного запаса, неточное понимание значений многих слов, наличие аграмматизмов в устной речи).

Естественно, что все эти разносторонние признаки отставания в развитии существенно затрудняют овладение ребенком таким сложным процессом, как чтение. У него оказываются несформированными необходимые для этого предпосылки.

Сложность решения проблемы дислексии заключается еще в том, что за все годы обучения ребенка в началь-

ной школе специфические нарушения чтения часто остаются невыявленными, поскольку нелюбовь таких детей к чтению педагоги и родители обычно объясняют их леностью и упрямством. И в самом деле, дети с дислексией обычно не любят читать — для них это слишком сложный и трудоемкий процесс, не дающий к тому же ощутимого полезного результата: им не удается извлечь из чтения какую-либо новую, интересную информацию. У многих учащихся возникает даже непреодолимый страх перед чтением и появляются другие невротические расстройства, которые в подростковом возрасте могут приводить к отклонениям в поведении. Значительная часть этих детей (из числа не обращавшихся за логопедической помощью) на всю жизнь так и остаются полуграмотными. А если при этом учесть, что дислексией страдает не менее 5% учащихся общеобразовательных школ и что именно чтение является необходимой базой для всего последующего образования, то острота проблемы становится очевидной.

Вопрос *о причинах происхождения дислексии* до конца не ясен. По мнению ряда ученых, известную роль здесь может играть наследственная предрасположенность. Нередко дислексия бывает обусловлена и органическим повреждением определенных зон коры головного мозга при неблагоприятном протекании беременности или родов у матери. Не исключаются и функциональные причины происхождения дислексии. К ним могут быть отнесены все факторы, так или иначе задерживающие формирование тех психических функций, которые участвуют в процессе чтения (недостаточное внимание к речи ребенка в период ее становления, неправильная речь

окружающих его людей, дефицит общения со взрослыми, двуязычие и т. п.).

1. Симптомы дислексии

Перечислим основные симптомы или признаки, по которым можно распознать дислексию.

1. *Неправильное называние при чтении некоторых букв* вследствие их неузнавания или незапоминания ребенком, что приводит к неузнаванию и самих слов. Например, если в слове **«окна»** букву **«о»** назвать как **«с»**, то полученное слово **«скна»** понять невозможно.

2. *Побуквенное (а не послоговое) чтение.* Например, на ранних этапах овладения чтением слово **«луна»** ребенок нередко читает не как **«лу-на»**, а как **«л-у-н-а»**, то есть называя каждую букву отдельно. При таком чтении между отдельными называемыми буквами появляются «призвуки» (типа **«лэ-у-нэ-а»**), что затрудняет узнавание прочитанного таким образом слова, особенно если в нем имеются мягкие согласные, которые ребенок произносит твердо (**«дэ-я-дэ-я»** вместо **«дя-дя»**).

3. *Искажение звуко-слоговой структуры слов* (**«дорга»** или **«дрога»** вместо **«дорога»**; **«солн»** вместо **«слон»** и т. п.), что приводит к неузнаванию, а значит, и к непониманию смысла прочитанных слов.

4. *Чтение отдельных слов или даже всей строки в направлении справа налево*, то есть в обратном направлении. В этом случае все слова читаются с конца и тоже не узнаются, в частности, **«но»** читается как **«он»**, **«кот»** как **«ток»**, **«рад»** как **«дар»** и пр.

5. *Нарушение понимания прочитанного при технически правильном и даже достаточно беглом чтении.*

Понимание прочитанного было крайне затруднено и во всех четырех предшествующих случаях, что видно из приведенных примеров, но там это объяснялось несовершенством самой техники чтения. Здесь же причина непонимания содержания читаемого кроется совсем в другом — в бедности словарного запаса ребенка и в недостаточном владении им правилами грамматической связи слов в предложении. Допустим, ребенок совершенно правильно прочитал такое предложение: **«в тайге много пихт, но совсем нет кипарисов»**. Но что он может из него понять, если ему вообще неизвестны слова «тайга», «пихта» и «кипарис»? Или другие предложения: **«Подаренные мне другом книги так и остались мною не прочитанными. Сначала покажи ручку карандашом, а потом — карандаш ручкой»**. Чтобы правильно понять смысл этих предложений, нужно хорошо разбираться в грамматических формах слов, входящих в их состав, и во взаимосвязи этих слов.

Многие из названных симптомов дислексии начинают проявляться уже на самых ранних этапах овладения чтением. Такого же рода трудности могут возникать и у детей, не страдающих дислексией, но в этих случаях они носят преходящий характер и по мере овладения техникой чтения вскоре исчезают без всякой специальной помощи.

2. Виды дислексии. Пути устранения

Дислексию принято подразделять на две большие группы — фонематическую и оптическую, в зависимости от недостаточно дифференцированной работы одного из ведущих анализаторов, участвующих в процессе чтения — речеслухового или зрительного.

Рассмотрим каждую из этих наиболее часто встречающихся разновидностей дислексии.

А. Фонематическая дислексия и пути ее устранения

Фонематическая дислексия связана с функциональной незрелостью, а значит, и с недостаточно тонкой и дифференцированной работой центрального отдела речеслухового анализатора, что приводит к затруднениям в слуховой дифференциации звуков речи и к трудностям фонематического анализа и синтеза слов. В зависимости от преобладания названных трудностей внутри фонематической дислексии выделяют два подвида.

1. *При затруднениях в слуховой дифференциации звуков* ребенок при чтении неправильно называет (заменяет) те буквы, которые соответствуют не различаемым им по слуху звукам. Например, он читает **«сапля»** вместо **«цапля»**, **«терево»** вместо **«дерево»** и т. п. В этих случаях в процессе чтения он постоянно сомневается в том, как нужно «озвучить» букву — **«с»** или **«ц»**? **«Т»** или **«д»**? Если трудности возникают при назывании уже изолированных букв, то такую дислексию относят к числу *литеральных* (литера — буква). Когда же ребенок, правильно называя отдельные буквы, не может узнать их в составе слова, дислексию относят к *вербальной* (вербальный — словесный). Вторая ее разновидность является более легкой.

Фонематическая дислексия, связанная с трудностью усвоения букв, по характеру лежащих в ее основе затруднений полностью совпадает с акустической дисграфией (дисграфией на почве нарушения фонемного распознавания). В том и другом случае мы имеем дело

с нарушением слуховой дифференциации звуков, приводящим к неправильному выбору букв при письме и неправильному их называнию при чтении. Поэтому и преодолевается данный вид фонематической дислексии теми же самыми приемами, что и соответствующая дисграфия — через воспитание четкой слуховой дифференциации звуков. Только после овладения ею оба названные расстройства письменной речи исчезнут бесследно.

2. *При несформированности функции фонематического анализа и синтеза слов* ребенок затрудняется в сохранении последовательности звукового ряда, а также в слиянии отдельных звуков в слоги, а слогов — в слова. Эта разновидность фонематической дислексии может проявляться в побуквенном чтении (трудность синтезирования, слияния звуков в слоги) и в самых разнообразных искажениях звуко-слоговой структуры слов (пропуски или добавления звуков и слогов, а также их перестановки).

Данный вид дислексии обусловлен теми же самыми причинами, что и дисграфия на почве несформированности фонематического анализа и синтеза слов, ввиду чего и преодолеваются оба эти расстройства письменной речи одними и теми же методами, то есть через воспитание слогового и фонематического анализа слов.

Б. Оптическая дислексия и пути ее устранения

Оптическая дислексия связана с функциональной незрелостью, а значит, и с недостаточно тонкой и дифференцированной работой центрального отдела зрительного анализатора, что обусловливает задержку в формировании у ребенка зрительно-пространствен-

ных представлений и зрительного анализа и синтеза. При этих условиях неизбежны затруднения в зрительном узнавании оптически сходных букв, отличающихся друг от друга лишь некоторыми деталями или различным расположением в пространстве похожих или даже совсем одинаковых элементов. Если трудности зрительного узнавания проявляются даже на уровне отдельных букв, то в этих случаях имеет место *литеральная* дислексия, а если затруднено узнавание буквенных рядов — то *вербальная*.

Особой разновидностью оптической дислексии является так называемое *«зеркальное» чтение*, при котором оно осуществляется в направлении справа налево, вследствие чего ребенок прочитывает, например, **«но»** вместо **«он»**. Чаще всего это наблюдается у скрытых или переученных левшей.

К трудностям оптического порядка относится и соскальзывание с одной строки на другую вследствие невозможности ее прослеживания взглядом. В этих случаях в течение некоторого времени ребенку предлагается читать по линейке, при помощи которой закрываются ниже расположенные строчки, или даже через специальную прорезь, сделанную только для одной строки.

В целом оптическая дислексия обусловлена теми же самыми причинами, что и оптическая дисграфия, поэтому основной путь ее преодоления также лежит через развитие у ребенка зрительно-пространственных представлений и зрительного анализа и синтеза.

Помимо рассмотренных двух наиболее распространенных видов дислексии, выделяют и другие ее виды, которые приведены ниже.

В. Аграмматическая дислексия и пути ее устранения

Данный вид дислексии обусловлен несформированностью у ребенка грамматических обобщений, что проявляется в наличии аграмматизмов в устной речи. Та же самая причина лежит и в основе аграмматической дисграфии.

На определенном этапе обучения чтению ребенок начинает пользоваться смысловой догадкой и уже не дочитывает слово до конца, а самостоятельно договаривает его. Но если он уже привык говорить **«много зеркалов»** или **«стадо оленев»**, то именно так аграмматично он эти слова и «прочтет».

Единственно возможный путь преодоления этой формы дислексии (как и соответствующей формы дисграфии) состоит в формировании у ребенка грамматических систем словоизменения и словообразования, о чем уже было сказано выше. Большую помощь в этом деле может оказать и приучение его к дочитыванию слов до конца с обращением особого внимания на их окончания. Это будет способствовать постепенному овладению им принятыми в языке правилами согласования слов.

Г. Семантическая дислексия и пути ее устранения

Семантическая дислексия выражается в непонимании смысла прочитанного при условии технически правильного чтения. Причина этого может заключаться в бедности словарного запаса ребенка и в непонимании им грамматических связей между словами в предложении. Примеры этого были приведены выше.

Здесь можно провести некоторую аналогию с переводом иностранного текста в условиях недостаточного

владения человеком данным языком. Он может выписать и правильно перевести все слова, но так и не понять смысл предложения по причине слабого владения законами грамматики данного языка. Примерно в таком же положении нередко оказывается и ребенок с бедным словарным запасом и не владеющий или плохо владеющий грамматическими законами своего родного языка. Для преодоления такого рода трудностей необходимо обогащать словарный запас ребенка и работать с ним над усвоением грамматических языковых норм.

В заключение отметим, что указанные выше два принципа преодоления дисграфии точно такое же отношение имеют и к дислексии. Поэтому при любой форме дислексии нужно не стараться читать как можно больше, а еще до упражнений в чтении предварительно убрать те слабые звенья, которые лежат в основе его нарушений.

Использованная литература

1. *Ананьев Б. Г.* Анализ трудностей в процессе овладения детьми чтением и письмом // Известия АПН РСФСР. Вып. 70. — М., 1950.

2. *Егоров Т. Г.* Психология овладения навыком чтения. — М., 1953.

3. *Корнев А. Н.* Дислексия и дисграфия у детей. — СПб.: Гиппократ, 1995.

4. *Лалаева Р. И.* Нарушение процесса овладения чтением у школьников. — М.: Просвещение, 1983.

5. *Левина Р. Е.* Нарушения чтения и письма у детей. — М.: Учпедгиз, 1951.

6. Логопедия / Под ред. Л. С.Волковой. — М.: Просвещение, 1989.

7. *Спирова Л. Ф.* Недостатки чтения и пути их преодоления // Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы / Под ред. Р. Е. Левиной.— М.: Просвещение, 1965.

8. *Токарева О. А.* Расстройства чтения и письма (дислексии и дисграфии) // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.

9. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

ГЛАВА 12

Фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи у детей

До сравнительно недавнего времени расстройства звукопроизношения чаще всего рассматривались как самостоятельный речевой дефект, не связанный с состоянием всей речи ребенка в целом. Отмечалась лишь возможность отражения звуковых замен на письме в виде соответствующих буквенных замен. И хотя нередко у тех же самых детей отмечались бедность словарного запаса и наличие аграмматизмов в устной речи, но все эти симптомы фиксировались отдельно и не увязывались в единую картину общего отставания в речевом развитии ребенка, в картину нарушения нормального хода этого развития. Как самостоятельные виды речевой патологии трактовались и специфические нарушения чтения и письма (дисграфия и дислексия), которые были рассмотрены в предыдущих главах.

И только в 60-е годы XX века, в связи с резким количественным ростом речевой патологии у детей и явным «утяжелением» всех ее видов, впервые были сведены воедино все отдельные проявления речевого недораз-

вития и показана их глубокая органичная связь между собой.

Основным толчком к необходимости проведения столь глубокого анализа всех частных проявлений, казалось бы, совершенно разных видов речевых расстройств (начиная от дефектов звукопроизношения и кончая специфическими нарушениями чтения и письма) послужили порой непреодолимые трудности в обучении детей с такими расстройствами в условиях массовой школы. Именно поиски гораздо более эффективных путей помощи этим детям привели ученых, и прежде всего Розу Евгеньевну Левину, к выделению таких «новых» и сложных видов речевой патологии, как фонетико- фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи.

Слово «новых» взято в кавычки, потому что сами по себе эти расстройства существуют уже давно и в этом смысле не являются новыми. Новым и исключительно важным является лишь само *осознание* их существования и введение соответствующей терминологии для их обозначения. Только благодаря этому и были найдены гораздо более эффективные методы оказания логопедической помощи этим категориям детей.

В связи со всем вышесказанным мы посчитали необходимым при четвертом переиздании данной книги включить в нее эту дополнительную главу, так как родители обязательно должны быть осведомлены о названных сложных расстройствах, сопровождающих ребенка начиная с дошкольного возраста и на протяжении всех лет его обучения в школе. Это знание поможет каждому из них более внимательно присмотреться к своему ребенку, имеющему дефекты в произношении звуков, и во мно-

гих случаях заметить их прямую связь со многими другими признаками отставания в его речевом развитии, а значит, и принять более основательные меры для нормализации речи, не ограничиваясь одним только «исправлением звуков».

На эту сторону вопроса мы постоянно обращали внимание во всех предыдущих главах, подчеркивая очень частое «преобразование» нарушений звукопроизношения в последующие расстройства письма и связанные с ними трудности школьного обучения детей. Однако этих отдельных фраз все же явно недостаточно для обеспечения понимания родителями всей сложности проблемы, касающейся теперь не менее половины детей дошкольного, а значит, в дальнейшем и школьного возраста. Поэтому основное назначение данной главы заключается, во-первых, в описании основных признаков и самой сути фонетико-фонематического недоразвития и общего недоразвития речи у детей и, во-вторых, в попытке убедить родителей *в необходимости* возможно более полного преодоления этих нарушений в дошкольном возрасте ради успешного обучения ребенка в школе.

Далее рассмотрим каждое из названных нарушений в отдельности. Подробная их характеристика и описание путей их преодоления даны в работах Р. Е. Левиной, Н. А. Никашиной, Г. А. Каше, Л. Ф. Спировой, Т. Б. Филичевой, Г. В. Чиркиной, указанных в списке литературы.

1. Фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН)

Под фонетико-фонематическим недоразвитием понимается нарушение процессов формирования произно-

сительной системы родного языка вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Прежде всего нужно разобраться в том, что означает сам термин «фонетико-фонематическое недоразвитие». В главах, посвященных нарушениям звукопроизношения (дислалии и дизартрии), говорилось о том, что эти нарушения могут носить как фонетический, так и фонематический характер.

Напомним, что *под фонетическими* нарушениями звукопроизношения понимаются случаи искаженного звучания звуков (типа картавого **«р»**), представляющие собой чисто «косметические» дефекты. В этих случаях ребенок осознает неправильно произносимый им звук как самостоятельную фонему и не смешивает его с другими звуками. Подобные дефекты портят лишь устную речь ребенка, но не отражаются на письме, то есть не приводят к соответствующим буквенным заменам.

При фонематических же нарушениях имеет место полная замена одного звука речи другим (типа **«калтина»** вместо **«картина»**), что говорит о неразличении ребенком двух разных фонем. В этих случаях дефекты звукопроизношения, если они сохраняются и после пяти лет, то есть после окончания периода возрастных своеобразий в произношении звуков, носят уже не фонетический, а фонологический характер. Такие дефекты не только затрагивают устную речь ребенка, но в дальнейшем неизбежно отражаются и на письме. В основе длительно сохраняющихся звуковых замен чаще всего лежит нарушение слуховой дифференциации этих звуков.

У детей с фонетико-фонематическим недоразвитием, как правило, имеются и фонетические и фонемати-

ческие нарушения звукопроизношения, откуда и происходит само название данного речевого расстройства.

А. Признаки фонетико-фонематического недоразвития

Фонетико-фонематическое недоразвитие наиболее характерно для детей с полиморфным нарушением звукопроизношения, при котором страдает сразу несколько фонетических групп звуков (например, свистящие, шипящие, **«р»**, **«л»** и др.). В подобных случаях ребенок оказывается неспособным полноценно овладеть фонетической системой языка, то есть разобраться в том, какие вообще звуки и сколько именно звуков имеется в нашем языке, а также отличить многие из этих звуков друг от друга. Это глубокое фонетико-фонематическое недоразвитие конкретно выражается в таких нарушениях и неизбежно вытекающих из них следствиях:

- часть звуков не дифференцируется ребенком на слух;
- чаще всего именно по этой причине эти же самые звуки заменяются им и в устной речи;
- прямым следствием названных нарушений является невозможность овладения фонематическим анализом слов, то есть умением определять, сколько и каких именно звуков входит в состав слова, какова их последовательность в слове и пр. — это совершенно непосильная задача для ребенка, не различающего даже отдельно взятые звуки;
- дальнейшим следствием предшествующих нарушений является невозможность нормального овладения грамотой, которое осуществляется у нас именно *по звуковому* аналитико-синтетическому методу; на этой почве могут появиться сразу три вида дисгра-

фии, непосредственно связанные с неблагополучным состоянием звуковой стороны речи: акустическая (на почве нарушения фонемного распознавания), артикуляторно-акустическая и дисграфия на почве несформированности анализа и синтеза речевого потока;

- еще более отдаленным следствием все того же фонетико-фонематического недоразвития явятся трудности усвоения ребенком грамматических правил, которые обычно накладываются на имеющиеся у него дисграфические ошибки.

Б. Важность преодоления фонетико-фонематического недоразвития до начала школьного обучения

Вполне естественно, что родители обычно не понимают всей серьезности подобной ситуации и не могут предвидеть всех ее негативных последствий. Поэтому в лучшем случае они беспокоятся лишь о коррекции у ребенка звукопроизношения, чем дело чаще всего и ограничивается. Однако при таком поверхностном способе решения этой непростой проблемы ребенок, овладевший правильным произношением всех звуков, по-прежнему продолжает отставать в фонематическом развитии, поскольку фонематические нарушения часто оказываются более стойкими, чем произносительные. А это значит, что звуковой анализ слов для ребенка все так же затруднен и в процессе обучения грамоте это обязательно скажется в виде появления у него названных выше видов дисграфии.

Ввиду этого родителям важно знать, что в нашей стране специально создана глубоко продуманная и четко организованная система работы с такими детьми, которая позволяет преодолеть имеющееся у них фонети-

ко-фонематическое недоразвитие и достаточно хорошо подготовить их к школьному обучению. Однако полной реализации всей этой программы нередко мешает целый ряд обстоятельств, включая и непонимание всей сложности проблемы самими родителями, нередко не желающими отдавать своих детей в логопедический детский сад.

Но значит ли это, что теперь вообще не существует нарушений произношения только отдельных звуков? Нет, не значит. У многих детей и теперь (но, к сожалению, уже не у большинства) действительно нарушено произношение лишь отдельных звуков на фоне нормального состояния всех остальных сторон фонетико-фонематической системы. В основном о таких детях и шла речь в главе о дислалии. Здесь же мы хотим заострить внимание родителей на том, что важно не пытаться подводить все случаи нарушения звукопроизношения у детей под такой самый «безобидный» вариант, а стараться не пропустить случаев серьезной речевой патологии, не позволяющей ребенку нормально учиться в школе.

2. Общее недоразвитие речи (ОНР)

А. Характеристика общего недоразвития речи

Термин «общее недоразвитие речи» (сокращенно ОНР) прочно вошел в дефектологию лишь в 60-х годах XX века, когда явно выраженное общее отставание в речевом развитии стало наблюдаться у многих детей. Имеющееся у детей недоразвитие речи назвали «общим» по той причине, что в таких случаях оказываются недоразвитыми или нарушенными все основные ее стороны. Это значит, что у таких детей, имеющих нормальный интеллект

и полноценный слух, долго не формируется звукопроизношение, что у них бедный словарный запас и неточное понимание значений многих слов, что они неправильно (аграмматично, то есть с нарушением законов грамматики) строят предложения, путают окончания слов и т. п.

Все названные отклонения в речевом развитии детей проявляются уже в дошкольном возрасте. С началом же школьного обучения, когда ребенок начинает овладевать грамотой, а затем переходит и к изучению грамматических правил, картина еще более усложняется, поскольку при неполноценной устной речи, на базе которой формируется письменная речь, последняя никак не может быть полноценной. Поэтому в начальной школе у таких детей появляются разные виды дисграфии, а с переходом к изучению грамматических правил обнаруживается неспособность к их усвоению, что проявляется в виде так называемой дизорфографии — множестве ошибок «на правила».

Причина столь широкого распространения общего недоразвития речи у детей заключается главным образом в неблагоприятном протекании беременности и родов у их матерей, в результате чего оказываются недоразвитыми или поврежденными (например, при родовых травмах) речевые отделы коры головного мозга ребенка. Именно это и приводит к отставанию и различным отклонениям в его речевом развитии. При этом у детей, как правило, не только страдает речевая функция, но имеются отклонения от нормы и в состоянии их нервно-психической сферы. В младенческом возрасте они часто бывают беспокойны, плохо засыпают, боятся темноты и т. п. Позднее проявляются недо-

статочная устойчивость внимания, суетливость или, наоборот, заторможенность в поведении, в дошкольном и младшем школьном возрасте они плохо запоминают стихи и пр.

Все это говорит о том, что дело в подобных случаях не только в нарушении у ребенка звукопроизношения и даже речи в целом, но еще и в неблагополучном состоянии его нервно-психической сферы. А это значит, что *он нуждается в комплексной психолого-медико-педагогической помощи, которая должна быть оказана ему в возможно более ранние сроки.* И очень важно, чтобы родители хорошо это осознали и своевременно предприняли необходимые меры. Об этом речь пойдет в разделе профилактики речевых расстройств.

Единственный путь не дать полностью проявиться всей указанной выше «патологической цепочке», включающей и неизбежные трудности с письмом, — это оказать ребенку всю необходимую логопедическую и другую помощь в дошкольном возрасте.

Б. Уровни речевого недоразвития

Общее недоразвитие речи не представляет собой неизменное состояние речевой функции ребенка. С возрастом его речь постепенно все более и более приближается к норме, однако степень этого приближения во многом зависит от степени и правильности той помощи, которая оказывается ребенку специалистами и родителями. При этом помощь со стороны родителей в большинстве случаев играет решающую роль, поскольку именно они больше всего контактируют с ребенком, а значит, и имеют наилучшую возможность наблюдать его речь и посто-

янно поправлять допускаемые им ошибки при произношении звуков, выборе слов и построении фраз.

Принято выделять четыре уровня общего недоразвития речи у детей, самым тяжелым из которых является первый. В дальнейшем ребенок в своем речевом развитии как бы переходит с одного уровня на другой, постепенно приближаясь к четвертому. Кратко охарактеризую каждый из этих уровней.

Для первого уровня ОНР характерно полное отсутствие у ребенка общеупотребительной речи. Это так называемые «безречевые» дети. Если в норме первые слова у детей появляются к году, а постепенный переход к фразовой речи начинается с 1,5–2 лет, то у детей с ОНР первые слова нередко появляются лишь после 2–3 лет, а иногда даже и 4 лет. Слова эти носят лепетный характер и не похожи на слова обычной речи, поэтому они непонятны окружающим и чаще всего их понимает только мать ребенка. Но поскольку он все же что-то «говорит», а не совсем молчит, и поскольку он к тому же понимает обиходную речь и может выполнять различные речевые поручения, то это успокаивает и обнадеживает родителей. Им кажется, что «все обойдется», и в этих своих беспочвенных надеждах они безвозвратно упускают драгоценнейшее время.

На первом уровне недоразвития речи могут находиться дети разного возраста, то есть этот (как и любой другой) уровень недоразвития речи определяется не паспортным возрастом ребенка, а исключительно состоянием его речи.

Для второго уровня ОНР характерны начатки общеупотребительной речи. Уже само это определение

говорит о том, что на данном уровне речевого недоразвития у ребенка начинает появляться общеупотребительная речь, то есть он постепенно усваивает обычные слова и начинает соединять их в предложения. Как и при нормальном ходе речевого развития, раньше всего он усваивает имена существительные и глаголы, однако структура слов у него чаще всего бывает искажена, а их окончания при построении предложений употребляются неправильно. Словарный запас бедный, понимание смыслового значения многих слов неточное, а значит, они неточно употребляются и в речи.

Третий уровень ОНР характеризуется тем, что ребенок уже владеет развернутой речью, не только фразовой, но и связной, которая, однако, еще несет в себе следы ее недостаточной сформированности. На этом уровне у многих детей еще продолжает сохраняться нарушение звукопроизношения, имеется недостаточный запас слов при не всегда правильном их употреблении в речи, а также сохраняются аграмматизмы в устной речи, которые затем переходят и в письмо. Недостаточная сформированность речи выражается в неправильном согласовании ребенком прилагательных с существительными (**«голубой лента»** вместо **«голубая лента»**, **«вкусная апельсин»** вместо **«вкусный апельсин»**), существительных с числительными (**«десять оленев, люстров, ух»** вместо **«оленей, люстр, ушей»**), в неправильном употреблении предлогов, особенно сложных (**«тапочки взяли из кровати»** вместо **«из-под кровати»**; **«мальчик выглядывает из дерева»** вместо **«из-за дерева»**) и т. п.

Поскольку дети, находящиеся на этом уровне недоразвития речи, много говорят, то родителям кажется, что проблема с речью ребенка уже решена и осталась позади.

Они замечают только, что он часто неправильно употребляет окончания слов, и поправляют его, однако не могут не видеть, что одни и те же ошибки в употреблении окончаний повторяются у него вновь и вновь. И все же это представляется им почти случайными эпизодами, в связи с чем вносимых ими поправок им кажется достаточным для преодоления этих «недочетов». Однако даже и на третьем уровне ОНР дело не в отдельных ошибках, а в недостаточной сформированности речи в целом, вследствие чего без систематической и настойчивой работы над нею здесь не обойтись.

Четвертый уровень недоразвития речи характеризуется еще большим ее приближением к норме. Признаки все еще остающегося речевого недоразвития здесь заметны значительно меньше и иногда четко проявляются лишь в процессе специального логопедического обследования ребенка.

Дети с третьим и четвертым уровнями недоразвития речи обучаются в основном в массовых школах, поскольку состояние их интеллекта позволяет им усвоить учебную программу массовой школы. Но в то же время недостаточная сформированность их речи дает о себе знать на протяжении всех лет обучения, что особенно явно сказывается в трудностях овладения грамотой, а в дальнейшем и письмом.

Основная беда этих детей состоит в том, что в дошкольном возрасте их считают «нормальными» и не нуждающимися в какой-либо специальной помощи. В результате этого они ее не получают и поэтому приходят в школу недостаточно созревшими в речевом отношении, а значит, не готовыми к успешному усвоению школьной программы. Не последнюю роль в этом играют и от-

меченные выше отклонения в состоянии их нервно-психической сферы, которым родители также не придают серьезного значения, полагая, что и все другие дети непоседливы и невнимательны и что многие из них тоже плохо запоминают стихи.

Причины возникающих у детей с ФФН и ОНР трудностей, которые начинаются буквально с их первых школьных дней, были раскрыты в главе о дисграфии. Для предупреждения этих трудностей серьезную и регулярную профилактическую работу с детьми «группы риска», имеющими неблагоприятный ранний анамнез, необходимо начинать уже на первом году их жизни, то есть не ожидая даже самых первых проявлений отставания в речевом развитии. Дальнейшее содержание работы с такими детьми изложено в следующей главе.

Использованная литература

1. *Каше Г. А.* Предупреждение нарушения чтения и письма у детей с недостатками произношения. Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы. — М.: Учпедгиз, 1965.

2. *Левина Р. Е.* Нарушения письма у детей с недоразвитием речи. — М., 1961.

3. *Никашина Н. А.* Логопедическая помощь учащимся с речевым недоразвитием. Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы. — М.: Учпедгиз, 1965.

4. *Никашина Н. А.* Фомирование речи при ее недоразвитии. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. — М., 1968.

5. *Спирова Л. Ф.* Недостатки произношения, сопровождающиеся нарушениями письма. Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы. — М.: Учпедгиз, 1965.

6. *Филичева Т. Б.* Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста. — М., 1999.

7. *Филичева Т. Б., Чиркина Г. В.* Программа обучения и воспитания детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (старшая группа детского сада). — М., 1993.

ГЛАВА 13

Алалия

Алалия — это полное отсутствие или глубокое недоразвитие речи (от греч. «лалио» — речь), обусловленное органическим поражением или недоразвитием речевых зон коры головного мозга, наступившим в период до сформирования речи (примерно до 2–3 лет). Такое поражение в случае неблагополучного протекания беременности может произойти внутриутробно. Нередко оно бывает связано также с черепно-мозговыми травмами при родах или с асфиксией при рождении.

Повреждение мозговых структур в более позднем возрасте может быть результатом ушибов в области головы или воспалительных заболеваний головного мозга (в частности, менингоэнцефалитов). Столь раннее повреждение мозга приводит к снижению возбудимости нервных клеток, их быстрой истощаемости, а значит, и к уменьшению их работоспособности. Со всем этим и связаны нарушения в речевом развитии ребенка.

Дети, страдающие алалией, имеют нормальный (не сниженный) слух и полноценный интеллект, однако появление речи у них может задерживаться до 3–5 лет и даже более. В дальнейшем развитие речи идет с выраженными отклонениями от нормы, причем страдают сразу

все ее стороны — и звукопроизношение, и словарный запас, и грамматический строй. Нарушается как собственная речь ребенка, так и понимание им речи окружающих. По этой причине алалию принято относить к системным нарушениям речи, при которых она нарушается именно как система, то есть сразу во всех своих звеньях. Этим алалия отличается от простой задержки речевого развития, при которой появившаяся с запозданием речь в дальнейшем развивается нормально.

Сам факт существования «простых» задержек в речевом развитии детей нередко усыпляет бдительность родителей, вселяя в них не всегда обоснованную надежду на то, что «все обойдется». Однако логопедическая практика свидетельствует не в пользу позиции пассивного выжидания, нередко приводящей к безвозвратной потере драгоценного времени. К тому же даже в случаях «простой» задержки речевого развития своевременно предпринятые меры ничего кроме пользы не принесут: чем раньше будет преодолена эта задержка, тем полноценнее и спокойнее пойдет дальнейшее развитие речи ребенка.

Алалия бывает разной степени тяжести. В более легких случаях с 3–4 лет речь у ребенка, хотя и медленно и искаженно, начинает развиваться самостоятельно. В тяжелых случаях она может отсутствовать до 10–12 лет. В нашей практике был даже случай, когда страдавший алалией и проживавший в сельской местности юноша оставался полностью «безречевым» до 23 лет.

Однако при органическом поражении головного мозга дело обычно не ограничивается повреждением одних только речевых зон коры, в силу чего при алалии

не только страдает речь, а имеются и некоторые другие (неречевые) расстройства. Об этом подробнее будет сказано при рассмотрении разных форм алалии.

При поражении различных речевых зон коры головного мозга речь нарушается по-разному. Так, при преимущественном повреждении двигательных (моторных) речевых зон на первый план выступают трудности построения речевых высказываний — ребенок достаточно хорошо понимает речь окружающих, но сам не говорит. Если же очаг повреждения находится в слуховых (сенсорных) отделах коры, то в первую очередь страдает понимание речи. В соответствии с этим большинство исследователей выделяют две основные формы алалии — моторную (экспрессивную) и сенсорную (импрессивную). В случаях комбинированного поражения сенсорных и моторных зон алалия проявляется как сенсо-моторная (нарушено и говорение, и понимание). Именно эти формы алалии наиболее часто встречаются в практике логопедической работы.

1. Моторная (экспрессивная) алалия

При моторной (экспрессивной) алалии отсутствие речи у детей не связано непосредственно с двигательными (моторными) расстройствами типа параличей или резко выраженных парезов. У них вполне достаточная для речи подвижность речевых органов, однако при этом нередко бывает затруднено овладение двигательными умениями и навыками, необходимыми в том числе и для артикулирования звуков. Например, ребенок, без труда слизывающий кончиком языка варенье с верхней губы, оказывается не в состоянии поднять язык

вверх по просьбе взрослого — он как бы не может «найти» это движение. Он не может по заданию высунуть язык изо рта или вытянуть губы вперед.

Основная же трудность, препятствующая овладению речью, состоит в том, что у ребенка не формируются *языковые* операции порождения речевых высказываний. Это выражается в его неумении подобрать для выражения мыслей нужные звуки, слова и правильно (в соответствии с законами грамматики языка) соединить их затем в предложения и связные высказывания. Относительно хорошо понимая речь других, ребенок оказывается бессильным перед усвоением законов родного языка для построения собственных речевых высказываний. При этом в умственном отношении он проявляет себя вполне нормально. Однако при длительном отсутствии речи у детей с алалией в дальнейшем появляется вторичная задержка умственного развития, вызванная их речевой неполноценностью (невозможность о чем-то спросить, выяснить непонятное и пр.), которая постепенно сглаживается по мере овладения речью.

А. Симптомы моторной алалии

У детей с моторной алалией страдает не только речь, но имеются и неречевые расстройства — неврологические и психические. Рассмотрим все эти группы симптомов.

1. *Неврологические симптомы*, проявляющиеся в общей двигательной неловкости, неуклюжести детей, в недостаточной координированности их движений, в пониженной двигательной активности и особенно в слабом развитии мелкой моторики пальцев рук. Дети долго не могут научиться застегивать пуговицы, зашнуровывать ботинки, не могут овладеть навыками самообслужива-

ния и пр. Они не любят участвовать в подвижных играх, так как не умеют, например, прыгать на одной ножке, ловить мяч, прыгать через скакалку, преодолевать небольшие препятствия, удерживать равновесие, быстро бегать и пр.

Для многих детей характерна также неловкость и некоторая заторможенность движений языка и губ, неумение найти их нужное положение. Иногда при моторной алалии может наблюдаться и повышенная двигательная активность, что связано с несколько иной локализацией поражения головного мозга. В этих случаях дети бывают слишком расторможены, повышенно возбудимы, суетливы. Для большинства детей с моторной алалией характерны быстрая утомляемость и снижение работоспособности.

2. *Психические симптомы,* выражающиеся в нарушениях внимания, памяти, в замедленности протекания мыслительных процессов, в зрительно-пространственных нарушениях, в расстройствах эмоционально-волевой сферы Так, детям с моторной алалией бывает трудно сосредоточиться на каком-то определенном занятии, они быстро отвлекаются, постоянно переходят от одного вида деятельности к другому, их трудно чем-либо надолго заинтересовать. Даже при начавшейся формироваться речи они, в отличие от нормально развивающихся сверстников, не могут запомнить самые простые стихи, названия дней недели и месяцев, усвоить порядковый счет.

С трудом формируются также представления о форме и величине предметов и об их расположении в пространстве по отношению друг к другу. Ребенок заметно

отстает от своих сверстников при собирании пирамидок (не может учесть величину колец), составных матрешек (одна или даже несколько из них нередко оказываются «лишними»), при выполнении заданий по подбору одинаковых по величине или форме геометрических фигур и т. д. Такое отставание без труда может быть замечено даже самими родителями.

Расстройства эмоционально-волевой сферы чаще всего проявляются в повышенной раздражительности и обидчивости ребенка, в его склонности к бурным реакциям и слезам, в замкнутости и нежелании контактировать с окружающими. Во многом это является и следствием речевой недостаточности, не позволяющей ребенку наладить нормальное речевое общение с людьми и полностью адаптироваться к условиям жизни в «речевом» окружении.

3. *Речевые симптомы* выражаются в нарушении всех сторон речи, что уже отмечалось выше. При этом неполноценность звукопроизношения, словарного запаса и грамматического строя речи при моторной алалии имеет характерные особенности.

Так, несмотря на полную возможность выполнения артикуляторных движений (в отличие, например, от дизартрии), звукопроизношение при моторной алалии оказывается грубо нарушенным. И *даже после овладения правильными артикуляциями звуков ребенок затрудняется в уместном их употреблении в речи* — он постоянно смешивает между собой уже усвоенные звуки, допуская их неустойчивые замены (например, слово **«гуси»** произносит то как **«куси»**, то как **«туси»**, то как **«пути»** и т. п.). Эта крайняя неустойчивость в употреблении да-

же правильно произносимых звуков свидетельствует не об артикуляторных затруднениях, а о нарушениях более высокого уровня, в частности, о языковых трудностях.

Правда, при моторной алалии может иметь место и дизартрический компонент в нарушении звукопроизношения, связанный с парезами отдельных мышц языка, но не это является здесь ведущим. Гораздо более затрудняет овладение правильным звукопроизношением сложность нахождения вполне доступных ребенку артикуляций и непонимание того, где именно следует употреблять тот или иной уже усвоенный звук.

Очень характерным и медленно исчезающим речевым симптомом моторной алалии является *нарушение возможности повторения звуковой речи*. В тяжелых случаях ребенок бывает не в состоянии повторить вслед за взрослым даже один гласный звук, а тем более сочетание из двух или трех гласных (типа **«ау»** или **«ауи»**). При этом чем сложнее структура слога, тем позже становится возможным его повторение, что относится и к слогам со стечением согласных (типа **«тра»**, **«пла»** и пр.). Очень затруднено и повторение даже хорошо знакомых и уже используемых в самостоятельной речи слов, а тем более повторение фраз.

Словарный запас у детей с моторной алалией развивается медленно и с отклонениями от нормы. Усваиваются лишь обиходные, часто встречающиеся в речи слова, среди которых к тому же почти полностью отсутствуют глаголы. Ввиду малого запаса слов и неточного понимания их значений слова при построении речевых высказываний часто употребляются детьми не вполне

уместно, например: **«пимо авать»** — **письмо рисовать** (вместо «письмо писать»), **«иле мыть»** — **белье мыть** (вместо «белье стирать»). Взаимозаменяются близкие по значению слова (например, сумку ребенок называет чемоданом, самовар — чайником, санки — лыжами и пр.), что также может быть объяснено бедностью его словарного запаса — у ребенка просто нет более подходящих слов для обозначения названных выше предметов.

Грубо искажается звуко-слоговая структура слов, а при повторении одного и того же слова ребенок каждый раз произносит его по-разному (см. приведенный выше пример со словом «гуси»). Нередко наблюдаются перестановки звуков и слогов в словах (**«вебра»** вместо **«верба»**, **«шака»** вместо **«каша»**).

Грамматический строй речи усваивается с большим запозданием и с отклонениями от нормы. Ребенок не имеет возможности грамматически правильно оформить свою мысль — вместо этого у него получается простой набор почти не связанных между собою слов. Например, он говорит **«девочка веник»** вместо **«девочка подметает пол веником»**, **«нига тель»** вместо **«книга лежит на столе»**. Как видно из этих примеров, глаголы чаще всего опускаются, а значимые слова употребляются без всяких окончаний, не увязываясь друг с другом.

Опускаются или неправильно употребляются предлоги (**«суп тарелки»** вместо **«суп в тарелке»**), глагольные приставки (например, ребенок не видит смыслового различия между словами «шел», «ушел» и «пришел», а значит, и не выбирает наиболее подходящее из них при построении предложения). Все это обусловливает

аграмматичность речи детей с моторной алалией, то есть построение ее без учета законов грамматики, которых они как бы «не чувствуют».

Важно отметить, что даже после овладения фразовой речью аграмматизмы детей с алалией отличаются от возрастных аграмматизмов детей с нормальным ходом речевого развития. В частности, необычным образом искажаются падежные окончания имен существительных.Например, если ребенок с нормально развивающейся речью на ранних этапах овладения ею заменяет окончания слов внутри одного падежа (говорит «под кроватей» вместо «под кроватью», аналогично с «под тучей»), то ребенок с моторной алалией смешивает окончания разных падежей («под кровати» вместо «под кроватью» — замена окончания творительного падежа окончанием родительного или дательного). Все отмеченные здесь трудности связаны с построением отдельных предложений. Вполне естественно, что еще большую сложность для ребенка с алалией представляет объединение нескольких предложений в связное высказывание.

Испытывая большие трудности в общении с помощью речи, *дети уже с самого раннего возраста начинают широко пользоваться жестом для выражения своих просьб и желаний*, причем словесная речь может тесно переплетаться с жестовой. Например, желая попросить расческу, ребенок произносит слово «ава» (голова) и при этом делает жест расчесывания волос. Особое значение имеет указательный жест, при котором ребенок указательным пальчиком показывает на тот или иной предмет, желая тем самым привлечь к нему внимание окру-

жающих. Это свидетельствует об имеющемся у него желании что-то сказать, то есть о появившейся потребности в общении. Это очень хороший признак, поскольку и у нормально развивающихся детей указательный жест обычно предшествует появлению речи.

Степень речевых затруднений при алалии может быть различной. Как уже было отмечено, принято выделять четыре уровня общего недоразвития речи у детей, что полностью относится и к алалии, являющейся самым тяжелым вариантом такого недоразвития. Ребенок с моторной алалией в процессе постепенного овладения речью тоже постепенно и с трудом продвигается от первого уровня к четвертому.

Все нарушения, имеющиеся в устной речи детей, впоследствии неизбежно отражаются на чтении и в особенности на письме (буквенные замены, соответствующие заменяемым в устной речи звукам; искажения звуко-слоговой структуры слов; аграмматизмы). Кроме того, из-за нарушения зрительно-пространственных представлений дети с трудом запоминают буквенные знаки и нередко смешивают их между собой, что также затрудняет овладение письменной речью.

Особо следует рассмотреть вопрос понимания речи детьми с моторной алалией. Самый поверхностный взгляд на вещи оставляет такое впечатление, что ребенок «*все* понимает». Кстати сказать, это почти всегда утверждают и родители. Но так ли это на самом деле? *Понимает ребенок, как правило, лишь обиходную речь и такие высказывания, которые достаточно однозначны и не требуют точного знания и учета грамматических закономерностей языка*. Так, он поймет обращенную к нему

просьбу закрыть дверь, включить свет, налить в стакан воды и т. п., ориентируясь при этом на общую ситуацию и на смысловое значение слов. Например, если дверь в комнате закрыта, а о ней почему-то вдруг упоминают в речи, то ребенку остается ее только открыть (слишком мало вероятности, что его могут попросить вымыть или покрасить эту дверь, снять ее с петель и пр.). По этой причине знание одного только слова «дверь», на которую взрослые в подобной ситуации к тому же часто указывают жестом или взглядом, полностью обеспечивает ребенку понимание «речи».

Однако если положить перед таким ребенком две картинки, на одной из которых изображен ключ, а на другой — ключи, то он не уловит никакой разницы в их названиях и в ответ на просьбу показать ключ совершенно спокойно может показать ключи. Это объясняется тем, что он в состоянии уловить лишь смысловое значение слова «ключ», но что при этом ему недоступно понимание его грамматической формы (в данном случае — роли окончания, означающего множественное число). То же самое произойдет и при показе картинок, на которых изображены стол и столик — наличие во втором слове суффикса «ик» ни о чем не скажет ребенку, и он не поймет присущего этому суффиксу значения уменьшительности. Так обстоит дело с пониманием значений грамматических форм даже отдельно взятых слов.

То же самое и с пониманием многих фраз. Если попросить ребенка подать книгу или очки, то он сразу поймет эту просьбу и сможет легко ее выполнить. Но стоит только предложить ему положить очки на книгу,

под книгу или в книгу, как на его лице сразу же отразится полное недоумение. Это значит, что он совершенно не понимает значений предлогов, а значит, и выраженных при их помощи пространственных отношений между предметами (то есть их пространственного расположения по отношению друг к другу).

Таким образом, можно говорить лишь об *относительной* сохранности понимания речи при моторной алалии, поскольку грубое нарушение формирования языковых систем не может не затрагивать *всех* сторон речи, в том числе и ее понимания.

Б. Пути коррекционного воздействия при моторной алалии

Из всего сказанного о речевых и неречевых симптомах моторной алалии становится очевидным, что коррекционное воздействие при ней не может ограничиваться только логопедической работой и что оно должно носить комплексный психолого-медико-педагогический характер. Этот лечебно-коррекционный комплекс включает в себя медикаментозное лечение, развитие общей и ручной моторики, развитие психических функций и на всем этом «оздоровленном» фоне — работу непосредственно над речью. Рассмотрим каждое из названных направлений коррекционного воздействия в отдельности.

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение направлено на ускорение созревания мозговых структур и на снятие невротических проявлений, что существенно облегчает последующую логопедическую работу с ребенком. Очень важно, чтобы такое лечение было проведено в возможно более раннем возрасте, поскольку оно во многом

нормализует весь ход дальнейшего психического и речевого развития ребенка. При необходимости проводится и общеукрепляющее лечение, которое также способствует повышению эффективности логопедической работы. Более подробно на этом не останавливаемся, поскольку это компетенция врачей.

Развитие общей и ручной моторики

Это необходимо не только для усовершенствования двигательных функций ребенка, но и для нормализации его речевой функции. Особенно важно в этом отношении развитие мелкой моторики рук, оказывающей большое стимулирующее воздействие на речь (центры, управляющие движениями пальцев рук и движениями артикуляторных мышц, расположены в коре головного мозга в близком соседстве, поэтому двигательная активность пальцев рук активизирует и речевые зоны коры).

Для развития общей моторики широко используются самые разнообразные подвижные игры, начиная с доступных для ребенка соответствующего возраста и затем все более и более усложняющиеся (в плане предъявления все больших требований к быстроте и ловкости движений). Большой эффект дают специальные ритмические упражнения, особенно выполняемые под музыку, а также различные танцы, хороводы и пр.

Одной из важных задач развития ручной моторики является обеспечение возможности изолированных движений пальцев рук. В этом отношении очень показательна «игра на рояле». Слегка приподняв над столом руку с полусогнутыми пальцами, ребенок должен последовательно каждым из них, начиная с большого или мизинца, коснуться стола. Кисть руки при этом не

изменяет своего первоначального положения. Далеко не каждому ребенку удается справиться с этой задачей. У некоторых детей пальцы не хотят «разъединяться», постоянно путается их последовательность, а рука выгибается самым причудливым образом.

Большую помощь в деле развития мелкой ручной моторики оказывает воспитание у ребенка навыков самообслуживания. Нужно приучить его самостоятельно умываться, чистить зубы, насухо вытирать полотенцем лицо и руки, расчесывать волосы. Пусть он самостоятельно одевается и сам застегивает пуговицы, зашнуровывает ботинки, завязывает бантики и т. п. Если кисти рук слишком слабы и ребенок с трудом сжимает пальцы в кулачок, то полезно упражняться в отжимании специально смоченного для этой цели небольшого полотенца — по мере увеличения силы пальцев рук полотенце будет отжиматься все лучше и лучше (периодически это контролируется путем выполнения данного действия вслед за ребенком, чтобы проверить, много ли осталось воды). Очень полезны также занятия с мозаикой, лепка, рисование, раскрашивание, штриховка, выпиливание и пр.

Развитие психических функций

Развитие психических функций, так же как и уже упомянутых двигательных, является необходимой предпосылкой, фундаментом для становления речи. На развитие у ребенка основных психических функций рассчитаны многие детские игрушки, своевременное и умелое использование которых окажет большую помощь.

Например, для развития *зрительно-пространственных представлений* нужно с возможно более раннего

возраста (с учетом доступности для каждого конкретного ребенка) упражнять малыша в собирании детских пирамидок, складывании матрешек, подборе одинаковых по величине и форме квадратов, кружков, треугольников, нахождении сходства и различия между величинами двух или нескольких предметов, а также их формами и т. п. Очень полезны упражнения с мозаикой, самые различные виды конструирования, лепка, рисование, раскрашивание и многое другое из уже ранее упомянутого. Наряду с развитием мелкой моторики рук все эти виды занятий способствуют также формированию у малыша зрительно-пространственных представлений.

Кроме того, необходимо специально обращать внимание ребенка на положение предметов в пространстве и на их расположение по отношению друг к другу (вверху, внизу, слева, справа, посредине, на столе, около кровати, над диваном, справа от окна и т. п.). Без понимания такого рода отношений между реальными предметами ребенок не сможет в дальнейшем выразить эти отношения и в речи, а это значит, что он встретится с большими трудностями при употреблении пространственных предлогов. Например, о карандаше, лежащем под книгой, ребенок скажет, что карандаш лежит на книге или в книге, а нередко и просто опустит предлог, не понимая его назначения в речи. Иными словами, *при помощи речи ребенок может выражать только то, что он в состоянии заметить и понять на неречевом уровне*. А это значит, что в окружающей его реальной жизни он должен предварительно приобрести необходимое *содержание для речи*. Именно на это и рассчитаны все названные выше виды занятий.

Не менее важно развивать в процессе игр и разного рода упражнений *внимание и память ребенка*, а также его *мыслительные способности*.

Невнимательный ребенок не замечает различий в звучании отдельных речевых звуков и слов, не обращает внимания на окончания слов и пр., что еще более усиливает отставание в развитии его речевой функции. То же самое и в отношении памяти — многие родители сетуют на то, что дети забывают названия увиденных ими в зоопарке животных, с большим трудом заучивают стихи, не могут запомнить содержание рассказанной сказки или прочитанного рассказа и т. д. Естественно, все это в конечном итоге очень обедняет речь ребенка, надолго задерживая ее на обиходно-бытовом уровне. А это значит, что над развитием у него и внимания, и памяти, и мыслительных процессов необходимо целенаправленно и систематически работать. В настоящее время имеется много специальных популярных пособий, рассчитанных на развитие каждой из названных психических функций. Этими пособиями вполне могут воспользоваться и родители.

Работа над речью

Работа над речью с учетом системного характера нарушения речевой функции должна проводиться над всеми ее сторонами. При этом важно соблюдение следующих условий:

1. *Возможно более раннее начало работы.* Принято считать, что наиболее оптимальным сроком для этого является 3–4-летний возраст ребенка, когда диагноз моторной алалии может быть поставлен уже достаточно определенно. Однако нет никакого смысла бездейст-

вовать до постановки диагноза — работу с ребенком нужно начинать при появлении самых первых признаков отставания в его речевом развитии, поскольку любое отставание в развитии речи должно быть как можно раньше преодолено.

2. *Создание благоприятных для развития речи ребенка условий.* В первую очередь здесь необходимо исключить возможное травмирующее воздействие окружающей среды. Об этом приходится говорить по той причине, что далеко не всегда даже самые близкие люди, желающие ребенку только добра, относятся к нему правильно. Ведь всякого рода вторичные психические наслоения, связанные с речевой неполноценностью детей, своим происхождением обязаны в первую очередь их ближайшему социальному окружению. Кто-то не понял вопроса ребенка, кто-то над ним подшутил или даже позволил себе его передразнить, кто-то просто пренебрежительно махнул на него рукой или вообще не заметил его присутствия — и постепенно ребенок начинает понимать, что с ним «что-то не так» и сам начинает сторониться окружающих, замыкаться в себе...

Основное правило в подходе к ребенку с любыми (тем более серьезными) нарушениями речи состоит в следующем: к нему нужно относиться как к здоровому, ничем не выделяя его из среды других детей. Точно такое же отношение нужно сохранять и в присутствии друзей и знакомых — тогда оно невольно передастся и им, а также самому ребенку. И ни в коем случае не следует допускать в его присутствии никаких разговоров об имеющемся у него речевом расстройстве! При соблюдении этих условий вообще не придется говорить о специальном воспи-

тании «правильного отношения ребенка к своему речевому расстройству».

Далее, необходимо установить спокойно-доброжелательные отношения с ребенком, как можно чаще обращаться к нему с простыми вопросами (типа: «Будем кушать»? «Посмотрим картинки»?), сначала не ожидая на них речевого ответа. Очень важно также целенаправленно вызывать у него простые звукоподражания («Коровка му-у-у-у» — в процессе рассматривания картинки). Главное, чтобы ребенок чувствовал себя спокойно и был преимущественно в хорошем настроении, не капризничал, не упрямился, то есть чтобы у него с самого начала не формировалось тех негативных форм поведения, которые в дальнейшем бывает так трудно преодолевать.

3. *Обеспечение возможности общения ребенка с нормально говорящими детьми, которые младше его по возрасту.* Это очень важный фактор, дающий мощный стимул, необходимый толчок к развитию речи. Дело в том, что ребенку, резко отстающему в речевом развитии, бывает очень трудно подражать речи взрослых или уже достаточно хорошо сформировавшейся речи сверстников. Общение же с малышом, умеющим произносить лишь самые простые слова и фразы, как бы возвращает и нашего ребенка на более ранний этап развития и стимулирует его к подражанию этой элементарной и гораздо более доступной для него речи. Кроме того, в этом случае устраняется и чисто психологический барьер — ребенок не стесняется малыша, не боится оказаться перед ним несостоятельным, что сразу снимает многие преграды на пути к овладению речью.

4. *Учет основных закономерностей развития речи детей в ходе нормального онтогенеза.* В каком бы возрасте ни приходилось начинать работу с «безречевым» ребенком, нужно стараться вызвать у него в первую очередь те речевые реакции, которые раньше всего появляются у нормально развивающихся детей. И в ходе всей дальнейшей работы важно строго следовать этому принципу — сначала воспитывать то, что характерно для более ранних стадий речевого развития ребенка. Так шаг за шагом, хотя и в сокращенном виде, следует пройти весь путь становления речи на его самых ранних этапах. Всякие попытки изменения этой веками самой природой сформированной последовательности ни к чему хорошему не приводят.

5. *Системное воздействие на все нарушенные компоненты речи:*

- коррекция звукопроизношения;
- обогащение и уточнение словарного запаса;
- усовершенствование звуко-слоговой структуры слов;
- формирование грамматических систем (работа над усвоением основных закономерностей словоизменения и словообразования, над правилами построения разных типов предложений);
- формирование связной речи;
- усовершенствование понимания речи (в том числе специальная работа над пониманием сложных грамматических конструкций, переносных выражений, скрытого смысла высказываний).

Только при таком всестороннем воздействии на речевую функцию ребенка можно рассчитывать на ее действительную нормализацию.

6. *Связь работы над речью с предметно-практической и игровой деятельностью ребенка.* Очень важно, чтобы речь не навязывалась ребенку откуда-то извне, в процессе специальной «работы» над нею, а самым естественным образом включалась во всю его повседневную жизнь, в привычные для него и любимые им занятия. Взрослому нужно в присутствии ребенка разговаривать с игрушками, с домашними животными, сопровождать речью процесс одевания, приготовления ко сну, как бы призывая ребенка следовать этому примеру. Пусть сначала с его стороны это будут почти нечленораздельные звуки — здесь главное в том, что в его понимании это именно разговор, речевое общение. В дальнейшем эти элементы речи будут постепенно уточняться, усложняться и совершенствоваться на основе подражания и постепенно подключаемых специальных упражнений.

Что касается упомянутой здесь игры, то она должна быть основной формой работы с ребенком. Это объясняется тем, что именно игра вызывает у него наиболее сильную потребность в общении, так как по ходу игры часто бывает необходимо о чем-то спросить, что-то сказать. Кроме того, игра, как правило, создает у ребенка положительный эмоциональный настрой, что особенно важно для работы над речью. Хочется напомнить как нельзя более подходящие к нашему случаю слова К. Д. Ушинского о том, что картинка и игра — это средства, которые заставляют ребенка говорить.

7. *Строгая дозировка занятий*, необходимость которой обусловлена быстрой утомляемостью и сравнительно малой работоспособностью этой категории детей. По мере нормализации мозговых функций и совершенство-

вания речи объем речевой нагрузки будет постепенно увеличиваться.

8. *Использование в работе над речью возможно большего числа анализаторов:* двигательного, слухового, зрительного, осязательного. Чем большее число органов чувств будет задействовано, тем легче будет неговорящему ребенку овладевать словами-понятиями. Например, «знакомясь» с яблоком и усваивая его название, ребенок может на него посмотреть, его потрогать, попробовать, понюхать, вылепить из пластилина, нарисовать, раскрасить, по возможности, сорвать его с дерева и т. п. В результате у него сформируется очень отчетливое представление об этом предмете и его название запомнится. То же самое относится и к обеспечению подобных условий при усвоении ребенком названий других предметов, действий и признаков.

9. *Строго индивидуальный подход к каждому ребенку.* Без соблюдения этого важнейшего условия логопедическая работа с самого начала будет обречена на неудачу, поскольку затрудненным окажется даже налаживание первоначального контакта с ребенком. В процессе общения с ним учитывается уровень его речевого развития, состояние эмоционально-волевой сферы, характерологические особенности, условия семейной жизни, отношение родителей к ребенку и к имеющемуся у него речевому расстройству, а также отношение самого ребенка к своей речевой недостаточности и т. п. Только всесторонний учет всех этих постоянно взаимодействующих составляющих поможет как логопеду, так и родителям ребенка правильно оценить всю сложность его положения и благодаря такой оценке найти по-настоя-

щему правильный и согретый душевным теплом подход к нему.

Непосредственное же содержание работы над речью при моторной алалии определяется в первую очередь не возрастом ребенка, а уровнем его речевого недоразвития.

На первом уровне недоразвития речи, характеризующемся ее полным отсутствием, одной из первых задач является преодоление речевого негативизма (отрицательного отношения ребенка к самому процессу общения при помощи речи) и развитие речевой активности. *В этот же период ставится задача формирования первичного словаря и самых первых словосочетаний.* Как решаются эти непростые задачи?

Создается эмоциональная игровая ситуация. Логопед «играет» перед ребенком, сопровождая все свои действия речью и говоря и за себя, и за ребенка, словно предугадывая, что тому хотелось бы сказать во время игры (машинка поехала — **«ту-ту»**, машинка загудела — **«би-би»**). Малыш постепенно и непроизвольно начинает подражать сначала действиям логопеда, а затем и его речи. Если во время игры удастся вызвать у ребенка непроизвольные эмоциональные возгласы, то это будет большая победа.

Затем стараются получить путем подражания *«лепетные» слова* (типа **«ав-ав»**, **«мяу»**, **«му-у-у»**, **«га-га-га»** и т. п.), соотнося их с названиями соответствующих животных и птиц. Первые слова обычно появляются во время сильного эмоционального подъема и как подражание логопеду (или родителям). Различению и узнаванию голосов животных ребенка учат специально,

привлекая тем самым его внимание к слуховому восприятию речи и к последующему подражанию ей.

В дальнейшем переходят к заучиванию коротких и доступных для произношения названий предметов и действий с постепенным введением этих названий в активный словарь ребенка. Понемногу в его речи начинают появляться и самостоятельно усвоенные слова. Однако звуко-слоговая структура этих слов чаще всего искажена, имеются замены и перестановки звуков и слогов, причем число таких искажений резко возрастает по мере увеличения словаря. Появляются и первые аграмматизмы. Несмотря на все это, нужно хвалить ребенка за любую речевую «продукцию» и всемерно поощрять его к речи.

Работая над уточнением звуко-слоговой структуры слов, не следует побуждать ребенка к их правильному повторению — это лишь оттолкнет его. Взрослый сам медленно произносит неверно сказанное ребенком слово, как бы предлагая ему внимательно вслушаться в его звучание, что нередко приводит к более правильному и непроизвольному повторению ребенком этого слова. Речь логопеда должна быть эмоциональной, выразительной и неторопливой, с неоднократным повторением одних и тех же слов и небольших фраз для облегчения их запоминания ребенком. Те же самые требования предъявляются и к речи родителей.

Особое внимание уделяется заучиванию коротких фраз, необходимых для повседневного речевого общения. Это важно по следующим трем причинам.

1. Приобретенная ребенком возможность выразить при помощи этих фраз хотя бы самые насущные свои

потребности значительно облегчает жизнь не только ему самому, но и всем членам семьи.

2. Систематическое употребление этих фраз приучает ребенка общаться с окружающими при помощи речи (а не жеста или «мычания»), что принципиально важно для преодоления его речевой недостаточности — речь постепенно становится основным средством общения.
3. Такие фразы с уточненным и прочно усвоенным ребенком звуко-слоговым составом явятся теми первыми островками здоровой речи, на которые в дальнейшем нужно будет равняться.

Предпринимаются и первые попытки использования вопросно-ответной формы речи. Здесь важно прежде всего научить ребенка вслушиваться в вопрос и понимать, что на каждый вопрос должен даваться ответ. Сначала это может быть ответ в форме жеста или кивка головой, затем ответ одним словом (нередко просто повторенным за логопедом) и, наконец, полный ответ на вопрос.

Учитывая крайнюю бедность словарного запаса ребенка, занятия необходимо строить так, чтобы он не страдал из-за отсутствия нужных слов. По этой причине многое вместо ребенка приходится говорить логопеду, который должен быть постоянно готов без промедления подсказать недостающее слово. Это полностью относится и к родителям.

На втором уровне речевого недоразвития, когда ребенок уже владеет некоторым запасом искаженных по своей структуре слов и начатками развернутой, но аграмматичной речи, *задачи логопедической работы*

существенно меняются и сводятся в основном к следующему.

1. Продолжение уже начатой работы над обогащением и уточнением словарного запаса, над усовершенствованием звуко-слоговой структуры слов.
2. Работа над формированием грамматического строя речи, направленная на преодоление аграмматизмов в ней.
3. Работа над коррекцией звукопроизношения.
4. Работа над развитием связной речи.

Рассмотрим каждое из этих направлений в отдельности.

Работая над обогащением словарного запаса ребенка, важно ввести в его активный словарь все части речи, но самое основное внимание при этом должно быть уделено глаголам.

Как уже было отмечено, для этой категории детей характерна крайняя бедность глагольного словаря, чем во многом объясняется и трудность овладения ими фразовой речью (в русском языке почти ни одна фраза не может быть построена без глагола).

Знакомя ребенка с новым словом, сначала попросите его *показать* соответствующий предмет или действие, что позволит убедиться в понимании им значения этого слова. Далее предложите ему *повторить* название предмета (действия, признака) и, наконец, *назвать его самостоятельно.*

На разных этапах коррекционного воздействия можно использовать такие, например, приемы работы по обогащению словарного запаса:

- называние ребенком предметов, действий, признаков (изображенных на картинках или предъявленных в натуральном виде);
- подбор ребенком соответствующих предметов к названному взрослым действию, например: «Кто летает?» (птица, стрекоза, жук, бабочка);
- подбор ребенком действий к названным взрослым предметам: «Что делает собака?» (лает, бегает, играет, охраняет...);
- подбор ребенком признаков к названным взрослым предметам: «Яблоко какое?» (большое, румяное, сочное, сладкое...);
- называние ребенком частей целого предмета: «Что это у куклы?» (голова, глазки, носик, ротик, волосы...);
- подбор ребенком однокоренных родственных слов (стекло, стеклышко, стеклянный, стекольщик, стеклить...);
- подбор ребенком синонимов, то есть близких по значению слов (хороший — добрый, ласковый, красивый...);
- подбор ребенком антонимов, то есть слов с противоположным значением (хороший — плохой, добрый — злой, горячий — холодный);
- образование ребенком имен существительных при помощи уменьшительных суффиксов (дом — домик, рука — ручка);
- образование ребенком глаголов при помощи приставок (шел — ушел — пришел — вышел — перешел...).

При проведении всех названных здесь видов работы образец выполнения каждого задания дается взрослым, после чего все остальные однотипные задания ребенок выполняет по аналогии, хотя сначала и с помощью взрослого. Количество этих заданий должно быть увеличено — здесь дано лишь по несколько примеров на каждое из них.

В процессе всей работы над обогащением словарного запаса обязательно обращается внимание на *уточнение звуко-слоговой структуры искажаемых ребенком слов*, а также на выработку у него умения *употреблять слова в правильной грамматической форме*. Делается это ненавязчиво и без всякого принуждения ребенка к правильному повторению неверно сказанного им слова или неправильно употребленной грамматической формы. Такое повторение обязательно должно обеспечиваться, но только для ребенка оно должно быть как бы «невольно-добровольным». Например, ребенок произнес слово **«окно»** как **«онко»**. Взрослый, ласково глядя на ребенка, неторопливо и с улыбкой говорит: «Да, это **ок-но**, **ок-но**. Здесь нарисовано...». Почувствовав незаконченность фразы и как бы молчаливый призыв взрослого закончить ее, ребенок чаще всего договорит «окно», уже не переставив звуки в этом слове.

Точно так же поступают и при неправильном употреблении ребенком грамматических форм слова, о чем скажем здесь, забегая немного вперед. Например, ребенок говорит, что мальчик идУТ в школу. Взрослый еще раз обращает его внимание ни картинку и говорит, выделяя голосом окончания слов: «Да, мальчик здесь идЕТ в школу, а вот эти дети идУТ в школу. Мальчик

идЕТ, а дети идУТ. Посмотри еще раз: **мальчик в школу**..., а **дети в школу**...». Можно рассчитывать на то, что после такой подсказки взрослого ребенок уже сможет употребить окончания глаголов правильно. И если подобные непринужденные занятия с ним в процессе совместного рассматривания картинок будут проводиться ежедневно, то состояние его речи в обоих названных направлениях начнет быстро улучшаться.

Работа над грамматическим строем речи, которой на втором уровне речевого недоразвития уделяется особенно большое внимание, проводится параллельно с обогащением словаря и овладением ребенком фразовой речью. Ребенку, естественно, не сообщается никаких сведений по грамматике — он чисто практически знакомится с наиболее часто встречающимися способами словоизменения и словообразования и старается научиться пользоваться ими в собственной речи.

Сначала необходимо добиться понимания ребенком грамматических форм слов и связей между словами в предложении (о нарушении такого понимания см. выше). Можно начать с разграничения единственного и множественного числа имен существительных и глаголов: «Где дом? Где домА? Где пишЕТ? Где пишУТ?» — в порядке ответа на вопросы ребенок должен показать соответствующие картинки. До тех пор пока правильным показом он не обнаружит полного понимания различий тех или иных грамматических форм, он не сможет научиться правильно употреблять эти формы и в собственной речи.

Важно дать ребенку какие-то определенные эталоны, образцы словосочетаний, на которые он мог бы ориен-

тироваться при построении собственных речевых высказываний. В частности, даются однотипные окончания имен существительных, глаголов, прилагательных и пр. Например:

- на столЕ, на окнЕ, на горЕ (предложный падеж);
- под столОМ, под окнОМ, под ведрОМ (творительный падеж);
- самолет летИТ, паровоз гудИТ, дверь скрипИТ (единственное число);
- рыбы плаваЮТ, птицы летаЮТ, дети играЮТ (множественное число);
- шар голубОЙ, дом большОЙ, рассказ смешнОЙ (мужской род);
- лента голубАЯ, речка большАЯ, горка крутАЯ (женский род);
- небо голубОЕ, озеро леснОЕ, поле большОЕ;
- ленты голубЫЕ, озера леснЫЕ, поля большИЕ.

После усвоения ребенком грамматических форм на уровне отдельных слов и словосочетаний, примеры чего были приведены выше, необходимо далее помочь ему осознать *смысловые связи между словами* в предложении, потому что лишь после этого он сможет строить предложения самостоятельно, опираясь на уже усвоенные им образцы.

Осознанию связи слов в предложении способствуют целенаправленно задаваемые вопросы. Например, по картинке, на которой изображен мальчик во время еды, могут быть заданы такие вопросы: «КТО ест?» (ребенок указывает на мальчика); «ЧТО ест?» (указывает на тарелку с кашей); «ЧЕМ ест?» (указывает на ложку).

Лучше сразу использовать косвенные падежи имен существительных.

Приучая ребенка к правильному употреблению грамматических форм (в частности, падежных окончаний имен существительных), *полезно использовать предложения с однородными членами, имеющими одинаковые окончания.* Например, взрослый предлагает ребенку сложить все игрушки в коробку. Сначала ребенок молча укладывает в коробку каждую называемую взрослым игрушку, слыша при этом подчеркнуто произносимые им одинаковые окончания слов: «Положи куклУ, белкУ, матрешкУ, машинкУ, мишкУ, собачкУ... ». После этого ребенка просят достать игрушки из коробки, самостоятельно называя при этом каждую из них. Подобные систематически повторяемые упражнения позволят ему усвоить основные типы окончаний имен существительных (глаголов, прилагательных). При формировании у ребенка навыка правильного употребления и любых других грамматических форм также лучше всего использовать прием аналогии.

При работе над фразовой речью полезно использовать прием распространения предложений, например:

- мальчик читает;
- мальчик читает книгу;
- мальчик читает интересную книгу;
- мальчик читает интересную книгу о путешествиях;
- большой мальчик читает интересную книгу о путешествиях;
- большой мальчик читает интересную книгу о морских путешествиях.

Работа над преодолением аграмматизмов в речи ребенка с алалией обычно растягивается на несколько лет и требует систематичности, настойчивости и терпения. Родителям с самого начала необходимо понять следующее: то, что детям с нормально развивающейся речью дается без всякого труда, здесь может быть достигнуто только в результате сознательных усилий как самого ребенка, так и работающих с ним специалистов и родителей. И надо уметь по-настоящему радоваться тому, что все эти усилия почти никогда не остаются напрасными!

Коррекция нарушений звукопроизношения при моторной алалии достаточно сложна, требует профессиональных знаний и не может проводиться неспециалистами. По этой причине она здесь не рассматривается. Родители могут оказать большую помощь лишь в плане контроля над правильностью произношения уже усвоенных ребенком в процессе логопедических занятий звуков.

Работу над связной речью нужно начинать с побуждения ребенка к такой речи, с формирования отсутствующего у него внутреннего мотива высказывания, желания о чем-то рассказать взрослому. Большое внимание уделяется и работе над планированием речи, поскольку даже нормально развивающимся детям в 4–5-летнем возрасте еще трудно бывает соблюдать последовательность мысли. Значительно облегчает эту задачу составление рассказов по серии картин, которые предварительно раскладываются в нужном порядке и представляют собой как бы наглядный план рассказа.

Детей с моторной алалией следует *как можно раньше начинать обучать грамоте*, поскольку это способст-

вует обогащению словаря, лучшему овладению звукослоговой структурой слов, преодолению аграмматизмов.

Однако такое обучение требует довольно долгого времени и возможно лишь при использовании специальных приемов. Это объясняется тем, что даже при легкой степени недоразвития речи дети, как правило, испытывают большие трудности в овладении фонематическим анализом и синтезом слов. Кроме того, при чтении и письме у них проявляются разные виды дисграфии и дислексии, с трудом поддающиеся преодолению. Для достижения положительного результата здесь особенно важна четкая целенаправленность в работе с ориентировкой на коррекцию слабых звеньев. Дифференцированный подход к преодолению разных видов дисграфии и дислексии, изложенный в соответствующих главах, обязательно используется и в работе с данной категорией детей.

На третьем и четвертом уровнях недоразвития речи, когда ребенок уже владеет развернутой речью, используются те же самые методы и приемы работы, что и на предыдущих уровнях. Однако здесь в каждом конкретном случае уже дорабатывается только то, что осталось пока недостаточно усвоенным (преодолеваются еще сохранившиеся дефекты в произношении звуков, устраняются конкретные виды аграмматизмов, проводится работа по обогащению словарного запаса и т. п.). При этом важно учитывать, что эти «частные» и на первый взгляд иногда малозаметные дефекты носят устойчивый характер и что для их преодоления необходима систематическая и настойчивая работа с ребенком.

В заключение необходимо коснуться вопроса *организации работы с детьми, страдающими моторной алалией*.

Детям дошкольного возраста логопедическая помощь оказывается в логопедических детских садах, логопедических группах при массовых детских садах, логопедических кабинетах при детских поликлиниках (в более легких случаях), а также в речевых стационарах и санаториях.

Детям школьного возраста нередко требуются специальные условия обучения. Такие условия для них создаются в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи, где обучение русскому языку проводится по специально разработанной дефектологами программе. Ввиду глубокого отставания детей в речевом развитии программа данной школы несколько растянута во времени, что позволяет отводить специальные часы для углубленной работы над речью учащихся.

Дети со сравнительно легко выраженным недоразвитием речи могут обучаться в общеобразовательной школе при условии параллельного посещения занятий у школьного логопеда и систематической помощи им со стороны родителей. Такая повседневная помощь родителей необходима и во всех других случаях, независимо от того, в каком типе специальных учреждений проводится логопедическая работа.

2. Сенсорная (импрессивная) алалия

Сенсорная алалия, в отличие от моторной, характеризуется тем, что при ней в первую очередь страдает понимание речи. Экспрессивная речь ребенка в этих усло-

виях также не может нормально развиваться и по сути дела отсутствует, но она нарушается уже вторично, вследствие непонимания речи окружающих, а значит, и невозможности усвоить ее путем подражания. Если в норме пассивный словарь всегда количественно превышает активный, то при сенсорной алалии мы имеем обратное соотношение: ребенок часто не понимает тех слов, которые он употребляет в собственной речи или которые может повторить.

В основе сенсорной алалии лежит органическое повреждение или резко выраженное недоразвитие центрального отдела речеслухового анализатора, что приводит к грубому нарушению его аналитико-синтетической деятельности: слышимые ребенком звуки не различаются им на слух и как бы «не узнаются». Слуховое внимание резко снижено, интерес не только к речевым, но и к неречевым звукам практически отсутствует. При таких условиях речь окружающих людей воспринимается ребенком очень неотчетливо и не понимается.

А. Симптомы сенсорной алалии

Дети с сенсорной алалией характеризуются повышенной речевой активностью и, в отличие от детей с моторной алалией, много говорят с нормальной живой интонацией, поскольку центральный отдел речедвигательного анализатора у них не страдает. «Речь» этих детей состоит из неустойчивых по своему звуковому составу обрывков слов и бессмысленных звукосочетаний. Она совершенно непонятна окружающим и носит название логорреи («словесного салата»). Нередко у детей с сенсорной алалией наблюдаются и так называемые эхолалии — неосознанные и невольные повторения отдельных слов или

словосочетаний без понимания их смысла (как эхо). Повторить еще раз только что правильно повторенное им вслед за взрослым слово ребенок не может, что родителями чаще всего неправомерно расценивается как упрямство.

У детей с сенсорной алалией не формируется предметная соотнесенность слышимых и произносимых слов — их названия как бы не закрепляются за соответствующими предметами. Если ребенку с нормально развивающейся речью для запоминания названия предмета достаточно 3–5 повторений, то при сенсорной алалии для этого требуется не менее 20–25 повторений.

Степень нарушения понимания речи при сенсорной алалии может быть различной — от полного ее непонимания до неразличения сходных по своему звуковому составу слов или даже отдельных звуков. Понимание речи часто носит ситуативный характер (одна и та же фраза в одних ситуациях понимается, а в других — нет). В норме это имеет место лишь на самых ранних этапах становления понимания речи.

Таким образом, для сенсорной алалии характерна повышенная речевая активность при пониженном внимании к речи окружающих и отсутствии контроля за собственной бессознательной «речью». Такова речевая симптоматика сенсорной алалии.

К неречевым симптомам (неврологическим и психическим) относятся:

- повышенная возбудимость и неуправляемость детей;
- особенности их эмоционально-волевой сферы;
- особенности личности;
- вторичная задержка умственного развития.

С детьми, страдающими сенсорной алалией, очень трудно наладить контакт. В силу непонимания ими речи окружающих нет возможности с ее помощью регулировать поведение детей, что-либо им объяснять и т. п. Именно это и приводит к неуправляемости их поведения, которую так непросто преодолеть.

Сенсорная алалия изучена меньше, чем моторная. Некоторые исследователи даже отрицают сам факт ее существования, объясняя все описанные выше расстройства простым снижением слуха.

Как показывают специальные исследования, у детей с сенсорной алалией слух на некоторые звуковые частоты действительно снижен, но не настолько, чтобы это могло обусловить полное непонимание речи. К тому же сам характер нарушения слуховой функции у слабослышащих и у детей с сенсорной алалией очень различен. Для последних характерно следующее:

- большая истощаемость слуховой функции, повышенная утомляемость слуха, особенно при громких звуках;
- непостоянство слуховых порогов, приводящее к неустойчивости слухового восприятия (звуки одинаковой частоты и громкости ребенок то слышит, то не слышит);
- усиление громкости звучания в большинстве случаев не улучшает слухового восприятия, а иногда даже ухудшает его, поскольку быстро наступает истощение слуховой функции;
- неустойчивость слухового внимания, памяти;
- улучшение слухового восприятия при увеличении интервалов между звуковыми сигналами, то есть при

наличии достаточно длительных пауз между ними (восприятие как бы успевает «сработать»).

Кроме того, в отличие от слабослышащих, для которых характерен глуховатый и монотонный голос в силу плохого слышания ими модуляций голоса окружающих, а значит, и невозможности подражать их «живым» интонациям, дети с сенсорной алалией обладают звонким и выразительным голосом.

Ввиду отмеченных особенностей слухового восприятия у детей с сенсорной алалией попытки их совместного обучения со слабослышащими, как правило, оказывались неудачными. Эта категория детей требует совершенно особого подхода и использования специальных методов коррекционного воздействия.

Б. Пути коррекционного воздействия при сенсорной алалии

Основная цель коррекционной работы при сенсорной алалии сводится к развитию у ребенка слухового восприятия и умения анализировать речевой поток, что на первых порах недостижимо. Сначала необходимо просто усадить и утихомирить ребенка, приостановить его беспорядочную суету. Для этого нужно попасть в поле его зрения и занять его какой-то неречевой деятельностью (рисование, раскрашивание, обводка трафаретов, лепка из пластилина, строительство из кубиков, мозаика и т. п.). Ребенка учат сидеть, внимательно смотреть, подчиняться неречевым инструкциям в виде жеста, взгляда, выражения лица взрослого человека; стараются также затормозить беспорядочную и бессвязную речь ребенка.

Постепенно воспитывается внимание к речи окружающих. Но сначала для слухового различения предлагаются контрастные *неречевые* звуки. Для этой цели удобно использовать звучащие игрушки (например, барабан и дудочку, звонок и свисток). Сначала ребенок видит игрушку и слышит издаваемый ею звук, а затем он должен узнать ее по одному только звучанию, при исключении зрительного восприятия. Проводятся упражнения и на определение места источника звука (спереди, сзади, сбоку). Такие занятия должны быть регулярными, но непродолжительными, чтобы не перегружать слуховой аппарат ребенка.

Позднее для различения берутся достаточно громкие и контрастные, приближающиеся к речевым звуки, которые связываются с конкретными предметами и явлениями (**«у-у-у»** — гудок паровоза, **«в-в-в»** — вой волка, **«р-р-р»** — рычание собаки). Затем переходят к различению простейших лепетных слов, четко соотносимых с определенными предметами или явлениями (**«уа»** — плач маленького ребенка; **«ау»** — заблудились в лесу; **«ам»** — лай собаки; **«му»** — мычание коровы; **«кар»** — карканье вороны и т. п.). Сначала все звуки и звукосочетания произносятся логопедом или родителями (а позднее и самим ребенком) перед зеркалом, перед которым проводятся и все подобные занятия. Внимание ребенка привлекается к особенностям артикулирования звуков, что значительно облегчает их восприятие (опора на сохранный зрительный анализатор).

Для развития понимания речи сначала предлагаются самые простые «бытовые инструкции», на первых порах сопровождаемые мимикой и жестом (подай книгу,

закрой дверь, позови бабушку и т. п.). В дальнейшем мимика и жест полностью исключаются, и ребенок выполняет инструкцию только на основе понимания *речи*.

В дальнейшем большое внимание уделяется накоплению пассивного и активного словаря. Достигается это путем многократного повторения одних и тех же слов и словосочетаний в разных ситуациях речевого общения, благодаря чему они в конце концов усваиваются ребенком (возьми яблоко, помой яблоко, очисти яблоко, разрежь яблоко, съешь яблоко). Таким же образом усваиваются и грамматические «стандарты».

Правильность понимания ребенком речи постоянно проверяется при помощи картинок или показа реальных предметов. Например, на картинке изображена девочка, которая дает кролику морковку. Чтобы убедиться в правильности понимания ребенком каждого слова и связи между словами, по этой картинке ему могут быть заданы такие вопросы: **«Кто кормит кролика?»** (ребенок указывает на девочку); **«Кого кормит девочка?»** (указывает на кролика); **«Чем девочка кормит кролика?»** (указывает на морковку).

Когда ребенок сможет путем подражания воспроизводить отдельные слова и звукосочетания, следует не только для логопедических занятий, но и для домашнего общения с ним ввести в употребление *точно сформулированные речевые инструкции* обиходного характера, которые он должен будет постепенно усвоить в результате многократного повторения. Например: **«ложись спать»**, **«пойдем гулять»**, **«давай рисовать»**, **«вымой руки»** и пр. Эти инструкции записываются родителями и затем даются ребенку в точно таком же виде, без изме-

нения в них как самих слов, так и их последовательности. (Дело в том, что если ребенок научился понимать инструкцию «пойдем гулять», то это совсем не значит, что он поймет и обращение типа «собирайся на прогулку».) Наличие четких и понятных ребенку инструкций значительно облегчит общение с ним и поможет упорядочить его поведение, не говоря уже о том, что таким путем он постепенно начнет овладевать пониманием и более «свободной» речи, а также и собственной разговорной речью.

В возможно более ранние сроки должно быть начато *обучение ребенка грамоте*, поскольку зрительное восприятие написанного слова значительно облегчает усвоение его звукового состава (слуховое восприятие при сенсорной алалии, как уже было отмечено, отличается большой неустойчивостью). Такое обучение требует использования специальных методов, поэтому его приемы здесь не излагаются.

Очень важно выявить имеющееся у ребенка специфическое нарушение слуховой функции в возможно более ранние сроки, поскольку именно раннее начало коррекционной работы дает наибольший эффект. Признаки такого нарушения проявляются уже на первом году жизни. В частности, ребенок почти не реагирует на речь окружающих, не узнает мать по голосу, мало лепечет — все это должно привлечь внимание родителей. Самым явным признаком неблагополучия является то, что, в отличие от нормально развивающихся сверстников, к концу первого года жизни ребенок так и не овладевает пониманием хотя бы нескольких слов. В этом случае необходимо немедленное обращение к специа-

листам. Под их руководством родители смогут своевременно приступить к развитию и совершенствованию слуховой функции ребенка, используя для этого звучащие игрушки, музыку, пение и пр. Регулярные занятия значительно повышают способность ребенка к восприятию и различению звуков, развивают его слуховое внимание, что является необходимым условием для возможности восприятия и понимания речи.

Детей с сенсорной алалией сравнительно немного. К сожалению, система их обучения развита значительно слабее, чем в отношении детей с моторной алалией. Часть таких детей попадает в школы для детей с тяжелыми нарушениями речи, часть — в школы для слабослышащх или умственно отсталых. Но в любом случае совершенно незаменимой остается роль родителей. Их доброжелательное отношение к ребенку и эмоционально-положительный систематический речевой контакт с ним таят в себе большие возможности для воспитания у него полноценной речи.

Использованная литература

1. *Беккер К., Совак М.* Логопедия. — М.: Медицина, 1981.

2. *Белова-Давид Р. А., Гриншпун Б. М.* Нарушение речи у дошкольников. Вып. 1, 2. — М.: Просвещение, 1969, 1972.

3. *Зееман М.* Расстройства речи в детском возрасте. — М.: Медгиз, 1962.

4. *Ковшиков В. А.* Экспрессивная алалия.— СПб.: Сатис, 1994.

5. *Левина Р. Е.* Опыт изучения неговорящих детей (алаликов). — М.: Учпедгиз, 1951.

6. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. — М.: Просвещение, 1998.

7. *Мелехова Л. В.* Алалия // Очерки по патологии речи и голоса. Вып. 1 / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Учпедгиз, 1960.

8. *Орфинская В. К.* Спорные вопросы обучения слышащих детей без речи // Ученые записки ЛГПИ имени А. И. Герцена. Т. 171. — Л., 1959.

9. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. — М.: Просвещение, 1968.

10. *Правдина О. В.* Логопедия. — М.: Просвещение, 1973.

11. *Соботович Е. Ф.* Формирование правильной речи у детей с моторной алалией. — Киев, 1981.

12. *Трауготт Н. Н., Кайданова С. И.* Нарушение слуха при сензорной алалии и афазии. — Л.: Наука, 1975.

13. *Трауготт Н. Н.* Как помочь детям, которые плохо говорят. — СПб.: Смарт, 1994.

14. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

15. *Шаховская С. Н.* Алалии // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.

14 ГЛАВА

Афазия

Афазия — это полная или частичная утрата уже имевшейся речи, обусловленная органическим поражением тех отделов головного мозга, которые имеют отношение к осуществлению речевой функции. В буквальном переводе на русский язык слово «афазия» означает отсутствие речи (фазис — речь).

Афазия, так же как и алалия, представляет собой системное нарушение речи, при котором речь страдает не каким-то частным образом, не в отдельно взятом звене, а именно как система, то есть сразу во всех своих звеньях. Так, при афазии обычно нарушается и понимание речи, и все основные стороны собственной речи больного (звукопроизношение, словарный запас, грамматический строй), и речевая память, и письменная речь (как чтение, так и письмо). Другое дело, что при разных формах афазии на первый план может выступать преимущественное нарушение тех или иных компонентов речи, тогда как другие остаются относительно более сохранными, но так или иначе все равно страдает вся речь в целом.

Во всех случаях афазии речь страдает не на элементарном уровне, а как сложнейшая психическая функ-

ция. Это типично языковое расстройство, при котором *человек утрачивает способность использовать при построении (или восприятии и последующей расшифровке) речевых высказываний те знаки, которые приняты в языке для обозначения определенных звуков, слов и выражения их связи между собой*. В этом отношении афазия имеет много общего с алалией, только при алалии эта неспособность к языковому выражению мыслей не формируется изначально, а при афазии она утрачивается уже после сформирования.

Напомним для сравнения, что, например, при дизартрии, механической дислалии, ринолалии человек не может нормально произносить звуки речи ввиду отсутствия необходимых для этого «материальных» условий — нет достаточной подвижности языка или имеются дефекты в строении артикуляторного аппарата. При алалии и афазии же «внешняя» возможность для нормального произношения звуков и слов имеется, но человек не знает, как этой возможностью правильно воспользоваться, что и приводит к неуместному употреблению им в речи даже правильно произносимых звуков, к неусвоению (при алалии) или потере (при афазии) их смыслоразличительной роли. То же самое относится и к употреблению слов и грамматических норм языка.

В зависимости от локализации (то есть конкретного места) поражения головного мозга характер нарушения речи при афазии будет различным. Это объясняется тем, что, несмотря на целостность работы головного мозга, разные его отделы вносят различный «вклад» в осуществление речевой функции. Например, лобные отделы отвечают за построение общей программы высказыва-

ния, височные — за восприятие и понимание речи и т. д. С учетом этого обстоятельства и строится довольно сложная классификация афазии, которая здесь не рассматривается.

1. Причины афазии

Причинами возникновения афазии могут быть разного рода травматические повреждения и инфекционные заболевания головного мозга, опухоли, нарушения мозгового кровообращения и пр. Чаще всего афазии, в особенности сосудистого происхождения, наблюдаются у лиц пожилого возраста. Однако в последние десятилетия этот вид речевой патологии, к сожалению, существенно «помолодел» и нередко встречается у людей среднего и молодого возраста и даже у детей. У детей об афазии можно говорить лишь тогда, когда до наступления речевого расстройства речь у них была уже достаточно сформирована, то есть не ранее трехлетнего возраста. Это случаи так называемой «ранней детской афазии».

Сам характер развития афазии может быть различным. Так, в случаях травматического повреждения головного мозга или острых нарушений мозгового кровообращения речевое расстройство наступает сразу и проявляется резко. Переход от нормальной речи к ее полной утрате или грубому расстройству здесь вполне очевиден и для самого больного, и для окружающих его людей.

Иное наблюдается в случаях постепенного роста опухоли или при нерезко выраженных, вяло текущих нарушениях мозгового кровообращения. Здесь симп-

томатика афазии нарастает постепенно, по мере охвата болезненным процессом все более обширных мозговых зон. К тому же по мере роста опухоли и связанным с этим ухудшением речевой функции одновременно вступают в действие и процессы компенсации, как бы скрадывающие симптомы расстройства речи. В этих случаях афазия развивается постепенно и сравнительно незаметно для окружающих и самого больного. При вяло текущих нарушениях мозгового кровообращения симптомы речевых расстройств могут то проявляться более резко, то почти полностью исчезать, что на ранних стадиях развития болезненного процесса также не позволяет провести четкую грань между нормальной и нарушенной речью.

2. Симптомы афазии

При афазии, как и при алалии, имеются не только речевые, но и неречевые симптомы, что характерно для любых речевых расстройств, связанных с поражением головного мозга. К неречевым симптомам относятся неврологические и психические. Рассмотрим каждую из названных групп симптомов в отдельности.

Речевые симптомы

Как уже было отмечено, при афазии в той или иной степени страдают все стороны речи. Кроме этого, для нее характерно наличие специфических симптомов, не встречающихся при других речевых расстройствах. К таким симптомам относятся эмболофразии, парафазии и персеверации.

Сначала об *эмболофразиях*. При афазии речь обычно не утрачивается полностью — даже в самых тяжелых

случаях остаются какие-то ее остатки, «осколки», хотя они уже и не выполняют функции общения. Таким речевым осколком нередко оказывается так называемый эмбол. Это отдельное слово, а также звуко- или словосочетание, оставшееся у больного взамен всей речи, которым он чисто рефлекторно реагирует на все случаи речевой коммуникации. В качестве таких эмболов могут выступать, например, звукосочетания типа «а-та-та» или сочетания слов типа «так-так-так» и др. Если с таким больным поздороваться, то он ответит: «так-так-так».

На вопрос о здоровье, о погоде и на любой другой заданный вопрос он ответит точно так же. И если он сам захочет о чем-либо спросить, то будет неоднократно и упорно, с разными интонациями повторять то же самое звуко- или словосочетание в надежде на то, что его все-таки наконец поймут. В некоторых случаях эмбол может играть роль «пускового механизма» — он предшествует остальным высказываниям. Сам факт существования таких эмболов объясняется инертностью нервных процессов, застойными явлениями в определенных участках коры головного мозга, в силу чего этот симптом относится не к положительным, а к негативным явлениям. По этой причине восстановительную работу обычно приходится начинать с затормаживания эмбола, препятствующего восстановлению нормальной речи.

Парафазии — это неправильное, неуместное употребление звуков или слов, их замены неподходящими по смыслу словами или звуками (от греч. «пара» — возле, около). При замене отдельных звуков, обычно характеризующейся большой неустойчивостью («скол»

или «смол» вместо «стол») говорят о литеральной парафазии (от *литера* — буква), а при заменах одних слов другими, чаще близкими по звуковому составу («слон» вместо «стол») или по смыслу («чайник» вместо «чашка») — о вербальной (вербальный — словесный). Однотипные нарушения могут наблюдаться также при чтении (паралексии) и письме (параграфии).

Сам факт наличия парафазий свидетельствует о нарушении у больного дифференцированности значений отдельных звуков и слов. При разных видах афазии характер парафазий различен, что нередко может иметь диагностическое значение.

Персеверации — это навязчивые повторения отдельных слов или фраз (нередко и действий), в основе которых лежит инертность нервных процессов — запаздывает поступление сигнала о прекращении действия, в том числе и речевого. (*Persevero* в переводе с латинского означает «упорствую».) По своим внешним проявлениям персеверации иногда напоминают клоническое заикание, выражающееся в многократном повторении отдельных звуков или слогов, например «ма-ма-ма-машина».

В случаях острого наступления афазии (например, при травмах, сосудистых катастрофах) она обычно проявляется как «тотальная», то есть у больного утрачивается и собственная речь, и понимание речи окружающих. Как правило, вначале общая картина нарушения представляется гораздо более тяжелой, чем это обусловлено самим поражением головного мозга, — сказываются проявления общего торможения мозговой деятельности, наличие отеков в соседних с пораженным участком отделах и т. п. В дальнейшем даже без всякой

коррекционной работы не пострадавшие непосредственно участки коры головного мозга постепенно начинают функционировать, в результате чего проясняется как подлинная степень, так и сам характер нарушения речевой функции. В частности, становится понятным, что именно преимущественно пострадало — собственная речь больного или понимание им речи окружающих. Знание упомянутой особенности первоначального проявления афазии позволит родственникам больного не впадать сразу в панику, а буквально с первых минут и часов стать верными союзниками и ближайшими помощниками специалистов.

Неврологические симптомы

Неврологические симптомы при некоторых формах афазии выражаются в нарушении двигательных функций. Во-первых, это могут быть *параличи и парезы* конечностей, а иногда и артикуляторных мышц. Во-вторых, это могут быть явления *апраксии*, то есть нарушения произвольных целенаправленных движений и действий, приобретенных человеком в результате индивидуального опыта. В этих случаях при отсутствии явлений паралича или пареза больной как бы «разучается» выполнять эти действия, не может «найти» составляющих их элементов. Например, при ручной апраксии он не может застегнуть пуговицу, зашнуровать ботинки и пр., поскольку при попытке выполнения этих действий его пальцы совершают лишь какие-то хаотичные, беспорядочные движения. При артикуляторной апраксии оказывается невозможным найти нужные артикуляторные позы и выполнить необходимые для произнесения того или иного звука движения

языком, губами, что приводит к расстройствам звукопроизношения, выражающегося в постоянных и неустойчивых литеральных парафазиях.

Психические симптомы

Данные симптомы выражаются в расстройствах памяти, внимания, мыслительных процессов, в нарушениях со стороны эмоционально-волевой сферы (неустойчивость настроения, повышенная обидчивость, порой раздражительность). Наличие этих симптомов существенно затрудняет работу по восстановлению речи и заставляет проводить ее в щадящем режиме.

3. Обследование больных с афазией

Логопедическое обследование больных с афазией в привычном смысле этого слова вообще не проводится. Это объясняется следующими тремя обстоятельствами.

Во-первых, такое обследование было бы очень утомительно для больного в силу тяжести его общего состояния.

Во-вторых, характерная для начального периода афазии слишком быстрая истощаемость всех психических функций, в том числе и речевой, не позволяет получить достоверных сведений о состоянии речи больного: все показатели слишком сильно колеблются даже при самых незначительных изменениях в окружающей обстановке. Следовательно, здесь необходима не однократная проверка, а достаточно длительное наблюдение.

В-третьих, сам факт проведения логопедического обследования явился бы для больного дополнительной

психической травмой, поскольку оно окончательно убедило бы его в невозможности выполнения почти всех предложенных ему речевых заданий.

Однако сказанное совсем не означает, что логопедическое обследование больных с афазией излишне. Оно обязательно проводится в общем комплексе с неврологическим и психологическим обследованиями и преследует вполне определенные цели. В его ходе логопед должен составить себе достаточно отчетливое представление о состоянии разных сторон речи больного: и понимания, и собственной эксперессивной речи, и возможности повторения, и письменной речи (чтения и письма).

Отдельно исследуется состояние звукопроизношения, слуховой дифференциации звуков, фонематического анализа слов, а также словарного запаса и грамматического строя речи. Только делается все это совершенно незаметно для больного, в процессе дружеской и непринужденной беседы с ним, с приветливой и подбадривающей улыбкой на лице. Все необходимые записи проводятся уже потом, то есть в отсутствие больного.

Результаты логопедического обследования крайне важны для определения конкретной формы афазии, поскольку все названные выше компоненты речи при разных ее формах нарушаются по-разному. Это обязательно должно учитываться при выборе методов коррекционного воздействия, в особенности на поздних этапах восстановительного обучения. Без выявления первично пострадавшего звена и ясного понимания механизма нарушения дальнейшее успешное продвижение вперед здесь становится невозможным.

4. Восстановление речи при афазии

А. Основные принципы восстановительной работы

Восстановительная работа при афазии сложна и продолжительна. *В ее основу положен целый ряд принципов*, постепенно сформировавшихся в практике преодоления афазии и получивших глубокое теоретическое обоснование. Рассмотрим наиболее важные из них, поскольку понимание этих принципов необходимо и неспециалистам, которых жизнь так или иначе может столкнуть с проблемой афазии. Некоторые из этих принципов лежат в основе коррекционной работы и при других речевых расстройствах, однако их необходимо конкретизировать по отношению к афазии.

1. *Комплексный медико-педагогический характер воздействия.* Необходимость комплексной медико-педагогической помощи больным с афазией определяется самими особенностями данного речевого расстройства, сложная и многообразная симптоматика которого далеко не ограничивается одной лишь патологией речи.

В силу тяжести обусловливающих афазию причин, на первых стадиях ее проявления речь чаще всего идет о спасении жизни больного, в связи с чем на первый план, безусловно, выступает медицинская часть комплекса. Логопедическая работа может быть начата лишь после того, как жизнь больного будет вне опасности, причем дозировка занятий определяется лечащим врачом и увеличивается очень постепенно, с учетом состояния больного. Эта работа проводится на фоне продолжающегося медикаментозного и другого лечения.

2. *Возможно более раннее начало восстановительной работы.* Весь накопленный опыт восстановления речи

у больных с афазией свидетельствует о том, что результаты логопедической работы во многом зависят от сроков ее начала после наступления афазии. Наилучших результатов удается достигнуть тогда, когда логопедическое воздействие осуществляется на фоне спонтанно протекающих у больного восстановительных процессов, что имеет место на ранней стадии заболевания. Логопедическая же работа, впервые начатая через несколько месяцев или даже лет после наступления афазии, оказывается почти безрезультатной. Об этом свидетельствует печальный опыт Великой Отечественной войны, когда по вполне понятным причинам было не до оказания раненому логопедической помощи непосредственно после наступления у него травматической афазии. Следовательно, общий принцип таков: чем раньше — тем лучше.

Однако начинать вызывание у больного речи можно лишь с того момента, когда появляются самые первые признаки ее спонтанного восстановления. Чаще всего это имеет место через 10–15 дней после наступления афазии и является своего рода сигналом о возможности принятия больным логопедической помощи, о ее доступности для него. Преждевременное же форсирование этого процесса может дать лишь обратный результат и привести к еще большему торможению речи, не говоря уже о возможном ухудшении общего состояния больного.

3. *Поэтапность восстановления речевой функции.* Важность выделения разных этапов (то есть выдерживания определенной последовательности) в деле восстановления речи у больных с афазией связана с неодинаковым характером повреждения разных участков

головного мозга, а значит, и с необходимостью различного подхода к восстановлению их функций.

При локальных поражениях головного мозга часть нервных клеток оказывается полностью разрушенной, а часть находится лишь в заторможенном состоянии, из которого эти клетки еще способны выйти и вновь начать функционировать. В ходе восстановления речи у больных с афазией обязательно учитывается это очень важное обстоятельство. *На ранних этапах* работы все усилия специалистов направляются на растормаживание того, что оказалось заторможенным. *На более поздних этапах* основной задачей является перестройка выпавшей функции, ранее осуществлявшейся ныне разрушенными участками мозга. Это достигается уже не прямыми, а обходными методами воздействия, за счет включения в работу новых функциональных систем. Ниже мы рассмотрим основное содержание коррекционного воздействия на обоих названных этапах.

4. *Предупреждающий характер логопедического воздействия*. Под этим подразумевается такой подход к восстановлению речи у больных с афазией, который позволяет максимально предупредить появление у них стойких аграмматизмов и других нежелательных речевых симптомов. Особенно важно это учитывать на ранних этапах работы, поскольку именно от методики первичного растормаживания речи во многом зависят характер и сроки ее дальнейшего восстановления. Так, если растормаживать только существительные в именительном падеже или глаголы в неопределенной форме, то больному будет очень трудно «вспомнить» в дальнейшем системы склонений и спряжений, и он будет стро-

ить фразы аграмматично. Именно поэтому так важно сразу восстанавливать целые предложения, при договаривании которых больным он уже с самых первых шагов употребляет слова в нужной грамматической форме. Например: **«книга лежит на столе, а цветы стоят… (на окне)»**; **«вы пили чай из… (чашки)»**.

Для более прочного оживления речевых стереотипов (например, определенного вида окончаний, суффиксов, приставок, предлогов), а значит, и для предупреждения аграмматизмов нужно избегать многократного повторения одних и тех же образцов, а предлагать больному как можно больше упражнений одного и того же типа (мышонОК, котенОК, тигренОК, козленОК, вороненОК; ПРИходят, ПРИбегают, ПРИлетают, ПРИплывают, ПРИползают; НА столе, НА стуле, НА окне, НА тарелке, НА дереве и т. д.).

5. *Использование «обходных» путей, или принцип опоры на сохранные анализаторы.* Это один из ведущих принципов восстановительного обучения больных с афазией на поздних этапах восстановления речи. Необходимость опоры на сохранные анализаторы определяется тем, что некоторые виды речевой деятельности в силу разрушения соответствующих мозговых структур уже не могут выполняться прежними привычными способами — система ранее воспитанных условных связей распалась.

Возможность широкого использования сохранных анализаторов в процессе восстановления речи у больных с афазией определяется следующими условиями. При формировании любой психической функции в раннем детском возрасте в ее осуществлении всегда

принимают участие разные анализаторы. Например, различение звуков речи осуществляется маленьким ребенком не только на слух, но и зрительно (внешний вид артикуляции взрослых), и по ощущению положения его собственных речевых органов и пр. В дальнейшем развитие идет по пути уменьшения количества участвующих в осуществлении той или иной функции мозговых механизмов и выделения ведущего, наиболее рационального из них (в данном случае — слуха). Однако все остальные «способности» к различению звуков при этом не утрачиваются, а как бы уходят в запасной фонд, с тем, чтобы при любом нарушении «ведущего звена» вновь вступить в работу и обеспечить более или менее полноценное выполнение временно выпавшей функции.

Учитывая все сказанное, при утрате больным способности, например, к различению звуков речи на слух, связанной с разрушением соответствующих отделов коры головного мозга, это различение в ходе логопедической работы переводится на иные пути и начинает реализовываться при помощи иных механизмов. В частности, для этой цели используется зрительный анализатор (внимание больного привлекается к различному положению губ и языка при произнесении разных звуков), кинестетическое чувство (ощущение различного положения речевых органов при произнесении того или иного звука), тактильно-вибрационное чувство (ощущение вибрации голосовых связок при произнесении звонких согласных звуков в отличие от глухих) и т. п. Вся эта сложная и продолжительная работа обычно позволяет восстановить способность больного к раз-

личению речевых звуков и пониманию им речи окружающих, однако добиться этого можно лишь за счет больших усилий.

6. *Работа над всеми сторонами речи.* Необходимость такой всесторонней работы над речью у больных с афазией связана с отмеченными выше особенностями нарушения их речи. Вряд ли требуется более подробное раскрытие этого важнейшего принципа. Наряду с устной речью обязательно восстанавливают чтение и письмо, что в свою очередь способствует более полноценному восстановлению устной речи. Делается это с помощью специальных методов и в наиболее оптимальные для больного сроки.

7. *Положительный эмоциональный фон работы.* Необходимость положительной эмоциональной окраски всей проводимой с больным работы определяется не только сложной картиной имеющихся при афазии нарушений, но и крайней психической травмированностью самого больного. Поэтому самое первое, что необходимо в данной ситуации сделать, — это внушить больному несомненную уверенность в улучшении его состояния и восстановлении речи, чему наилучшим образом будут способствовать положительные эмоции. Самое непосредственное отношение это имеет и к условиям домашней жизни больного, к стилю общения с ним ближайших родственников и знакомых.

Мы остановимся здесь лишь на тех принципах и особенностях логопедической работы при афазии, которые важно знать и неспециалистам, чтобы дать им возможность сразу и с пониманием дела подключиться к активной помощи логопеду. С целью вооружения их самыми

необходимыми знаниями изложим далее и основное содержание работы с больным на ранних и поздних этапах восстановительного обучения.

Б. Работа на ранних этапах

На ранних этапах восстановительной работы используются *методы растормаживания* речевой функции, которое проводится двумя путями — путем применения медикаментозных средств, способствующих более быстрому включению в работу заторможенных участков мозга, и путем логопедического воздействия. Здесь результаты достигаются наиболее быстро и с наименьшей затратой усилий как логопеда, так и самого больного. Этому способствует и сильное желание больного восстановить только что утраченную речь, в которой он ощущает острую потребность. По этой причине очень важно с наибольшей полнотой использовать все возможности раннего этапа восстановительного периода.

Основная цель педагогического растормаживания — любыми путями втянуть в деятельность нарушенные функции, как бы заставить больного непроизвольно сказать то, что произвольно он сказать не может. С этой целью используется *метод стимуляции речи, являющийся прямым методом воздействия,* направленным прямо и непосредственно на восстановление речевой функции. В достижении этой цели очень помогает *использование так называемых автоматизированных рядов* (порядковый счет, называние дней недели, месяцев и т. п.). Так, логопед начинает считать: **«Один, два, три...»**, а дальше больной нередко непроизвольно подключается и продолжает счет уже самостоятельно. Точно так же можно начать рассказывать хорошо известное больному стихо-

творение или петь в его присутствии знакомую ему и любимую им песню. Можно произносить первую часть хорошо известных больному пословиц, например: **«Тише едешь…** (дальше будешь)», **«Цыплят по осени…** (считают)» и т. д. Больным, интересовавшимся литературой и искусством, можно предложить договаривать названия наиболее известных им литературных, художественных или музыкальных произведений. Например: **повесть Пушкина «Капитанская… (дочка)»; романы Льва Толстого «Анна… (Каренина)» и «Война и… (мир)»; опера Бородина «Князь… (Игорь)»; балет Чайковского «Лебединое… (озеро)»** и т. п.

Все это примеры так называемого «жесткого» контекста, поскольку больной может добавить здесь лишь вполне определенное слово. Но уже сама по себе эта возможность очень окрыляет больного и наилучшим образом способствует снятию торможения в речевых отделах коры, как бы «смыванию» его. Забегая несколько вперед, отметим, что в ходе дальнейшей работы постепенно осуществляется переход к «полужестким» и все более и более свободным контекстам, допускающим возможность выбора слов, например: **свет… (включили**, **выключили**, **погасили**, **зажгли)**. Так постепенно больной подводится к свободным самостоятельным ответам.

Во многих случаях имевшиеся у больного речевые связи удается «оживить» в процессе вызова слов по принципу их смыслового противопоставления непосредственно во фразах, например:

- **зимой холодно, а летом…;**
- **лук горький, а сахар…;**
- **кашу едят, а воду…;**

- **днем светло, а ночью…;**
- **кипяток горячий, а лед…;**
- **бегают быстро, а ползают…;**
- **сажа черная, а снег…;**
- **дедушка старый, а мальчик…;**
- **орлы летают высоко, а вороны…** и т. п.

Для растормаживания речи *хорошо использовать также сохранные и привычные для больного формы деятельности*, в ходе которой могут «всплывать» какие-то слова или даже целые высказывания. Этой цели могут служить, например, рисование, лепка, вязание, различные настольные игры. Растормаживанию речи способствуют и привычные формы поведения — «чтение» газет и журналов, слушание радио, просмотр эмоционально приятных больному телевизионных передач.

В ходе работы необходимо учитывать общие закономерности восстановления речи. В первую очередь у больных восстанавливается то, что было раньше приобретено, проще по структуре, больше «затвержено», то есть чаще использовалось в практической деятельности, имело большее жизненное значение. Поэтому, как показывает практика, обычно *лучше всего и быстрее всего восстанавливается то, что имеет отношение к профессиональной деятельности больного, к его любимым занятиям*. Но при этом нельзя затрагивать тревожащие больного темы и вспоминать конфликтные ситуации, в том числе и связанные с работой. Ввиду сказанного *неоценимую помощь в деле растормаживания речи могут оказать родственники больного*, хорошо знающие круг его интересов и наиболее хорошо упроченный в его памяти и не опасный для него речевой материал.

Особенностью раннего этапа восстановления речи является то, что *здесь не соблюдается принцип перехода от простого к сложному*, требующий строгой постепенности в подборе речевого материала и движения от отдельных слов ко все более и более усложняющимся фразам. Здесь более приемлем обратный путь — путь от фразы к слову, поскольку при афазии мы имеем дело не с воспитанием речи заново, как бы на пустом месте, а с ее *восстановлением*. По этой причине у людей, углубленно изучавших, например, математику, астрономию, еще до появления в их речи самых простых обиходных слов могут «всплыть» математические формулы и разного рода сложные термины, включенные в ранее часто употреблявшиеся больным фразы.

На первом этапе восстановительного обучения особенно важно добиться того, *чтобы речь больного (пусть даже самая несовершенная) стала* служить *целям общения*, то есть чтобы восстановилась основная ее функция — коммуникативная. Поэтому прежде всего вызываются к жизни слова, необходимые для элементарного общения, для выражения самых необходимых потребностей, причем с самого начала они включаются во фразу, например: «Хочу есть», «Дайте пить», «Вот суп» и т. п. Чрезвычайно важно также *специальное, преднамеренное создание таких ситуаций, которые вызывали бы у больного потребность в общении.*

Иными словами, даже *к больному, полностью утратившему речь, нужно относиться как к потенциально говорящему человеку*. Любое высказывание больного всячески поощряется, на неправильностях речи внимание не фиксируется. Максимальные усилия прилага-

ются к тому, чтобы любое высказывание больного понималось с первого раза — это наилучшим образом убеждает его в том, что он *может* говорить и может быть понятым.

Очень большую помощь в налаживании речевой коммуникации оказывает *проведение с больным самых элементарных бесед*, в процессе которых логопед (а в дальнейшем и кто-то из близких) предлагает ему такие вопросы, на которые в крайнем случае можно ответить лишь положительным или отрицательным кивком головы. Например: «Вы уже позавтракали? К вам сегодня приходили родственники?» Даже такая «беседа» создает у больного иллюзию речевого общения, что чрезвычайно важно. В дальнейшем больной использует для ответа слова, содержащиеся в самом вопросе, например: «Вы пили чай?» — «Пил»; «У вас сын или дочь?» — «Сын» и т. п.

Постепенно можно переходить и к *совместному с больным составлению небольших связных рассказов, при котором его роль сводится лишь к договариванию последних слов каждой начатой собеседником фразы*.

Например, женщине можно предложить рассказать о приготовлении макарон, где логопед начинает фразу, а больная добавляет к ней лишь последнее слово:

- **наливаем в кастрюлю холодную… (воду);**
- **ставим кастрюлю на газовую… (плиту);**
- **доводим воду до… (кипения);**
- **сыплем в воду немного… (соли);**
- **затем кладем в нее… (макароны);**
- **они варятся около пятнадцати… (минут);**

- **готовые макароны промываем холодной… (водой);**
- **затем выкладываем макароны на… (тарелку);**
- **добавляем к ним сливочное… (масло).**

В заключение нужно обязательно вместе с больной порадоваться тому, что она так хорошо справилась с составлением большого и сложного рассказа.

Для мужчины в подобной ситуации следует подобрать более знакомую ему и более интересующую его тему. Так постепенно в процессе всех описанных выше и многих других видов работы больной выводится из состояния афазии без фиксации его внимания на трудностях речевого общения, а исключительно на положительном, «приподнятом» эмоциональном фоне.

В. Работа на поздних этапах

На поздних этапах восстановления речи, когда все возможности растормаживания уже исчерпаны (основным признаком этого является прекращение «всплывания» новых слов и речевых отрезков), переходят к восстановлению «выпавших звеньев», что, как уже отмечалось выше, достигается обходными методами. В этих случаях функцию разрушенных нервных клеток должны взять на себя другие клетки головного мозга, которым эта функция не свойственна. Таким образом, речь здесь идет о создании в процессе обучения новых функциональных систем на базе сохраненных или о воссоздании нарушенных механизмов. Это требует много времени и сил, и результат здесь, по образному выражению нашего крупнейшего афазиолога А. Р. Лурии, «достигается годами и сантиметрами».

На этом этапе, в отличие от этапа растормаживания, обязательно учитывается вид афазии с присущим ему

своеобразием речевой симптоматики. Например, если при одной из форм сенсорной афазии (акустико-гностической) утрачивается способность различения звуков речи на слух, а при афферентной моторной афазии страдает собственная речь больного из-за невозможности найти нужные артикуляции звуков, то, естественно, работать с этими больными нужно будет по-разному. Эта часть восстановительного обучения требует профессиональных знаний, и останавливаться на ней более подробно здесь не имеет смысла.

Общая продолжительность логопедической работы по восстановлению речи у больных с афазией составляет в среднем от одного до двух лет с периодическими перерывами на 1–3 месяца. Смысл таких перерывов (помимо необходимого больному отдыха) состоит в следующем. «Запущенное» на том или ином этапе коррекционной работы восстановление речи продолжается в течение некоторого времени спонтанно и при наступившем перерыве в занятиях, причем иногда оно принимает даже более рациональные *для данного больного* формы. Обучение здесь носит именно пусковой характер — при его помощи снимается торможение, благодаря чему может происходить дальнейшее движение вперед на основе подсказанного больному приема. Естественно, что очень большую положительную или отрицательную роль в этом отношении играет поведение окружающих больного людей.

Необходимо постоянно помнить о том, что восстановление речи при афазии протекает на патологическом фоне: притупленность сознания больного, его общая ослабленность, нередко возникающие головные

боли и головокружения, быстрая утомляемость, расстройства памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы и пр. По этой причине не следует заниматься с больным при его плохом самочувствии, причем на начальных этапах работы общаться с ним лучше индивидуально (это относится и к общению в кругу семьи).

Признаками утомления больного являются уменьшение количества правильных ответов, «застревание» на одном слове (больной стереотипно повторяет его в ответ на любой вопрос), непроизвольное появление уже заторможенных эмболов в ответ на различные задания, более заметное проявление аграмматизмов, появление зевоты и т. п. Во всех этих случаях речевое общение с больным следует прекратить. Возобновляется оно лишь после необходимого отдыха.

В общении с больным, особенно на ранних этапах восстановления речи, необходимо соблюдать оптимальный для каждого больного интервал между заданным вопросом и ожидаемым ответом на него. Дело в том, что реакции больного с органическим поражением головного мозга существенно замедляются, в силу чего ему требуется значительно больше времени для того, чтобы осмыслить заданный вопрос и собраться с мыслями. По этой причине произвольное (без учета индивидуальности больного) укорочение интервалов между вопросом и ответом ставит больного в крайне дискомфортные условия и вместе с тем создает гораздо худшее представление о его речи, чем это есть на самом деле: он оказывается неспособным отвечать даже на самые элементарные вопросы. Указанные интервалы сокращаются постепенно, по мере восстановления речи. (При неумелом подходе

бывают такие случаи, что после трех заданных и оставшихся без ответа вопросов больной через некоторое время вдруг правильно отвечает на первый из них. Это значит, что для него был необходим именно такой интервал между вопросом и ответом.)

На более поздних этапах восстановительной работы необходимо постепенно расширять круг лиц, с которыми общается больной. Здесь следует иметь в виду, что даже хорошо общающийся с логопедом больной нередко оказывается не в состоянии общаться при помощи речи с другими людьми — он не привык к особенностям их голоса, темпа и ритма речи, а также может испытывать стеснение, неловкость перед ними за свою не совсем полноценную речь. Важно, чтобы собеседник был приятен больному. По этой причине самыми первыми гостями в доме должны быть добрые по натуре и очень доброжелательно настроенные по отношению к больному люди, способные вызвать его к речевому общению.

Учитывая невозможность во многих случаях возвращения больных к их прежней работе, необходимо подобрать для них какой-либо наиболее подходящий и доступный вид занятий. Это может быть, например, рисование, лепка, рукоделие, разного рода плетение, работа по дереву или металлу и т. п. По месту диспансеризации больных обычно организуются группы трудовой терапии, поскольку она рассматривается как важнейшая составная часть общего лечебно-коррекционного комплекса: именно она способна возвратить больному веру в свои силы и возможности, поднять его настроение, приобщить к окружающим. Овладение любыми

трудовыми навыками создает атмосферу занятости и наилучшим образом отвлекает человека от мыслей о болезни, о своей «ненужности», «бесполезности», «выброшенности из жизни» и пр. Одновременно это способствует и нормализации обстановки в семье. Само собой разумеется, что у всех родных, а также у ближайших знакомых, к этим занятиям больного должно быть уважительное и заинтересованное отношение, чего они и в самом деле вполне заслуживают. К сожалению, нам приходилось наблюдать оставленных без внимания, как бы «отброшенных» больных, полностью изолированных от общества и влачащих жалкое существование. Они являют собою живой укор тем людям, которые в свое время обязаны были им помочь. О необходимости именно такой *своевременной* помощи (потом уже нельзя будет что-то поправить!) и идет здесь речь.

5. Детская афазия

Афазия у детей встречается значительно реже, чем у взрослых, и существенно отличается по своим проявлениям. Наиболее частыми ее причинами являются травмы головного мозга в процессе транспортно-дорожных происшествий и опухоли мозга. При этом чем меньше возраст ребенка, тем больше детская афазия по своей картине приближается к алалии, то есть не к нарушению, а к грубому недоразвитию всех сторон речи. В более старшем возрасте детская афазия приближается к афазии взрослых.

Детская афазия в целом проявляется менее стойко и более диффузно. Это объясняется тем, что детский мозг находится еще в стадии развития и поэтому его нерв-

ные клетки не успели приобрести окончательную «специализацию» в выполнении определенных функций, а значит, и их повреждение не дает столь четкой картины нарушений, как у взрослых. По этой же самой причине функцию «выпавших» нервных клеток у детей гораздо легче могут взять на себя соседние участки коры. А это значит, что общий прогноз при детской афазии значительно более благоприятен. Благоприятность прогноза, при прочих равных условиях, определяется еще и тем, что детский мозг имеет большую тенденцию к росту и развитию.

Однако в то же время у детей, по сравнению со взрослыми, еще мал речевой опыт, в силу чего речевые навыки у них значительно менее упрочены. Особенно это касается навыков чтения и письма (если ребенок вообще успел ими в той или иной степени овладеть). По этой причине и опора на такие непрочные навыки в процессе логопедической работы будет менее результативна. К тому же у детей иногда более выраженными оказываются проявления аграмматизма.

Результаты восстановления речи у детей во многом определяются состоянием их школьных навыков, которые нередко растормаживаются в первую очередь и начинают играть ведущую роль в процессе выхода ребенка из состояния афазии.

6. Эффективность восстановительной работы при афазии

Эффективность и продолжительность восстановительной работы при афазии зависят от многих условий.

1. *От локализации, характера и степени поражения головного мозга*. Чем более значимые для речи и более

обширные участки головного мозга оказались вовлеченными в болезненный процесс, тем, естественно, хуже прогноз. Что касается самого характера болезненного процесса, то он также влияет на эффективность логопедической работы. Одно дело, когда этот процесс полностью закончился, и другое — когда возможно дальнейшее нарастание болезненных симптомов (выраженные сосудистые расстройства, опухоли).

2. *От возраста больного.* При афазиях у взрослых результаты восстановительной работы гораздо более положительны и устойчивы у лиц сравнительно молодого возраста, у которых мозг находится в активном состоянии и обладает достаточными компенсаторными возможностями. В старческом же возрасте, когда и вне афазии в мозгу постепенно начинают нарастать необратимые процессы, восстановительная работа по понятным причинам способна дать значительно меньший эффект. Об эффективности преодоления детской афазии уже говорилось.

3. *От времени начала логопедической работы после наступления афазии.* Здесь очень важно не упустить спонтанно и под влиянием медикаментозного лечения протекающие у больного восстановительные процессы, добавив к ним еще и играющее исключительно важную стимулирующую роль логопедическое воздействие.

4. *От состояния речевой функции до заболевания.* Чем лучше и совершеннее была речь больного до наступления афазии, чем в большей степени у него автоматизированы навыки чтения и письма, тем лучше будут результаты восстановления. Если же и прежде речь больного была далека от совершенства и у него не имелось доста-

точно упроченных речевых стереотипов, то в процессе восстановительного обучения на такую речь будет труднее опереться даже на этапе растормаживания. То же самое относится и к состоянию школьных навыков у детей, о чем уже упоминалось выше.

5. *От личностных особенностей больного.* При прочих равных условиях значительно лучших результатов в восстановлении речи достигают те больные, которые отличаются достаточной настойчивостью и целеустремленностью, активностью общей жизненной позиции. Это объясняется тем, что на поздних этапах восстановительного обучения, когда вся работа строится на использовании «обходных» методов, очень многое начинает зависеть от сознательных усилий самого больного, от его собственного старания и активности. Люди пассивные и уклоняющиеся от занятий не смогут двигаться дальше по пути улучшения речи и останутся лишь при тех результатах, которых удалось добиться на ранних этапах ее восстановления.

6. *От ближайшего социального окружения больного и общих условий его жизни.* Эта зависимость так велика, что нередко все усилия специалистов буквально разбиваются о стену непонимания и неправильного поведения по отношению к больному самых близких ему людей. Последние должны до глубины души прочувствовать и понять всю трагичность того положения, в котором оказался больной, и оказать всемерное содействие его скорейшему выходу из этого состояния. Для этого нужно суметь сохранить прежнее уважительное отношение к больному и всей манерой своего поведения, всеми своими поступками убедить его

в том, что его положение в семье никак не изменилось в связи с болезнью, что его по-прежнему любят и готовы оказать ему всемерную помощь и поддержку. Только на таком положительном фоне общения с больным и можно рассчитывать на успех.

В наиболее легких случаях при афазии иногда наблюдается спонтанное (самопроизвольное) восстановление речи, когда без всякой специальной помощи она восстанавливается почти в прежнем виде.

Использованная литература

1. *Бейн Э. С.* Афазия и пути ее преодоления. — Л.: Медицина, 1964.

2. *Бейн Э. С., Бурлакова М. К., Визель Т. Г.* Восстановление речи у больных с афазией. — М.: Медицина, 1982.

3. *Винарская Е. Н.* Клинические проблемы афазии.— М.: Медицина, 1971.

4. Логопедия / Под ред. Л.С.Волковой.— М.: Просвещение, 1998.

5. *Лурия А. Р.* Травматическая афазия. — М.: Изд-во АМН СССР, 1947.

6. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека. — М.: Изд-во МГУ, 1969.

7. *Оппель В. В.* Восстановление речи при афазии. — Л.: Медгиз, 1963.

8. *Оппель В. В.* Восстановление речи после инсульта. — Л.: Медицина, 1972.

9. Проблемы афазии и восстановительного обучения / Под ред. Л. С. Цветковой. — М.: Изд-во МГУ, 1979.

10. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

11. *Цветкова Л. С.* Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. — М.: Педагогика, 1972.

12. *Шохор-Троцкая М. К.* Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления.— М.: Медицина, 1972.

15 ГЛАВА

Заикание

Заикание принято относить к нарушениям темпа и ритма речи, обусловленным судорогами мышц речевого аппарата в процессе речи. У человека, страдающего заиканием, такие судороги могут возникать то в мышцах языка, то в мышцах губ, то в области голосовых связок или в мышцах дыхательного аппарата. Это приводит к периодическому «застреванию» на отдельных звуках, к неоднократному непроизвольному их повторению, а значит, и к нарушению правильности чередования ударных и безударных слогов, то есть речевого ритма. Темп речи при заикании характеризуется неравномерностью: то он резко замедляется из-за прерывания речи судорогами речевых мышц, то некоторые отрезки речи в промежутках между судорогами произносятся в ускоренном темпе (пока «идет»).

Заикание чаще всего возникает в детском возрасте, в период от 3 до 5 лет, когда ребенок овладевает фразовой речью. В этот период к его еще не вполне созревшему речевому аппарату предъявляются повышенные требования, и поэтому он бывает особенно подвержен разного рода «поломкам». (Ребенку этого возраста уже многое хочется сказать, но его речевой аппарат может «не

успевать» за мыслью.) Большинство детей проходят этот ответственный этап речевого развития благополучно, у некоторых же развивается заикание.

С учетом причинной обусловленности и особенностей проявления заикания выделяют его невротическую и неврозоподобную формы. Рассмотрим каждую из этих форм заикания в отдельности.

1. Невротическое заикание

Оно обычно развивается на фоне уже ранее имевшегося у ребенка невроза. Такие дети еще до появления заикания отличаются повышенной впечатлительностью, ранимостью, эмоциональной неустойчивостью, нарушениями сна, аппетита и т. п. В качестве ближайшей причины заикания здесь чаще всего выступает какая-либо психическая травма (сверхсильный раздражитель), играющая роль «последней капли». В дальнейшем такое заикание обычно «обрастает» психическими симптомами — постепенно появляются страх перед речью, различные уловки, переживания по поводу имеющегося дефекта и т. п. Течение процесса волнообразное, со сменяющими друг друга усилениями и ослаблениями симптоматики, что вообще типично для невротических расстройств.

Характерной особенностью невротического заикания является и то, что при нем не обнаруживается признаков органического поражения головного мозга. Это свидетельствует о функциональном характере нарушения. Об отсутствии «органики» говорит и ранний анамнез: как правило, здесь не отмечается выраженной патологии в протекании беременности и родов у матери, а также

отклонений в раннем общем и речевом развитии ребенка (развернутая фразовая речь у таких детей обычно появляется довольно рано).

А. Причины невротического заикания

Причины невротического заикания условно принято подразделять на две большие группы — предрасполагающие, или отдаленные, и производящие, или ближайшие.

Предрасполагающие, или отдаленные, причины, как показывает само название, еще не вызывают заикания, а только предрасполагают к нему. Такого рода предрасполагающую роль могут сыграть следующие неблагоприятные для речевого развития факторы.

1. *Отягощенная наследственность* (наличие у родителей заикания, различных нервно-психических и других хронических заболеваний, изначально обусловливающих некоторую ослабленность нервной системы ребенка).
2. *Осложненное протекание беременности и родов у матери, не приводящее, однако, к органическому повреждению головного мозга ребенка.* Тем не менее в дальнейшем эта осложненность раннего анамнеза может неблагоприятно сказаться на состоянии нервной системы ребенка, вызвав ее неустойчивость к разного рода неблагоприятным воздействиям.
3. *Тяжело протекающие или часто повторяющиеся соматические заболевания раннего возраста, истощающим образом действующие на нервную систему* и тоже снижающие ее устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям.

4. Иногда *небольшое отставание ребенка в речевом развитии*, которое может еще более осложнить и без того непростой период овладения им фразовой речью и тем самым значительно увеличить вероятность возникновения заикания. Это особенно касается детей с ослабленной нервной системой.
5. *Перегрузка речевым материалом*, слишком раннее разучивание сложных по содержанию стихотворений с последующей демонстрацией достижений перед знакомыми, что непосильно для еще незрелого речевого аппарата ребенка.
6. *Нервная, неспокойная обстановка в семье, неправильные воспитательные приемы*, в силу чего ребенок находится в постоянном нервном напряжении.

Все перечисленные и многие другие неблагоприятные факторы в той или иной степени ослабляют нервную систему ребенка и делают ее менее устойчивой, более ранимой. Именно в этом и состоит их предрасполагающая роль. Теперь уже достаточно лишь небольшого внешнего толчка — и произойдет срыв, который может вылиться в самые различные невротические расстройства, в том числе и в заикание. Но пока оно еще не наступило, можно многое сделать в отношении его профилактики. Об этом никогда не следует забывать, и было бы крайне непростительно упускать такую возможность.

Производящие, или ближайшие, причины, что также видно из их названия, уже непосредственно вызывают заикание, как бы «производят» его. Эти причины играют роль «последней капли», непосредственного толчка. Они крайне разнообразны, поэтому назовем для примера лишь некоторые из них.

1. *Действие так называемого сверхсильного раздражителя*, что в повседневной жизни нередко называют испугом. Понятие «сверхсильности» раздражителя очень относительно и в каждом конкретном случае зависит от степени ослабленности нервной системы ребенка и особенностей его воспитания. Для возникновения заикания иногда бывает достаточно сильной грозы, громкого окрика, резкого стука двери, неожиданно раздавшегося лая собаки, попадания в темную комнату (особенно если до этого рассказывались какие-то страшные истории) и т. п. Заикание в этих случаях может возникать сразу и проявляться резко. Как это можно объяснить?

При функционировании нервной системы в ней постоянно взаимодействуют два основных нервных процесса — возбуждение и торможение, которые в норме бывают хорошо уравновешены и могут беспрепятственно сменять друг друга. Постоянная смена возбуждения и торможения происходит и во время речи. При действии же сверхсильного раздражителя имеет место резкое перенапряжение возбудительного процесса, приводящее к нарушению нормального взаимодействия между возбуждением и торможением. Одним из проявлений этого нарушения и является возникновение заикания.

Теперь представим себе конкретную жизненную ситуацию. Небольшая группа детей возвращается из школы. Неожиданно на них бросается большая собака. В той или иной степени испугались все, но заикаться после этого начал только один ребенок. Это именно тот ребенок, в отношении которого предрасполагающие причины заикания ранее уже подействовали, в силу чего сравнительно безболезненно воспринятый всеми остальными

детьми раздражитель для данного ребенка оказался сверхсильным и сыграл роль последней капли.

2. *Перенапряжение тормозного процесса*, которое также приводит к нарушению нормального взаимодействия между основными нервными процессами. Это имеет место в тех случаях, когда ребенок вынужден что-то «держать на тормозах», более или менее длительное время скрывать свои переживания от окружающих.

Приведем конкретный пример из нашей практики. У ребенка не складывались отношения с отчимом, которого он очень не любил, но скрывал это от матери, не желая ее расстраивать. Через некоторое время у 10-летнего мальчика развилось заикание.

3. *Одновременное действие двух противоположных раздражителей*, которое, согласно учению И. П. Павлова о происхождении неврозов, приводит к так называемой «сшибке» основных нервных процессов с последующим нарушением их нормального взаимодействия. Сравнительно небольшие, но часто повторяющиеся «сшибки» могут иметь место при отсутствии единства требований к ребенку со стороны взрослых, когда один из них побуждает к какому-то действию, а другой запрещает это же самое действие. Здесь одновременно присутствуют два противоположных раздражителя, что в некоторых случаях может приводить к срыву.

Одна мама, например, объяснила нам причину происхождения заикания у своего ребенка следующим образом. Она очень не ладила со своей свекровью, и все возникавшие между ними противоречия они постоянно переносили на ребенка. Так, если мама говорила, чтобы мальчик собирался на прогулку, то бабушка обязательно выдвигала какие-то причины, делающие эту прогулку невозможной; если мама начинала укладывать ребенка спать, то бабушка предлагала сначала досмотреть кино, и т. п. Ребенок

при этом постоянно находился «между двух огней», не зная, кого слушать. В результате у мальчика развилось сильное заикание.

4. *Слишком резкое переучивание с левой руки на правую.* Дело в том, что у правшей ведущим, или доминантным, в отношении речи является левое полушарие головного мозга, тогда как у левшей — правое. По этой причине, переучивая ребенка с одной руки на другую, мы тем самым как бы заставляем его одновременно поменять и доминантность полушарий, возложив осуществление речевой функции на менее приспособленное для данной цели полушарие головного мозга. Во многих случаях это не проходит безболезненно, отрицательно сказываясь на состоянии речевой функции ребенка. У одних детей на этой почве могут возникать неполадки с чтением и письмом, о чем уже говорилось в разделе о дисграфии и дислексии, у других — заикание. Поэтому не случайно саму по себе целесообразность переучивания многие ученые подвергали большому сомнению, а в последнее время делать это вообще не рекомендуют.

5. *Подражание заикающимся взрослым или сверстникам.* К такому подражанию более всего бывают склонны нервные и впечатлительные дети. Когда же заикается кто-то из родителей, то в этих случаях нередко бывает трудно разграничить роль наследственности и подражания в происхождении заикания у ребенка. По этой причине заикающимся взрослым лучше сводить к минимуму речевое общение с детьми, особенно в период становления у них речи.

В заключение следует отметить, что деление причин заикания на предрасполагающие и производящие в зна-

чительной мере условно, поскольку между ними не всегда удается провести достаточно четкую грань. В частности, неправильные приемы воспитания в одних случаях могут выступать в роли предрасполагающих причин, а в других — в роли причин, непосредственно вызывающих заикание. То же самое относится и к случаям систематического запугивания детей или наличия у них соматических заболеваний (иногда заикание резко проявляется непосредственно после болезни). Общим правилом является то, что в каждом конкретном случае происхождения невротического заикания обе эти группы причин обычно взаимодействуют и что сначала наблюдается действие предрасполагающих причин.

Б. Симптомы невротического заикания

Симптомы невротического заикания также принято подразделять на две группы: на физические, или первичные, и психические, или вторичные.

К физическим, или первичным, симптомам относятся следующие.

1. *Судороги речевых мышц в процессе речи*. Это самый основной признак заикания, без наличия которого не приходится говорить о данном речевом расстройстве. Судороги бывают двух видов — *тонические и клонические*.

Тонус — это стойкий, длительный спазм мышцы, приводящий к длительной задержке, «застреванию» на одном звуке. Например, при артикулировании звука «д» кончик языка как бы «прилипает» к зубам или при «б» губы оказываются судорожно сомкнутыми, что на некоторое время делает невозможным переход к произнесе-

нию следующего звука (д_____ом). *Клонус* — это многократно повторяющиеся непродолжительные судорожные сокращения речевых мышц, приводящие к непроизвольному многократному повторению одного и того же звука или слога: «д-д-дом» или «до-до-до-дом».

Нередко оба эти вида речевых судорог наблюдаются у одного и того же ребенка. В зависимости от преобладания тех или иных судорог принято выделять тоническую, клоническую и смешанную формы заикания. Тонические судороги, по сравнению с клоническими, считаются более тяжелыми, и в случаях постепенного развития заикания они обычно появляются позже клонических.

При этом следует иметь в виду, что *на определенном этапе нормально протекающего речевого развития у ребенка наблюдается так называемая «клонус-фаза»,* характеризующаяся тем, что он иногда повторяет один и тот же слог (например, говорит «су-сумка» вместо «сумка»). В большинстве случаев это бесследно проходит, однако у некоторых детей такое повторение слогов может переходить в клоническое, а затем и в тоническое заикание. Причиной тому нередко оказывается неправильное поведение взрослых, которые запрещают ребенку повторять слоги и требуют произносить слово сразу. Стремясь преодолеть непроизвольное повторение слогов, ребенок как бы сильнее «нажимает» на слог, в результате чего клонус переходит в тонус, то есть уже в самое настоящее заикание. По этой причине лучше всего не обращать внимания на повторение ребенком некоторых слогов и дать ему возможность самостоя-

тельно справиться с временно возникшими затруднениями.

Как тонические, так и клонические судороги, распространяющиеся на весь речевой аппарат, могут преобладать в дыхательном, голосовом или артикуляторном его отделах, в связи с чем *выделяют разные виды заикания: дыхательный, голосовой, артикуляторный и смешанный*.

2. *Сопутствующие движения*. К ним относятся судорожные сокращения неречевых мышц в процессе речи. Например, у заикающегося в моменты сильного напряжения во время речи может наблюдаться судорожное запрокидывание головы, *непроизвольные* судорожные движения рук, ног, туловища и пр. Возникновение сопутствующих движений связано с иррадиацией (распространением) нервного возбуждения с речевых мышц на соседние или даже отдаленные мышечные группы, не имеющие никакого отношения к речи. Естественно, что наличие сопутствующих движений существенно утяжеляет общую картину заикания.

3. *Вегетативные расстройства*. В норме функционирование вегетативной нервной системы регулируется корой головного мозга. Но при разного рода невротических расстройствах, к числу которых относится и рассматриваемый вид заикания, регулирующая и контролирующая роль коры ослабевает, что приводит к появлению различных вегетативных расстройств. Они могут выражаться в неустойчивости пульса, колебаниях артериального давления, частых сердцебиениях, повышенной потливости, побледнении или покраснении кожных покровов, появлении «гусиной кожи» и т. п.

При усилении речевой судорожности обычно резко возрастают и вегетативные проявления, которые, в свою очередь, усиливают речевую судорожность. Таким образом, возникает своего рода замкнутый круг, из которого заикающемуся очень трудно выйти собственными силами.

Особенностью физических симптомов заикания является то, что они возникают непроизвольно, независимо от сознания и воли самого заикающегося, причем *появляются уже с самого первого момента возникновения* заикания, в связи с чем и называются первичными.

К психическим, или вторичным, симптомам заикания относятся следующие.

1. *Фобии, или навязчивые страхи* (*phobos* в переводе с греческого означает страх). По мере того как заикающийся начинает испытывать трудности в речевом общении и осознавать, что во многих ситуациях они оказываются почти непреодолимыми, у него может развиться панический страх перед речью (фобия речи в целом или так называемая *логофобия*). Например, еще задолго до предстоящего ответа на уроке ребенок пребывает в состоянии мучительного страха, что еще более провоцирует речевую судорожность. Во многих же случаях такие страхи носят избирательный характер и выражаются в виде фобии вполне определенных ситуаций речевого общения или каких-то конкретных собеседников.

Помимо навязчивого страха перед речью в целом, у некоторых заикающихся может наблюдаться и страх перед отдельными звуками (так называемые *звукофобии*). Их возникновение связано с тем, что ребенку не всегда обоснованно может показаться, будто бы на неко-

торых звуках он заикается особенно часто. В дальнейшем он фиксирует внимание на этих звуках, заранее «предчувствуя» и с тревогой ожидая их появления в речи, что нередко и провоцирует заикание именно на этих звуках.

Лого- и звукофобии чаще всего сопровождаются описанными выше вегетативными расстройствами, что значительно утяжеляет общую картину заикания.

2. *Навязчивые мысли о заикании.* У одних заикающихся эти мысли носят временный характер, появляясь непосредственно перед началом речи и исчезая вскоре после ее окончания, у других же они становятся доминирующими (преобладающими, как бы заслоняющими собой все остальные мысли). Это приводит к возникновению очень мучительного внутреннего состояния, нередко отравляющего человеку всю его жизнь.

3. *Двигательные и речевые уловки, или так называемые защитные приемы.* Коль скоро у ребенка возникли связанные с речью переживания, он постепенно начинает искать какие-то средства для облегчения речевого акта и маскировки своего заикания. Так он приходит к использованию различных уловок, которые могут носить двигательный или речевой характер.

К числу двигательных уловок относятся сопутствующие действия. В отличие от сопутствующих движений, являющихся судорожными и непроизвольными, сопутствующие действия имеют сознательное происхождение и не являются судорожными. Почему ребенок начинает прибегать к их помощи? Иногда во время речи заикающийся случайно совершает какое-то не относящееся к ней действие — поправляет волосы, застегивает

расстегнувшуюся пуговицу и т. п., и при этом вдруг замечает, что ему стало легче говорить. (Такое облегчение действительно могло иметь место по причине невольного отвлечения внимания от речи.) В дальнейшем он начинает уже сознательно прибегать к этим «защитным» приемам, хотя в силу их привычности они вскоре утрачивают свою «защитную» роль и лишь еще больше усложняют симптоматику заикания. Часто человек уже и сам забывает о причине совершения им тех или иных действий и выполняет их чисто механически, но сознательный характер происхождения двигательных уловок все же почти всегда можно установить.

Приведем конкретный пример. Ученик третьего класса, когда ему приходилось разговаривать стоя, постоянно переступал с ноги на ногу. По нашей неоднократной просьбе он каждый раз на несколько мгновений затормаживал эти движения, но вскоре снова их возобновлял. На вопрос о том, зачем он это делает, мальчик объяснил: однажды летом он шел вместе с мамой через большое зеленое поле и при этом совсем не заикался во время разговора. Тогда он решил, что для избавления от заикания ему лучше всегда стараться ходить при речи. Именно так он и поступал.

Перечислим речевые уловки.

А. *Эмболофразии*, или разного рода «вставки» в речь, не связанные с ее содержанием (*emballo* в переводе с греческого означает «вбрасываю», «ввергаю»). Испытывая особый страх перед произнесением некоторых звуков речи, заикающийся, с целью избежать речевых судорог, предпосылает этим звукам какие-то другие звуки или слова, стараясь уловить такой момент, когда и «трудные» звуки смогут, наконец, «проскользнуть». Чаще всего в роли таких слов-уловок выступают следующие: и, э, ну, вот, это, значит, так сказать, как его и т. п.

Например, когда мы спросили у одного заикающегося подростка его фамилию, то получили такой ответ: «И..., э..., ну..., вот..., это..., как его — Петров». В результате использования всех этих вспомогательных слов юноша смог, наконец, выбрать удобный момент для того, чтобы произнести трудный для него звук **«п»** (звукофобия) без заикания. Естественно, что все эти вставки никак не украшают речь, а создают впечатление какой-то ее растянутости, «водянистости».

Б. *Сознательное изменение лексико-грамматического строя речи.* Заранее предвидя наступление речевой судороги, заикающийся (преимущественно подросток или взрослый) старается всеми возможными способами ее избежать. С этой целью он прибегает к перестановке слов во фразе, к изменению ее редакции, а иногда даже и самого ее смысла. Нередко это приводит к излишнему многословию, неоднократному повторению уже сказанного, к затруднениям в формулировке мысли, что в конечном итоге придает речи неестественность, искусственность. Сами заикающиеся при этом чувствуют «невысказанность мысли» и не получают полного удовлетворения не только от формы, но даже и от содержания своей речи.

В. *Изменение самого характера речи (ее темпа, ритма, интонации, силы голоса и т. п.).* Например, некоторые взрослые заикающиеся «напускают» на себя излишнюю солидность в разговоре, говорят «покровительственным тоном», покашливают, намеренно выдерживают длительные паузы, создающие впечатление «обдумывания» ответа, говорят тихим, вкрадчивым или, наоборот, излишне громким голосом и пр., что помогает им избегать речевых судорог.

4. *Особенности личности заикающихся.*

Возникшее заикание сравнительно быстро начинает сказываться на формировании характера ребенка и накладывать нежелательный отпечаток на всю его личность. Некоторые дети, чувствуя затруднения в речи, начинают избегать речевого общения и даже вообще всяких контактов с окружающими, замыкаться в себе, играть в одиночестве и т. п. (уже давно установлено, что личность и поведение человека в случаях любых заболеваний или нарушений функций организма начинают меняться с того момента, как он об этом узнает).

К сожалению, «узнать» о наступившем заикании и понять все связанные с ним неприятности детям дошкольного возраста чаще всего помогают окружающие их взрослые (исправление сказанного с заиканием, требование «говорить нормально», высказывание упреков или, наоборот, проявление излишнего сочувствия, жалости по отношению к ребенку и пр.).

Например, во время посещения одного заикающегося мальчика на дому мне пришлось наблюдать такую картину. Поняв, что речь пойдет о ребенке, бабушка вдруг схватила его и, крепко прижав к себе, с громкими рыданиями запричитала: «Ты мой бедный, несчастный, и как только ты будешь жить таким инвалидом»!..

Может ли ребенок при таком отношении к нему со стороны самых близких людей чувствовать себя хоть сколько-нибудь полноценным человеком? Если бы только родители и родственники могли себе представить, сколько усилий приходится потом прикладывать специалистам для того, чтобы избавить заикающегося от внушенных ему неправильных и крайне вредных для всей его дальнейшей жизни представлений!

Итак, для психических симптомов заикания характерно их сознательное и «вторичное» происхождение — они как бы «надстраиваются» над физическими симптомами. Их наличие существенно осложняет общую картину заикания и затрудняет его преодоление. Нередко психические симптомы доставляют заикающимся гораздо больше неприятностей, чем само заикание. Однако они присущи не всем страдающим им.

Так, заикающихся подростков условно принято подразделять на три группы. У первой из них страх речи полностью отсутствует, уловки также не используются, и вся картина заикания ограничивается только физическими симптомами.

У заикающихся второй группы страх речи имеется, но он носит умеренный характер и распространяется лишь на некоторые ситуации речевого общения.

Для заикающихся же третьей группы характерен ярко выраженный навязчивый страх речи, крайняя неуверенность в себе, постоянное использование в процессе речи различных уловок.

Таким образом, раз возникшее невротическое заикание во многих случаях постепенно «обрастает» психическими симптомами, напоминая в этом отношении катящийся и все увеличивающийся в размерах снежный ком. По этой причине очень важно не ожидать полного развития всей симптоматики заикания, а постараться преодолеть его на самой ранней стадии, до появления психических симптомов, то есть еще в дошкольном возрасте. (В тех случаях, когда заикание впервые возникает в более позднем возрасте, преодолевать его также следует, по возможности, немедленно.)

2. Неврозоподобное заикание

Неврозоподобное, или органическое, заикание, как явствует из названия, лишь подобно невротическому, похоже на него по своим внешним проявлениям, но на самом деле таковым не является, поскольку в основе его лежат совсем иные причины. В данном случае в процессе специальных исследований у детей обнаруживаются признаки органического поражения головного мозга, то есть здесь уже изначально имеется органически обусловленная недостаточность в работе речевых механизмов. А это значит, что для возникновения заикания в этих случаях не требуется каких-то особых провоцирующих факторов в виде отрицательных внешних воздействий. Поэтому неврозоподобное заикание, в отличие от невротического, обычно развивается постепенно и без видимой связи с какими-либо внешними обстоятельствами, нередко возникая с появлением у ребенка самых первых слов.

О присутствии в данном случае органического поражения головного мозга свидетельствует и осложненный ранний анамнез: неблагополучное протекание беременности и родов у матери, множественные заболевания ребенка в раннем детстве, значительное запаздывание в речевом развитии. Последнее выражается в том, что фразовая речь у таких детей нередко появляется лишь в 3–4-летнем возрасте и к тому же, помимо заикания, в ней присутствуют нарушения звукопроизношения, наблюдается бедность словарного запаса и отставание в усвоении грамматических норм речи, что также не бывает беспричинным.

Протекает неврозоподобное заикание или стационарно, как бы «на одной ноте», или равномерно усиливаясь, но без характерных для невротического заикания постоянных колебаний и неустойчивости в проявлении симптомов. «Светлые» промежутки здесь отсутствуют. Психические симптомы выражены значительно меньше, чем при невротическом заикании, к тому же они не имеют прямой связи с определенными ситуациями речевого общения. Преодолеть неврозоподобное заикание значительно труднее, чем невротическое.

3. Обследование заикающихся

Ввиду многообразия симптоматики заикания, включающей не только речевые, но и неречевые симптомы, *обследование заикающихся носит комплексный характер* и направлено на возможно более полное выявление всех имеющихся симптомов, ни один из которых в процессе коррекционной работы не может быть оставлен без внимания. В обследовании участвуют логопед, невролог, психиатр, психолог.

Обследование начинается с подробного выяснения анамнеза. Помимо сведений о наследственности, о протекании беременности и родов у матери и о раннем развитии ребенка, обязательно выясняются время появления заикания и его предполагаемая причина. Окончательное же представление о причине заикания должно сложиться на основе анализа всех полученных данных, поскольку на мнение родителей по этому вопросу далеко не всегда можно полагаться. Знание причины заикания, наряду с другими результатами обследования, важно для разграничения невротического и неврозоподобного заиканий.

Подробно выясняются условия жизни ребенка в семье, распорядок его дня, взаимоотношения членов семьи между собой и их отношение к заикающемуся, что чрезвычайно важно для правильной организации предстоящей работы по преодолению заикания, а во многом даже и для определения его причины. Выясняются также меры, предпринятые по преодолению заикания, и их эффективность. При этом необходимо вместе с родителями и самим заикающимся (если это уже позволяет его возраст) *разобраться в причине неуспеха или неполного успеха предшествующей логопедической работы и сделать из этого соответствующие выводы на будущее.*

И, наконец, важно выяснить *отношение заикающегося к своему речевому расстройству, а также те условия, которые затрудняют или облегчают его речь.* Все это вместе взятое поможет уже с самых первых шагов найти правильный подход к ребенку, без чего вообще не может быть речи о достижении каких-либо положительных результатов.

Далее исследуется непосредственно состояние речи. Здесь важно выявить форму речевых судорог (тонические, клонические, смешанные) и их вид (дыхательные, голосовые, артикуляторные, смешанные), а также наличие сопутствующих движений, фобий, речевых и двигательных уловок и пр.

Особое внимание обращается на темп речи, ускоренность которого нежелательна. *Исследуется выраженность заикания при разных видах речи* (то есть самостоятельной, отраженной, сопряженной, шепотной, ритмической), а также при чтении, если ребенок им владеет. Поскольку в ходе обследования важно выявить все

имеющиеся трудности (то есть весь набор симптомов), то и начинать надо с самого трудного — с проверки самостоятельной речи. Все остальные названные виды речи, описание которых дано ниже, являются более легкими и поэтому заикание на них проявляется меньше.

Кроме того, у детей обязательно *выясняется общий уровень речевого развития* (состояние звукопроизношения, словарного запаса, грамматического строя, связной речи, а в сложных случаях — и ее понимания), поскольку при неврозоподобном заикании все эти компоненты также могут быть нарушены. Выяснение этого обстоятельства важно не только для определения направлений коррекционного воздействия, но и для разграничения невротического и неврозоподобного заикания.

Особое внимание хочется обратить на *психотерапевтичность самого процесса обследования,* тем более что его следует рассматривать как уже непосредственное начало работы по преодолению заикания. Удачность или неудачность этого первого контакта с ребенком, подростком или взрослым во многом (а нередко даже в основном) определит весь ход дальнейшей логопедической работы и ее конечный результат.

Все полученные в ходе обследования данные обычно позволяют составить отчетливое представление о форме заикания и степени выраженности его первичных и вторичных симптомов, а также о личности самого заикающегося, о его отношении к речевому расстройству, об условиях его жизни и имеющихся в ней проблемах. Все это вместе взятое логопед обязан постоянно учитывать в процессе коррекционной работы, а в случае необходимости и стараться изменить в нужном направлении.

4. Преодоление невротического заикания

В настоящее время для преодоления заикания применяется так называемый *комплексный метод*, включающий в себя целый ряд (или комплекс) мероприятий. В основе этого метода лежит представление о заикании не как о каком-то местном, частичном нарушении, а как о сложном речевом расстройстве, тесно связанном со всей личностью человека, с его жизненными установками (если говорить о взрослых), с состоянием его нервной системы и пр.

Естественно, что такое сложное нарушение не может быть преодолено за счет использования каких-то отдельных приемов — здесь необходимо воздействие на весь организм заикающегося, перевоспитание всей его личности. По этой причине комплексный метод и включает в себя целый ряд различных медико-педагогических воздействий и мероприятий, основными из которых являются следующие.

1. Оздоровление нервной системы и всего организма заикающегося.
2. Психотерапия.
3. Непосредственная работа над речью.
4. Обеспечение благоприятного социального окружения и нормальных бытовых условий.

Все перечисленные воздействия и мероприятия в большинстве случаев осуществляются одновременно или оздоровительная часть комплекса предшествует работе над речью.

Рассмотрим каждое из направлений работы в отдельности.

А. Оздоровление нервной системы и всего организма заикающегося

Осуществление этой части комплексного воздействия создает более благоприятные предпосылки для работы над речью. Так, в результате лечения общего невроза и связанных с ним вегетативных проявлений у заикающихся заметно ослабевает страх перед речью (лого- и звукофобии), наступает состояние внутреннего облегчения, успокоения, улучшается настроение и как следствие всего этого — возрастает вера в возможность преодоления заикания. Эта часть воздействия осуществляется врачом-неврологом в тесном контакте с родителями (в плане практической реализации врачебных назначений) и предусматривает использование различных медикаментозных средств и физиотерапевтических процедур.

Однако не менее важную роль в укреплении нервной системы заикающихся играет и общий режим их жизни и работы (если речь идет о взрослых). Здесь очень важна спокойная обстановка в семье, способствующая сглаживанию невротических проявлений, а не их усугублению, так как при наличии постоянных конфликтов и лекарственные препараты окажутся бесполезными. Исключительно важную роль в деле нормализации нервной системы заикающегося играет и правильный режим дня, предполагающий рациональное чередование труда и отдыха, достаточный по количеству и полноценный по качеству сон, полноценное питание, достаточное пребывание на воздухе, занятия спокойными видами спорта и т. п. В деле организации для ребенка такого режима совершенно неоценима роль родителей, без активной помощи которых здесь просто не обойтись.

Помимо всего сказанного, очень важно и своевременное лечение возможных соматических (телесных) заболеваний, поскольку наличие их у ребенка, особенно в случаях хронического течения, ослабляющим образом действует как на его нервную систему, так и на весь организм в целом, что в свою очередь отрицательно сказывается на состоянии речевой функции и затрудняет преодоление заикания. Эта последняя часть комплексного воздействия осуществляется врачами соответствующей специализации.

Б. Психотерапия

Под психотерапией понимается воздействие на психику заикающегося при помощи лечебного слова, которое является для человека не менее сильным условным раздражителем, чем реальные предметы и явления действительности. *Основная цель психотерапии заключается в том, чтобы под ее влиянием заикающийся изменил отношение к своему речевому недостатку и почувствовал себя полноценным человеком.*

Психотерапия направлена в основном на преодоление психических симптомов заикания, но в результате их исчезновения или ослабления значительно уменьшаются и проявления речевой судорожности. Поэтому неслучайно одним из основных условий избавления от заикания считается полное исчезновение фобий.

Обязательным условием для использования любых приемов психотерапевтического воздействия является предварительное изучение заикающегося, проникновение в его внутренний мир, понимание всей сложности его душевных переживаний, его отношения к дефекту, особенностей его взаимоотношений с окружающими

людьми, условий жизни и быта и т. п. Лишь в этом случае можно полностью избежать совершенно недопустимого воздействия «невпопад» и рассчитывать на эффективность психотерапии. Само собой разумеется, что психотерапевт должен обладать в глазах заикающегося достаточным авторитетом и что само его отношение к заикающемуся должно быть глубоко человечным. Всякого же рода формальные внушения, «внушения ради внушений» действуют раздражающим образом и поэтому приводят к негативным последствиям.

Психотерапия подразделяется на рациональную и суггестивную.

Рациональная (рассудочная) психотерапия адресуется к разуму человека (*rationalis* в переводе с латинского означает «разумный») и проводится в форме разъяснений и убеждений. Заикающемуся в доступной для него форме объясняют причину заикания и особенности его проявления, а также рассказывают об устранимости заикания, о характере предстоящей работы по его преодолению и о собственной роли заикающегося во всем этом процессе (это не относится к детям дошкольного возраста, у которых психические симптомы заикания к тому же значительно менее выражены или даже полностью отсутствуют). Сам характер разъяснений должен быть глубоко оптимистичным, настраивающим заикающегося на активную работу по преодолению речевого расстройства. Если его удается убедить в правильности сообщаемых сведений, то в дальнейшем они становятся его собственными убеждениями, в соответствии с которыми он и старается изменить свое поведение, свое отношение к дефекту. Правда, в любом убеждении содержится также некоторая доля внушения.

Суггестивная (*suggestio* в переводе с латинского означает «подсказывание», «внушение») *психотерапия* проводится в форме внушения. Она адресуется не к разуму, а идет как бы в обход его. По образному выражению В. М. Бехтерева, внушение, в отличие от убеждения, входит в сознание человека не с «парадного хода, а как бы с заднего крыльца», минуя сторожа-критику. Исключение критики здесь необходимо потому, что в обычных условиях содержание внушаемого встретило бы активное сопротивление сознания заикающегося и внушение было бы отвергнуто (например, ему не удалось бы внушить мысль о том, что он хорошо и свободно говорит, если он прекрасно понимает, что из-за сильного заикания почти не в состоянии пользоваться речью).

По этой причине для целей внушения используют такие условия, когда кора головного мозга находится в заторможенном состоянии и сторож-критика «дремлет», не оказывая активного сопротивления поступающей в мозг «неправильной» информации. Благоприятные для внушения условия могут быть созданы гипнозом, который при заикании, однако, имеет ограниченное применение ввиду его малой эффективности (трудно путем гипноза преодолеть упроченный навык неправильной речи). Начиная с подросткового возраста применяется и внушение в бодрствующем состоянии.

Психотерапия может проводиться как индивидуально, так и коллективно, то есть сразу с целой группой заикающихся. Специалисты отмечают, что в коллективе внушаемость каждого члена группы значительно повышается, потому что больные (любые) значительно больше верят друг другу, чем врачу. Это значит, что высказы-

вания товарищей по группе об улучшении речи того или иного пациента воспринимаются им с особенно большим доверием и имеют очень большое психотерапевтическое значение (врачу ведь «по должности» положено успокаивать своих пациентов, а здесь об улучшении речи говорит «нейтральный» в этом отношении человек).

Индивидуальная же психотерапия позволяет максимально учесть все особенности психической симптоматики заикания именно данного пациента, а также все индивидуальные сложности его речевого общения и травмирующих его жизненных ситуаций. Поэтому при полном взаимопонимании и взаимном доверии между психотерапевтом и пациентом этот вид психотерапии способен оказать особенно глубокое воздействие на заикающегося и помочь ему внутренне перестроиться во многих необходимых для преодоления заикания отношениях.

Важная роль в арсенале психотерапевтических средств отводится приемам *самовнушения*, для чего опять-таки используется тормозное состояние коры головного мозга (самовнушение проводится или во время засыпания или сразу после пробуждения, когда головной мозг или уже почти выключился из активной работы или еще не успел в нее включиться). В этих условиях заикающийся мысленно произносит положительные формулы внушения, например: «Я смел и уверен в себе. Я говорю хорошо и свободно. Моя речь плавная и спокойная» и т. п. При этом вообще не должны употребляться слова типа «заикание», «судороги», «трудно» и пр. Такого рода самовнушения, проводимые регулярно и в течение достаточно продолжительного периода времени, могут сыграть

очень важную роль в деле перевоспитания личности заикающегося и преодоления самого заикания.

В отношении детей дошкольного возраста, у которых психические симптомы заикания отсутствуют или пока еще не получили своего полного развития, рассмотренные здесь виды психотерапии не применяются. В этих случаях она должна носить, если можно так выразиться, действенно-предупреждающий характер. Это значит, что для заикающегося ребенка нужно постараться создать в семье и в детском учреждении такие условия жизни, которые дали бы ему реальную возможность чувствовать себя хорошо и спокойно и тем самым способствовали бы предупреждению появления связанных с заиканием переживаний, а значит, и его вторичных психических симптомов.

Кроме того, в отношении детей дошкольного возраста все более и более внедряются в практику и специальные приемы игровой психотерапии, сказкотерапии, психотерапии посредством рисунка и пр. Игровая психотерапия направлена на «отреагирование», то есть на создание для ребенка условий, дающих ему возможность осуществить в ходе игры эмоциональную разрядку и «реализовать нереализуемое».

Допустим, ребенка обидел кто-то из родителей, на что он ответить не может, но это мучает его, доставляя массу неприятных переживаний, от которых он не имеет возможности освободиться. В процессе же игры он может «поговорить» с папой или мамой, объяснить им несправедливость их обвинений в свой адрес и тем самым получить столь необходимое ему внутреннее успокоение — он отреагировал на обиду, а значит, и освободился от ее

негативных последствий. Нам неоднократно приходилось наблюдать, как некоторые дети сами чисто интуитивно находят этот спасительный для них выход, вслух объясняя кому-то из отсутствующих взрослых или сверстников несправедливость их поступка по отношению к себе.

Соответствующим образом подобранные сказки, направленные на непринудительное воспитание желательных личностных качеств, также способны оказать глубокое психотерапевтическое воздействие на ребенка. Что же касается психотерапевтической роли рисунка, то она проявляется, например, в следующем. Если ребенок несколько раз нарисует «предмет своего страха», то в дальнейшем это избавит его от подобных переживаний — страх перед этим самим ребенком нарисованным и благодаря этому уже совсем не страшным предметом исчезнет.

Важность использования таких видов психотерапевтического воздействия на заикающихся дошкольников трудно переоценить, потому что упущенная в этом возрасте возможность сравнительно легкого избавления от накопления внутреннего негатива позднее обернется необходимостью затраты несравненно больших и к тому же гораздо менее результативных усилий на преодоление вторичных психических наслоений у заикающихся подростков и взрослых.

В. Работа над речью

Эта основная и ведущая часть комплексного метода преодоления заикания реализуется логопедом при активном участии самого заикающегося и его ближайшего социального окружения, к которому прежде всего следует

отнести родителей и педагогов дошкольных и школьных учреждений. При этом *работа над речью, требующая специальных знаний, проводится только логопедом, а систематический контроль над нею, равно как и правильное поведение взрослых по отношению к заикающемуся, обеспечиваются родителями и педагогами.*

Как это ни покажется странным, но работа над речью заикающихся обычно начинается с *режима молчания*, продолжающегося в разных случаях от трех до десяти дней. Его применение обосновано той исключительно благотворной ролью, которую играет лечебно-охранительное торможение в восстановлении нарушенных функций коры головного мозга. Такой «отдых» нервных клеток способствует повышению общего тонуса коры, что создает более благоприятные условия для воспитания новых (то есть здоровых, свободных от судорожности) речевых условных рефлексов. Кроме того, благодаря молчанию несколько затормаживаются прежние патологические условные рефлексы, поскольку в этот период заикающийся уже не воспроизводит свою судорожную речь. И наконец, он успокаивается психологически — раз нет судорожной речи, значит, нет и связанных с нею мучительных переживаний. Таким образом, проводимая после окончания режима молчания работа над речью и начинается, и протекает уже в значительно более благоприятных условиях.

Основная цель работы над речью заключается в восстановлении согласованной, координированной и ненапряженной деятельности дыхательного, голосового и артикуляторного аппаратов, что способствует преодолению речевых судорог. Уделяется внимание постанов-

ке правильного речевого дыхания, воспитанию мягкой, ненапряженной голосоподачи и спокойному, неторопливому артикулированию звуков, плавному (несудорожному) произнесению слов и небольших фраз. Все это достигается за счет использования специальных методических приемов, о которых будет сказано ниже. Навыки плавной речи постепенно усваиваются ребенком в процессе логопедических занятий. В дальнейшем этот способ правильного речеобразования должен быть автоматизирован путем систематических упражнений, с тем чтобы заикающийся мог постоянно пользоваться им в своей повседневной жизни. Темп речи должен быть неторопливым.

С детьми дошкольного возраста специальной работы по постановке дыхания и мягкой атаки голоса обычно не проводится. Здесь все строится на простом подражании плавной и неторопливой речи логопеда, а затем и окружающих ребенка взрослых людей. Все занятия проводятся в непринужденной игровой форме, причем игры используются самые разнообразные, с учетом возраста детей. Широко используется в ходе логопедических занятий и различная ручная деятельность детей, состоящая в изготовлении несложных поделок и сопровождаемая неторопливой речью. Все эти занятия вызывают у детей живой интерес. Они бывают при этом в приподнятом настроении и часто даже не подозревают о том, что с ними проводится какая-то специальная работа. Все это как нельзя лучше способствует успешному преодолению заикания.

Дети школьного возраста уже вполне сознательно работают над своей речью, стараясь выполнять кон-

кретные рекомендации логопеда. Игры на логопедических занятиях отходят на второй план, уступая место более серьезным видам работы. Широко используются специальные дыхательные и голосовые упражнения, различные «речевые зарядки» и пр. Большое внимание уделяется чтению и рассказыванию родителям школьных уроков при условии строгого соблюдения детьми необходимых речевых правил, рассчитанных на преодоление речевой судорожности. Эти правила для лучшего их усвоения детьми часто формулируются в такой краткой форме: *«Сначала подумай, спокойно вдохни, на плавном выдохе слитно скажи»*.

Очень желательно присутствие родителей на логопедических занятиях, что позволит им в дальнейшем перенести применяемые логопедом приемы в домашнюю работу с ребенком. Это особенно важно для предварительной подготовки устных школьных заданий, которые ребенок должен рассказывать родителям вслух. Такая подготовка необходима для закрепления навыков плавной речи и приобретения достаточной внутренней уверенности для ответов в школе.

Важнейшим условием успешного преодоления заикания является такая организация логопедических занятий, чтобы заикание на них полностью отсутствовало. На первых порах это достигается за счет использования «облегченных» видов речи, позволяющих в большинстве случаев буквально сразу снять речевую судорожность. К таким видам речи относятся следующие.

- *Сопряженная речь* — речь вместе с логопедом, в два голоса. Данный вид речи позволяет заикающемуся надежно «опереться» на голос логопеда и в некото-

рой степени даже как бы «спрятаться» за него, что обеспечивает «защищенность» его собственной речи, за которую в данных условиях он уже не несет полной ответственности. Не отвечает он и за содержание высказывания, поскольку логопед сначала произносит нужную фразу один, после чего заикающийся повторяет ее вместе с ним. Все это сразу придает заикающемуся уверенность в себе, что уже само по себе способствует снятию речевой судорожности.

- *Отраженная речь* — повторение вслед за логопедом отдельных слов или небольших фраз с сохранением при этом заданного темпа и ритма речи. После упражнений в сопряженной речи сделать это несложно, поскольку заикающийся должен воспроизвести *только что сказанную логопедом* фразу. Все другие «защитные» преимущества названной выше сопряженной речи здесь также сохраняются.
- *Ритмическая речь* (с отбиванием ритма на каждом слоге или слове, причем в последнем случае ритм отбивается только на ударных слогах). Этот вид речи позволяет заикающемуся нормализовать грубо нарушенный у него речевой ритм и тем самым предотвратить появление речевых судорог. При использовании послогового ритма речь приобретает скандированный характер, поскольку ударение получается на каждом слоге, что не позволяет заикающемуся «выскользнуть» из этого четко заданного ритма.
- *Шепотная речь* — речь с выключенным голосом, то есть произносимая именно шепотом. Этот вид речи является облегченным потому, что при нем снимается напряжение в области гортани и голосовых связок

в силу выключения голосового компонента. Кроме того, уже давно замечено, что любые необычные и непривычные для заикающегося виды речи, при которых у него нет привычки заикаться, сразу снимают речевую судорожность, особенно при невротическом заикании.

Исчезновение речевых судорог уже на самом первом занятии и всех последующих занятиях оказывает на заикающегося сильное психотерапевтическое воздействие и стимулирует его к активной работе над речью, что очень важно для ее успешного завершения. В то же время именно благодаря использованию облегченных видов речи удается наладить синхронную, согласованную работу дыхательного, голосового и артикуляторного аппаратов заикающегося, которая в дальнейшем автоматизируется и на *постепенно* вводимых более сложных для него видах речи, включая самостоятельную.

Переход к самостоятельной речи осуществляется очень осторожно, что позволяет обеспечить ее несудорожный характер. В качестве своего рода «промежуточного этапа» здесь чаще всего используются *ответы заикающегося на вопросы логопеда*. При этом сами вопросы формулируются таким образом, чтобы они, во-первых, содержали большую часть ответа, и, во-вторых, не вызывали трудностей формулировки мысли. Например:

Логопед: Как тебя зовут?

Ребенок: Меня зовут Вова.

Логопед: Сколько тебе лет?

Ребенок: Мне восемь лет.

Логопед: В каком классе ты учишься?

Ребенок: Я учусь во втором классе.

Логопед: На какой улице ты живешь? И т. д.

Хотя подобные ответы на вопросы очень напоминают отраженную речь, однако это уже самая простая форма самостоятельной речи, позволяющая ребенку почувствовать, что он *сам* может говорить без заикания.

Подобные «беседы», в том числе с использованием картинок, родители могут проводить и дома, позволяя тем самым заикающемуся постепенно все более и более убеждаться в несудорожности своей речи, а значит, и приобретать все большую и большую уверенность в ней.

В процессе работы с детьми школьного возраста, а также со взрослыми очень широко используется *чтение вслух*. Оно осуществляется в несколько замедленном темпе, выдерживанию которого способствует соблюдение знаков препинания, на которых к тому же удобнее всего делать речевой вдох. Чтение представляет собой очень благодатный материал для соблюдения заикающимися необходимых правил речи, поскольку их внимание не отвлекается на формулирование речевых высказываний. Однако чтение может использоваться лишь в том случае, если заикающийся достаточно хорошо владеет его техникой и если его не пугает уже сам вид отдельных букв, что может иметь место при выраженных звукофобиях. В последнем случае к использованию чтения нужно отнестись очень осторожно, вплоть до временного (до исчезновения звукофобий) отказа от упражнений в нем.

Поскольку при заикании нарушается темп и ритм речи, то в дидактической части комплексного метода *боль-*

шое место отводится логопедической ритмике: проводятся плавные, неторопливые движения под музыку, сопровождаемые речью, что наилучшим образом способствует преодолению речевой судорожности. *Исключительно полезны и занятия пением, которые способствуют налаживанию синхронной работы дыхательного, голосового и артикуляторного аппаратов и полностью снимают речевую судорожность.* Очень полезна и игра на музыкальных инструментах.

После усвоения навыка плавной речи непосредственно на логопедических занятиях *в дальнейшем этот навык переносится и в другие жизненные ситуации.* Ребенок постепенно приучается пользоваться такой речью дома, в школе, в разговоре со знакомыми и незнакомыми людьми. С этой целью проводится специальная тренировка речи в обычных жизненных ситуациях (обращение в присутствии логопеда с вопросами к незнакомым людям, коллективный (вместе с логопедом) поход в магазин с целью самостоятельной покупки каких-либо продуктов или товаров и т. п.). На последних этапах работы предусматриваются и специальные упражнения в так называемой *эмоциональной речи*, при которой соблюдение речевых правил требует от заикающегося значительно больших волевых усилий (например, при свободном рассказе о каком-то волнующем ребенка событии, о понравившемся ему фильме и др.).

Г. Обеспечение благоприятного социального окружения и способствующих преодолению заикания бытовых условий

Под ближайшим социальным окружением подразумеваются прежде всего родители и другие члены семьи

заикающегося, а также педагоги дошкольных и школьных учреждений, с которыми ребенок находится в постоянном контакте. Если логопеду удастся сделать этих людей своими союзниками и направить их усилия на возможно более полную реализацию комплексного метода преодоления заикания, то половину задачи можно будет считать решенной. Чтобы эта мысль была более ясна, приведу доказательство «от противного».

К сожалению, в практике логопедической работы нередко приходится встречаться с такими случаями, когда семья и школа действуют буквально вразрез с установками логопеда, что крайне отрицательно сказывается на результатах логопедической работы. В частности, логопед прикладывает все усилия к тому, чтобы приподнять ребенка в собственных глазах, внушить ему уверенность в успешном преодолении заикания, убедить в том, что он ничем не отличается от других детей, а учитель допускает насмешки над ним со стороны одноклассников и исключает его устные ответы на уроках (заикающимся нередко предлагают отвечать письменно или после уроков). Как после этого ребенок может поверить в свою полноценность?

Далее, логопед предлагает заикающемуся на первых порах говорить в несколько замедленном темпе и тратит много времени и сил на приучение ребенка к этому темпу, а учитель снижает оценку за то, что при ответе заикающийся «тянет резину». По этой причине дети нередко возвращаются к логопедам с резко ухудшившейся речью и в дальнейшем отказываются даже на занятиях говорить «по правилам», что буквально обезоруживает логопеда в отношении преодоления у них речевой судорожности.

К этому нередко добавляется и оставляющая желать лучшего домашняя обстановка, поскольку некоторые родители продолжают сохранять установившиеся у них с ребенком конфликтные отношения, не предпринимают никаких мер по налаживанию для него щадящего режима дня и пр. На фоне этого бессмысленно говорить об укреплении нервной системы заикающегося, о преодолении имеющихся у него вторичных психических наслоений (они, наоборот, будут усугубляться) и даже о самой работе над речью. Так что же тогда остается от комплексного метода? Как видим, в подобных случаях только считается, что ребенок «занимается у логопеда», на самом же деле он понапрасну тратит время и силы. А если подобные попытки «преодоления заикания» предпринимаются неоднократно, то не только у самого ребенка, но и у его родителей прочно укореняется мысль о его «неизлечимости».

Ввиду всего сказанного как родителям, так и педагогам важно с самого начала понять свою исключительную, совершенно незаменимую роль в деле *практической реализации* комплексного метода преодоления заикания. Ведь за пределами логопедического кабинета ребенок полностью находится во власти окружающих его взрослых, от поведения которых зависит или дальнейшее укрепление полученных на логопедических занятиях навыков здоровой речи или, наоборот, их разрушение. А это значит, что не только на период проведения лечебного курса, но и в течение некоторого времени после его окончания родители и педагоги должны мобилизовать все усилия на активную помощь ребенку и всестороннюю моральную его поддержку.

Что же конкретно могут сделать родители? Прежде всего, они должны позаботиться о выполнении всех рекомендаций врача-невролога, направленных на укрепление нервной системы ребенка. Для этого недостаточно только обеспечить регулярность приема ребенком лекарств или выполнение назначенных физиотерапевтических процедур. Все это окажется эффективными лишь в том случае, если ребенок при этом будет находиться в спокойной обстановке, не переутомляться, нормально и своевременно питаться, достаточно спать, бывать на свежем воздухе.

Резко нужно ограничить и просмотр «возбуждающих» телевизионных передач, особенно в позднее время. Понятно, что все это непросто организовать, но тем не менее сделать это необходимо.

Кроме того, для обеспечения спокойной обстановки в семье родителям в необходимых случаях придется многое пересмотреть как в своих собственных взаимоотношениях, так и в их взаимоотношениях с ребенком. Все противоречия на некоторое время необходимо приглушить, а выяснение разного рода конфликтных вопросов — отложить. Цена этому «перемирию» — здоровье ребенка.

В присутствии ребенка взрослым очень важно соблюдать неторопливый темп речи, что значительно облегчит ему прочное овладение логопедическими речевыми правилами и введение их в свою повседневную жизнь. Необходимо также отмечать любое улучшение в речи ребенка, радоваться этому вместе с ним, приподнимая тем самым его настроение и косвенно внушая уверенность в скором преодолении заикания.

И, наконец, одной из важных обязанностей родителей является ежедневное продолжение логопедической работы с ребенком в домашних условиях. Для этого не нужно обладать какими-то особыми профессиональными знаниями. Правила речи ребенку хорошо известны, он овладел ими на логопедических занятиях, нужно лишь регулярно создавать благоприятные условия для их практического использования, беседовать с ребенком в неторопливом темпе, позволяющем ему отвечать «по правилам» на задаваемые взрослым вопросы. Кроме того, ребенок может рассказывать выученные им стихотворения, подготовленные школьные уроки, читать вслух несложные тексты со строгим соблюдением знаков препинания — лишь бы это были упражнения в полноценной, не прерываемой судорогами речи.

В нашей практике был случай полного преодоления заикания у 10-летнего мальчика. Основную заслугу в этом я с полным основанием приписываю его бабушке, вообще не владевшей грамотой. Приехав в город из сельской местности, эта уже очень пожилая женщина основную часть своего свободного времени проводила за вязанием. Ввиду большой занятости родителей на работе, связанной к тому же с частыми командировками, мальчик после возвращения из школы постоянно находился в обществе бабушки. Я попросила ее ежедневно слушать чтение ребенка, указав при этом единственный ориентир для «логопедического» контроля: при условии соблюдения речевых правил мальчик не будет заикаться. Бабушка с удовольствием слушала чтение, не отрываясь при этом от вязания, а как только внук начинал спешить и соответственно «спотыкаться», она тут же останавливала его, говоря: «Славушка, читай по правилам!» В результате у мальчика очень прочно закрепился навык плавной, спокойной речи, наилучшим образом предохранявший его от запинок. Не последнюю роль в этом, конечно,

сыграла и спокойная манера обращения бабушки со своим любимым внуком.

Этот очень поучительный для всех нас пример лишний раз свидетельствует о том, что для снятия у ребенка тяжелых психических переживаний, связанных с заиканием, совсем необязательны продолжительные успокаивающие беседы с ним — достаточно просто создать вокруг него такую доброжелательную обстановку, в которой он действительно чувствовал бы себя полноценным человеком. Приобретенное чувство внутренней уверенности не замедлит положительно сказаться и на состоянии речи заикающегося, способствуя ее полной нормализации.

Теперь о роли педагогов. Она столь велика потому, что педагоги в глазах ребенка являются той «официальной инстанцией», которая оценивает меру его «соответствия» или «несоответствия». И если такого рода оценка крайне важна для любого ребенка (не напрасно мы так часто встречаемся со «школьной дизадаптацией»), то для заикающегося она может сыграть поистине решающую для всей его дальнейшей жизни роль. И очень важно, чтобы каждый педагог достаточно хорошо осознавал всю меру своей ответственности в этом вопросе.

Прежде всего заикающийся ребенок должен быть полностью уверен в добром отношении к нему со стороны учителя. Он ни минуты не должен сомневаться в том, что в глазах педагога он ничем не хуже всех других детей. Это самое основное условие для «защищенного» его пребывания в школе. Далее, незаметно для заикающегося ребенка, как бы сама собой, в классе должна сложиться такая обстановка, в которой одно-

классники совершенно естественным образом смогут относиться к нему как к равному (ведь не только передразнивания и насмешки, но и постоянные проявления сочувствия не позволяют человеку держаться «на равных»). С этой целью *нужно постараться найти в ребенке какие-то положительные качества, способные привлечь к нему других детей и вызвать их уважение и интерес*. И в самом деле, ведь ценность любого человека состоит не только в обладании им нормальной речью...

Долг учителя заключается еще и в том, чтобы помочь заикающемуся ребенку преодолеть нередко возникающий у него страх перед ответами на уроках. Наличие или отсутствие такого страха во многом определяется уже самим отношением учителя к заикающемуся ребенку, которое последний обычно очень тонко чувствует (не напрасно он спокойно отвечает на уроках одного учителя и панически боится отвечать или даже вообще отказывается это делать на уроках другого). Для преодоления страха заикающегося перед ответами первое время лучше всего спрашивать его с места, предлагая несложные вопросы, которые не требуют пространных ответов. При этом можно поддержать и подбодрить его улыбкой, приветливым взглядом, одобрительным кивком головы и т. п. Многого здесь не требуется. Главное, чтобы он чувствовал доброжелательность со стороны учителя.

После обретения ребенком необходимого спокойствия в процессе таких эпизодических ответов можно будет постепенно приучать его и к ответам у классной доски. Начать здесь лучше всего с рассказывания хорошо выученных им стихотворений, когда заикание обычно

проявляется значительно меньше, или с чтения заранее подготовленных текстов. Если эти первые опыты окажутся положительными и помогут ребенку преодолеть трудный для него психологический барьер, то в дальнейшем он будет чувствовать себя в классе спокойно. А это значит, что ему тем самым будет оказана буквально неоценимая помощь в деле преодоления заикания.

Логопедическая работа с заикающимися обычно проводится не индивидуально, а в группе, что принципиально важно. Дело в том, что заикание более всего проявляется в условиях общения с другими людьми, в различных ответственных ситуациях, тогда как наедине с собой человек говорит, как правило, нормально. Поэтому в процессе логопедической работы важно научить его владеть правильной речью именно в присутствии других людей, в условиях общения в коллективе, что одновременно будет способствовать и постепенному исчезновению у заикающегося вторичных психических наслоений, обретению им внутренней уверенности. Лишь в особо трудных случаях начинать приходится с индивидуальной работы с ребенком, которая должна подготовить его к включению в логопедическую группу.

5. Преодоление впервые возникшего невротического заикания

Особо хочется остановиться на методах преодоления впервые возникшего (преимущественно невротического) заикания. Здесь имеются в виду случаи внезапного и острого его возникновения, что чаще всего имеет место после психотравмы. В подобных условиях все функции организма на некоторое время как бы притор-

маживаются, что распространяется и на речевую функцию. Последняя из тормозного состояния выходит позже всех других функций, что связано с более поздним ее появлением (по сравнению с другими функциями) у ребенка и вообще у человека, а значит, и с повышенной ранимостью. И если в этом еще не пришедшем в норму состоянии ребенок пытается говорить, то «неожиданно» (а по сути, вполне закономерно) может обнаружиться или полная его неспособность к речи, или сильное заикание. (Напомним, что подобным образом могут возникать и функциональные нарушения голоса, о которых говорилось выше.)

Единственно правильное поведение взрослого в подобном случае — это дать речевому аппарату ребенка полный отдых, необходимый для восстановления нормального способа функционирования. Для этого нужно изолировать малыша от окружающих и под любым предлогом «заставить» (но без принуждения) помолчать. Разговаривать он может только с игрушками, что обычно не сопровождается речевой судорожностью. Иными словами, нужно сделать все возможное для того, чтобы ребенок вообще не понял, что с ним произошло. Такой подход наиболее рационален в случаях «свежего» (до 2–3 недель) заикания. Благодаря этим простым мерам, описанным в литературе и многократно проверенным на практике, заикание, как правило, исчезает и более не возобновляется.

В реальной жизни, к сожалению, все делается как раз наоборот: взрослые ахают, выражают свое крайнее беспокойство по поводу случившегося, ребенок еще больше пугается, и в результате неправильная, судорожная

речь закрепляется по типу патологических условных рефлексов. Особенно это касается детей с ослабленной нервной системой, в силу чего именно в отношении их и должна проявляться повышенная бдительность.

6. Особенности преодоления неврозоподобного заикания

Поскольку неврозоподобное заикание связано с органическим поражением головного мозга ребенка и чаще всего сочетается с отставанием в его общем речевом развитии, то оба эти фактора учитываются в процессе применения комплексного метода преодоления данной формы заикания. При этом весь комплекс применяемых лечебно-коррекционных воздействий остается прежним, однако их использование имеет свою специфику, о которой кратко сказано ниже.

Медикаментозное лечение в этом случае имеет другую цель, нежели при невротическом заикании. Оно направлено не столько на снижение общей возбудимости нервной системы, сколько на сглаживание последствий имевшегося органического повреждения головного мозга. Такие дети обычно в первый год жизни состоят на учете у невролога. Родителям важно не отказываться от назначаемого врачом лечения, которое способствует не только упомянутому сглаживанию последствий повреждения мозга, но может предупредить даже и само возникновение заикания в силу значительной нормализации мозговой деятельности.

Психотерапия в общем комплексе воздействия на заикающихся занимает гораздо более скромное место ввиду меньшей представленности у них психических

симптомов заикания. Однако и при неврозоподобном заикании необходимо воспитывать у детей те черты характера и навыки «общественного поведения», которые помогут им в дальнейшем противостоять самым различным жизненным трудностям, связанным с их речевым расстройством.

Логоритмика при данной форме заикания, по сравнению с невротическим, занимает значительно большее место, поскольку у этих детей более резко выражены нарушения общей и речевой моторики, сильнее страдают координация движений и чувство ритма. С учетом этого с детьми проводится специальная работа по развитию ловкости и координированности движений, большое внимание уделяется ходьбе под маршевую музыку или хлопки, используются постепенно усложняющиеся гимнастические упражнения и пр. Очень полезно также приобщать детей к пению и игре на музыкальных инструментах. Все эти виды занятий при условии их систематического проведения заметно нормализуют двигательную сферу детей, что самым положительным образом сказывается и на их речи. Последнему способствует также регулярное проведение артикуляторной гимнастики, которая совершенно необходима для нормализации нередко нарушенного звукопроизношения.

Работа над речью сводится не столько к заботе о снятии непосредственно речевой судорожности, сколько к принятию самых неотложных мер по развитию у детей словарного запаса и грамматического строя речи, а также по коррекции нарушенного звукопроизношения. Это связано с тем, что постоянные затруднения в нахождении слов и построении фраз, равно как и трудности

артикулирования звуков, уже сами по себе провоцируют речевую судорожность, тогда как совершенствование речи детей в названных направлениях является наиболее надежным средством для смягчения этой судорожности.

Роль социального окружения сохраняется полностью, причем само содержание работы родителей и педагогов несколько корректируется в связи с отмеченными выше особенностями применения комплексного метода при неврозоподобном заикании. В частности, родителям много дополнительного времени приходится уделять обогащению словарного запаса детей, формированию у них грамматически правильной речи и автоматизации вновь воспитанных звуков. Для проведения такой работы им следует воспользоваться теми многочисленными пособиями, которые написаны логопедами специально для них. Чем раньше будет начата такая работа, тем эффективнее будет ее результат.

7. Организационные формы работы с заикающимися

Преодоление заикания может проводиться как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях. И то и другое имеет свои положительные и отрицательные стороны, поэтому при выборе типа логопедического учреждения в каждом конкретном случае необходимо учитывать степень тяжести заикания, личностные особенности ребенка (или взрослого) и условия его жизни и быта.

Преимущество стационарного лечения состоит в том, что в этих условиях значительно легче реализовать ком-

плексный метод преодоления заикания во всей его полноте. Так, здесь можно организовать четкий распорядок дня, необходимое лечение нервной системы и любую форму психотерапевтического воздействия наряду с регулярностью (ежедневностью) логопедических занятий. Значительно облегчается в этих условиях и соблюдение правил речи для заикающихся, поскольку ими пользуются все без исключения (в том числе и весь обслуживающий персонал). Положительную роль играет и отсутствие конфликтных ситуаций, от которых многие заикающиеся не застрахованы в условиях семьи.

Однако стационарная форма лечения не подходит для тех детей, которых отрыв от семьи приводит в состояние стресса. В подобных случаях вместо улучшения речи может наступить даже ее ухудшение. Кроме того, обратный переход от «тепличных» стационарных условий к обычным условиям жизни в некоторых случаях проходит не совсем гладко и может привести к ухудшению речи.

Это объясняется тем, что при таком переходе заикающийся должен сразу предстать перед всеми своими родными и знакомыми в новом виде, с несколько иной, непривычной для них манерой речи. При этом ребенку (или взрослому) предстоит совершенно самостоятельно перенести усвоенные им в стационаре речевые правила на процесс общения со всеми людьми и во всех, в том числе и сложных для него, жизненных ситуациях. Нельзя не учитывать и того немаловажного обстоятельства, что все эти люди остались при своих прежних понятиях и будут относиться к заикающемуся привычным для них, но уже не вполне подходящим для него об-

разом. Каждому ли удастся выйти без потерь из такой непростой ситуации?

Из сказанного ясна необходимость подготовки родителей заикающегося к его встрече после окончания курса стационарного лечения — они обязаны сделать все возможное для обеспечения постепенности возврата ребенка к прежним условиям жизни. А это значит, что дома нужно создать спокойную и в то же время несколько празднично-приподнятую атмосферу. Нужно порадоваться вместе с ребенком его хорошей речи и ни в коем случае не фиксировать его внимания на возможных отдельных запинках. В круг друзей и знакомых его нужно вводить очень постепенно, причем начиная с наиболее доброжелательно настроенных по отношению к нему детей и взрослых. (Из собственной практики мне известны случаи резкого ухудшения речи заикающихся, вплоть до полного срыва, после того как в доме устраивался праздник по поводу их возвращения и все разом приглашались «посмотреть на результаты лечения».) Членам семьи необходимо подстроиться под несколько замедленную речь ребенка, дав ему тем самым возможность соблюдать речевые правила. Устанавливается также щадящий режим дня, о котором говорилось выше. Все эти простые меры во многом позволят избежать «трудностей перехода», что очень важно для сохранения и дальнейшего упрочения достигнутых результатов.

В амбулаторных условиях значительно труднее соблюсти все необходимые для успешного преодоления заикания условия, но зато человек остается в привычной для него обстановке. Это дает возможность посте-

пенно, шаг за шагом, при постоянной поддержке и помощи логопеда и к тому же сравнительно незаметно для окружающих перестроить свою речь и саму манеру общения с ними на новой основе.

Обновленные отношения со всеми родными и знакомыми, основанные на приобретении заикающимся большей уверенности в себе, в этих условиях тоже сложатся постепенно, а значит, и более прочно. В ходе всего этого процесса неизбежно несколько «перестроятся» и окружающие люди, которые постепенно превратятся в союзников в борьбе за хорошую речь. Однако амбулаторная форма занятий окажется малоэффективной для тех заикающихся, у которых резко выражены проявления невроза, особенно если это сочетается с неблагоприятной, конфликтной домашней обстановкой.

Для заикающихся детей дошкольного возраста наиболее подходящими, по нашему мнению, являются *условия полустационара*, которые обеспечиваются в логопедическом детском саду. Здесь ребенок имеет возможность, не отрываясь полностью от семьи, систематически получать необходимую ему медико-педагогическую помощь при соблюдении четкого режима дня и в то же время постепенно использовать навыки плавной речи во всех жизненных ситуациях.

В каких бы условиях ни проводилась лечебно-коррекционная работа с заикающимися, очень важно довести ее до полного завершения. Дело в том, что в случае недостаточной автоматизации навыков правильной, несудорожной речи заикающийся невольно перестает («забывает») пользоваться речевыми правилами, что нередко приводит к возврату заикания. Это даже не рецидив в собст-

венном смысле слова, а именно не доведенная до конца работа. Поэтому родителям следует иметь в виду, что работа по преодолению заикания чаще всего проводится в несколько приемов, отдельными курсами, между которыми устраиваются более или менее длительные перерывы. Это связано с тем, что для полной автоматизации навыка плавной речи и перестройки личности заикающегося требуется достаточно продолжительное время, и было бы слишком утомительно для ребенка в течение всего этого времени посещать логопедические занятия.

Во время перерыва в занятиях ежедневная работа над речью продолжается в домашних условиях. Соблюдаются при этом и все остальные рекомендации логопеда и других специалистов. В этих условиях речь ребенка может не только сохраняться на достигнутом уровне, но даже улучшаться, и это вполне закономерно. Бывают даже такие случаи, когда в результате достигнутого улучшения надобность в проведении повторного курса занятий просто отпадает. Такие случаи наблюдались даже у некоторых (достаточно волевых) взрослых, которые выписывались из стационара лишь с улучшением речи, а затем путем самостоятельной работы над нею полностью избавлялись от заикания и в связи с этим отказывались от повторного поступления в стационар. И наоборот, в условиях резкого прекращения работы над речью все, как правило, «раскручивается» в обратном направлении, и в дальнейшем приходится начинать почти с нуля. Очень важно, чтобы и родители, и сами заикающиеся, достигшие соответствующего возраста, хорошо это понимали.

8. Предупреждение рецидивов заикания

Даже, казалось бы, прочно устраненное заикание при особо неблагоприятных условиях может приводить к рецидивам. По этой причине важно сознательно предпринимать необходимые меры для их профилактики, которые сводятся в основном к следующему.

1. *Поддержание возможно более спокойных условий жизни как в семье, так и в школе (на работе).* Правда, здесь не все зависит только от родителей или самих заикающихся, но все же собственная роль тех и других в этом вопросе далеко не последняя. Те неблагоприятные условия, которые можно изменить, подлежат обязательному изменению, а ко всему остальному необходимо несколько перестроить отношение и не расстраиваться бесчисленное количество раз по одному и тому же поводу. Спокойное отношение к таким неизменяемым обстоятельствам нужно внушить и ребенку. Например: «Ну что же поделаешь, бабушка уже старенькая, больная, не надо на нее обижаться за то, что она тебя часто бранит» (в некоторых семьях при подобных обстоятельствах складываются буквально невыносимые, конфликтные условия жизни, но ведь должен же найтись в семье хотя бы один умный в этом плане человек, тем более что это необходимо для здоровья ребенка!). Если же речь идет о постоянных и травмирующих заикающегося конфликтах с друзьями, то это обстоятельство нужно обязательно устранить из его жизни, даже если ради этого придется поменять друзей. Одним словом, искреннее желание изменить обстоятельства жизни к лучшему всегда подскажет правильный выход из положения.

2. *Исключение переутомления, особенно длительного.* Оно истощающим образом действует на нервную систему ребенка со всеми вытекающими отсюда нежелательными последствиями (вспомните о причинах заикания). У некоторых же детей день расписан буквально по минутам, поскольку родители не хотят «ничего упустить». Заикающегося дошкольника они водят и на музыку, и на рисование, и на занятия по английскому языку, и на подготовительные занятия для поступления в гимназию, а тут еще и логопед... Не надо быть специалистом в вопросах речевой патологии, чтобы понять бесполезность логопедических занятий в подобных условиях. То же самое относится и к случаям недопустимо большой перегруженности заикающихся школьников и взрослых.

3. *Предельное ограничение речевого общения и особо строгое соблюдение щадящего режима при любых неблагоприятных жизненных ситуациях* (болезни, операции, несчастные случаи, непредвиденные конфликты и пр.). Здесь важно понимать, что при подобных обстоятельствах чаще всего в первую очередь страдает самое слабое звено, в отношении которого поэтому и нужно заранее проявить необходимую заботу. И если желудочные больные в таких ситуациях особенно строго соблюдают пищевую диету, то заикающимся необходима «диета» речевая.

Говоря о взрослых заикающихся, нельзя не упомянуть *о вреде курения и употребления алкогольных напитков*, поскольку оба эти фактора оказывают разрушающее воздействие на нервную систему, при неблагополучном состоянии которой нельзя рассчитывать ни на успешное преодоление заикания, ни на сохранение достигнутых результатов.

Наиболее полные и устойчивые результаты в преодолении заикания достигаются у детей дошкольного возраста. В целом же устранимость заикания в каждом конкретном случае зависит от целого ряда факторов и прежде всего — от степени обеспечения необходимых для преодоления заикания условий, о которых шла речь в данной главе.

Использованная литература

1. *Буль П. И.* Гипноз в клинике внутренних болезней. — Л., 1968.

2. *Власова Н. А.* Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. — М.: Учпедгиз, 1959.

3. *Волкова Г. А.* Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. — М.: Просвещение, 1983.

4. *Давиденков С. Н.* Неврозы. — М., 1963.

5. Заикание / Под ред. Т. А. Власовой и К. П. Беккера. — М., 1983.

6. *Зейгарник Б. В.* Личность и патология деятельности. — М.: Изд-во МГУ, 1971.

7. *Ковшиков В. А.* Специфика заикания при различных нервно-психических расстройствах // Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей. — Л., 1976.

8. *Лохов М. И., Фесенко Ю. А.* Заикание и логоневроз. Диагностика и лечение. — СПб., 2000.

9. *Миссуловин Л. Я.* Патоморфоз заикания. — СПб., 2002.

10. *Неткачев Д. Г.* Клиника и психотерапия заикания. — М., 1913.

11. *Парамонова Л. Г.* О заикании педагогам и родителям: профилактика и преодоление недуга. — СПб.: Детство-Пресс, 2007.

12. *Селиверстов В. И.* Заикание у детей. — М., 1979.

13. *Селиверстов В. И.* Психокоррекционные и дидактические основы логопедических занятий. — М.: Владос, 1994.

14. *Сикорский И. А.* О заикании. — СПб., 1889.

15. *Хватцев М. Е.* Логопедия.— М.: Учпедгиз, 1959.

16. *Хватцев М. Е.* Заикание — недуг устранимый. — Л., 1972.

17. *Чевелева Н. А.* Исправление речи у заикающихся дошкольников. — М., 1965.

18. *Чевелева Н. А.* Исправление речи у заикающихся школьников. — М.: Просвещение, 1966.

19. *Шкловский В. М.* Психотерапия в комплексной системе лечения логоневрозов // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. — М., 1974.

20. *Флоренская Ю. А.* Организация лечения заикания коллективно-психологическим методом // Вопросы здравоохранения. — М., 1929.

ГЛАВА 16

Нарушения темпа речи

1. Ускоренная речь (тахилалия) и ее устранение

Тахилалия — это ускоренная речь (в переводе с греческого *tachys* — быстрый, скорый). При тахилалии, в отличие от заикания, не наблюдается речевых судорог и страха перед речью. Характерно и то, что в сложных и ответственных ситуациях речь страдающих тахилалией, в отличие от речи заикающихся, не только не ухудшается, но даже улучшается, что можно объяснить повышением самоконтроля над нею. От ускорения темпа (вместо 10–12 звуков в секунду произносится 20–30) существенно страдает выразительность речи, ее понимание слушателями.

А. Причины тахилалии

Большую роль *в происхождении тахилалии* играет наследственная предрасположенность. В дальнейшем к этому наследственному фактору добавляется и подражание ребенка быстрой речи родителей. Значительную роль в происхождении тахилалии может играть также органическое повреждение у ребенка тех мозговых структур, которые в норме регулируют темп и ритм речи. В этом случае темп речи у родителей может быть

нормальным. Тахилалия чаще всего возникает в детстве, на фоне уже имеющегося у ребенка невроза, и затем она заметно усиливается в пубертатном (13–15-летнем) возрасте.

Сам механизм ускоренной речи заключается в том, что в этих случаях в коре головного мозга имеется *патологическое преобладание процесса возбуждения над торможением*, поскольку тормозные процессы резко ослаблены. Это и мешает человеку затормозить свой быстро несущийся речевой поток. Этим же самым объясняется и характерная для многих детей с тахилалией суетливость в поведении, повышенная моторная возбудимость и склонность к многоречивости. Фразовая речь у них обычно появляется рано и развивается быстро, что некоторые специалисты считают «предвестником заикания». На фоне тахилалии и в самом деле в дальнейшем может появляться заикание, возникающее без видимого внешнего повода, поскольку уже сама по себе ускоренность речевого темпа может провоцировать запинки, недоговаривание окончаний слов и даже «проглатывание» некоторых слов. При этом до определенного времени ни окружающие, ни сам ребенок с быстрым темпом речи не считают это каким-то дефектом. Да и большинство взрослых людей, страдающих тахилалией, считают свою речь «нормальной», что совершенно не соответствует действительности, ибо такая речь невыразительна, неряшлива, неубедительна и утомляет слушателей.

Б. Преодолние тахилалии

Методы преодоления тахилалии имеют много общего с методами преодоления заикания — здесь также необ-

ходимо комплексное медико-педагогическое воздействие. Проводится медикаментозное лечение, направленное на усиление тормозных процессов в организме, и одновременно воспитывается более упорядоченное поведение ребенка. В частности, его приучают доводить всякое начатое им дело до конца и делать это спокойно, без ненужной спешки и суеты. На этом более спокойном общем фоне легче будет замедлить и темп речи.

Преодоление тахилалии проводится преимущественно в процессе групповых занятий, поскольку коллектив для этих детей является большим сдерживающим началом. Работу лучше всего начать с режима молчания, что позволит успокоить ребенка и несколько «приглушить» сформировавшийся навык быстрой речи. Затем речь вне логопедического кабинета должна быть резко ограничена, чем обеспечивается реальная возможность для контроля над нею.

Используется как самоконтроль над речью, так и контроль со стороны окружающих в виде постоянных напоминаний о необходимости говорить медленнее. В этом отношении *имеется принципиальное отличие от подхода к заикающемуся ребенку*. Если там мы не фиксировали его внимания на речевых судорогах и не делали замечаний по поводу их появления в речи, то здесь прямо указываем на недостатки и просим ребенка отчетливо повторить небрежно и быстро сказанную им фразу.

В ходе логопедической работы широко используются сопряженная и отраженная речь, позволяющие дать четкий образец для подражания и в то же время задержать, замедлить стремительный речевой поток. Замед-

лению речевого темпа способствует и ритмическая речь, когда ритм задается путем отстукивания рукой или при помощи метронома.

Обращается внимание на четкое артикулирование каждого звука (для контроля можно использовать речь перед зеркалом), на достаточно длительное произнесение гласных, на соблюдение словесных и логических ударений. Широко используется чтение, в процессе которого особое внимание обращается на соблюдение знаков препинания. Замедлению речевого темпа способствует также усиление громкости голоса, увеличение расстояния до слушателя и пр. Очень полезно участие детей в художественной самодеятельности, чтение басен в лицах и любые другие упражнения в выразительной речи. Для преодоления тахилалии чаще всего требуется проведение нескольких лечебных курсов. *Исключительно большую роль при этом играет небыстрый темп речи самих родителей, поскольку в противном случае замедлить темп речи ребенка практически невозможно.*

2. Замедленная речь (брадилалия) и ее преодоление

Под брадилалией понимается замедленный темп речи (в переводе с греческого *bradys* — медленный). Это речь с вялой и нечеткой артикуляцией, с растягиванием гласных звуков, с удлинением пауз между словами, произносимая монотонным голосом. Такая речь производит тяжелое впечатление и быстро утомляет слушателей. В основе брадилалии лежит замедленное протекание нервных процессов, что отражается не

только на речи человека, но проявляется и в общей вялости, заторможенности его движений. Брадилалия нередко наблюдается при олигофрении (умственной отсталости). Она может быть и следствием перенесенного менингоэнцефалита, а также травм и опухолей головного мозга. Вместе с тем она встречается и как самостоятельное нарушение темпа речи у медлительных по натуре людей.

Для преодоления брадилалии также используется комплексное медико-педагогическое воздействие.

Медицинская часть комплекса рассчитана на активизацию нервных процессов, что достигается за счет применения лекарственных средств и физиотерапии. *В необходимых случаях проводится общеукрепляющее лечение*, и на этом фоне существенно облегчается проведение логопедической работы с детьми.

Широко используются гимнастические упражнения и логопедическая ритмика с постепенным ускорением темпа движений. *Быстрое ускорение темпа недопустимо ввиду ослабленности процесса возбуждения*.

В логопедической работе используются те же самые методические приемы, что и при тахилалии, но не с замедлением, а наоборот, с *постепенным* ускорением темпа речи. Этому способствует широкое использование сопряженной, отраженной и ритмической речи.

Использованная литература

1. *Беккер К., Совак М.* Логопедия. — М.: Медицина, 1981.

2. *Зееман М.* Расстройства речи в детском возрасте. — М.: Медгиз, 1962.

3. *Кочергина В. С.* Брадилалия, тахилалия, спотыкание // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Медицина, 1969.

4. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. — М.: Просвещение, 1998.

5. *Селиверстов В. И.* Заикание у детей. — М., 1979.

6. *Флоренская Ю. А.* К вопросу о функциональных расстройствах речи. Парафазия и тахилалия // Современная психоневрология, № 4, 7, 1934.

7. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

ГЛАВА 17

Расстройства речи у детей с нарушением слуха

1. Виды слуховой недостаточности у детей

Необходимость отдельного рассмотрения нарушений речи у детей с неполноценным слухом объясняется следующим.

Во-первых, нарушение нормального функционирования одного из ведущих речевых анализаторов приводит к особенно серьезным отклонениям в речевом развитии детей, на что нельзя не обратить внимание читателя.

Во-вторых, правильное понимание этой проблемы родителями и своевременное принятие ими коррекционно-профилактических мер позволит многое сделать для сохранения речи детей.

Принято различать две основные категории детей с нарушением слуха: глухих и слабослышащих, а среди глухих — рано- и позднооглохших. Последние до наступления глухоты уже успели приобрести речь. Однако при наступлении глухоты в 3–5 лет и *при отсутствии специальной работы над речью* к школьному возрасту у ребенка сохраняется лишь небольшой запас искаженных слов.

Случаи наследственной глухоты, передающейся из поколения в поколение, довольно редки. Что касается врожденной глухоты, то причинами ее может быть недоразвитие слухового аппарата ребенка (при действии вредных факторов на 4–5-й неделе внутриутробного развития) или его повреждение во второй половине беременности вследствие болезней матери, токсикозов, гормональных расстройств, резус-конфликта и пр. Причиной рано приобретенной глухоты может явиться асфиксия при рождении.

Принципиальная разница между слабослышащими и глухими заключается в том, что имеющаяся у слабослышащих степень сохранности слуха позволяет им хотя бы в самой минимальной степени самостоятельно обогащать свой словарный запас, тогда как для глухих это полностью исключено. В дальнейшем изложении мы больше не будем касаться проблемы глухоты и рассмотрим нарушения речи у детей со сниженным слухом.

Примерно в 80 % всех случаев слух у детей нарушается в возрасте до 2 лет. Причинами этого могут быть детские инфекции (в особенности менингит, корь, скарлатина), отиты, применение антибиотиков (прежде всего стрептомицина) и др.

Слабослышащие дети могут иметь разную степень снижения слуха. Принято различать три степени тугоухости, из которых самой тяжелой является третья. Однако для жизни человека гораздо большее значение имеет не степень потери слуха, а состояние его речи, поскольку при одной и той же степени тугоухости возможности речевого общения могут быть весьма различными.

Поэтому и комплектование школ для слабослышащих детей осуществляется в основном не по состоянию слуха, а по уровню речевого развития.

Ввиду сказанного очень важно как можно раньше выявить имеющуюся у ребенка слуховую недостаточность, чтобы сделать все возможное для полноценного формирования у него речи. Беспокоиться об этом следует буквально с самых первых дней утраты слуха, а при врожденной тугоухости — с первых дней жизни ребенка.

Состояние речи у детей со сниженным слухом зависит от следующих условий.

1. От степени снижения слуха (чем больше снижен слух, тем хуже условия для развития речи).
2. От времени наступления тугоухости (чем раньше, тем хуже).
3. От условий воспитания ребенка, то есть от того внимания, которое уделяется развитию его речи. Этот последний фактор настолько важен, что во многих случаях он может перевесить первые два, причем в самых неблагоприятных случаях только на него и могут возлагаться основные надежды.

Мы рассмотрим нарушения речи преимущественно у слабослышащих с 1–2-й степенью тугоухости, владеющх развернутой речью. Большая часть детей с первой степенью тугоухости обучается в общеобразовательных школах.

2. Расстройства речи при тугоухости

Все имеющиеся у слабослышащих нарушения речи условно могут быть разделены на две большие группы —

на нарушения, непосредственно связанные со снижением слуха, и не связанные с его снижением. Ко второй группе нарушений следует отнести, например, заикание, дизартрию, открытую и закрытую органическую ринолалию, а также «моторные» формы дислалии и оптические дисграфию и дислексию. Эти виды речевой патологии у слабослышащих как по своей причинной обусловленности, так и по методам коррекционного воздействия приближаются к однотипным нарушениям речи у детей с нормальным слухом.

Что касается речевых расстройств, которые непосредственно связаны с неполноценностью слуховой функции, то они достаточно разнообразны. Однако если попытаться как-то объединить и обобщить все эти нарушения, то здесь правильнее всего будет говорить о недоразвитии у слабослышащих всех сторон речи из-за невозможности ее полноценного восприятия на слух. У них нарушается как понимание речи окружающих, так и собственная произносительная речь во всех ее основных звеньях (звукопроизношение, словарный запас, грамматический строй).

И это вполне понятно, поскольку речь у детей развивается путем подражания, а полноценно подражать полуслышимой речи невозможно.

Рассмотрим состояние у слабослышащих каждой из названных сторон речи.

Понимание речи (импрессивная речь) у этой категории детей страдает из-за неполноценности ее слухового восприятия. Ведь прежде чем понять сказанное, нужно его правильно воспринять, то есть правильно услышать, а при сниженном слухе это далеко не всегда воз-

можно. Слабослышащий ребенок вообще не воспринимает на слух некоторые звуковые частоты, что лишает его возможности различения многих звуков. Так, высокочастотные звуки **«с»** и **«ц»** в словах типа **«свет — цвет»** в условиях проведенного нами специального исследования не воспринимали на слух 84 % слабослышащих учащихся даже с преимущественно первой степенью тугоухости. А это значит, что для них существенно затруднено слуховое восприятие, а следовательно, и понимание тех слов, в состав которых входят эти звуки. Но ведь большинство слабослышащих не различают на слух далеко не одну пару звуков. Тогда каким же образом им удается понимать речь окружающих?

Правильному пониманию речи в условиях неполного ее восприятия может способствовать следующее.

Во-первых, *учет конкретной ситуации речевого общения*. Допустим, ребенок, не различающий на слух звуки **«п»** и **«б»**, слышит в разговоре слово **«бочка»**, которое для него звучит неотличимо от слова **«почка»**. Если общая тема разговора посвящена разного рода заготовкам, то слабослышащий поймет, что речь идет о бочке для засолки овощей, а не о почке, которую можно застудить или которая может болеть. Если же говорят об операциях или болезнях, то это же самое сомнительное слово даже в условиях его изолированного произнесения будет истолковано в соответствии с темой разговора. И, наконец, третье толкование этому слову будет дано в ситуации сбора сосновых или ольховых почек.

Во-вторых, *учет смысла соседних слов*. Например, ребенок, не способный различить по слуху слова **«тушь»**

и **«душ»**, безошибочно понимает их смысл в таких словосочетаниях: **«горячий (или холодный, теплый) душ»** и **«черная тушь»**.

В-третьих, *учет грамматической формы соседних слов*. Так, различению слов **«папа»** и **«мама»** может помочь ориентировка на окончание употребленного рядом с ними глагола прошедшего времени: **«мама пришла»**, тогда как **«папа пришел»**.

В-четвертых, зрительное восприятие артикуляции сомнительных звуков, играющих решающую роль для понимания смысла слов. Естественно, что речь здесь может идти только о различающихся «по виду» звуках — типа **«с»** и **«ш»**, **«з»** и **«ж»**, **«п»** и **«т»**, **«б»** и **«д»** и т. п. Опора на зрительное восприятие артикуляции звуков поможет различить слова типа **«мишка»** и **«миска»**, **«папа»** и **«тата»**, **«белить»** и **«делить»** и т.п.

Подобными способами домысливания в условиях затрудненного восприятия речи нередко пользуются и нормально слышащие люди (например, при разговоре по телефону или в шумном помещении), для слабослышащих же такое затрудненное восприятие имеет место постоянно. *Однако для правильного домысливания необходимо иметь достаточный словарный запас и владеть основными грамматическими нормами языка.* То и другое у слабослышащих оставляет желать лучшего, что будет видно из дальнейшего изложения. Следовательно, в вопросах понимания речи им трудно полностью компенсировать свою слуховую недостаточность, однако усовершенствование лексико-грамматической стороны речи улучшит в том числе и возможность ее понимания.

Словарный запас слабослышащих детей отличается целым рядом своеобразных особенностей, типичных именно для этой категории детей. Основные из них следующие.

1. *Малый запас слов*. Их именно мало, потому что ребенок со значительной степенью снижения слуха лишь немногое может самостоятельно уловить из речи окружающих и тем более прочно усвоить (имеются в виду те случаи, когда с ним не проводится никакой специальной работы по обогащению словаря).

2. *Неточность понимания значений употребляемых ребенком слов*, выражающаяся в большинстве случаев в расширении и размытости этих значений. Так, название предмета может заменяться названием действия, признака или другого предмета (**«умываться»** вместо **«умывальник»** или вместо **«мыло»**; **«горячий»** вместо **«утюг»**; **«температура»** вместо **«термометр»** и т. п.). Приведенные примеры во многом объясняются все той же бедностью словарного запаса — как говорится, не до тонкостей, лишь бы уловить, о чем вообще идет речь и подобрать хоть сколько-нибудь подходящее слово...

3. *Замены близких по звучанию слов*, что характерно и для процесса восприятия речи (так называемые «ослышки»). Слабослышащий нередко улавливает лишь общий ритмический рисунок слова, то есть количество слогов в нем и место ударения. С этой точки зрения слова внутри каждой из приведенных ниже групп могут восприниматься ребенком как одинаковые: **кочка** — **горка** — **кошка** — **норка** — **порка**; **молоток** — **потолок** — **порошок** — **петушок**; **ворота** — **ворона** — **хороший**.

4. *Искажение окончаний слов, нередко до полной неузнавамости слова*, например: **«мой»** вместо **«мост»**; **«пароль»** вместо **«паром»**. Такие особенности произношения слов типичны именно для детей со сниженным слухом, что объясняется безударностью большинства окончаний в русском языке, а значит, недостаточной разборчивостью их звучания. В таком приблизительном, усеченном виде они и усваиваются детьми. Это лишний раз свидетельствует о необходимости особенно четкого проговаривания каждого слова в процессе общения со слабослышащим ребенком.

5. *Опускание безударных приставок и суффиксов* по причине недостаточно хорошей слышимости тех и других, например: **«бежали»** вместо **«побежали»** или вместо **«прибежали»**; **«стол»** вместо **«столик»**.

6. *Выпадение согласных звуков при их стечении*, например: **«трау»** или **«рау»** вместо **«страус»** (последний глухой согласный тоже не слышен); **«лон»** вместо **«слон»**.

7. *Замены акустически близких звуков, не различаемых ребенком на слух*, что приводит к изменению смыслового значения слов (**«колос»** вместо **«голос»**, **«гардина»** вместо **«картина»**).

Нередко при произнесении одного и того же слова могут иметь место сразу несколько из перечисленных видов искажений, что изменяет слово до полной неузнаваемости, например: **«рата»** вместо **«трактор»**, **«арот»** вместо **«коробка»**. Все это вместе взятое позволяет судить о том, насколько неотчетливы и неустойчивы представления слабослышащего ребенка о смысловом значении и звуковом составе употребляемых им в речи слов.

Естественно, что это крайне затрудняет для него также процесс слухового восприятия и узнавания слов, произносимых окружающими людьми. Если бы даже ребенок правильно услышал сказанные слова (чего на самом деле нет), то ему было бы трудно соотнести их с имеющимися у него далеко не точными их «копиями». Единственный способ как-то исправить это положение заключается в четком и достаточно громком произнесении всех слов при разговоре со слабослышащим ребенком. Только в этом случае он получит реальную возможность для того, чтобы с самого начала усваивать все слова в их точном значении и правильном звуко-слоговом и грамматическом оформлении.

Грамматический строй речи по уже рассмотренным выше причинам у слабослышащих детей также грубо нарушен. Связь между словами в предложении в русском языке выражается в основном при помощи окончаний и предлогов, которые чаще всего являются безударными и которых дети со сниженным слухом поэтому просто не слышат. А это значит, что они уже с момента овладения речью не могут усвоить правила согласования слов в роде, числе и падеже, что приводит к тяжелому и трудно преодолеваемому аграмматизму. К тому же фразовая речь у этих детей часто просто отсутствует — имеется лишь набор грамматически не связанных между собой слов.

Звукопроизношение у слабослышащих детей тоже не может формироваться нормально ввиду неполноценного функционирования одного из ведущих в этом отношении анализаторов — речеслухового. (Как помним, в ходе становления у детей звукопроизношения рече-

слуховой анализатор именно «ведет» за собой речедвигательный.)

Не слыша многих речевых звуков или воспринимая их на слух в усеченном виде (выпадают некоторые из составляющих эти звуки частот), ребенок не может им правильно подражать. Это приводит к тому, что до 96 % слабослышащих учащихся даже в старших классах школы имеют дефекты в произношении звуков речи, причем преобладающими являются полиморфные формы нарушения (на одного ребенка приходится от 4 до 31 неправильно произносимых звуков).

3. Роль родителей в формировании речи слабослышащего ребенка

В течение всех лет школьного обучения педагогам с большим трудом и не всегда достаточно успешно приходится перевоспитывать изначально неправильно сформировавшуюся (или даже заново воспитывать вообще несформировавшуюся) речь слабослышащего ребенка. По этой причине хочется еще и еще раз призвать родителей к тому, чтобы они постарались уже *в самом раннем возрасте поставить развитие речи ребенка на правильные «рельсы»*. И сделать это можно только путем максимального обеспечения ее слышания, что достигается следующим:

- *достаточно громкой, небыстрой и отчетливой речью окружающих*, которую ребенок сможет лучше услышать и понять;
- *привлечением внимания ребенка к артикуляции говорящего*, что значительно облегчает восприятие им ре-

чи за счет дополнительного использования и более сохранного зрительного анализатора;

- *сокращением расстояния до ребенка во время речевого общения с ним*, что также улучшает слышимость речи;
- *обогащением словарного запаса ребенка*, поскольку знакомые слова всегда значительно легче воспринять и понять, чем впервые слышимые;
- *четким и достаточно громким проговариванием окончаний слов*, что позволит ребенку овладеть правильными грамматическими нормами речи.

Кроме того, зная о большой предрасположенности ребенка со сниженным слухом к дефектному произношению многих звуков, важно уже с самого раннего его возраста предпринимать в этом отношении необходимые профилактические меры (громкое и отчетливое произнесение звуков взрослыми и привлечение внимания ребенка к артикуляции говорящего, о чем уже упоминалось выше). Однако при этом не следует замыкаться лишь на чисто слуховой стороне проблемы. Важно также обратить внимание на правильность строения речевого аппарата ребенка и на подвижность его артикуляторных органов, поскольку и то и другое нередко бывает нарушено. Своевременное устранение этих не связанных с состоянием слуховой функции препятствий на пути к овладению правильным звукопроизношением значительно улучшит последнее даже при том же самом состоянии слуха.

Мы не касаемся здесь достаточно эффективных специальных методов обучения, практикуемых уже в дошкольном возрасте, а говорим лишь о «домашних»

средствах, доступных самим родителям и играющим очень большую роль в формировании у ребенка возможно более полноценной речи. Однако ни в коем случае не следует ограничиваться только этими средствами, а наряду с их *постоянным* использованием нужно в то же время в возможно более ранние сроки обратиться к специалистам.

Использованная литература

1. *Бельтюков В. И., Нейман Л. В.* Восприятие речи при нормальном и нарушенном слухе. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1958.

2. *Бельтюков В. И.* Роль слухового восприятия при обучении тугоухих и глухонемых произношению. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960.

3. *Бельтюков В. И.* Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи. — М.: Педагогика, 1977.

4. *Боскис Р. М.* Глухие и слабослышащие дети. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 63.

5. *Боскис Р. М.* Особенности речевого развития у детей при нарушениях слухового анализатора. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1953.

6. *Боскис Р. М.* Учителю о детях с нарушениями слуха. — М.: Просвещение, 1975.

7. *Власова Т. А.* О влиянии нарушения слуха на развитие ребенка. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1954.

8. *Власова Т. А.* Вопросы специального обучения и воспитания аномальных детей в СССР // Дефектология, № 6, 1972.

9. *Зикеев А. Г.* Развитие речи слабослышащих учащихся. — М., 1976.

10. *Коровин К. Г.* Усвоение основных грамматических понятий учащимися старших классов школы слабослышащих. — М., 1982.

11. Логопедия / Под ред. Л. С.Волковой. — М.: Просвещение, 1989.

12. *Нейман Л. В.* Слуховая функция у тугоухих и глухонемых детей. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961.

13. Основы специального обучения слабослышащих детей / Под ред. Р. М. Боскис. — М., 1968.

14. *Парамонова Л. Г.* Методические указания по выявлению и коррекции нарушений слуховой дифференциации звуков речи у слабослышащих школьников. — Л., 1981.

15. *Парамонова Л. Г.* Методические указания по выявлению и коррекции дефектов звукопроизношения и связанных с ними нарушений письма у слабослышащих учащихся 1-го отделения. — Л., 1984.

16. *Рау Ф. Ф., Нейман Л. В., Бельтюков В. И.* Использование и развитие слухового восприятия у глухонемых и тугоухих учащихся.— М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961.

17. Сурдопедагогика / Под ред. А. И. Дьячкова. — М., 1963.

18. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М.: Учпедгиз, 1959.

19. *Шкловский М. Л.* Расстройства слуха и речи в детском возрасте. — Каргосиздат, 1939.