

# ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ



Могилев 2015

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Учреждение образования  
«МОГИЛЕВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
имени А. А. КУЛЕШОВА»

# ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

Краткий курс лекций

Составитель  
*Н. М. Дудова*



Могилев  
МГУ имени А. А. Кулешова  
2015

*Электронный аналог печатного издания:*

Основы логопедии : краткий курс лекций /  
сост. Н.М. Дудова.

Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2014. – 56 с.

ISBN 978-985-568-125-1

Курс лекций по «Основам логопедии» может быть использован учащимися колледжа по специальности «Дошкольное образование». Данный материал поможет учащимся в освоении знаний о способах предупреждения речевых нарушений у дошкольников, а также методах распознавания и устранения дефектов речи.

**УДК 376.36 (075.8)**

**ББК 74.57я73**

Основы логопедии. – [Электронный ресурс] : курс лекций. –  
Электр. данные. – Могилев: МГУ имени А. А. Кулешова. –  
Загол. с экрана.

212022, г. Могилев,  
ул. Космонавтов, 1  
Тел.: 8-0222-28-31-51  
E-mail: alexpzn@mail.ru  
<http://www.msu.mogilev.by>

© Дудова Н.М., составление, 2015  
© МГУ имени А.А. Кулешова, 2015  
© МГУ имени А.А. Кулешова,  
электронный аналог, 2015

## **Тема 1. ВВЕДЕНИЕ В ЛОГОПЕДИЮ. ЛОГОПЕДИЯ, ЕЕ ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ**

**Логопедия** — наука о нарушениях развития речи, их преодолении и предупреждении посредством специального коррекционного обучения и воспитания.

Логопедия является одним из разделов специальной педагогики — дефектологии. Термин логопедия образован от греческих слов: *логос* (слово, речь), *пейдео* (воспитываю, обучаю), что в переводе обозначает «воспитание речи».

**Предметом** логопедии как научной дисциплины является изучение закономерностей обучения и воспитания лиц с нарушениями речи и связанными с ними отклонениями в психическом развитии. Логопедия подразделяется на **дошкольную, школьную и логопедию взрослых**.

В психологии различают две формы речи: внешнюю и внутреннюю. Внешняя речь включает следующие виды: устную (*диалогическую* и *монологическую*) и письменную.

Развитие речи ребенка может быть представлено в нескольких аспектах, связанных с постепенным овладением языком.

*Первый аспект* — развитие фонематического слуха и формирование навыков произнесения фонем родного языка.

*Второй аспект* — овладение словарным запасом и правилами синтаксиса. Активное овладение лексическими и грамматическими закономерностями начинается у ребенка в 2—3 г. и заканчивается к 7 г. В школьном возрасте происходит совершенствование приобретенных навыков на основе письменной речи.

Ко второму аспекту близко примыкает *третий*, связанный с овладением смысловой стороной речи. Наиболее ярко он выражен в период школьного обучения.

В психическом развитии ребенка речь имеет громадное значение, выполняя три главные функции: коммуникативную, обобщающую и регулирующую.

Отклонения в развитии речи отражаются на формировании всей психической жизни ребенка. Они затрудняют общение с окружающими, нередко препятствуют правильному формированию познавательных про-

цессов, влияют на эмоционально-волевую сферу. Под воздействием речевого дефекта часто возникает ряд вторичных отклонений, которые образуют картину аномального развития ребенка в целом. Вторичные проявления речевой недостаточности преодолеваются педагогическими средствами, и эффективность их устранения прямым образом связана с ранним выявлением структуры дефекта.

**Основные задачи логопедии состоят в следующем:**

- изучение закономерностей специального обучения и воспитания детей с нарушением речевого развития;
- определение распространенности и симптоматики нарушений речи у детей дошкольного и школьного возраста;
- исследование структуры речевых нарушений и влияние речевых расстройств на психическое развитие ребенка;
- разработка методов педагогической диагностики речевых расстройств и типологии речевых расстройств;
- разработка научно обоснованных методов устранения и предупреждения различных форм речевой недостаточности;
- организация логопедической помощи.

**Практический аспект** логопедии состоит в предупреждении, выявлении и устранении речевых нарушений. Теоретические и практические задачи логопедии взаимосвязаны.

Направление и содержание педагогических исследований речевой патологии у детей определяются принципами их анализа, составляющими метод логопедической науки: 1) принципом развития; 2) принципом системного подхода; 3) принципом рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития.

Логопедия имеет тесные междисциплинарные связи с другими науками, прежде всего с психологией, педагогикой, лингвистикой, психолингвистикой, языкознанием, физиологией речи, различными областями медицины.

### **Причины речевых нарушений**

Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают **неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) факторы, а также внешние условия окружающей среды.**

Основные **причины** патологии детской речи:

1. *Различная внутриутробная патология*, которая приводит к нарушению развития плода. Наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от 4 нед. до 4 мес. Возникновению

речевой патологии способствуют токсикоз при беременности, вирусные и эндокринные заболевания, травмы, несовместимость крови по резус-фактору и др.

2. *Родовая травма и асфиксия*<sup>1</sup> во время родов, которые приводят к внутричерепным кровоизлияниям.

3. *Различные заболевания в первые годы жизни ребенка.*

В зависимости от времени воздействия и локализации повреждения мозга возникают речевые дефекты различного типа. Особенно пагубными для развития речи являются частые инфекционно-вирусные заболевания, менинго-энцефалиты и ранние желудочно-кишечные расстройства.

4. *Травмы черепа, сопровождающиеся сотрясением мозга.*

5. *Наследственные факторы.*

В этих случаях нарушения речи могут составлять лишь часть общего нарушения нервной системы и сочетаться с интеллектуальной и двигательной недостаточностью.

6. *Неблагоприятные социально-бытовые условия*, приводящие к микросоциальной педагогической запущенности, вегетативной дисфункции, нарушениям эмоционально-волевой сферы и дефициту в развитии речи.

Раннее выявление детей с отклонениями в развитии в первую очередь проводится в семьях с «повышенным риском». К таким относятся:

- 1) семьи, где уже имеется ребенок с тем или иным дефектом;
- 2) семьи с умственной отсталостью, заболеванием шизофренией, нарушением слуха у одного из родителей или у обоих;
- 3) семьи, где матери перенесли во время беременности острое инфекционное заболевание, тяжелый токсикоз;
- 4) семьи, где имеются дети, перенесшие внутриутробную гипоксию<sup>2</sup>, природовую асфиксию, травму или же нейроинфекцию, черепно-мозговые травмы в первые месяцы жизни.

### **Классификация нарушений речи**

На основе психолингвистических критериев — нарушения языковых средств общения и нарушения в применении средств общения в процессе речевой коммуникации — **дефекты речи делятся на две группы.**

---

<sup>1</sup> **Асфиксия** — недостаточность кислородного снабжения мозга вследствие нарушения дыхания.

<sup>2</sup> **Гипоксия** — кислородное голодание.

(Р.Е. Левина)

К **первой группе** относятся следующие нарушения: фонетическое недоразвитие; фонетико-фонематическое недоразвитие; общее недоразвитие речи.

Ко **второй группе** относится заикание, при котором основой дефекта является нарушение коммуникативной функции речи при сохранении языковых средств общения.

### **Особенности развития речи детей дошкольного возраста**

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

Речь не является врожденной способностью, а развивается в процессе онтогенеза<sup>3</sup> — индивидуальное развитие организма от момента его зарождения до конца жизни.) параллельно с физическим и умственным развитием ребенка и служит показателем его общего развития. Усвоение ребенком родного языка проходит со строгой закономерностью и характеризуется рядом черт, общих для всех детей. Для того чтобы понять патологию речи, необходимо четко представлять весь путь последовательного речевого развития детей в норме, знать закономерности этого процесса и условия, от которых зависит его успешное протекание.

Кроме того, нужно четко представлять каждый этап речевого развития ребенка, каждый «качественный скачок», чтобы вовремя заметить те или иные отклонения в этом процессе.

Знание закономерностей речевого развития детей необходимо также и для правильной диагностики нарушений речи.

И наконец, знание законов развития речи детей в процессе онтогенеза необходимо и для того, чтобы правильно построить всю коррекционно-воспитательную работу по преодолению речевой патологии.

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

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

1-й — подготовительный — до одного года;

2-й — преддошкольный этап первоначального овладения языком — до 3 лет;

3-й — дошкольный — до 7 лет;

4-й — школьный.

---

<sup>3</sup> Онтогенез (от греч. *ontos* — сущее, *genesis* — происхождение, развитие).

## Тема 2. ДИСЛАЛИЯ

В настоящее время **дислалия**<sup>1</sup> определяется как нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

По этиологическому<sup>2</sup> признаку дислалию подразделяют на два вида: механическую (органическую) и функциональную.

### **Механическая дислалия. Ее причины**

Механической (органической) дислалией называют такой вид неправильного звукопроизношения, который вызывается органическими дефектами периферического речевого аппарата, его костного и мышечного строения.

Сравнительно часто причиной механической дислалии является укороченная уздечка языка (подъязычная связка). При этом дефекте оказываются затрудненными движения языка, так как слишком короткая уздечка не дает ему возможности высоко подниматься (при верхних звуках). Кроме того, дислалия может быть вызвана и тем, что язык или слишком большой, едва уместающийся во рту и от этого неповоротливый, или слишком маленький и узкий, что также затрудняет правильную артикуляцию.

Дефекты строения челюстей ведут к аномалии прикуса. Следует сказать, что нормальным считается такой прикус, когда при смыкании челюстей верхние зубы слегка прикрывают нижние. Аномалии прикуса могут иметь несколько вариантов.

**Прогнатия** — верхняя челюсть сильно выдается вперед. В результате этого нижние передние зубы не смыкаются вовсе с верхними.

**Прогения** — нижняя челюсть выступает вперед, передние зубы нижней челюсти выступают впереди передних зубов верхней челюсти.

**Открытый прикус** — между зубами верхней и нижней челюстей при их смыкании остается промежуток. В одних случаях этот промежуток только между передними зубами (передний открытый прикус).

Боковой открытый прикус может быть левосторонним, правосторонним и двусторонним.

Неправильное строение зубов, зубного ряда также может привести к дислалии. Например, при больших расщелинах между зубами язык в момент речи часто просовывается в них, искажая звукопроизношение.

<sup>1</sup> От греч. *dis* — расстройство и *lalia* — речь.

<sup>2</sup> Этиология — учение о причинах возникновения болезней (от греч. *aitia* — причина и *logos* — учение).

Регуляция зубов и челюстей проводится в зубных кабинетах врачом-стоматологом при помощи наложения на зубы специальных шин. Наибольший эффект наложение шин приносит в возрасте от 5 до 6 лет, когда кости еще достаточно пластичны.

Отрицательно сказывается на звукопроизношении и неправильное строение нёба. Узкое, слишком высокое («готическое») нёбо или, наоборот, низкое, плоское препятствует правильной артикуляции многих звуков.

Толстые губы, часто с отвислой нижней губой, или укороченная, малоподвижная верхняя губа затрудняют четкое произношение губных и губно-зубных звуков.

### **Функциональная дислалия. Ее причины**

Функциональной дислалией называется такой вид неправильного звукопроизношения, при котором не имеется никаких дефектов артикуляционного аппарата. Иными словами, нет никакой органической основы.

Одной из распространенных причин функциональной дислалии является неправильное воспитание речи ребенка в семье. Иногда взрослые, подлаживаясь под речь ребенка, умиляясь его забавному лепету, на протяжении длительного периода «сюсюкают» с малышом. В результате у него надолго задерживается развитие правильного звукопроизношения.

Дислалия может возникнуть у ребенка и по подражанию. Как правило, вредным для ребенка оказывается постоянное общение с малолетними детьми, у которых еще не сформировалось правильное звукопроизношение. Нередко малыш подражает искаженному звукопроизношению взрослых членов семьи. Особый вред приносит детям постоянное общение с людьми, у которых неясная, косноязычная или слишком торопливая, а иногда с диалектными особенностями речь.

Плохо сказывается на речи детей и двуязычие в семье. Разговаривая на разных языках, ребенок часто переносит особенности произношения одного языка на другой.

Часто причиной дислалии у детей является так называемая педагогическая запущенность, когда взрослые совершенно не обращают внимание на звукопроизношение ребенка, не поправляют ошибки малыша, не дают ему образец четкого и правильного произношения. Иначе говоря, речь ребенка не подвергается необходимому планомерному воздействию взрослых, что тормозит нормальное развитие произносительных навыков.

Дефекты звукопроизношения у детей могут быть вызваны и недоразвитием фонематического слуха. При этом у ребенка наблюдаются

затруднения в дифференциации звуков, различающихся между собой тонкими акустическими признаками, например, звонких и глухих согласных, мягких и твердых свистящих и шипящих. В результате таких затруднений развитие правильного звукопроизношения надолго задерживается.

В то же время недостатки звукопроизношения, особенно в тех случаях, когда они выражаются в замене звуков или в смешении их в словах, могут в свою очередь затруднять формирование фонематического слуха и в дальнейшем служить причиной общего недоразвития речи и нарушений письма и чтения.

Дислалия бывает также следствием недостаточной подвижности органов артикуляционного аппарата: языка, губ, нижней челюсти.

Она может быть вызвана и неумением ребенка удерживать язык в нужном положении или быстро переходить от одного движения к другому.

Дислалия у детей может быть вызвана также снижением слуха. На почве тугоухости возникает до 10% случаев нарушений звукопроизношения. Чаще всего при этом наблюдается затруднение в дифференциации шипящих и свистящих звуков, звонких и глухих согласных.

Причиной тяжелой и длительной дислалии может быть и недостаточное умственное развитие ребенка. У детей-олигофренов свыше 50% случаев отмечаются нарушения звукопроизношения.

### Разновидности дислалии

В соответствии с характером дефекта произношения, относящегося к определенной группе звуков, выделяются следующие виды дислалии:

1. **Сигматизм** (от названия греческой буквы *сигма*, обозначающей звук *с*) — недостатки произношения свистящих (*с, с', з, з', ц*) и шипящих (*ш, ж, ч, щ*) звуков. Один из самых распространенных видов нарушений произношения.

2. **Ротацизм** (от названия греческой буквы *ро*, обозначающей звук *р*) — недостатки произношения звуков *р* и *р'*.

3. **Ламбдацизм** (от названия греческой буквы *ламбда*, обозначающей звук *л*) — недостатки произношения звуков *л* и *л'*.

4. **Дефекты произношения небных звуков**: каппацизм — звуков *к* и *к'*; гаммацизм — звуков *г* и *г'*; хитизм — звуков *х* и *х'*; йотацизм — звука *й* (от названий греческих букв *каппа, гамма, хи, йота*, обозначающих соответственно звуки *к, г, х, и*).

5. **Дефекты озвончения** — недостатки произношения звонких согласных звуков. Эти дефекты выражаются в замене звонких согласных звуков парными глухими звуками: *б-п, д-т, в-ф, з-с, ж-ш, г-к* и т. д.

Этот недостаток часто встречается у детей, страдающих тугоухостью.

**6. Дефекты смягчения** — недостатки произношения мягких согласных звуков, заключающиеся в основном в замене их парными твердыми, например *д'-д, п'-п, к'-к, р'-р* и т. д.

Исключение составляют только звуки *ш, ж, ц*, не имеющие мягких пар, и звуки *ч, щ, и*, которые произносятся всегда мягко и не имеют твердых пар.

### **Система коррекционной работы**

Всю систему логопедической работы по формированию правильно-го звукопроизношения можно условно разделить на два этапа:

**I этап — подготовительный.** Основными его задачами являются:

а) развитие слухового внимания, слуховой памяти и фонематического восприятия;

б) устранение недостаточности развития речевой моторики, проведение подготовительных артикуляционных упражнений для развития подвижности органов периферического речевого аппарата.

**II этап — формирование произносительных умений и навыков.**

В задачи этого этапа входит:

а) устранение неправильного звукопроизношения;

б) развитие у детей умения дифференцировать в произношении звуки, сходные по артикуляции или по звучанию;

в) формирование произносительных умений и навыков в различных видах самостоятельной речи детей.

Раскроем содержание и методы работы для каждого из этапов.

### **Формирование произносительных умений и навыков**

Занятия по исправлению дефектов произношения проводят в определенной последовательности. Все артикуляционные упражнения распределяются по следующим видам:

1) постановка звука;

2) автоматизация навыка произношения звука в слогах (прямых, обратных, открытых, закрытых, со стечением согласных);

3) автоматизация навыка произношения звука в словах;

4) автоматизация навыка произношения звука в предложениях;

5) дифференциация сходных по звучанию или артикуляции звуков;

6) автоматизация звука в разговорной речи.

Для ведения логопедических занятий нужны зеркало, набор зондов, шпатели, вата, спирт; набор дидактического и иллюстративного матери-

ала; индивидуальные тетради для записи домашних заданий, словари, специальная литература, протоколы речевого обследования логопатов.

При постановке правильного произношения звуков пользуются тремя основными способами.

**Первый способ** основан на подражании. Пользуясь слухом, зрением, тактильно-вибрационными и мышечными ощущениями, ребенок воспринимает звучание и артикуляцию фонемы и сознательно пытается воспроизвести требуемые движения речевых органов, требуемое звучание. При этом непосредственное слуховое восприятие звучания, восприятие видимых речевых движений, в том числе собственных (с помощью зеркала), ощущение рукой струи выдыхаемого воздуха, вибрации гортани могут быть дополнены восприятием работы речевых органов, отображенной с помощью различных пособий.

В практике применяются разнообразные пособия, начиная с простой полоски бумаги, отклоняющейся под действием струи выдыхаемого воздуха, и кончая различными электроакустическими приборами, преобразующими звук или вибрации частей речевого аппарата в зрительные сигналы («ДВИН», виброскоп и др.).

В тех случаях, когда не удается получить нужную артикуляцию по подражанию целиком, приходится сначала довольствоваться воспроизведением отдельных ее элементов. Иногда малоподвижность или недостаточная управляемость речевых органов вынуждает прибегать к целой системе подготовительных артикуляционных упражнений, к своеобразной артикуляционной гимнастике.

**Второй способ** состоит в механическом воздействии на речевые органы при помощи каких-либо приспособлений (шпатель, зонд). При этом способе используется некоторая исходная артикуляция, и на ее основе механическим путем речевые органы пассивно приводятся в требуемое положение или движение. Связанные с определенным положением или движением речевых органов кинестетические раздражения в сочетании с сопутствующими им слуховыми раздражениями закрепляются в коре головного мозга в виде системы следов, что в дальнейшем является предпосылкой для активного, произвольного воспроизведения требуемой артикуляции.

**Третий способ** — смешанный. При нем механическое воздействие на речевые органы служит для того, чтобы помочь более полному и точному воспроизведению требуемой артикуляции, осуществляемому в основном путем подражания и с помощью словесных пояснений.

### Тема 3. ДИЗАРТРИЯ

**Дизартрия** — нарушение звукопроизводительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Термин «дизартрия» образован от греческих слов *arthson* — сочленение и *dys* — частица, означающая расстройство.

Основные проявления дизартрии состоят в расстройстве артикуляции звуков, нарушениях голосообразования, а также в изменениях темпа речи, ритма и интонации.

Названные нарушения проявляются в разной степени и в различных комбинациях в зависимости от локализации поражения в центральной или периферической нервной системе, от тяжести нарушения, от времени возникновения дефекта.

Нарушения артикуляции и фонации, затрудняющие, а иногда и полностью препятствующие членораздельной звучной речи, составляют так называемый первичный дефект, который может привести к возникновению вторичных проявлений, осложняющих его структуру.

Клиническое, психологическое и логопедическое изучение детей с дизартрией показывает, что эта категория детей очень неоднородна с точки зрения двигательных, психических и речевых нарушений. Причинами дизартрии являются органические поражения ЦНС в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на развивающийся мозг ребенка во внутриутробном и раннем периодах развития. Чаще всего это внутриутробные поражения, являющиеся результатом острых, хронических инфекций, кислородной недостаточности (гипоксии), интоксикации, токсикоза беременности и ряда других факторов, которые создают условия для возникновения родовой травмы. В значительном числе таких случаев при родах у ребенка возникает асфиксия, ребенок рождается недоношенным.

Причиной дизартрии может быть несовместимость по резус-фактору. Несколько реже дизартрия возникает под воздействием инфекционных заболеваний нервной системы в первые годы жизни ребенка.

Дизартрия нередко наблюдается у детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). По данным Е.М. Мاستюковой, дизартрия при ДЦП проявляется в 65—85% случаев.

Классификация клинических форм дизартрии основывается на выделении различной локализации поражения мозга. Дети с различными формами дизартрии отличаются друг от друга специфическими дефектами звукопроизношения, голоса, артикуляционной моторики, нуждаются в различных приемах логопедического воздействия и в разной степени поддаются коррекции.

## Формы дизартрии

**Булбарная дизартрия** (от лат. *bulbus*. — луковица, форму которой имеет продолговатый мозг) проявляется при заболевании (воспалении) или опухоли продолговатого мозга. При этом разрушаются расположенные там ядра двигательных черепно-мозговых нервов (языкоглоточного, блуждающего и подъязычного, иногда тройничного и лицевого).

Характерным является паралич, или парез мышц глотки, гортани, языка, мягкого нёба. У ребенка с подобным дефектом нарушается глотание твердой и жидкой пищи, затруднено жевание. Недостаточная подвижность голосовых складок, мягкого нёба приводит к специфическим нарушениям голоса: он становится слабым, назализованным. В речи не реализуются звонкие звуки. Парез мышц мягкого нёба приводит к свободному проходу выдыхаемого воздуха через нос, и все звуки приобретают выраженный носовой (назальный) оттенок.

У детей с описываемой формой дизартрии наблюдается атрофия мышц языка и глотки, снижается также тонус мышц (атония). Паретическое состояние мышц языка является причиной многочисленных искажений звукопроизношения. Речь невнятная, крайне нечеткая, замедленная. Лицо ребенка с булбарной дизартрией амимично.

### Подкорковая дизартрия

Возникает при поражении подкорковых узлов головного мозга. Характерным проявлением подкорковой дизартрии является нарушение мышечного тонуса и наличие гиперкинеза. Гиперкинез — насильственные произвольные движения (в данном случае в области артикуляционной и мимической мускулатуры), не контролируемые ребенком. Эти движения могут наблюдаться в состоянии покоя, но обычно усиливаются при речевом акте.

Меняющийся характер мышечного тонуса (от нормального к повышенному) и наличие гиперкинеза обуславливают своеобразные нарушения фонации и артикуляции. Ребенок может правильно произносить отдельные звуки, слова, короткие фразы (особенно в игре, в беседе с близкими или в состоянии эмоционального комфорта), и через мгновение он же оказывается не в состоянии произнести ни звука. Возникает артикуляторный спазм, язык становится напряженным, голос прерывается. Иногда наблюдаются произвольные выкрики, «прорываются» гортанные (фарингеальные) звуки. Дети могут произносить слова и фразы чрезмерно быстро или, наоборот, монотонно, с большими паузами между словами. Вятность речи страдает из-за неплавного переключения артикуляционных движений при произнесении звуков, а также из-за нарушения тембра и силы голоса.

Характерным признаком подкорковой дизартрии является нарушение просодической стороны речи — темпа, ритма и интонации.

Сочетание нарушения артикуляционной моторики с нарушениями голосообразования, речевого дыхания приводит к специфическим дефектам звуковой стороны речи, проявляющимся изменчиво в зависимости от состояния ребенка, и отражается главным образом на коммуникативной функции речи.

Иногда при подкорковой дизартрии у детей наблюдается снижение слуха, осложняющее речевой дефект.

#### **Мозжечковая дизартрия**

Характеризуется скандированной «рубленой» речью, иногда сопровождается выкриками отдельных звуков. В чистом виде эта форма у детей наблюдается редко.

#### **Корковая дизартрия**

Представляет большие трудности для выделения и распознавания. При этой форме нарушается произвольная моторика артикуляционного аппарата. По своим проявлениям в сфере звукопроизношения корковая дизартрия напоминает моторную алалию, так как прежде всего нарушается произношение сложных по звуко-слоговой структуре слов. У детей затрудняется динамика переключения от одного звука к другому, от одной артикуляционной позы к другой. Дети способны четко произносить изолированные звуки, но в речевом потоке звуки искажаются, возникают замены. Особенно трудны сочетания согласных звуков. При убыстренном темпе появляются запинки, напоминающие заикание.

Однако в отличие от детей с моторной алалией у детей с этой формой дизартрии не наблюдается нарушений в развитии лексико-грамматической стороны речи. Корковую дизартрию следует также отличать от дислалии. Дети с трудом воспроизводят артикуляционную позу, их затрудняет переход от одного звука к другому. При коррекции обращает на себя внимание тот факт, что дефектные звуки быстро исправляются в изолированном произнесении, но с трудом автоматизируются в речи.

#### **Псевдобульбарная дизартрия**

Наиболее часто встречающаяся форма детской дизартрии. Псевдобульбарная дизартрия является следствием перенесенного в раннем детстве, во время родов или во внутриутробном периоде органического поражения мозга в результате энцефалита, родовых травм, опухолей, интоксикации и др. У ребенка возникает псевдобульбарный паралич или парез, обусловленный поражением проводящих путей, идущих от коры головного мозга к ядрам языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов. По клиническим проявлениям нарушений в области мими-

ческой и артикуляционной мускулатуры он близок к бульбарному. Однако возможности коррекции и полноценного овладения звукопроизводительной стороной речи при псевдобульбарной дизартрии значительно выше.

В результате псевдобульбарного паралича у ребенка нарушается общая и речевая моторика. Малыш плохо сосет, поперхивается, захлебывается, плохо глотает. Из рта течет слюна, нарушена мускулатура лица.

Степень нарушения речевой или артикуляционной моторики может быть различной. Условно выделяют **три степени псевдобульбарной дизартрии**: легкую, среднюю, тяжелую.

1. Легкая степень псевдобульбарной дизартрии характеризуется отсутствием грубых нарушений моторики артикуляционного аппарата. Трудности артикуляции заключаются в медленных, недостаточно точных» движениях языка, губ. Расстройство жевания и глотания выявляется неярко, в редких поперхиваниях. Произношение у таких детей нарушено вследствие недостаточно четкой артикуляционной моторики, речь несколько замедленна, характерна смазанность при произнесении звуков. Чаще страдает произношение сложных по артикуляции звуков: *ж, ш, р, ц, ч*. Звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса. Трудны для произношения мягкие звуки, требующие добавления к основной артикуляции подъема средней части спинки языка к твердому нёбу.

Недостатки произношения оказывают неблагоприятные влияния на фонематическое развитие. Большинство детей с легкой степенью дизартрии испытывают некоторые трудности в звуковом анализе. При письме у них встречаются специфические ошибки замены звуков (*т-д, ч-ц* и др.). Нарушение структуры слова почти не наблюдается: то же относится к грамматическому строю и лексике. Некоторое своеобразие можно выявить только при очень тщательном обследовании детей, и оно не является характерным. Итак, основным дефектом у детей, страдающих псевдобульбарной дизартрией в легкой степени, является нарушение фонетической стороны речи.

Дети с подобным нарушением, имеющие нормальный слух и хорошее умственное развитие, посещают логопедические занятия в районной детской поликлинике, а в школьном возрасте — логопедический пункт при общеобразовательной школе. Существенную роль в устранении этого дефекта могут оказать родители.

2. Дети со средней степенью дизартрии составляют наиболее многочисленную группу. Для них характерна амимичность: отсутствие движе-

ний лицевых мышц. Ребенок не может надуть щеки, вытянуть губы, плотно сомкнуть их. Движения языка ограничены. Ребенок не может поднять кончик языка вверх, повернуть его вправо, влево, удержать в данном положении. Значительную трудность представляет переключение от одного движения к другому. Мягкое нёбо бывает часто малоподвижным, голос имеет назальный оттенок. Характерно обильное слюноотечение. Затруднены акты жевания и глотания.

Следствием нарушения функции артикуляционного аппарата является тяжелый дефект произношения. Речь таких детей обычно очень невнятная, смазанная, тихая. Характерна нечеткая из-за малоподвижности губ, языка артикуляция гласных, произносимых обычно с сильным носовым выдохом. Звуки *а* и *у* недостаточно четкие, звуки *и* и *ы* обычно смешиваются. Из согласных чаще сохраняются *п, т, м, н, к, х*. Звуки *ч* и *ц, р* и *л* произносятся приближенно, как носовой выдох с неприятным «хлопающим» призвуком. Выдыхаемая ротовая струя ощущается очень слабо. Чаще звонкие согласные заменяются глухими. Нередко звуки в конце слова и в сочетаниях согласных опускаются. В результате речь детей, страдающих псевдобульбарной дизартрией, оказывается настолько непонятной, что они предпочитают отмалчиваться. Наряду с обычно поздним развитием речи (в возрасте 5 — 6 лет) данное обстоятельство резко ограничивает для ребенка опыт речевого общения.

Дети с подобным нарушением не могут успешно обучаться в общеобразовательной школе. Наиболее благоприятные условия для их обучения и воспитания созданы в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи, где к этим учащимся осуществляется индивидуальный подход.

3. Тяжелая степень псевдобульбарной дизартрии — анартрия — характеризуется глубоким поражением мышц и полной бездейтельностью речевого аппарата. Лицо ребенка, страдающего анартрией, маскообразное, нижняя челюсть отвисает, рот постоянно открыт. Язык неподвижно лежит на дне ротовой полости, движения губ резко ограничены. Затруднены акты жевания и глотания. Речь отсутствует полностью, иногда имеются отдельные нечленораздельные звуки.

Дети с анартрией при хорошем умственном развитии также могут обучаться в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи, где благодаря специальным логопедическим методам успешно овладевают навыками письма и программой по общеобразовательным предметам.

Характерным для всех детей с псевдобульбарной дизартрией является то, что при искаженном произнесении звуков, входящих в состав

слова, они обычно сохраняют ритмический контур слова, т. е. число слогов и ударность. Как правило, они владеют произношением двусложных, трехсложных слов; четырехсложные слова нередко воспроизводятся отраженно.

Сложным для ребенка является произнесение стечений согласных: в этом случае выпадает один согласный (*белка* — «бека») или оба (*змея* — «ия»). Вследствие моторной трудности переключения от одного слога к другому встречаются случаи уподобления слогов (*посуда* — «посуся», *ножницы* — «носисы»).

Нарушение моторики артикуляционного аппарата приводит к неправильному развитию восприятия речевых звуков. Отклонения в слуховом восприятии, вызванные недостаточным артикуляционным опытом, отсутствие четкого кинестетического образа звука приводят к заметным трудностям при овладении звуковым анализом. В зависимости от степени речедвигательного нарушения наблюдаются различно выраженные затруднения в звуковом анализе.

Большинство специальных проб, выявляющих уровень звукового анализа, детям-дизартрикам недоступно. Они не могут правильно отобрать картинки, названия которых начинаются на заданный звук, придумать слово, содержащее определенный звук, проанализировать звуковой состав слова. Например, двенадцатилетний ребенок, три года прouchившийся в массовой школе, отвечая на вопрос, какие звуки в словах *полка*, *кот*, называет *п*, *а*, *к*, *а*; *к*, *а*, *т*, *а*. При выполнении задания отобрать картинки, названия которых содержат звук *б*, мальчик откладывает банку, барабан, подушку, платок, пилу, белку.

Дети с более сохранившимся произношением допускают меньше ошибок, например отбирают на звук *с* следующие картинки: сумку, осу, самолет, шар.

Детям, страдающим анартрией, такие формы звукового анализа недоступны.

Уровень владения звуковым анализом у подавляющего большинства детей-дизартриков является недостаточным для усвоения грамоты. Дети, поступившие в массовые школы, бывают совершенно не в состоянии усвоить программу 1-го класса. Особенно ярко отклонения в звуковом анализе проявляются во время слухового диктанта. Приведем образец письма мальчика, прouchившегося три года в массовой школе: *дом* — «дамы», *муха* — «муахо», *нос* — «оуш», *стул* — «уо», *глаза* — «нака» и т. п.

Другой мальчик после года пребывания в массовой школе пишет вместо *Дима идет гулять* — «Дима дапет гул ц»; *В лесу осы* — «Лусу осы»;

*Мальчик кормит кошку молоком* — «Малкин лали кашко малоко».

Наибольшее количество ошибок в письме детей, страдающих дизартрией, приходится на замены букв. Нередко встречаются замены гласных: *дети* — «дету», *зубы* — «зуби», *боты* — «буты», *мост* — «мута» и др.

Неточное, носовое произношение гласных звуков приводит к тому, что они почти не различаются по звучанию. Многочисленны и разнообразны замены согласных:

*л-р*: *белка* — «берка» *х-ч*: *мех* — «меч» *б-т*: *утка* — «убка» *г-д*: *гудок* — «дудок» *с-ч*: *гуси* — «гучи» *б-п*: *арбуз* — «арпус»

Характерными являются случаи нарушения слоговой структуры слова за счет перестановки букв (*книга* — «кинга»), пропуск букв (*шапка* — «шапа»), сокращение слоговой структуры из-за недописывания слогов (*собака* — «соба», *ножницы* — «ножи» и др.).

Нередки случаи полного искажения слов: *кровать* — «дамла», *пиромидка* — «макте», *железная* — «неаки» и др.

Такие ошибки наиболее характерны для детей с глубокими нарушениями артикуляции, у которых нерасчлененность звукового состава речи связана с искаженным звукопроизношением.

Кроме того, в письме детей-дизартриков распространены такие ошибки, как неправильное употребление предлогов, неверные синтаксические связи слов в предложении (согласование, управление) и др. Эти нефонетические ошибки тесным образом связаны с особенностями овладения детьми-дизартриками устной речью, грамматическим строем, словарным запасом.

Как уже отмечалось выше, непосредственным результатом поражения артикуляционного аппарата являются трудности произношения, которые приводят к недостаточному четкому восприятию речи на слух. Общее речевое развитие детей с грубыми расстройствами артикуляции протекает своеобразно. Позднее начало речи, ограниченный речевой опыт, грубые дефекты произношения приводят к недостаточному накоплению словаря и отклонениям в развитии грамматического строя речи. Большинство детей с расстройствами артикуляции имеют отклонения в словарном запасе, не знают обиходных слов, часто смешивают слова, ориентируясь на сходство по звуковому составу, ситуацию и т. п.

Многие слова употребляются неточно, вместо нужного названия ребенок использует то, которое обозначает сходный предмет (*петля* — *дырка*, *ваза* — *кувшин*, *желудь* — *орех*, *гамак* — *сетка*) или связано с данным словом ситуационно (*рельсы* — *шпалы*, *наперсток* — *палец*).

Характерными для детей-дизартриков являются довольно хорошая ориентировка в окружающей обстановке, запас обиходных сведений и

представлений. Например, дети знают и могут найти на картинке такие предметы, как качели, колодец, буфет, вагон; определить профессию (летчик, учитель, шофер и др.); понять действия лиц, изображенных на картинке; показать предметы, окрашенные в тот или иной цвет. Однако отсутствие речи или ограниченное пользование ею приводят к расхождению между активным и пассивным словарем.

Уровень освоения лексики зависит не только от степени нарушения звукопроизводительной стороны речи, но и от интеллектуальных возможностей ребенка, социального опыта, среды, в которой он воспитывается.

Для детей-дизартриков, как и вообще для детей с общим недоразвитием речи, характерно недостаточное владение грамматическими средствами языка.

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

Чтение детей-дизартриков обычно крайне затруднено за счет малоподвижности артикуляционного аппарата, трудностей в переключении от одного звука к другому. Большой частью оно послоговое, интонационно не окрашенное. Понимание читаемого текста недостаточное. Например, мальчик, прочитав слово *стул*, показывает на стол, прочитав слово *котел*, показывает картинку, изображающую козла (*котел* — *козел*), и т. п.

Данные особенности речевого развития детей с дизартрией показывают, что они нуждаются в систематическом специальном обучении, направленном на преодоление дефектов звуковой стороны речи, развитие лексического запаса и грамматического строя речи, исправление нарушений письма и чтения. Такие коррекционные задачи решаются в специальной школе для детей с нарушениями речи, где ребенок получает образование в объеме девятилетней общеобразовательной школы.

Дети дошкольного возраста с дизартрией нуждаются в целенаправленных логопедических занятиях по формированию фонетического и лексико-грамматического строя речи. Проводятся такие занятия в специальных дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи. В ряде городов Советского Союза в этих детских садах комплектуются группы детей с однородным дефектом — дизартрией.

## Тема 4. РИНОЛАЛИЯ

### Формы ринолалии

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

#### Закрытая ринолалия

Закрытая ринолалия (Термин «ринолалия» уместен лишь в тех случаях, когда имеются и другие нарушения артикуляции звуков. В остальных случаях употребляется термин «ринофония») характеризуется пониженным физиологическим носовым резонансом во время произношения звуков речи. Самый сильный резонанс в норме наблюдается при произнесении носовых *м, м', н, н'*. В процессе артикуляции этих звуков носоглоточный затвор остается открытым и воздух проникает в носовую полость. Если же носовой резонанс отсутствует, эти фонемы звучат как ротовые *б, б', д, д'*.

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

Причинами закрытой ринолалии чаще всего являются органические изменения в носовом пространстве или функциональные расстройства нёбно-глоточного смыкания. Органические изменения бывают вызваны болезненными явлениями, в результате которых уменьшается проходимость носа и затрудняется носовое дыхание. *Передняя закрытая ринолалия* возникает при хронической гипертрофии слизистой носа, главным образом задних отделов нижних раковин, при полипах в носовой полости, при искривлении перегородки носа и при опухолях носовой полости. *Задняя закрытая ринолалия* у детей чаще всего является следствием больших аденоидных разрастаний, изредка носоглоточных полипов, фибромы или других носоглоточных опухолей.

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

При органической закрытой ринолалии прежде всего устраняют причины непроходимости носовой полости. Как только появляется пра-

вильное носовое дыхание, исчезает и дефект. Если же после устранения непроходимости носовой полости (например, после аденотомии) закрытая ринолалия или ринофония продолжается в обычной форме, прибегают к тем же упражнениям, что и при функциональных нарушениях. При функциональной закрытой ринолалии детей систематически упражняют в произнесении носовых звуков. Проводится подготовительная работа по дифференциации ротового и носового вдоха и выдоха.

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

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

Заключительными являются упражнения на громкое краткое и длительное произнесение гласных звуков. Кроме того, используются вокальные упражнения.

Продолжительность коррекционной работы при функциональной закрытой ринофонии небольшая. При ринолалии сроки длиннее и их бывает трудно предсказать заранее. Это объясняется тем, что при функциональной закрытой ринолалии требуется также устранение дефектов артикуляции звуков. Кроме того, у детей с данной формой ринолалии часто наблюдаются некоторые особенности психического развития.

### **Открытая ринолалия**

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

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

**Открытая ринолалия может быть органической и функциональной.**

Органическая открытая ринолалия бывает врожденной или приобретенной.

Наиболее частой причиной *врожденной формы* является расщепление мягкого и твердого нёба.

*Приобретенная открытая ринолалия* образуется при травме ротовой и носовой полости или в результате приобретенного паралича мягкого нёба.

Причины возникновения функциональной открытой ринолалии могут быть разными. Например, она бывает при фонации у детей с вялой, артикуляцией мягкого нёба. Функциональная открытая форма проявляется при истерии, иногда как самостоятельный дефект, иногда как подражательный.

Одна из функциональных форм — *привычная открытая ринолалия*, наблюдаемая, например, после удаления больших аденоидных разрастаний, возникает в результате длительного ограничения подвижности мягкого нёба.

Функциональное обследование при открытой ринолалии не обнаруживает органических изменений твердого или мягкого нёба. Признаком функциональной открытой ринолалии служит также то, что обычно нарушается произношение только гласных звуков, в то время как при произношении согласных нёбно-глоточное смыкание хорошее и назализации не происходит.

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

Ринолалия, обусловленная врожденным несращением губы и нёба, представляет серьезную проблему для логопедии и целого ряда наук медицинского цикла (хирургической стоматологии, ортодонтии, отоларингологии, медицинской генетики и др.). Расщелины губы и нёба яв-

ляются наиболее распространенным и тяжелым врожденным пороком развития.

В результате этого дефекта у детей в процессе их физического развития возникают серьезные функциональные расстройства.

У детей с врожденным несращением губы и нёба очень затруднен акт сосания. Особенные трудности он представляет у детей со сквозной расщелиной губы и нёба, а при двусторонних сквозных расщелинах этот акт вообще невозможен.

Затрудненное вскармливание приводит к ослаблению жизненных сил, и ребенок становится восприимчивым к различным заболеваниям. В наибольшей степени дети с расщелинами предрасположены к катару верхних дыхательных путей, бронхиту, пневмонии, рахиту, анемии.

Нередко у таких детей наблюдаются патологические изменения в лорорганах: искривления носовой перегородки, деформации крыльев носа, аденоиды, гипертрофии (увеличения) миндалин. Зачастую у них возникают воспалительные процессы в носовой области. Воспалительный процесс может перейти со слизистой оболочки носа и глотки на евстахиевы трубы и вызвать воспаление среднего уха.

Частые отиты, нередко принимающие хроническое течение, служат причиной понижения слуха. Примерно 60–70% детей с расщелинами нёба имеют снижение слуха различной степени (чаще на одно ухо) — от небольшого снижения, не препятствующего восприятию речи, до значительной тугоухости.

С отклонениями в анатомическом строении губы и нёба тесно связаны недоразвитие верхней челюсти и неправильный прикус с дефектным расположением зубов.

Многочисленные функциональные нарушения, вызванные дефектом строения губы и нёба, требуют постоянного врачебного наблюдения.

В нашей стране созданы условия для комплексного лечения в специализированных центрах при НИИ травматологии, при кафедрах хирургической стоматологии, а также в других учреждениях, где осуществляется большая лечебно-профилактическая работа.

Врачи различных специальностей наблюдают детей и сообща принимают план комплексного лечения.

В течение первых лет жизни ребенка ведущая роль принадлежит педиатру, который руководит вскармливанием и режимом дня малыша, осуществляет профилактику и проводит лечение, в случае необходимости рекомендует амбулаторное или стационарное лечение.

Операция по восстановлению верхней губы (хейлопластика) рекомендуется в первый год жизни ребенка; часто ее производят в родильных домах в первые дни после рождения.

В случаях расщелины нёба стоматолог-ортодонт применяет различные приспособления, в том числе obturator, которые облегчают питание и создают условия для развития речи в дооперационный период. Отоларинголог выявляет и лечит все болезненные изменения в ушной, носовой полостях, в носоглотке и гортани и подготавливает детей к операции.

При отклонениях в умственном развитии и наличии выраженных невротических реакций ребенка консультирует невропатолог.

Операция восстановления нёба (уранопластика) проводится в большинстве случаев в дошкольном возрасте.

По состоянию психического развития дети с расщелинами нёба делятся на три категории: дети с нормальным психическим развитием; дети с задержкой умственного развития; дети с олигофренией (разной степени). При неврологическом обследовании признаки выраженного очагового поражения головного мозга, как правило, не наблюдаются. У некоторых детей имеются отдельные неврологические микропризнаки. Намного чаще у детей отмечаются функциональные нарушения нервной системы, иногда значительно выраженные психогенные реакции, повышенная возбудимость.

Помимо всего вышесказанного, врожденные расщелины нёба оказывают отрицательное влияние на развитие речи ребенка.

Расщелины губы и нёба играют различную роль в формировании речевого недоразвития. Это зависит от величины и формы анатомического дефекта.

Встречаются следующие виды расщелин:

- 1) расщелина верхней губы; верхней губы и альвеолярного отростка;
- 2) расщелины твердого и мягкого нёба;
- 3) расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и нёба — одно и двусторонние;
- 4) подслизистые (субмукозные) расщелины нёба.

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

Типичным является наложение на назализованные звуки дополнительных шумов, таких, как придыхание, храп, гортанность и др.

Возникает специфическое нарушение тембра голоса и звукопроизношения.

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

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

При попытке произнести звуки *п, б, ф, в* ребенок с ринолалией использует «свои» методы. Звуки заменяются глоточным щелчком, который очень своеобразно характеризует речь ребенка с тяжелой формой ринолалии. Специфический щелчок, напоминающий звук клапана, образуется при соприкосновении надгортанника с задней частью языка.

Прямое соответствие между величиной нёбного дефекта и степенью искажения речи не установлено. Это объясняется большими индивидуальными различиями в конфигурации носовой и ротовой полостей у детей, соотношении резонирующих полостей и компенсаторных приемов, которые использует каждый ребенок для повышения внятности своей речи. Кроме того, внятность речи зависит от возрастных и индивидуально-психологических особенностей детей.

Логопедические занятия с ребенком необходимо начинать в дооперационный период, чтобы предотвратить возникновение серьезных изменений в функционировании органов речи. На данном этапе подготавливается активность мягкого нёба, нормализуется положение корня языка, усиливается мышечная деятельность губ, вырабатывается направленный ротовой выдох. Все это, вместе взятое, создает благоприятные условия для повышения эффективности операции и последующей коррекции. Через 15—20 дней после операции специальные упражнения повторяют; но теперь основной целью занятий является развитие подвижности мягкого нёба.

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

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

Ранняя коррекция отклонений речевого развития у детей с ринолалией имеет необычайно важное социальное и психолого-педагогическое значение для нормализации речи, предотвращения трудностей в обучении и выборе профессии.

Постановка коррекционных задач определяется результатами обследования речи детей.

### **Задачи и содержание коррекционной работы**

Формирование фонетически правильной речи у детей дошкольного возраста, имеющих врожденную расщелину нёба, направлено на решение нескольких взаимосвязанных задач:

- 1) нормализация «ротового выдоха», т. е. выработка длительной ротовой струи при произнесении всех звуков речи, кроме носовых;
- 2) выработка правильной артикуляции всех звуков речи;
- 3) устранение назального оттенка голоса;
- 4) воспитание навыков дифференциации звуков с целью предупреждения дефектов звукового анализа;
- 5) нормализация просодической стороны речи;
- 6) автоматизация приобретенных навыков в свободном речевом общении.

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

При коррекции звуковой стороны речи усвоение правильных навыков звукопроизношения проходит несколько этапов. Первый этап — этап «предречевых» упражнений — включает следующие виды работы:

- 1) дыхательные упражнения;
- 2) артикуляционная гимнастика;
- 3) артикуляция изолированных звуков или квазиартикуляция (так как изолированное произнесение звуков нетипично для речевой деятельности);
- 4) слоговые упражнения.

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

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

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

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

Все этапы усвоения звуковой системы обеспечиваются двумя категориями факторов:

- 1) бессознательными (через вслушивание и воспроизведение);

2) сознательными (через усвоение артикуляционных укладов и фонологических признаков звуков).

Участие названных факторов в усвоении звуковой системы различно в зависимости от возраста ребенка и от этапа коррекции.

## Тема 5. АЛАЛИЯ

Алалия является одним из наиболее тяжелых дефектов речи, при котором ребенок практически лишен языковых средств общения: речь его самостоятельно и без логопедической помощи не формируется.

**Алалия** (от греч. *a* — частица, означающая отрицание, и лат. *lalia* — речь) — отсутствие речи или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи).

Дети-алалики представляют собой разнородную в педагогическом отношении группу и различаются по степени выраженности дефекта и продуктивности коррекционной работы.

Алалия наблюдается у детей с сохранными периферическим слухом и артикуляционным аппаратом, имеющих достаточные для развития речи интеллектуальные возможности.

Отсутствие речи резко ограничивает полноценное развитие и общение ребенка с окружающими. А это в свою очередь приводит к постепенному отставанию в умственном развитии, которое в данном случае носит вторичный характер. Дети-алалики существенно отличаются от олигофренов (умственно отсталых): по мере становления речи и под воздействием специального обучения интеллектуальное отставание постепенно исчезает.

**Причины**, вызывающие нарушения формирования речи, связаны с органическими поражениями ЦНС. К ним относятся: воспалительные, травматические поражения головного мозга (осложнения после менинго-энцефалита, краснухи, травм); кровоизлияния в мозг вследствие тяжелых и быстрых родов; обменные нарушения в период внутриутробного развития плода, во время родового акта, а также в период раннего развития ребенка в возрасте от одного месяца до одного года (Н.Н. Трауготт, В.К. Орфинская, М.Б. Эйдинова и др.). Кроме того, возникновение алалии возможно у детей, перенесших тяжелый рахит, сложные заболевания дыхательной системы, нарушения сна и питания в ранние месяцы жизни (Э. Фрешельс, Ю.А. Флоренская, Н.И. Красногорский и др.).

В зависимости от преимущественной локализации поражения речевых областей больших полушарий головного мозга (центр Вернике, центр Брока) различают две **формы** алалии: **моторную и сенсорную**.

Моторная алалия связана с нарушением деятельности речедвигательного анализатора, а сенсорная — с нарушением речеслухового анализатора. Однако такое деление в настоящее время уже не исчерпывает всего многообразия проявлений алалии у детей.

### **Моторная алалия**

Моторная алалия является результатом органического нарушения центрального характера. Такой нездоровый неврологический фон в сочетании с грубым отставанием в речевом развитии приводит к снижению речевой активности, возникновению речевого негативизма (нежелание говорить), постепенному отставанию в психическом и интеллектуальном развитии. Известный исследователь детской речи А.Б. Богданов-Березовский указывал на то, что детские афазии (алалии) не только связаны с нарушениями определенных участков мозга, вследствие чего возникает расстройство всей речевой функции, но также обязательно находят отражение в общей сфере интеллекта.

К проявлениям неврологической недостаточности часто присоединяется и неправильный воспитательный подход со стороны родителей, вызванный чаще всего чрезмерно бережным, щадящим отношением к нездоровому, слабому ребенку. К таким детям снижаются требования, близкие стараются оградить их даже от необходимого и вполне посильного труда. А это в свою очередь усугубляет негативные личностные особенности ребенка: часто он становится более упрямым, капризным, раздражительным.

Навыки самостоятельного бытового самообслуживания у таких детей недостаточны: они плохо одеваются, не умеют застегивать пуговицы, шнуровать ботинки, завязывать бант и т. д. Нарушена и общая моторика: дети неловко двигаются, чаще обычного спотыкаются и падают, не могут прыгать на одной ноге, пройти по бревну, ритмично подвигаться под музыку и т. п. Отстает развитие моторики артикуляционного аппарата. Ребенка затрудняет воспроизведение определенных артикуляционных движений (поднять язык вверх и удержать в таком положении, облизать верхнюю губу, пощелкать языком и т. д.), а также переключение.

Для детей с алалией характерно недостаточное развитие таких высших психических функций, как внимание и память.

Ослабленное психофизическое состояние детей, страдающих моторной алалией, усугубляется повышенной утомляемостью, низкой работоспособностью.

Н.Н. Трауготт отмечала, что психическая пассивность, заторможенность, безынициативность придают детям-алаликам вид умственно отсталых, что далеко не всегда соответствует истинному состоянию их интеллекта.

Характерным признаком моторной алалии является преобладание расстройств экспрессивной речи<sup>1</sup>, т. е. резкое снижение возможностей самостоятельных связных высказываний. У детей отмечаются затруднения в овладении активным словарным запасом, грамматическим строем речи, звукопроизношением и слоговой структурой слова.

Эти проявления наблюдаются на фоне относительно полноценного понимания речи.

При моторной алалии могут наблюдаться разные уровни речевого развития, выделенные и описанные профессором Р.Е. Левиной: от полного отсутствия общеупотребительной речи до развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Таким образом, состояние речи у детей-алаликов характеризуется большим разнообразием и зависит от тяжести неврологического нарушения, условий воспитания и речевой среды, времени и длительности логопедического воздействия, а так во многом от компенсаторных возможностей ребенка: психической активности, состояния интеллекта и эмоционально-волевой сферы.

Речь детей-алаликов для неспециалиста при кратковременном общении большей частью непонятна. Аморфные образования типа «тя бах»; «дека мо» (*чашка упала; девочка моет*) могут быть поняты только в непосредственной ситуации, при подкреплении речи соответствующими жестами и мимикой. Выразить действия, события или желания, не связанные с наглядной ситуацией, ребенок, находящийся на первом уровне развития, не может и таким образом оказывается вне речевого общения.

Второй уровень речевого развития дает ребенку возможность выразить свои отдельные наблюдения, суждения в более доступной для окружающих форме. Например: «Сек. Ипята. Сябака бизит гоки. Матики таюта изя, сянька, канька» — *Снег. Ребята. Собака бежит с горки. Мальчики катаются на лыжах, санках, коньках*; «Детька папа каляли. Папа кути сяин Катя. Катя аит сяик. Еся ети сям. Сяик изи а дева. Детька патя. Атик дая сяик» — *Девочка и папа гуляли. Папа купил шарик Кате. Катя играет с шариком. Здесь летит шар. Шарик лежит на дереве. Девочка плачет. Мальчик дал шарик.*

---

<sup>1</sup> Экспрессивная речь (от лат. *express*) — выражение, высказывание.

Речь детей с третьим уровнем речевого развития включает в себя более развернутые высказывания. Однако при их анализе четко выделяются ошибки в лексико-грамматическом и фонетическом оформлении. Например: «Быя у бабути Ани. Моя тота Нада, она ботея, деевне, зивот. Катоски сеяи, кятные ягоды. У бабути коева и гусы и маненьки сяньяты» — *Была у бабушки Ани. Моя тетья Надя, она болела в деревне. Живот. Картошки сеяли. Красные ягоды. У бабушки корова и гуси и маленькие свиняты.*

При моторной алалии, как указывалось выше, понимание обращенной к ребенку речи относительно сохранно. Дети адекватно реагируют на словесные обращения взрослых, выполняют простые просьбы и поручения. Нередко родители в беседе с воспитателем и на приеме у логопеда отзываются о своем ребенке так: «Он все понимает, только ничего не говорит». Однако более тщательное и целенаправленное психолого-педагогическое обследование этих детей позволяет сделать заключение о том, что понимание речи у них нередко ограничивается лишь обиходной ситуацией. Для детей-алаликов являются трудными задания, предусматривающие понимание форм единственного и множественного числа глаголов и существительных («Покажи, про кого говорят *плывет* и про кого — *плывут*»; «Дай мне *гриб*, а себе возьми *грибы*»); форм глаголов мужского и женского рода прошедшего времени («Покажи, где Саша *выкрасил* самолет, и где Саша *выкрасила* самолет»); отдельных лексических значений («Покажи, кто *идет* по улице и кто *переходит* улицу»); пространственного расположения предметов («Положи ручку *на* книжку, положи ручку *в* книжку»); установление причинно-следственных связей.

Ошибки в выполнении подобных заданий объясняются тем, что дети преимущественно ориентируются на лексическое значение слов, составляющих инструкцию, и не учитывают грамматических и морфологических элементов (окончаний, предлогов, приставок и пр.), уточняющих смысл.

Трудности в понимании речи сохраняются длительное время, для их устранения требуется специальное обучение. Видимость же благополучного понимания ребенком обращенной к нему речи создается у родителей обычно за счет привычных условий общения и использования обиходных речевых штампов («Сложи карандаши в коробку»; «Налей молоко в чашку» и т. п.).

Однако подобное состояние речи ограничивает для ребенка-алалика, посещающего детский сад общего типа, полноценное участие в занятиях, задерживает усвоение программы.

Подобный разрыв между уровнем собственной речи ребенка и требованиями, предъявляемыми дошкольным учреждением общего типа, нередко приводит к возникновению невротических реакций, негативизму и иногда служит основой для конфликта такого ребенка и со сверстниками, и с воспитателем. Зная причины этих трудностей общения, воспитатель должен проявлять терпение и чуткость, тактично помогать детям в оформлении речевых высказываний, оберегать их от негативных оценок со стороны полноценно развивающихся сверстников.

На занятиях и во внеучебное время воспитатель должен учитывать отставание ребенка с алалией, принимать во внимание его индивидуальные особенности и подбирать для него доступные виды заданий.

Нарушения смысловой стороны речи у детей с моторной алалией требуют длительной и систематической коррекции. Вне специального обучения этот дефект не преодолевается. Воспитатель обязан направлять детей с моторной алалией на консультацию к логопеду для последующего устройства в специальный детский сад.

### **Сенсорная алалия**

При сенсорной алалии главным в структуре дефекта является нарушение восприятия и понимания речи (импрессивной стороны речи) при полноценном физическом слухе. Сенсорная алалия обусловлена поражением височных областей головного мозга левого полушария (центр Вернике).

Дети или совсем не понимают обращенной к ним речи, или понимают ее крайне ограниченно. При этом они адекватно реагируют на звуковые сигналы, могут различать после небольшой тренировки разные по характеру шумы (стук, скрежет, свист и др.). Вместе с тем дети испытывают большие трудности в определении направления звука.

У детей с сенсорной алалией отмечается явление эхолалии — автоматического повторения чужих слов. Чаще всего вместо ответа на вопрос ребенок повторяет сам вопрос.

В ряде случаев дети пытаются назвать предъявленные им предметы, картинки и в то же время неправильно, выполняют просьбу дать (показать) эти же предметы или картинки.

Ведущим дефектом для этой редко встречающейся категории детей является нарушение фонематического слуха (восприятия фонем родного языка), проявляющееся в разной степени. Оно может обусловить полное неразличение речевых звуков, т. е. непонимание ребенком обращенной к нему речи, а в более легких случаях — затрудненное восприятие речевого материала на слух.

Недостаточность фонематического слуха может проявляться в том, что дети не различают слова, близкие по звучанию, но разные по смыслу

(дочка — бочка; мышка — миска; рак — лак), не улавливают разницу в грамматических формах.

Детей, страдающих сенсорной алалией, нередко смешивают со слабослышащими детьми (см. гл. «Нарушения речи у детей с недостатками слуха»), с сенсорными афазиками.

Воспитатель должен избегать слишком категоричных выводов по поводу умственного развития ребенка с сенсорной алалией. Непонимание речевого задания и его невыполнение может быть ошибочно принято за интеллектуальную недостаточность. Поэтому в таких случаях целесообразно предложить ребенку выполнить практическое задание по образцу, например построить башенку с заданным чередованием элементов с учетом их формы, цвета, размера или выложить из мозаики геометрическую фигуру. Важно при этом выяснить, как ребенок ориентируется в дидактическом материале, принимает ли он помощь воспитателя, подражает ли другим детям. В обязанности воспитателя входит своевременное выявление такого ребенка и направление на консультацию к отоларингологу (в сурдоцентр) для исследования слуха объективными методами, а затем и к психоневрологу и логопеду.

Несмотря на то что в практике случаи сенсорной алалии встречаются крайне редко, эти дети требуют к себе пристального внимания, так как только в соответствующих условиях и при длительной коррекции возможны частичная компенсация данного дефекта и подготовка ребенка к обучению в специальной школе для детей с нарушениями речи.

## Тема 6. АФАЗИЯ

Афазия относится к числу тяжелых нарушений речи органического центрального происхождения. Чаще она возникает у людей пожилого возраста на почве нарушений мозгового кровообращения.

**Афазия** (от греч. *a* — частица, означающая отрицание, и *phasis* — речь) — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Сам термин «афазия» был впервые введен французским ученым Труссо в XIX в.

Причины афазии заключаются в разнообразных органических нарушениях речевых систем головного мозга в период уже сформировавшейся речи. При данной патологии наблюдаются повреждения в лобных, теменных, затылочных и височных долях коры левого полушария.

Афазия является результатом:

- а) тяжелых травм головного мозга;
- б) воспалительных процессов и опухолей мозга;
- в) сосудистых заболеваний и нарушения мозгового кровообращения.

Форма афазии, тяжесть дефекта и характер его протекания зависят от следующих факторов:

- а) обширность очага поражения и его локализация;
- б) характер нарушения мозгового кровообращения;
- в) состояние не пострадавших отделов мозга, которые выполняют компенсаторные функции.

Изучением афазии занимались многие советские ученые: А.Р. Лурия, Э.С. Бейн, В.М. Коган и др. Были выделены разные формы афазии:

- а) **моторная** — потеря способности пользоваться самостоятельной речью;
- б) **сенсорная** — нарушение способности воспринимать речь окружающих;
- в) **амнестическая** — забывание отдельных слов и их значений;
- г) **тотальная** — потеря способности и говорить, и понимать речь.

В настоящее время продолжают исследования в области афазии (М.К. Бурлакова, Л.С. Цветкова, В.М. Шкловский, Т.Г. Визель, Е.Н. Правдина-Винарская, И.Т. Власенко и др.).

Афазия, как отмечалось выше, чаще всего возникает во взрослом возрасте. Но иногда она наблюдается и у детей. Как правило, **детская афазия** бывает двух видов: **моторная и сенсорная**.

### **Моторная афазия**

Является наиболее распространенной. Этот вид афазии возникает при поражении речедвигательного центра (центр Брока). Для данного вида патологии характерным является то, что больной либо совсем утрачивает способность говорить, либо у него сохраняются очень незначительные речевые возможности. Моторный афазик слышит речь, понимает ее, но сам не владеет способностью воспроизводить речь. Ему трудно правильно повторить подсказанные слова, предложения, хотя в ряде случаев он может произнести обрывки слов и коротких фраз.

Как правило, у человека, страдающего моторной афазией, сохраняются наиболее автоматизированные обыденные слова и очень простые предложения, он использует без достаточного осмысления случайные слоги, слова, обрывки предложений («Вот»; «Это»; «Я сам» и т. п.). Такое явление носит название эмболофразии (от греч. *embol* — вставление, вторжение, *phasis* — речь). Употребление таких вставных слов чаще

всего зависит не от того, что хочет или должен произнести афазик, а от того, насколько легкой будет его речь в плане воспроизведения фонем и их сочетаний.

Спонтанная речь у моторного афазика невозможна вследствие нарушения пускового механизма, так как при нарушении центра Брока утрачивается способность воспроизводить звуки речи, слоговые структуры слов.

Наряду с такой тяжелой картиной экспрессивной речи при «чистой» форме моторной афазии понимание речи сохраняется.

Е. Н. Винарская и др. отмечает, что при моторной афазии у детей частично или полностью распадаются навыки письменной речи. Чтение нарушается больше, чем письмо. При громком чтении появляются паралексии<sup>1</sup> — нарушение чтения, обусловленное речевым расстройством) («вона» — вместо *ворона*).

Причины этого явления изучены недостаточно. У детей с моторной афазией наряду с невозможностью самостоятельно воспроизводить ряды слогов и предложений нередко отмечается правильное написание цифровых рядов, складывание из разрезной азбуки своего имени, фамилии и т. д.

У этих детей наблюдаются особенности личностного плана. Как правило, ребенок осознает и тяжело переживает свой дефект. Он достаточно самокритичен, чувствует свою беспомощность, поэтому быстро теряет уверенность в себе. В результате наступает состояние депрессии. Депрессия может усиливаться в том случае, если окружающие люди плохо понимают речь ребенка. Эти факторы отрицательно влияют на развитие личности ребенка.

### **Сенсорная афазия**

Является второй формой детской афазии. При сенсорной афазии в первую очередь нарушается восприятие речи (центр Вернике). Поэтому страдает и ее понимание. Афазик слышит речь, но не понимает, о чем говорят. Это состояние можно сравнить с тем, которое бывает, когда человек слышит незнакомую иностранную речь.

Существует разная степень нарушения восприятия речи не только собственной, но и чужой.

На ранних стадиях заболевания мозга отмечается более глубокое расстройство понимания речи, на более поздних этапах заболевания афазики затрудняются в понимании лишь отдельных смысловых структур. Сенсорный афазик теряет способность узнавать ранее выученные слова.

---

<sup>1</sup> Паралексия (от греч. *para* — возле, около, *lego* — читаю).

В результате нарушенного фонематического слуха у сенсорных афазиков расстраивается самоконтроль за собственными высказываниями. Хотя ничто не препятствует сохранности их нормальной речевой деятельности, она не может быть полноценной из-за следующих причин:

- 1) отсутствия слухового контроля за речью;
- 2) нарушения понимания речи.

Словесная продукция у детей с сенсорной афазией сильно отстает от нормы: слова искажены, часто встречаются парафразии (замена одного элемента речи — слога, слова — другими).

При сенсорной афазии распадаются навыки письма и чтения; ребенок не узнает написанных слов, даже тех, которые он раньше хорошо знал; различая отдельные буквы, он не может понять смысла сложенных из них слов.

Просодическая (ритмико-мелодическая) сторона речи при сенсорной афазии, как правило, не страдает; речь детей достаточно интонирована.

Афазию необходимо отличать от сходных состояний:

1. Афазия отличается от алалии тем, что при алалии речи не было вообще (она еще не успела сформироваться), а при афазии происходит распад уже сформировавшейся речи.

2. Афазия отличается от дислалии тем, что при дислалии нарушается только звуковая сторона речи, а при афазии, помимо этого, еще и смысловая.

3. Афазия отличается от дизартрии тем, что при моторной афазии проявлений грубого нарушения в подвижности языка и губ (вне речи) не обнаруживается. При дизартрии резкая ограниченность активности артикуляционного аппарата наблюдается как во время речи, так и вне ее.

4. При тугоухости у детей нарушается физический слух, а при всех формах афазии дети слышат хорошо.

5. Афазия ведет к задержке психического развития, которую следует отличать от умственной отсталости, когда снижение интеллекта является не вторичным (как при афазии), а первичным.

### **Направления коррекционной работы**

Коррекционное воздействие при всех формах афазии складывается из двух направлений:

1. Медицинское направление — прямое восстановление пострадавшей функции с использованием медикаментозных средств. Курс лечения проводится по назначению и под наблюдением врачей.

2. Логопедическое направление — непосредственное восстановительное обучение на специально организованных занятиях.

### **Восстановление речи при моторной афазии**

При моторной афазии логопедическая работа включает в себя следующие направления:

1. Отработка артикуляторных дифференцировок.
2. Отработка произношения слов разной слоговой структуры.
3. Активизация лексического запаса и преодоление имеющегося аграмматизма.
4. Формирование связной речи и воспитание навыков связного рассказывания.
5. Устранение нарушений чтения и письма.

### **Восстановление речи при сенсорной афазии**

Поскольку сенсорная афазия у детей в чистом виде встречается редко и в современной логопедии изучена мало, подробно разработанной методики по восстановлению речи у данной категории детей не имеется.

Коррекционная работа протекает очень трудно и требует длительного времени. Основные направления коррекции дефекта включают:

1. Развитие у детей фонематического восприятия, так как это главное нарушение при данном дефекте.
2. Обучение детей пониманию речи. Это направление сливается с первым, и к ним присоединяется работа над произношением слов, сходных по звучанию, но разных по смыслу (*клубок — комок, удочка — уточка*).
3. Воспитание у ребенка навыка слухового контроля за собственной речью и речью окружающих.

## **Тема 7. ОБЩЕЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

При нормальном речевом развитии дети к 5 годам свободно пользуются развернутой фразовой речью, разными конструкциями сложных предложений. Они имеют достаточный словарный запас, владеют навыками словообразования и словоизменения. К этому времени окончательно формируется правильное звукопроизношение, готовность к звуковому анализу и синтезу.

Однако не во всех случаях эти процессы протекают благополучно: у некоторых детей даже при нормальном слухе и интеллекте резко задерживается формирование каждого из компонентов языка: фонетики, лексики, грамматики. Это нарушение впервые было установлено Р.Е. Левиной и определено как общее недоразвитие речи.

У всех детей с общим недоразвитием речи всегда отмечается нарушение звукопроизношения, недоразвитие фонематического слуха, выраженное отставание в формировании словарного запаса и грамматического строя.

Общее недоразвитие речи может проявляться в разной степени. Поэтому выделяют три уровня речевого развития.

**I уровень речевого развития** характеризуется отсутствием речи (так называемые «безречевые дети»).

Дети этого уровня для общения пользуются главным образом лепетными словами, звукоподражаниями, отдельными существительными и глаголами бытового содержания, обрывками лепетных предложений, звуковое оформление которых смазано, нечетко и крайне неустойчиво. Нередко свои «высказывания» ребенок подкрепляет мимикой и жестами. Аналогичное состояние речи может наблюдаться и у умственно отсталых детей. Однако дети с первичным речевым недоразвитием обладают рядом черт, позволяющих отличать их от детей-олигофренов (умственно отсталых детей). Это в первую очередь относится к объему так называемого пассивного словаря, который значительно превышает активный. У умственно отсталых детей подобной разницы не наблюдается. Далее, в отличие от детей-олигофренов дети с общим недоразвитием речи для выражения своих мыслей пользуются дифференцированными жестами и выразительной мимикой. Для них характерна, с одной стороны, большая инициативность речевого поиска в процессе общения, а с другой — достаточная критичность к своей речи.

Таким образом, при сходстве речевого состояния прогноз речевой компенсации и интеллектуального развития у этих детей неоднозначный.

Значительная ограниченность активного словарного запаса проявляется в том, что одним и тем же лепетным словом или звукосочетанием ребенок обозначает несколько разных понятий («биби» — самолет, самосвал, пароход; «бобо» — болит, смазывать, делать укол). Отмечается также замена названий действий названиями предметов и наоборот («адас» — карандаш, рисовать, писать; «туй» — сидеть, стул).

Характерным является использование однословных предложений. Как отмечает Н. С. Жукова, период однословного предложения, предложения из аморфных слов-корней, может наблюдаться и при нормальном речевом развитии ребенка. Однако он является господствующим только в течение 5–6 мес. и включает небольшое количество слов. При тяжелом недоразвитии речи этот период задерживается надолго. Дети с нормальным речевым развитием начинают рано пользоваться грамматичес-

кими связями слов («дай хлеба» — *дай хлеба*), которые могут соседствовать с бесформенными конструкциями, постепенно их вытесняя. У детей же с общим недоразвитием речи наблюдается расширение объема предложения до 2 — 4 слов, но при этом синтаксические конструкции остаются полностью неправильно оформленными («Матик тиде туя» — *Мальчик, сидит на стуле*). Данные явления никогда не наблюдаются при нормальном речевом развитии.

Низким речевым возможностям детей сопутствуют и бедный жизненный опыт, и недостаточно дифференцированные представления об окружающей жизни (особенно в области природных явлений).

Отмечается нестойкость в произношении звуков, их диффузность. В речи детей преобладают в основном 1–2-сложные слова. При попытке воспроизвести более сложную слоговую структуру количество слогов сокращается до 2–3 («ават» — *кроватька*, «амида» — *пирамида*, «тика» — *электричка*). Фонематическое восприятие грубо нарушено, возникают трудности даже при отборе сходных по названию, но разных по значению слов (*молоток* — *молоко*, *копает* — *катает* — *купает*). Задания по звуковому анализу слов детям данного уровня непонятны.

Переход ко **II уровню речевого развития** (начатки общеупотребительной речи) знаменуется тем, что, кроме жестов и лепетных слов, появляются хотя и искаженные, но достаточно постоянные общеупотребительные слова («Алязай. Дети алязай убиляют. Ка-путн, лидоме, лябака. Литя сдают земю» — *Урожай. Дети урожай убирают. Капусты, помидоры, яблоки. Листья падают на землю*).

Одновременно намечается различие некоторых грамматических форм. Однако это происходит лишь по отношению к словам с ударными окончаниями (*стол* — *стола*; *поет* — *поют*) и относящимся лишь к некоторым грамматическим категориям. Этот процесс носит еще довольно неустойчивый характер, и грубое недоразвитие речи у данных детей проявляется достаточно выражено.

Высказывания детей обычно бедны, ребенок ограничивается перечислением непосредственно воспринимаемых предметов и действий.

Рассказ по картине, по вопросам строится примитивно, на коротких, хотя и грамматически более правильных, фразах, чем у детей первого уровня. При этом недостаточная сформированность грамматического строя речи легко обнаруживается при усложнении речевого материала или при возникновении необходимости употребить такие слова и словосочетания, которыми ребенок в быту пользуется редко.

Формы числа, рода и падежа для таких детей по существу не несут смыслоразличительной функции. Словоизменение носит случайный ха-

раक्टर, и потому при использовании его допускается много разнообразных ошибок («Игаю мятику» — *Играю мячиком*).

Слова нередко употребляются в узком значении, уровень словесного обобщения очень низкий. Одним и тем же словом могут быть названы многие предметы, имеющие сходство по форме, назначению или другим признакам (муравей, муха, паук, жук — в одной ситуации — одним из этих слов, в другой — другим; чашка, стакан обозначаются любым из этих слов). Ограниченность словарного запаса подтверждается незнанием многих слов, обозначающих части предмета (*ветки, ствол, корни* дерева), посуду (*блюдо, поднос, кружка*), транспортные средства (*вертолет, моторная лодка*), детенышей животных (*бельчонок, ежата, лисенок*) и др.

Отмечается отставание в использовании слов-признаков предметов, обозначающих форму, цвет, материал. Часто появляются замены названий слов, обусловленные общностью ситуаций (*режет — рвет, точит — режет*). При специальном обследовании отмечаются грубые ошибки в употреблении грамматических форм:

1) замены падежных окончаний («катался гокам» — *катается на горке*);

2) ошибки в употреблении форм числа и рода глаголов («Коля питяля» — *Коля писал*); при изменении существительных по числам («да памидка» — *две пирамидки*, «де кафи» — *два шкафа*);

3) отсутствие согласования прилагательных с существительными, числительных с существительными («асинь адас» — *красный карандаш*, «асинь ета» — *красная лента*, «асинь асо» — *красное колесо*, «пат кука» — *пять кукол*, «тиня пато» — *синее пальто*, «тиня кубика» — *синий кубик*, «тиня ката» — *синяя кофта*).

Много ошибок дети допускают при пользовании предложными конструкциями: часто предлоги опускаются вообще, при этом существительное употребляется в исходной форме («Кадас ледит аёпка» — *Карандаш лежит в коробке*), возможна и замена предлогов («Тетатка упая и тая» — *Тетрадь упала со стола*).

Союзы и частицы в речи употребляются редко.

Произносительные возможности детей значительно отстают от возрастной нормы: наблюдаются нарушения в произношении мягких и твердых звуков, шипящих, свистящих, сонорных, звонких и глухих («тупаны» — *тюльпаны*, «Сина» — *Зина*, «тява» — *сова* и т. п.); грубые нарушения в передаче слов разного слогового состава. Наиболее типично сокращение количества слогов («те-вики» — *снеговики*).

При воспроизведении слов грубо нарушается звуконаполняемость: отмечаются перестановки слогов, звуков, замена и уподобления слогов,

сокращения звуков при стечении согласных («рвотник» — *воротник*, «тена» — *стена*, «виметь» — *медведь*).

Углубленное обследование детей позволяет легко выявить недостаточность фонематического слуха, их неподготовленность к освоению навыков звукового анализа и синтеза (ребенку трудно правильно выбрать картинку с заданным звуком, определить позицию звука в слове и т. д.). Под влиянием специального коррекционного обучения дети переходят на новый — III уровень речевого развития, что позволяет расширить их речевое общение с окружающими.

**III уровень речевого развития** характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Дети этого уровня вступают в контакты с окружающими, но лишь в присутствии родителей (воспитателей), вносящих соответствующие пояснения («Мамой ездила асыпак. А потом ходили, де летька, там зьвана. Потом аспальки не били. Потом посьли пак» — *С мамой ездила в зоопарк. А потом ходила, где клетка, там обезьяна. Потом в зоопарке не были. Потом пошли в парк.*

Свободное же общение крайне затруднено. Даже те звуки, которые дети умеют произносить правильно, в их самостоятельной речи звучат недостаточно четко.

Характерным является недифференцированное произнесение звуков (в основном свистящих, шипящих, аффрикат и соноров), когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной фонетической группы. Например, ребенок заменяет звуком *с'*, еще недостаточно четко произносимым, звуки *с* («сяпоги» вместо *сапоги*), *ш* («сюба» вместо *шуба*), *ц* («сяцля» вместо *цапля*).

Вместе с тем на данном этапе дети уже пользуются всеми частями речи, правильно употребляют простые грамматические формы, пытаются строить сложносочиненные и сложноподчиненные предложения («Кола посол в лес, помал маленькую белку, и тыла у Коли кетка» — *Коля пошел в лес, поймал маленькую белку, и жила у Коли в клетке*).

Улучшаются произносительные возможности ребенка (можно выделить правильно и неправильно произносимые звуки, характер их нарушения), воспроизведение слов разной слоговой структуры и звуконаполняемости. Дети обычно уже не затрудняются в назывании предметов, действий, признаков, качеств и состояний, хорошо знакомых им из жизненного опыта. Они могут свободно рассказать о своей семье, о себе и товарищах, событиях окружающей жизни, составить короткий рассказ («Кошка пошья куёуке. И вот она хует сыпьятках ешь. Они бежать.

Кошку погана куица. Сыпьятках мого. Шама штоит. Куица хоёша, она погана кошку» — *Кошка пошла к курице. И вот она хочет цыпляток есть. Они бежать. Кошку прогнала курица. Цыпляток много. Курица хорошая, она прогнала кошку).*

Однако тщательное изучение состояния всех сторон речи позволяет выявить выраженную картину недоразвития каждого из компонентов языковой системы: лексики, грамматики, фонетики.

В устном речевом общении дети стараются «обходить» трудные для них слова и выражения. Но если поставить таких детей в условия, когда оказывается необходимым использовать те или иные слова и грамматические категории, пробелы в речевом развитии выступают достаточно отчетливо.

Хотя дети пользуются развернутой фразовой речью, но испытывают большие трудности при самостоятельном составлении предложений, чем их нормально говорящие сверстники.

На фоне правильных предложений можно встретить и аграмматичные, возникающие, как правило, из-за ошибок в согласовании и управлении. Эти ошибки не носят постоянного характера: одна и та же грамматическая форма или категория в разных ситуациях может использоваться и правильно, и неправильно.

Наблюдаются ошибки и при построении сложноподчиненных предложений с союзами и союзными словами («Мишя зяпикаль, атому упал» — *Миша заплакал, потому что упал*). При составлении предложений по картине дети, нередко правильно называя действующее лицо и само действие, не включают в предложение названия предметов, которыми пользуются действующее лицо.

Несмотря на значительный количественный рост словарного запаса, специальное обследование лексических значений позволяет выявить ряд специфических недочетов: полное незнание значений ряда слов (*болото, озеро, ручей, дедтя, бретельки, локоть, ступня, беседка, веранда, подъезд* и др.), неточное понимание и употребление ряда слов (*подшивать — зашивать — кроить, подрезать — вырезать*). Среди лексических ошибок выделяются следующие:

а) замена названия части предмета названием целого предмета (*циферблат — «часы», донышко — «чайник»*);

б) подмена названий профессий названиями действия (*балерина — «тетя танцует», певец — «дядя поёт»* и т. п.);

в) замена видовых понятий родовыми и наоборот (*воробей — «птичка»; деревя — «ёлочки»*);

г) взаимозамещение признаков (*высокий, широкий, длинный — «большой», короткий — «маленький»*).

В свободных высказываниях дети мало пользуются прилагательными и наречиями, обозначающими признаки и состояние предметов, способы действий.

Недостаточный практический навык применения способов словообразования обедняет пути накопления словарного запаса, не дает ребенку возможности различать морфологические элементы слова.

Многие дети нередко допускают ошибки в словообразовании. Так, наряду с правильно образованными словами появляются ненормативные («столе́нок» — *столлик*, «кувшинка» — *кувшинчик*, «вазка» — *вазочка*). Подобные ошибки в качестве единичных могут встречаться у детей в норме на более ранних ступенях речевого развития и быстро исчезают.

Большое число ошибок приходится на образование относительных прилагательных со значением соотнесенности с продуктами питания, материалами, растениями и т. д. («пухный», «иу-хавый», «пуховный» — платок; «клюкин», «клюкный», «клюконный» — кисель; «стекляшкин», «стекловый» — стакан и т. п.).

Среди ошибок грамматического оформления речи наиболее специфичны следующие:

а) неправильное согласование прилагательных с существительными в роде, числе, падеже («Книги лежат на большими (большие) столах» — *Книги лежат на больших столах*);

б) неправильное согласование числительных с существительными («три медведем» — *три медведя*, «пять пальцем» — *пять пальцев*; «двух карандаши» — *двух карандашей* и т. п.);

в) ошибки в использовании предлогов — пропуски, замены, недоговаривание («Ездили магазин мамой и братиком» — *Ездили в магазин с мамой и братиком*; «Мяч упал из полки» — *Мяч упал с полки*);

г) ошибки в употреблении падежных форм множественного числа («Летом я был деревне у бабушки. Там речка, много деревьев, гуси»).

Фонетическое оформление речи у детей с III уровнем речевого развития значительно отстает от возрастной нормы: у них продолжают наблюдаться все виды нарушений звукопроизношения (сигматизм, ротацизм, ламбдацизм, дефекты озвончения и смягчения).

Отмечаются стойкие ошибки в звуконаполняемости слов, нарушения слоговой структуры в наиболее трудных словах («Гимнасты выступают в цирке» — *Гимнасты выступают в цирке*; «Топовотик чинит водовот» — *Водопроводчик чинит водопровод*; «Такиха тёт тань» — *Ткачиха ткёт ткань*).

Недостаточное развитие фонематического слуха и восприятия приводит к тому, что у детей самостоятельно не формируется готовность к

звуковому анализу и синтезу слов, что впоследствии не позволяет им успешно овладеть грамотой в школе без помощи логопеда.

Итак, совокупность перечисленных пробелов в фонетико-фонематическом и лексико-грамматическом строе речи ребенка служит серьезным препятствием для овладения им программой детского сада общего типа, а в дальнейшем и программой общеобразовательной школы.

## Тема 8. ЗАИКАНИЕ

Заикание — один из наиболее тяжелых дефектов речи. Оно трудно устранимо, травмирует психику ребенка, тормозит правильный ход его воспитания, мешает речевому общению, затрудняет взаимоотношения с окружающими, особенно в детском коллективе.

Внешне заикание проявляется в произвольных остановках в момент высказывания, а также в вынужденных повторениях отдельных звуков и слогов.

Эти явления вызываются судорогами мышц тех или иных органов речи в момент произношения (губ, языка, мягкого нёба, гортани, грудных мышц, диафрагмы, брюшных мышц).

В современной логопедии заикание определяется как нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

**Распространенность заикания среди детей.** В конце XIX в. наш отечественный психиатр И. А. Сикорский впервые установил, что заикание возникает в большинстве случаев в возрасте от 2 до 5 лет, и в связи с этим назвал его «детской болезнью».

По данным ученых, как советских, так и зарубежных, заикаются примерно 2% детей от их общего числа. Причем заикание у мальчиков встречается в четыре раза чаще, чем у девочек.

**Причины возникновения заикания.** По этиологическому признаку различают два вида заикания.

1. Чаще всего встречается функциональное заикание, когда не имеется каких-либо органических поражений в речевых механизмах центральной и периферической нервной системы. Функциональное заикание возникает, как правило, у детей в возрасте от 2 до 5 лет в период формирования развернутой обобщенной (контекстной) фразовой речи; чаще оно встречается у легковозбудимых, нервных детей.

2. В редких случаях заикание может быть вызвано органическими поражениями центральной нервной системы (при черепно-мозговых трав-

мах, нейроинфекциях и т. п.). Такое органическое заикание может возникнуть в любом возрасте.

**Причины** функционального заикания могут быть различными.

- непосильная для них речевая нагрузка;
- чрезвычайно быстрая речь;
- неправильные условия воспитания ребенка, физические наказания, сильный испуг;
- подражание.

Однако названные причины вызывают заикание не у всех детей и не при всяких условиях. Большую роль играют предрасполагающие факторы: болезненное состояние нервной системы ребенка, пониженная ее устойчивость.

**Проявления заикания.** Заикание возникает то внезапно, то исподволь, постепенно усиливаясь. Периодически оно то ослабевает, то усиливается, что вообще свойственно нервным заболеваниям, и зависит от изменений внешних и внутренних раздражителей.

Состояние речи тесно связано с общим физическим и эмоциональным фоном. Так, например, заикание обычно усиливается в момент болезни, переутомления, после того как ребенка наказали. Наблюдается также зависимость от погоды, от времени года, от условий жизни, от питания.

Основным внешним признаком (симптомом) заикания являются возникающие в момент речи судороги в дыхательном, голосовом или артикуляционном аппарате. Чем чаще и длительнее судороги, тем тяжелее заикание.

**Формы заикания.**

По типу судорог, периодически возникающих в различных отделах периферического речевого аппарата, различают три **формы** (или вида) заикания: **клоническую, тоническую, смешанную**.

Наиболее ранняя и легкая форма заикания — клоническая, при которой повторяются звуки или слоги (*к-к-к-кошка, б-б-б-ба-бушка, со-ба-ба-бака*).

Со временем она нередко переходит в более тяжелую форму — тоническую, при которой в речи появляются длительные остановки в начале или середине слова (*к...нижка, карандаш, зм...ея*).

Встречается и смешанный вид заикания: клоно-тонический или тоно-клонический (по преобладающему характеру судорог).

**Степени заикания.** Различают три **степени** заикания: **слабую (умеренную), среднюю и сильную (тяжелую)**. Четких критериев определения степеней заикания нет. В практике обычно считают слабой степе-

нюю такую, при которой заикание проявляется едва заметно и не мешает речевому общению. Сильной считается такая степень, при которой в результате длительных судорог речевое общение становится невозможным. Кроме того, при сильной степени проявляются также сопутствующие движения и эмболофразия.

Сопутствующие движения. Заикание не сразу сопровождается сопутствующими движениями. Они, как правило, появляются в процессе его развития, когда дефект прогрессирует и принимает все более тяжелые формы. Сопутствующие движения — это судорожные явления, которые возникают в различных группах мышц внеречевой мускулатуры: лица, шеи, туловища, конечностей. Движения самые разнообразные: зажмуривание глаз, моргание, раздувание крыльев носа (рефлекс Фрешельса), опускание или откидывание головы, напряжение мышц шеи, сжимание пальцев, притопывание ногами, различные движения туловища.

Различают *непроизвольные*, т. е. не зависящие от воли говорящего, сопутствующие движения и *произвольные*.

По мере развития заикания появляются новые уловки — речевые. Заикающийся начинает для мнимого облегчения речи добавлять стереотипные слова или звуки, например: «а-а», «э-э», «ну», «вот это», «вот так», «это», «вот», «как это» и т. п. Такое явление называется эмболофразией.

Еще одним из характерных симптомов заикания является страх перед речью, боязнь определенных звуков или слов, которые, по мнению заикающихся, особенно трудны для произнесения. Это явление называется логофобией.

Все описанные виды симптоматики заикания очень непостоянны, изменчивы. Меняется вид заикания: то оно проявляется в повторении звуков или слогов, то во внезапных остановках, паузах.

Неустойчивыми оказываются и сопутствующие движения: исчезают одни и на их смену появляются новые.

Состояние заикания также постоянно меняется. Эти изменения связаны с самыми разнообразными обстоятельствами. Так, например, один и тот же ребенок почти в одно и то же время может то очень сильно заикаться, то говорить хорошо. Наедине сам с собой, с игрушками, с воображаемым собеседником “заикающийся ребенок, как правило, говорит без запинок. Присутствие других собеседников действует на его речь по-разному: разговор с близкими людьми, с которыми он чувствует себя спокойно, обычно не вызывает больших запинок. Беседа с малознакомыми людьми, со взрослыми, которых он боится или стесняется, ментально вызывает усиление заикания.

У некоторых заикающихся детей отмечается нарушение моторики. Б. И. Шостак наблюдала некоторую неловкость, неуклюжесть в движениях, плохую координацию их, иногда — чрезмерную напряженность мышц.

#### **Обследование заикающихся детей**

В связи с тем, что заикание является весьма сложным речевым дефектом, с разнообразными проявлениями, необходимо проводить всестороннее комплексное обследование: медицинское, логопедическое и психологическое.

### **Тема 9. НАРУШЕНИЯ ТЕМПА РЕЧИ. ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМПА РЕЧИ И ЕГО НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

Одним из выразительных средств устной речи является ее темп. Замедляя темп своего высказывания, человек подчеркивает важность, особую значимость того, что он сообщает. И наоборот, ускоряя проговаривание некоторых фраз, мы часто этим самым выражаем второстепенность сообщаемого. Однако произношение при этом не теряет своей правильности и разборчивости. Таким образом, нормальному темпу речи свойственно то замедление, то ускорение. Указанные колебания в скорости высказываний будут зависеть от быстроты произнесения фонем, слов, фраз и от частоты и длительности пауз между словами и предложениями.

Принято считать нормальным такой темп речи, при котором за одну секунду произносится от 9 до 14 фонем. Необходимым условием для нормального темпа речи является правильное соотношение основных процессов, происходящих в коре головного мозга, — возбуждения и торможения.

Большинство детей не сразу овладевают нормальным темпом речи. Многие дошкольники говорят слишком быстро. Это объясняется тем, что у них еще слабы тормозные процессы и контроль за собственной речью. Часто несовершенство темпа речи возникает в результате подражания окружающим. Ребенок говорит то очень быстро, то слишком медленно даже в пределах одной фразы. Но в большинстве случаев такие явления с возрастом исчезают.

Однако в силу разных причин, о которых будет сказано ниже, у детей может возникать патологическое нарушение темпа речи: либо чрезмерное его ускорение — тахилалия, либо излишнее замедление — брадилалия.

## Тахилалия

**Тахилалия** — патологически ускоренный темп речи. Название это произошло от греческого слова *tachus*, что означает «быстрый», и *lalia* — речь.

По определению М.Е. Хватцева, при тахилалии произносится в секунду 20 — 30 звуков (при норме 9 — 14 звуков). Такую стремительную речь бывает трудно понять, даже когда не изменяется звукопроизношение. Но часто от быстроты высказывания происходит повторение слогов или, наоборот, их пропуск, искажение звуков, а иногда слов. Но всего этого говорящий, как правило, не замечает. Он часто не дослушивает собеседника и торопится высказаться сам. Бурный поток звуков и слов произносится без передышки, до полного выхода. Иногда неумеренно быстрый темп речи сопровождается быстрыми, подчас беспорядочными движениями рук, ног или всего тела.

Тахилалия может возникнуть уже в детстве и, если не проводить специальной коррекционной работы, усилиться в переходном возрасте и остаться на всю жизнь.

**Причины.** Патологически ускоренный темп речи чаще всего возникает у детей нервных, возбудимых, порывистых, неуравновешенных.

Существует несколько точек зрения на причины возникновения этого дефекта. М. Е. Хватцев утверждал, что центральным звеном в патогенезе тахилалии является расстройство темпа внешней и внутренней речи за счет патологического преобладания процессов возбуждения над процессами торможения.

Доказана и наследственная природа тахилалии.

Немаловажную роль в возникновении этого дефекта играют и подражание быстрой речи окружающих, и неправильные приемы воспитания ребенка, его речи.

**Спотыкание.** Необычно быстрая, стремительная речь при тахилалии иногда напоминает по внешней картине заикание, так как говорящий часто повторяет звуки, слоги или слова. Однако такие «наскокивания» ничего общего с заиканием не имеют, так как прежде всего они носят несудорожный характер. И в отличие от заикания называются спотыканием.

При спотыкании, как и при заикании, могут возникать и неоправданные паузы, остановки.

М.Е. Хватцев описал ряд признаков, по которым можно легко отличить истинное заикание от внешне сходных с ним запинок при спотыкании.

При **заикании:**

1. Судороги в момент речи в речевом аппарате.

2. Страх публичной речи и «трудных» звуков.
3. Периодичность в заикании (то ухудшение, то улучшение).
4. Речь ухудшается при посторонних.

При спотыкании:

1. Нет судорог.
2. Нет страха.
3. Нет ярко выраженной периодичности в протекании дефекта.
4. Все наоборот, и становится лучше при знакомых.

## **Тема 10. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТКАМИ СЛУХА**

Для развития речи ребенка решающее значение имеет полноценный слух. Ребенок слышит речь взрослых, подражает ей и самостоятельно учится говорить. Глухие дети не овладевают речью без специального обучения. У детей с остатками слуха (слабослышащие дети) речь оказывается грубо нарушенной.

Слух играет большую роль и в интеллектуальном развитии ребенка: слушая объяснения взрослых, малыш знакомится с окружающим миром, овладевает сложным познанием действительности.

Дети усваивают значения многих слов до того, как овладевают умением говорить.

Слуху принадлежит еще одна важная роль: с его помощью ребенок получает возможность контролировать собственную речь и сравнивать ее с речью окружающих. Так, он усваивает не только правильное звукопроизношение, но и лексико-грамматический строй языка. В дальнейшем сохраненный физический слух является необходимым условием для успешного овладения детьми чтением и письмом.

В процессе нормального развития слуховой функции у ребенка можно выделить ряд этапов:

а) в первые часы после рождения у ребенка возникает простая реакция на звук (по типу безусловных рефлексов), когда в ответ на громкий стук, удар, шум происходят изменения в сосательных движениях, пульсации, дыхании;

б) на 3-м мес. у ребенка формируется способность различать звуки по высоте и тембру;

в) в 10 – 11 мес. формируется способность к различению слов и фраз по их интонационной и ритмической окраске;

г) в период дальнейшего формирования речи благодаря постепенному совершенствованию слуховой функции улучшается восприятие зву-

кового состава речи, формируется способность к различению на слух всех фонем родного языка. Это является одним из необходимых условий для успешного становления детской речи.

### **Классификация нарушений слуха**

Классификация нарушений слуха определяется характером поражения слуховой функции и состоянием речи. В зависимости от этого выделяются **два вида** слуховой недостаточности: **глухота и тугоухость**.

#### **Глухота**

Наиболее резкая степень поражения слуха, при которой разборчивое восприятие речи становится невозможным. Полная глухота встречается редко. В большинстве случаев сохраняются хотя бы небольшие остатки слуха. С их помощью ребенок может воспринимать очень громкие, резкие неречевые звуки (звонок, свисток), отдельные звуки речи, а иногда простые, хорошо знакомые слова, произнесенные громко около ушной раковины.

Глухота может быть врожденной и приобретенной.

Врожденная глухота встречается реже. Причинами ее являются:

- 1) неправильное развитие слухового органа во внутриутробный период (влияние наследственного фактора);
- 2) неблагоприятные условия развития плода в результате воздействия вредных факторов в период беременности матери: перенесенные инфекционные заболевания — грипп, корь, травмы и т. д.; употребление матерью алкоголя; лечение стрептомицином и другими лекарственными препаратами; травма плода в первые месяцы беременности.

Приобретенная глухота чаще всего является результатом воспалительных процессов во внутреннем ухе и слуховом нерве при различных заболеваниях: менингите, кори, скарлатине, гриппе, свинке и т. д.

В зависимости от времени возникновения различают раннюю глухоту, возникшую в период доречевого развития, и позднюю, наступившую, когда у ребенка речь уже сформировалась.

#### **Тугоухость**

Поражение слуха, при котором возникают трудности в восприятии речи с помощью слуха. Если при глухоте восприятие речи резко ограничено, то при тугоухости в специально создаваемых условиях (усиление голоса, использование специальной звукоусиливающей аппаратуры и др.) возможности восприятия речи возрастают.

**Причины** возникновения тугоухости разнообразны. Снижение слуха наступает:

- 1) как результат острого или хронического воспаления среднего уха: происходят патологические изменения в среднем ухе — прободение ба-

рабанной перепонки, рубцы, сращения, что приводит к нарушению подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек;

2) как результат хронических заболеваний носа и носоглотки (например, аденоидные разращения); при этом нарушается проходимость евстахиевой трубы;

3) как результат перенесенных инфекционных заболеваний (скарлатины, гриппа, кори);

4) как результат врожденных аномалий органов слуха в эмбриональном периоде.

Тугоухость может быть выражена в различной степени — от незначительного нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения возможности восприятия речи разговорной громкости.

Существует несколько классификаций нарушений слуха. Среди них наиболее распространенными являются классификации Б.С. Преображенского и Л.В. Неймана.

Согласно первой классификации выделяются четыре степени снижения слуха: **легкая, умеренная, значительная, тяжелая** — в зависимости от расстояния, на котором воспринимается разговорная и шепотная речь. Диапазон восприятия при этом значителен.

Так, при легкой степени снижения слуха шепотная речь может восприниматься на расстоянии от 3 до 6 м, при тяжелой степени — на расстоянии от 0 до 0,5 м.

Л.В. Нейман выделяет три степени тугоухости, учитывая не только расстояние, на котором воспринимается речь, но и состояние речи.

## **Тема 11. НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА**

Нарушения голоса у детей и подростков оказывают существенное влияние на их общее и речевое развитие.

Степень отрицательного влияния нарушений голоса на формирование личности, на возможности социальной адаптации зависит от характера и глубины расстройства голосовой функции. В настоящее время распространенность заболеваний голосового аппарата весьма значительна, особенно у лиц речевых профессий.

Причины расстройства голоса многообразны. К ним относятся заболевания гортани, носоглотки, легких; перенапряжения голоса; снижение слуха; заболевания нервной системы; несоблюдение гигиены разговорного и певческого голоса и др.

В механизме голосообразования принимают активное участие диафрагма, легкие, бронхи, трахея, гортань, глотка, носоглотка, полость

носа. Органом голосообразования является гортань. Когда мы говорим, расположенные в гортани голосовые складки смыкаются. Выдыхаемый воздух давит на них, заставляя колебаться. Мышцы гортани, сокращаясь в разных направлениях, обеспечивают движение голосовых складок.

В результате возникает колебание частиц воздуха, находящегося над складками. Эти колебания, передаваясь в окружающую среду, воспринимаются как звуки голоса. Когда мы молчим, голосовые складки расходятся, образуя голосовую щель в виде равнобедренного треугольника.

При шепоте голосовые складки сомкнуты не полностью и меньше трутся друг о друга. Поэтому при необходимости шадить голосообразующий аппарат рекомендуется говорить шепотом.

Индивидуальную окраску и характерное звучание придают голосу верхние резонаторы: глотка, носоглотка, полость рта, полости носа и его придаточных пазух.

Голос характеризуется следующими признаками:

1) высотой, которая зависит от частоты колебаний голосовых складок и служит основным средством для передачи эмоциональной и смысловой выразительности речи;

2) громкостью или силой, которая зависит от степени смыкания и амплитуды колебания голосовых складок;

3) тембром, который определяется формой колебания голосовых складок и наличием обертонов — добавочных тонов, присоединяемых к основному тону. Определенное сочетание обертонов создает индивидуальную окраску голоса. Тембр голоса изменяется в зависимости от возраста человека;

4) диапазоном, т. е. количеством тонов. Диапазон голоса взрослого человека может изменяться в пределах 4—5 тонов, у детей — в пределах 2—3 тонов.

Первоначальными признаками нарушения голоса могут быть легкая хрипота и быстрая его истощаемость, вызванные небольшим расстройством функции гортани. Однако если данные отклонения вовремя не устранить, это приведет к стойким изменениям в гортани и, следовательно, утяжелит голосовой дефект.

Большинство нарушений голоса являются приобретенными в процессе развития детского организма и его речевой функции.

Исключение составляют нарушения, связанные с врожденным дефектом твердого и мягкого нёба и с нарушением слуха.

Нарушения голоса могут быть самостоятельным дефектом или одним из компонентов речевого дефекта (дизартрия, ринолалия, нарушения речи при тугоухости и глухоте).

## Виды нарушений голоса

Нарушения голоса подразделяются на органические и функциональные. Это имеет значение для выбора методов специализированного (фоноатрического) лечения и приемов логопедической работы.

Функциональные расстройства связаны с временными изменениями в гортани, поэтому в процессе занятий восстанавливается нормально звучащий голос.

При органических нарушениях наблюдаются стойкие изменения в строении гортани, голосовых складок и надставной трубы. В процессе занятий логопеду удастся восстановить коммуникативную функцию голоса, но качества голоса (сила, высота, тембр) существенно отличаются от нормы.

### Функциональные нарушения

Функциональные нарушения голоса у детей встречаются реже, чем у взрослых.

У детей наиболее распространенным нарушением является так называемая спастическая дисфония, возникающая из-за перенапряжения голоса. Начало развития дисфонии наблюдается приблизительно в 5-летнем возрасте, а наибольшая частота отмечается у детей в возрасте от 8 до 10 лет. Дисфония чаще возникает у детей с повышенной активностью, любящих громко говорить, кричать. Обычно у ребенка с дисфонией утром голос бывает ясным и чистым, но к вечеру постепенно нарастает осиплость.

Как правило, наряду с перенапряжением голоса при крике у детей наблюдаются хронический тонзиллит, аденоиды, ларингит. Внезапное нарушение голоса может проявиться у ребенка на фоне аллергического заболевания. Возникновению дисфонии могут также способствовать негигиенические условия фонации — пыль, дым, шум в помещении и т. п.

У детей появляются органические изменения в гортани — узелки посредине голосовой складки (так называемые «узелки крикунов»). Чаще они наблюдаются у мальчиков в возрасте от 5 до 10 лет.

Основная причина их появления — перегрузка неокрепшего голосового аппарата в сочетании с характерологическими особенностями детей и неправильным отношением родителей и воспитателей к развитию голоса. Наряду с этим нарушается фонационное дыхание — оно становится поверхностным, напряженным и слабым. Голос характеризуется стойкой хрипотой.

У детей может наблюдаться также и функциональная афония (отсутствие голоса). Характерной ее чертой является нестойкость патологических изменений в гортани и возможность появления звучного голоса при кашле.

В этих случаях голос восстанавливается под воздействием лечения и специальных упражнений. К функциональным нарушениям относится также патологическая мутация голоса — физиологическое изменение голоса в переходном возрасте, сопровождающееся рядом патологических изменений в голосе и в голосообразующем аппарате.

### **Органические нарушения**

Органические нарушения голоса подразделяются на **центральные и периферические**.

К **центральному нарушению** относятся афония и дисфония, наблюдаемые у детей, страдающих дизартрией.

К **периферическим нарушениям** относятся расстройства голоса из-за патологических изменений в гортани. Причиной служат ларингиты, ожоги, травмы, опухоли, парезы мягкого нёба, расщелины нёба, рубцовый стеноз (сужение) гортани после заболевания или микрохирургической операции и ряд других причин.

В связи с анатомическими изменениями в гортани и голосовых складках возникает афония и дисфония органического происхождения. При афонии ребенок говорит только шепотом, звук голоса не появляется даже при кашлевом толчке. При дисфонии голос монотонный, хриплый, глухой, часто с назальным оттенком, быстроиссякающий.

Если подобные нарушения голоса возникают у ребенка в раннем возрасте, это приводит к значительным трудностям в речевом общении, к сужению социальных контактов.

Страдает и речевое развитие. Задерживается накопление словаря, развитие грамматического строя речи, звукопроизношение.

Характерны также соматическая и психическая астенизация (ослабленность), эмоциональные расстройства, нарушения саморегуляции.

К периферическим нарушениям иногда относят и расстройства голоса у слабослышащих и глухих детей. В этих случаях изменяется высота, сила и тембр голоса из-за отсутствия или снижения акустического контроля за речью.

Различаются органические и функциональные афонии и дисфонии по причинам, их вызвавшим, по ларингоскопической картине гортани и степени восстановления голоса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. **Бородич А. М.** Методика развития речи детей. — М., 1984.
2. **Волкова Г. А.** Коррекционная работа с заикающимися детьми дошкольного возраста по системе игр // Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей. — Л., 1976.
3. **Волкова Г. А.** Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. — М., 1983.
4. **Власова Т. А., Певзнер М. С.** Учителю о детях с отклонениями в развитии. — М. 1967.
5. **Генинг Г. М., Герман Н. А.** Обучение дошкольников правильной речи. — Чебоксары, 1980.
6. **Ермакова И. И.** Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. — М., 1984.
7. **Каше Г. А.** Исправление недостатков речи у дошкольников. — М., 1972.
8. **Каше Г. А., Филличева Т. Б.** Дидактический материал по исправлению недостатков произношения у детей дошкольного возраста. — М, 1971.
9. **Каше Г. А.** Подготовка к школе детей с недостатками речи. — М., 1985.
10. **Кочергина В. С.** Расстройства темпа, ритма и плавности речи // Расстройства речи у детей и подростков / под ред. С. С. Ляпидевского. — М., 1969.
11. **Левина Р. Е.** Основы теории и практики логопедии. — М., 1968.
12. **Правдина О. В.** Логопедия. — М., 1973.
13. **Рау Ф. Ф.** Приемы исправления недостатков произношения фонем // Основы теории и практики логопедии / под ред. Р. Е. Левиной.— М., 1968.
14. **Талтапова С. Л.** Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. — М., 1984.
15. **Фомичева М. Ф.** Воспитание у детей правильного произношения. — М., 1981.

## СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1. Введение в логопедию. Логопедия, ее предмет, задачи, методы .....	3
Тема 2. Дислалия .....	7
Тема 3. Дизартрия .....	12
Тема 4. Ринолалия .....	20
Тема 5. Алалия .....	27
Тема 6. Афазия .....	32
Тема 7. Общее недоразвитие речи у детей дошкольного возраста .....	36
Тема 8. Заикание .....	43
Тема 9. Нарушения темпа речи. Характеристика темпа речи и его нарушений у детей .....	46
Тема 10. Нарушения речи у детей с недостатками слуха .....	48
Тема 11. Нарушения голоса .....	50
ЛИТЕРАТУРА .....	54

Учебное издание

# ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

Краткий курс лекций

*Составитель*

**Дудова Надежда Михайловна**

Технический редактор *А. Л. Позняков*

Компьютерная верстка *А. Л. Позняков*

Корректор *И. Г. Латушкина*

Подписано в печать .2015.

Формат 60x84/16. Гарнитура Petersburg.

Усл.-печ. л. 3,3. Уч.-изд. л. 3,0. Тираж 52 экз. Заказ №

Учреждение образования “Могилевский государственный университет  
имени А. А. Кулешова”, 212022, Могилев, Космонавтов, 1.

Свидетельство ГРИИРПИ № 1/131 от 03.01.2014 г.

Отпечатано в отделе оперативной полиграфии

МГУ имени А. А. Кулешова. 212022, Могилев, Космонавтов, 1.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова